

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS.....	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO.....	2
ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES.....	2
FLUXOGRAMA	3
DIAGNÓSTICO DE MORTE FETAL	3
CONDUTA OBSTÉTRICA.....	4
CONDUTA PÓS-PARTO	7
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	7
MONITORAMENTO	7
CONFLITOS DE INTERESSE.....	7
REFERÊNCIAS.....	8
SIGLAS	8
HISTÓRICO DAS VERSÕES.....	8

INTRODUÇÃO

O conceito de óbito fetal, segundo o Ministério da Saúde, envolve a morte de um produto da concepção antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe, independentemente da duração da gravidez. Essa definição inclui tanto os casos de aborto (produto de concepção até a vigésima semana de gestação, ou até 500 g), quanto os óbitos a partir de 20 semanas ou 500 gramas, que serão definidos como natimortos (e deverão receber declaração de óbito e entrarão no cálculo do coeficiente de natimortalidade).

Calcula-se que ocorram globalmente cerca de 2,6 milhões de óbitos fetais ao ano, e grande parte desses eventos é provocada por causas preveníveis. Entre as causas de óbito fetal estão as doenças maternas prévias (como obesidade e uso de drogas), complicações obstétricas (síndromes hipertensivas, diabetes *mellitus* gestacional, complicações placentárias, doenças do cordão), malformações fetais e trauma no nascimento.

OBJETIVOS

O objetivo deste protocolo é definir as condutas referentes ao manejo de casos de morte fetal durante a gestação.

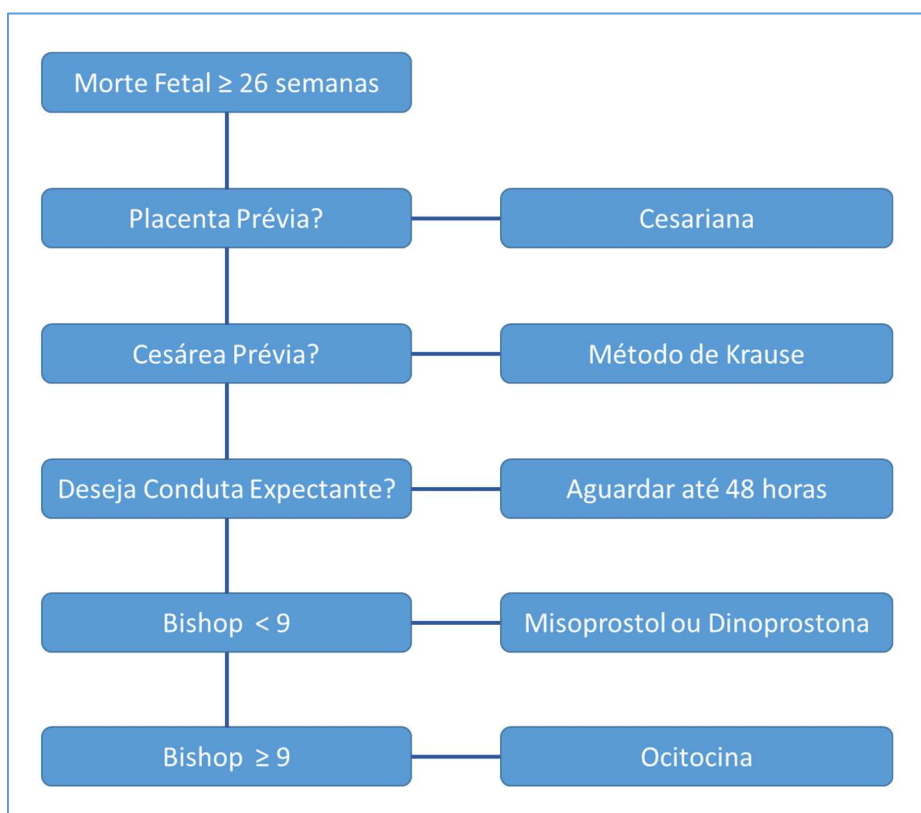
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes gestantes com diagnóstico de morte fetal na gestação em curso.

ATRIBUIÇÕES, COMPETÊNCIAS E RESPONSABILIDADES

Médico obstetra	– Prestar o primeiro atendimento, definir e efetivar a conduta clínica, solicitar possíveis interconsultas com especialidades.
Equipe de enfermagem	– Monitorar, garantir presteza na realização do atendimento.
Farmácia clínica	– Garantir presteza no fornecimento de medicamentos necessários ao atendimento.
Assistente social	– Providenciar interface entre a equipe hospitalar e da saúde da família para o controle pós-alta.
Médicos de outras especialidades	– Atender às interconsultas.

