



# Aborto espontâneo

Resumo de diretriz NHG M03 (março 2004)

Flikweert S, Wieringa-de Waard M, Meijer LJ, De Jonge A, Van Balen JAM

traduzido do original em holandês por Luiz F.G. Comazzetto • 2014

autorização para uso e divulgação sem fins lucrativos à Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade



## Conteúdo

- Diagnóstico
  - Anamnese
  - Exames físicos
  - Considerações
  - Exames adicionais
- Conduta
  - Orientação
  - Conduta expectante
  - Imunoglobulina Anti-Rh(D)
  - Abortos espontâneos recorrentes
  - Encaminhamento

O programa de diretrizes da Associação Holandesa de Clínica Geral (NHG) foi desenvolvido para médicos de clínica geral no contexto do sistema de saúde holandês. A Associação não garante a eficácia das diretrizes para utilização em outros países. A informação é apenas para uso educacional e/ou profissional e é fornecida de boa fé, sem qualquer garantia expressa ou implícita. A Associação não se responsabiliza por qualquer perda ou dano resultante do uso das informações contidas nas diretrizes. Todo o acesso e utilização é de responsabilidade do usuário final.

## Diagnóstico

### Anamnese

- gravidez determinada por teste/exame; última menstruação normal; primeiro dia da última menstruação, duração do ciclo menstrual;
- história obstétrica;

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- curso e natureza da perda de sangue: quantidade de perda de sangue, coágulos, restos de tecido;
- outras queixas: natureza da dor (contrações/contínua), tontura, sudorese, dor no ombro, mal-estar, temperatura;
- fatores de risco para gravidez ectópica:
  - sinais de patologia tubária (doença inflamatória pélvica, gravidez ectópica anterior ou infertilidade na história), cirurgia na tuba no histórico médico;
  - uso de DES<sup>1</sup> por parte da mãe (mulheres nascidas antes de 1976) ;
  - gravidez apesar da esterilização ou da utilização de DIU, a utilização da indução da ovulação, fertilização in vitro, ou técnicas semelhantes.
- estado emocional.

## O exame físico

- palpação abdominal: dor, defesa muscular;
- espéculo: coágulos, origem do sangue, presença de tecido no óstio cervical;
- exame de toque vaginal: tamanho, consistência e posição do útero; região adnexal palpável/dolorosa; cavidade de Douglas sensível.

## Considerações

- Encaminhamento urgente em suspeita de gravidez ectópica. Este é o caso em:
  - fatores de risco para a ocorrência de uma gravidez ectópica (ver *Anamnese*);
  - achados suspeitos na anamnese (dor é a queixa principal) ou exame físico (região adnexal dolorosa, cavidade de Douglas sensível, outros sinais de irritação peritoneal, sintomas de choque).
- Em perda de sangue devido a doença vaginal ou cervical um aborto é menos provável.
- O diagnóstico 'aborto espontâneo' é certo na visualização de um saco gestacional extravasando o óstio cervical.
- Em outros casos, o risco de um aborto é de 50%. Discutir nestes casos a possibilidade de ultrassonografia.

## Exames adicionais

### A ultrassonografia

- Em um fruto intra-uterino vital a chance de que a gravidez permanece intacta é 95%.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- A ultrassonografia transvaginal é possível a partir de 6 semanas de gestação; isto é preferido (possivelmente através de parteira<sup>2</sup>).
- As alternativas são a ultrassonografia transabdominal (a partir de 8 semanas de gestação) e Doppler fetal (11-12 semanas de gestação).

Os exames de sangue

- O grupo sanguíneo e determinar fator Rh(D) se o grupo sanguíneo é desconhecido e > 8 semanas de gestação.

