

Tema: abortamentos

Versão Nº 01

Protocolo Nº 317

1ª Versão: maio de 2022

Atualização: NA

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
FLUXOGRAMA .....	3
FORMAS CLÍNICAS.....	3
TÉCNICAS PARA ESVAZIAMENTO UTERINO .....	6
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO .....	7
MONITORAMENTO .....	7
CONFLITOS DE INTERESSE.....	7
REFERÊNCIAS.....	8
SIGLAS .....	8
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	8

### INTRODUÇÃO

Abortamento é a perda do produto conceptual antes da viabilidade. É uma ocorrência frequente, sendo sua incidência estimada em até 20% das gestações clinicamente reconhecidas.

O conceito se estende, então, à interrupção da gravidez, por qualquer meio, antes da viabilidade fetal (até 20 semanas de gestação e com peso do concepto inferior a 500 g).

- Para fim de emissão de Declaração de Óbito, é considerado o “óbito fetal” quando a gestação teve duração igual ou superior a 20 semanas ou o feto apresenta peso igual ou superior a 500 g ou estatura igual ou superior a 25 cm.
- Quando a criança nascer viva e morrer logo após o nascimento, independentemente da duração da gestação, do peso do recém-nascido e do tempo que tenha permanecido vivo, é obrigatória a emissão da Declaração de Nascido-Vivo e da Declaração de Óbito.

### OBJETIVOS

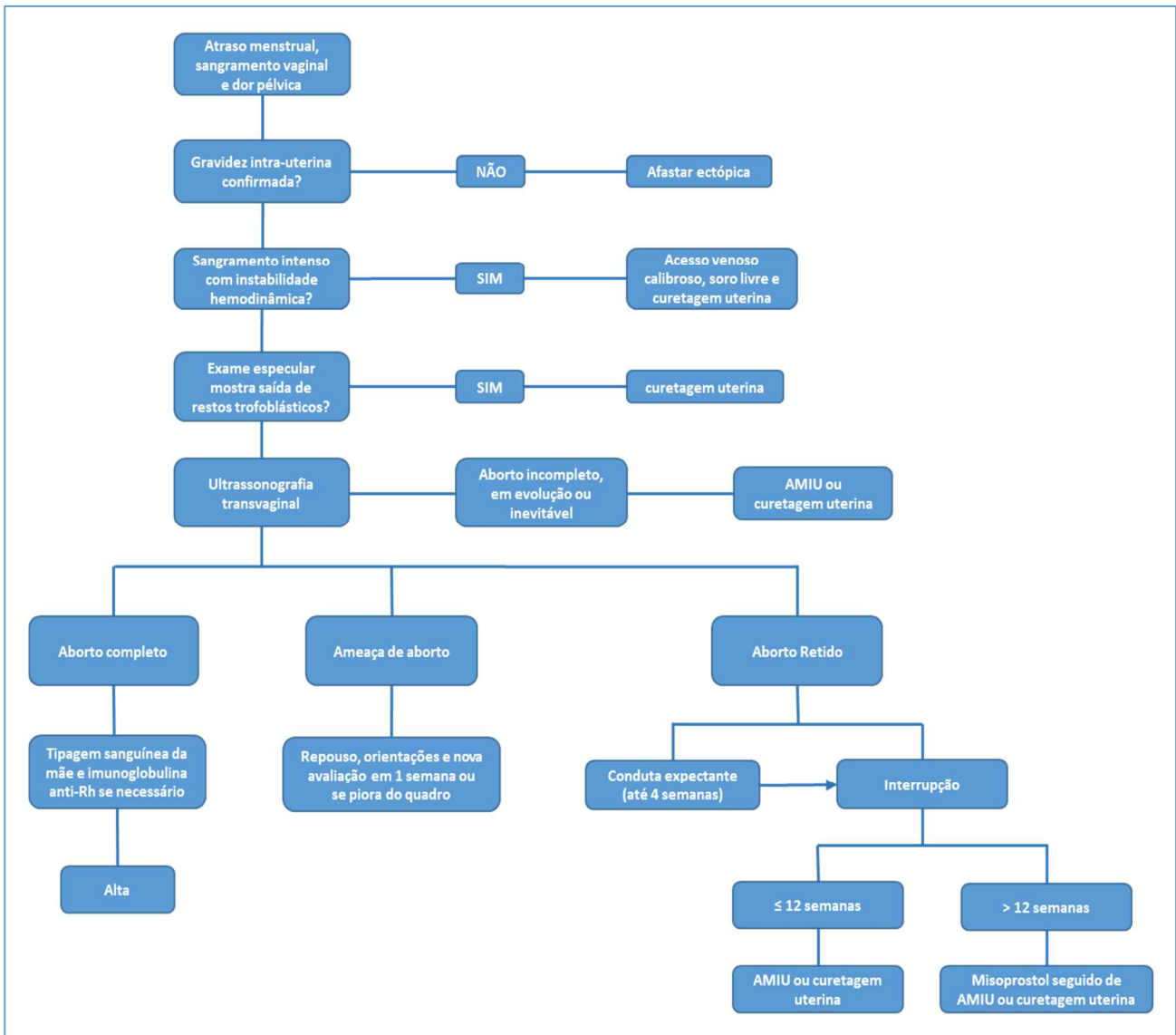
Descrever as medidas necessárias para o diagnóstico e acompanhamento das pacientes com as várias formas de abortamento.

### CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Paciente com sangramento uterino na primeira metade da gestação.

## FLUXOGRAMA

### Conduta na suspeita de abortamento



## FORMAS CLÍNICAS

### Ameaça de aborto

- Sintomas: sangramento vaginal discreto que pode ou não estar acompanhado por dor na região do hipogástrio, em cólica, leve.
- Ao exame ginecológico, evidencia-se sangramento discreto, útero com volume compatível com a idade gestacional e colo fechado.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Conduta: repouso relativo e uso de analgésicos, quando necessário. Aconselha-se abstinência sexual até duas semanas após término do sangramento. Deve ser realizada a ultrassonografia (US) para determinar a viabilidade embrionária.

### **Abortamento retido**

- Sintomas: remissão dos sintomas subjetivos da gravidez (náuseas, vômitos, mastalgia). Pode haver relato de sangramento prévio com remissão espontânea ou persistência de sangramento tipo “borra de café”.
- Exame ginecológico: sangramento ausente ou discreto (escuro), útero pequeno para a idade gestacional e colo fechado.
- Ultrassonografia: a ausência de atividade cardíaca em embriões com mais de 5 mm de comprimento cabeça-nádegas (CCN) confirma o diagnóstico. A presença de saco gestacional com mais de 20 mm onde não é identificado embrião ou vesícula vitelina identifica o quadro de “ovo anembrionado”.
- Conduta:
  - Expectante: aguardar expulsão natural (até 4 semanas).
  - Esvaziamento da cavidade uterina por aspiração manual intrauterina (AMIU) ou curetagem.

### **Abortamento inevitável**

- Sintomas: sangramento abundante, perda de líquido amniótico e/ou febre. A dor pode ser de intensidade variável.
- Exame ginecológico: rotura das membranas, sinais de infecção intracavitária, dilatação do canal cervical (com dois cm ou mais) e/ou sangramento abundante.
- Conduta: esvaziamento da cavidade uterina.

### **Abortamento incompleto**

- Sintomas: sangramento persistente, com frequência aumentada, associado a cólicas.
- Exame ginecológico: sangramento proveniente da cavidade uterina de intensidade variável, canal cervical geralmente dilatado e útero amolecido e aumentado em volume, geralmente menor que a idade gestacional.

- Conduta: esvaziamento da cavidade uterina + antibioticoprofilaxia (consultar o protocolo clínico da instituição referente a tratamentos antimicrobianos em Obstetrícia).

### **Abortamento incompleto infectado**

- Sintomas: febre, dor pélvica, secreção vaginal purulenta e fétida. Em casos graves, sinais de septicemia.
- Exame ginecológico: sangramento variável, secreção purulenta e fétida drenando pelo orifício externo do colo uterino, útero e anexos dolorosos.
- Conduta: esvaziamento da cavidade uterina precedida do início da antibioticoterapia (consultar o protocolo clínico da instituição referente a tratamentos antimicrobianos em Obstetrícia).

### **Abortamento completo**

- Sintomas: episódio de sangramento abundante acompanhado de cólicas e eliminação de produtos da gravidez, seguido de diminuição acentuada ou interrupção do sangramento e dor. Ocorre principalmente antes de oito semanas de gestação.
- Exame ginecológico: sangramento discreto ou ausente, útero involuído, colo uterino fechado.
- Ultrassonografia: a ausência de restos embrionários intracavitários, com medida da cavidade endometrial inferior a 20 mm, confirma o diagnóstico.
- Conduta: observação e orientação.