FLUXOGRAMA



DIAGNÓSTICO DE MORTE FETAL

- A anamnese deve incluir a investigação de:
 - fatores de risco como doenças prévias, histórico de infecções e abuso de substâncias ilícitas,
 - ocorrência atual de trauma e sangramento vaginal,
 - percepção de perda de peso e involução das mamas,
 - relato de ausência de movimentação fetal.
- Sinais suspeitos, no exame físico:
 - ausência de crescimento uterino,
 - ausência de movimentos fetais e
 - ausência de batimentos cardíacos fetais.
- A ultrassonografia é o exame mais sensível e mais específico disponível. A ausência de batimentos cardíacos em embrião com comprimento craniocaudal ≥ 5 mm é diagnóstico de certeza de morte fetal, assim como um saco gestacional vazio medindo mais de 16 mm em dois exames com intervalo de 7 dias.

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).

- Outros sinais ultrassonográficos de morte fetal são: ausência de movimentos fetais; “sinal do halo”, que aparece a partir de 48 horas após o óbito fetal, e representa acúmulo de fluido extravascular entre o crânio fetal e a camada de gordura subcutânea do couro cabeludo; cavalgamento dos ossos do crânio; angulação anormal da coluna fetal.
- O diagnóstico deve ser comunicado à mãe e ao acompanhante assim que possível, garantindo privacidade, empatia e suporte.

CONDUTA OBSTÉTRICA

A conduta dependerá da idade gestacional, das condições maternas e das condições do colo uterino. A paciente deverá ser submetida a propeidêutica infecciosa, caso haja suspeita de infecção.

Morte fetal até 13 semanas

- Podem ser oferecidos à paciente tanto a conduta expectante quanto a indução medicamentosa ou o esvaziamento uterino, sem que haja diferença no desfecho entre essas condutas. Podem ser realizados:
 - AMIU (aspiração manual intrauterina).
 - Curetagem uterina precedida, nos casos de colo imaturo, de dilatação com velas de Hegar ou dilatadores higroscópicos.
 - Misoprostol 800 mcg por via vaginal até de 3 em 3 horas (2 a 3 doses). Caso o tratamento medicamentoso falhe, a paciente pode optar pela conduta expectante, desde que não haja contraindicações.
 - Conduta expectante: aguardar o início espontâneo de expulsão por até 4 semanas, e em seguida avaliar necessidade de completar o esvaziamento.

Morte fetal até 26 semanas

- Recomenda-se que o esvaziamento uterino em gestações de 13 a 26 semanas seja feito através de dilatação com dilatadores higroscópicos ou velas de Hegar e curetagem, procedimento que oferece menor risco de infecção do que a indução do parto.
- Nessa fase, caso se opte pela indução medicamentosa, a dosagem varia conforme a idade gestacional. No nosso serviço, usaremos a tabela da *Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia* (FIGO) para definição das doses de misoprostol a serem utilizadas conforme a idade gestacional (tabela 1).

Tabela 1 - Regimes recomendados de misoprostol:

< 13 semanas	13 a 26 semanas	> 26 semanas
<p>Interrupção da gestação</p> <p>800 mcg via sublingual a cada 3 horas</p> <p><i>OU</i></p> <p>800 mcg por via oral ou vaginal a cada 3 a 12 hora (2 a 3 doses)</p>	<p>Interrupção da gestação</p> <p>13-24 semanas: 400 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 3 horas</p> <p>25-26 semanas: 200 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 4 horas</p>	<p>Interrupção da gestação</p> <p>27-28 semanas: 200 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 4 horas</p> <p>> 28 semanas: 100 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 6 horas</p>
<p>Aborto retido</p> <p>600 mcg via sublingual a cada 3 horas (2 doses)</p> <p><i>OU</i></p> <p>800 mcg via vaginal a cada 3 horas (2 doses)</p>	<p>Morte fetal</p> <p>200 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 4-6 horas</p>	<p>Morte fetal</p> <p>27-28 semanas: 100 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 4 horas</p> <p>> 28 semanas: 25 mcg por via vaginal a cada 6 horas</p> <p><i>OU</i></p> <p>25 mcg via oral a cada 2 horas</p>
<p>Aborto incompleto</p> <p>400 mcg via sublingual (uma dose)</p> <p><i>OU</i></p> <p>600 mcg via oral (uma dose)</p> <p><i>OU</i></p> <p>400 a 800 mcg via vaginal (uma dose)</p>	<p>Aborto inevitável</p> <p>200 mcg por via sublingual, oral ou vaginal a cada 6 horas</p>	<p>Indução do trabalho de parto</p> <p>25 mcg por via vaginal a cada 6 horas</p> <p><i>OU</i></p> <p>25 mcg via oral a cada 2 horas</p>
<p>Amadurecimento cervical para abortamento cirúrgico</p> <p>400 mcg via sublingual uma hora antes do procedimento</p> <p><i>OU</i></p> <p>400 mcg via vaginal 3 horas antes do procedimento</p>	<p>Amadurecimento cervical para abortamento cirúrgico</p> <p>13-19 semanas: 400 mcg via vaginal 3-4 horas antes do procedimento.</p> <p>> 19 semanas: o método deve ser combinado com outras modalidades</p>	

Fonte: adaptado de FIGO, 2017.

