



ABORTAMENTO

O aborto é a interrupção da gestação antes do início do período perinatal, definido pela OMS (CIE 10) a partir de 22 semanas completas (154 dias) de gestação, quando o peso ao nascer é normalmente de 500 g. Costuma-se classificar o aborto como precoce quando ocorre antes de 13 semanas da gravidez, e como tardio quando se dá entre as 13 e 22 semanas.

O diagnóstico das diferentes formas clínicas pode ser realizado através de sinais e sintomas e dos exames complementares, conforme exposto na Tabela 1.

Sinais & Sintomas	ABORTAMENTO (formas clínicas)					
	Ameaça	Inevitável	Completo	Incompleto	Infectado	Retido
Sangramento	Discreto	Presente e por vezes abundante	Discreto ou ausente	Presente e por vezes abundante	Variável	Ausente
Dor	Discreta ou ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Cólicas sempre presentes	Sinais de peritonite ocasionais	Ausente
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente.	Ausente
Exame especular	Sem alterações	Hemorragia pelo orifício externo	Sem alterações	Saída de tecido pelo colo	Secreção purulenta	Sem alterações
Orifício interno do colo uterino	Fechado	Entreaberto	Fechado	Entreaberto	Entreaberto	Fechado
Ultrassonografia	Sem alterações	Ovo deformado. Hematoma retro-ovular. Ovo muito baixo.	Útero vazio	Sugere presença de restos ovulares intra-uterinos	Pode visualizar restos ovulares intra-uterinos	BCF ou embrião ausentes em dois exames intercalados de 15 dias

Tabela 1- Formas clínicas de abortamento

CONDUTA

AMEAÇA DE ABORTAMENTO

- Acompanhamento ambulatorial.
- Repouso relativo.
- Abstinência sexual.
- Ultra-sonografia seriada em intervalos dependentes da evolução do quadro.
- *Hioscina*: 1 comprimido VO de 6/6 horas em caso de cólicas.

ABORTAMENTO INEVITÁVEL E ABORTAMENTO INCOMPLETO

- Medidas gerais
 - Internação da paciente.
 - Sinais vitais a cada seis horas: temperatura axilar, pulso radial e pressão arterial.
 - Hemograma completo para monitorar a espoliação e rastrear a infecção
 - Tipagem sanguínea. Pacientes Rh negativo e Coombs indireto negativo devem ser medicadas com *Imunoglobulina anti-Rh* para prevenção de possível aloimunização, no momento da administração do misoprostol.
 - Acesso venoso, com correção da volemia, se necessário (*sangue e solutos administrados em veia distinta daquela utilizada para perfusão de ocitócito*).
- **Gestação de 1º trimestre**
 - Misoprostol*
 - AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina
- **Gestação de 2º trimestre**
 - Misoprostol*
 - Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
 - Esvaziamento da cavidade uterina. AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto.
 - Inibição da lactação - Cabergolina: 1 mg (2 comprimidos) VO em dose única.

ABORTAMENTO INFECTADO

- Medidas gerais (vide abortamento inevitável e incompleto).
- Antibioticoterapia
 - Sem peritonite:
 - Cefazolina: 2 g EV de 8/8 horas e metronidazol: 500 mg EV de 8/8 horas.
 - Com peritonite:
 - Clindamicina 900 mg IV a cada 8 horas e Gentamicina 3-5 mg/kg IV (máx 240 mg), uma vez ao dia
- Tempo recomendado de tratamento: 7 a 10 dias.
- A profilaxia antitetânica deve ser feita com antitoxina 10.000 UI IV de soro antitetânico (SAT), se a paciente não for adequadamente vacinada. No caso de paciente com teste de sensibilidade positivo ao SAT, a imunoglobulina humana antitetânica deverá ser utilizada na dose de 3.000 a 6.000 UI.
- Se a paciente for imunizada, fazer dose de reforço da vacina se a última dose tiver sido administrada há mais de 5 (cinco) anos.
- Solicitar parecer da CCIH sempre que desejável e em casos de não haver melhora em 48 a 72 horas.
- **Gestação de 1º trimestre**
 - AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina uma hora após o início da terapêutica com ocitócito e antibiótico.
- **Gestação de 2º trimestre**
 - Só deve ser feito o esvaziamento uterino após a expulsão do feto.
 - Misoprostol*
 - Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
 - Esvaziamento da cavidade uterina uma hora após o início da terapêutica com ocitócito e antibiótico.
 - AMIU ou curetagem por técnica convencional, após a expulsão do feto.
 - Inibição da lactação - Cabergolina: 1 mg (2 comprimidos) VO em dose única.