### **Abortamento Habitual**

- Conceito: três ou mais abortos espontâneos consecutivos.
  - O conceito de *perda gestacional recorrente* é mais amplo, sendo definido por 2 ou mais perdas de gravidezes clinicamente reconhecidas por US ou exame histológico.
- Conduta: a gestante com diagnóstico de abortamento de repetição deverá receber avaliação ginecológica e genética antes de nova concepção. Casos de insuficiência istmo-cervical serão tratados pelo método de cerclagem, sob anestesia geral e após esvaziamento da bexiga, de preferência entre 14 e 16 semanas.

**Tabela 1** - Diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamentos

Forma Clínica	Hemorragia	Cólicas	Útero	Colo	Ultrassonografia
<b>Ameaça de abortamento</b>	Pouco volumosa	Pouca intensidade	Volume proporcional ao esperado para a IG	Fechado	Variável
<b>Abortamento retido</b>	Não	Não	Menor que o esperado	Fechado	CCN $\geq$ 5mm sem BCF
<b>Abortamento inevitável</b>	Volumosa associada com perda de líquido amniótico	Intensas	Volume proporcional ou ligeiramente inferior à idade gestacional	Presença de dilatação cervical	Diminuição do líquido amniótico, alterações sugestivas de infecção
<b>Abortamento incompleto</b>	Abundante com restos ovulares	Média a grande intensidade	Volume menor que o esperado para a idade gestacional	Entreaberto	Restos ovulares
<b>Abortamento completo</b>	Pequeno volume ou inexistente	Ausente	Volume menor que o esperado para a idade gestacional	Fechado	Ausência de conteúdo intracavitário
<b>Abortamento infectado</b>	Pequeno volume, opalescente e com restos ovulares	Intensas e acompanhadas de febre e outros sintomas a depender da fase	Volume variável com consistência amolecida, mobilidade reduzida	Entreaberto	Variável

## TÉCNICAS PARA ESVAZIAMENTO UTERINO

**Clínicas** (consultar o protocolo clínico da instituição referente a morte fetal):

- Misoprostol.
- Ocitocina por via intravenosa.

**Cirúrgicas:**

- Dilatação cervical + esvaziamento uterino: indicada no caso de colo uterino fechado. A dilatação deverá ser feita de forma lenta e menos traumática possível utilizando laminária e/ou velas de Hegar. O esvaziamento uterino poderá feito por curetagem uterina ou aspiração a vácuo.
- AMIU: utilizada para gestações com até 11 semanas de gestação.
- Curetagem uterina.

*Proibida a reprodução total ou parcial desta obra por qualquer meio eletrônico, mecânico, fotográfico e gravável, sem a permissão expressa da Alta Administração do Hospital das Clínicas da UFMG (Lei Nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998).*

- Laparotomia: histerotomia ou histerectomia estará indicada em algumas circunstâncias, devido a doenças como carcinoma do colo (feto inviável + câncer operável), lacerações e perfurações do útero, processo infeccioso extenso ou na falha de indução clínica durante o segundo trimestre.

### Observações

- Gestantes Rh negativo não sensibilizadas (teste de Coombs indireto negativo) deverão receber imunoglobulina humana anti-Rh em caso de aborto ou ameaça de aborto.
- Todo material obtido por curetagem ou AMIU ou eliminado espontaneamente deverá ser enviado para estudo anatomopatológico.

### CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

Parada do sangramento vaginal e estabilidade clínica.

### MONITORAMENTO

- Taxa de sucesso da indução medicamentosa.
- Necessidade de nova curetagem.

### CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

## REFERÊNCIAS

Peret FJA, Corrêa Júnior MD, Viggiano MGC, Paula LB. Hemorragias da primeira metade da gravidez. In: Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Corrêa Júnior MD. Noções Práticas de Obstetrícia. 14ed. Belo Horizonte: Coopmed; 2011. 249-80.

## SIGLAS

AMIU	Aspiração manual intrauterina
BCF	Batimentos cardíacos fetais
CCN	Comprimento cabeça-nádegas
US	Ultrassonografia

## HISTÓRICO DAS VERSÕES

### 1ª versão

- Elaborada em maio de 2020 por: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em maio de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.