Obs: esta tabela contempla outras indicações além da morte fetal. Para uso de misoprostol pós-parto, vide protocolo de hemorragia pós-parto.

- Em mulheres com uma ou mais histerotomias prévias, até 26 semanas, pode-se optar por dosagens menores de misoprostol (100 a 200 mcg), ou pelo uso de cateter de *Foley* transcervical (método de *Krause*).

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).

- Quando o colo é favorável, podem ser utilizadas doses padrão de ocitocina. Esquemas de altas doses de ocitocina também são uma alternativa razoável:
 - Preparar solução com 250 ml de ringer-lactato e 100 U de ocitocina: infundir 50 ml/hora (333 mUI/min).
 - Dosar sódio sérico antes de iniciar essa infusão – e repetir a cada 24 horas.
 - Alternativamente, ou em caso de falha do esquema anterior, poderá ser utilizado o esquema descrito na tabela 2, após intervalo de pelo menos uma hora entre um esquema e outro:

Tabela 2 – Esquemas de ocitocina concentrada:

Esquema de ocitocina concentrada:
✧ 50 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (278 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
✧ 100 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (556 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
✧ 150 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (833 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
✧ 200 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.111 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
✧ 250 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.389 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.
✧ 300 Unidades de ocitocina em 500 ml de solução salina durante 3 horas (1.666 mUI/min), aguardar período de 1 hora de diurese.

Fonte: Ramsey e Owen (2000)

- Quando disponível, pode-se lançar mão do uso da dinoprostona (prostaglandina E2), em doses de até 20 mg, por via intravaginal, a cada 4 horas.
- O parto vaginal não é contraindicado caso haja placenta prévia em gestação com menos de 24 semanas.

Morte fetal após 26 semanas

- Se colo favorável (índice de Bishop \geq 9): indução com ocitocina em doses padrão.
- Se colo desfavorável:
 - Indução com misoprostol (tabela 1).
 - Supositórios vaginais de dinoprostona na dose de 5 a 10 mg.
 - Em mulheres com histerotomias prévias, com mais de 26 semanas e colo desfavorável, deve-se considerar o uso do método de *Krause*.
 - Após 24 semanas, se houver placenta prévia, estará indicada cesariana.

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 expectante – caso a paciente opte pela conduta expectante, a mesma não deve ultrapassar 48 horas.

CONDUTA PÓS-PARTO

- Pesar placenta e feto morto separadamente.
- Preencher formulário de anamnese e exame morfológico específico.
- Fazer radiografia simples em anteroposterior, de corpo inteiro.
- Fazer fotografias (visão lateral de corpo inteiro e visão frontal de corpo inteiro, com placenta e detalhe de anomalias, se presentes).
- O formulário de solicitação de necropsia deve SEMPRE ser preenchido, e solicitado ao casal que assine a autorização ou não autorização. No caso de não autorização para necropsia, preencher **atestado de óbito** se a gestação teve duração ≥ 20 semanas ou o feto apresenta peso ≥ 500 g ou estatura ≥ 25 cm e encaminhar a placenta para **exame anatomopatológico**.
- Para perdas fetais com menos de 20 semanas, encaminhar material para anatomopatológico.
- Se possível, obter sempre material para estudo genético:
 - sangue fetal por punção cardíaca (1 ml em seringa com heparina – frasco com tampa verde).
 - fragmento de fâscia lata em meio de cultura específico.
 - fragmento de placenta (face fetal) e/ou cordão umbilical em meio de cultura específico.
 - Casais com **perda gestacional recorrente**, **natimorto sem causa aparente** e **natimorto malformado** devem ser encaminhados para aconselhamento genético (Serviço Especial de Genética).

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Não confirmação da suspeita de morte fetal.
- Resolução do quadro após expulsão e alta materna.

MONITORAMENTO

As condutas que não se enquadrem neste protocolo deverão ser discutidas com a chefia clínica.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

GIRALDI, Laura M. Óbito fetal: fatores obstétricos, placentários e necroscópicos fetais. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, n.1, fevereiro de 2019. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20190007>.

Maslovich Mark M, Burke Lori M. Intrauterine Fetal Demise. *StatPearls*, 08 nov 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557533>. Acesso em 05/10/2021.

METZ, Torri D *et al.* Management of stillbirth, *Obstetrics and Gynecology*, n. 3, p. 110-132, março de 2020.

MORRIS, Jessica L *et al.* FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, n.138, p. 363-366, junho de 2017. DOI: 10.1002/ijgo.12181.

PRAGER, Sarah; DALTON, Vanessa K; ALLEN, Rebecca H. Early pregnancy loss, *ACOG Practice Bulletin*, n. 200, p. 1-11, 2018.

SIGLAS

AMIU Aspiração manual intrauterina

FIGO Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão:

- Elaborada em outubro de 2021 por: Regina Amélia Lopes, Marina Fistarol.
- Responsável técnico: Mário Dias Corrêa Júnior.
- Aprovada em maio de 2022 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.