## Conduta

*Se a ultrassonografia não for realizada: espera vigilante.*

*Em ultrassonografia realizada e ausência de fruto vital: discutir as vantagens e desvantagens de conduta expectante e curetagem.*

## Orientação

- *Se ultrassonografia não foi realizada:* a probabilidade de uma gravidez intacta em sangramento vaginal durante o primeiro trimestre da gravidez, é de 50%; muitas vezes o sangramento pára dentro de uma semana.
- *ultrassonografia realizada e ausência de fruto vital:* em 40% dos casos, a expulsão do embrião se dá dentro de uma semana.
- Um aborto espontâneo é uma ocorrência natural; muitas vezes se trata de um embrião anormal. Cerca de 10% das gestações terminam em aborto.
- Curso do aborto:
  - Como regra, há perda de “coágulos” e uma quantidade moderada de sangue e dores/cólicas/contrações;
  - A perda de sangue é nos primeiros dias, o mais grave; em aumento da perda de sangue o aborto ocorrerá rapidamente; às vezes o sangramento é de curto prazo e muito intenso.
  - Após o aborto a perda de sangue vai diminuir ou parar; manchas de sangue podem durar várias semanas.
- É desejável que a mulher não esteja só em casa, ou que tenha a possibilidade de procurar ajuda rapidamente.
- Em dor um analgésico pode ser usado (de preferência paracetamol).
- Discutir os sentimentos frequentes e compreensíveis de revolta, raiva, culpa, depressão e tristeza.

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- Considerar dar ao paciente o folheto informativo “*A perda de sangue nos primeiros três meses de gravidez*”.<sup>3</sup>

## Conduta expectante

### *Instrução*

Controlar 1 semana após o início da perda de sangue; anteriormente em sangramento intenso, dor contínua ou febre.

### *Controle extra antes de 1 semana*

- Repetir o exame físico.
- Encaminhar em perda de sangue grave, um aumento da dor que não pode ser explicado por fortes contrações uterinas ou febre.

### *Controle após uma semana*

- Informar-se sobre a presença, a duração e a extensão da perda de sangue.
- Repetir o exame físico.
- *Provavelmente aborto completo*: em perda de muito sangue (com pedaços) de tecidos, perda de sangue encerrada, um colo de útero fechado, e a ausência de febre ou dor. Continuar conduta expectante.
- *Possivelmente aborto incompleto*: perda de sangue durante longo período, às vezes intermitente. Pedido de ultrassonografia (se ainda não ocorreu). Em pedaços do embrião na ultrassonografia: eventualmente curetagem.
- *Possivelmente gravidez intacta*: em pequenas quantidades de perda de sangue, por período curto. Possivelmente ainda efetuar ultrassonografia.

### *Acompanhamento após o aborto*

- Proporcionar a oportunidade para um follow-up após o aborto.
- Perguntar: presença de descarga, a ocorrência de uma menstruação normal, incertezas sobre o aborto e processamento(psíquico) do aborto.

## Imunoglobulina Anti-Rh(D)

- Indicação: todas as mulheres com Rh(D) negativo com aborto após a 10<sup>a</sup> semana de gestação.
- Aplicar 375 UI intramuscular; de preferência dentro de 48 horas, mas até 2 semanas após o aborto ainda é indicado.

## Abortos espontâneos recorrentes

*Este texto é uma tradução literal das diretrizes clínicas holandesas de medicina de família e comunidade para o português do Brasil.*

- Discutir após dois abortos, a possibilidade de exame cromossômico.
- Encaminhar em resultado alterado (em 4-6% dos casos) ao centro regional de genética clínica para o aconselhamento genético, exame familiar e outras orientações (análise cromossômica pré-natal em uma gravidez posterior).
- Depois de três ou mais abortos, um encaminhamento ao ginecologista pode ser considerado.

## Acompanhamento

Indicações para encaminhamento a um ginecologista:

- suspeita de uma gravidez ectópica ou gravidez molar;
- perda grave de sangue, aumento da dor, febre;
- sangramento que dura mais de uma semana, enquanto a mulher não quer mais esperar;
- uma forte preferência da mulher por curetagem (em ultrassonografia com feto não-vital).

Um encaminhamento ao ginecologista pode ser considerado se:

- ultrassonografia não pode ser feito no consultório de MFC;
- a paciente teve três ou mais abortos espontâneos.

Encaminhamento a um centro clínico genético:

- em um resultado anormal de exame cromossômico.

## Notas do tradutor

1. DES = dietilestilbestrol
2. Na Holanda, o acompanhamento grande parte das gestações e dos partos é efetuado por parteiras formadas. Muitas dessas profissionais efetuam ultra-sonografias da gestante.
3. Material informativo utilizado por médicos de medicina da família e comunidade.