ABORTAMENTO RETIDO

- A ultrassonografia realizada com intervalo de 15 dias define o diagnóstico dos dois tipos de abortamento retido:
 - Retenção do ovo morto ou *missed abortion* – presença de embrião sem vida no SG íntegro.
 - Ovo anembrionado ou ovo cego – ausência de embrião no SG íntegro.
- A conduta expectante pode ser uma opção nessas pacientes.
- Ao optar pelo esvaziamento uterino:
 - Internação da paciente.
 - Medidas gerais
 - *Ovo cego* e *missed abortion* com idade gestacional sonográfica < 12 semanas.
 - Misoprostol*
 - AMIU ou dilatação do colo e curetagem uterina.
 - *Missed abortion* com idade gestacional sonográfica ≥ 12 semanas.
 - Misoprostol* . Contra-indicado em caso de histerotomia prévia.
 - Perfusão venosa de ocitocina em solução glicosada na velocidade de 40 mUI/min (20 UI do fármaco em 500 ml de soro glicosado a 5% a 20 gotas/min).
 - Esvaziamento da cavidade uterina - AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto.
 - Inibição da lactação- Cabergolina: 1mg (2 comprimidos) VO em dose única.

*** Tratamento medicamentoso com misoprostol**

- Embora se reconheça a efetividade do misoprostol quando administrado por via oral, sublingual ou retal, as evidências científicas apontam a **via vaginal** como forma preferencial, aplicando-se os comprimidos nos fundos de saco laterais.
- As doses a serem utilizadas na indução do abortamento dependem da idade gestacional:
 - Até 12 semanas e 6 dias:
 - 1ª opção: 4 comprimidos de 200 mcg (800 mcg) via vaginal a cada 12 horas (3 doses- 0,12 e 24 horas).
 - 2ª opção: 2 comprimidos de 200 mcg (400 mcg) via vaginal a cada 8 horas (3 doses- 0,8 e 16 horas).

Observação: a 1ª opção apresenta maior eficácia, com expulsão do produto da concepção nas 24 horas, podendo, alguns casos, demorar 48 ou 72 horas, sem aumento dos efeitos colaterais.

 - De 13 a 16 semanas e 6 dias: 1 comprimido de 200 mcg, via vaginal, cada 6 horas (4 doses).
 - De 17 semanas e 26 semanas: 1 comprimido de 100 mcg, via vaginal, a cada 6 horas (4 doses).

Observação: Se necessário, repetir após 24 horas da última dose em ambos os esquemas. Após os dois dias de uso do misoprostol deve-se aguardar 72 horas pelo abortamento. Caso ele não ocorra, pode-se repetir o mesmo esquema de misoprostol, considerando-se as condições clínicas e a concordância da mulher para manter o tratamento.

- Para o amolecimento de colo uterino prévio a AMIU ou curetagem utiliza-se a dose de 2 comprimidos de 200 mcg (400 mcg), via vaginal, 3 a 4 horas antes do procedimento.
- Contraindicações:
 - cesárea anterior
 - cirurgia uterina prévia
 - paciente asmática
 - uso concomitante com ocitocina – não usar ocitocina dentro de seis horas após a última dose de misoprostol
 - placenta prévia

LEMBRETES

- 70% dos abortamentos até 8 semanas resolvem-se espontaneamente.
- Na alta hospitalar, o médico deverá fornecer à paciente licença médica para repouso domiciliar pelo período de 14 (quatorze dias) a contar da data do abortamento, em formulário próprio ou no receituário da instituição.

LEITURA SUGERIDA

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Protocolo misoprostol**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudedamulher>. Acesso em 08 jan. 2013.

- IPAS. Ações Afirmativas em Direitos e Saúde. **Melhoria da qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento**. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=97>. Acesso em: 05 nov. 2012.