

ABORTAMENTO



Profa M^a Gabriela Hugues
Aula 2



PLANEJAMENTO DA AULA

- Definição
- Formas clínicas
- Tratamento
- A tal da progesterona...
- Legislação
- Aborto provocado e Saúde Pública

ABORTO E ABORTAMENTO

- **Abortamento** é a interrupção da gravidez até a 20ª-22ª semana e com produto da concepção pesando menos que 500g. Pode ser espontâneo ou provocado.

Em inglês, abortion – provocado; Miscarriage – espontâneo

- **Aborto** é o produto da concepção eliminado no abortamento.

- Alterações cromossômicas
- Imunológicos
- Trombofílicos
- Anatômicos
- Endócrinos
- Infeciosos
- Ambientais

ETIOLOGIA E FATORES DE RISCO



FORMAS CLÍNICAS

- Ameaça de abortamento
- Abortamento inevitável: precoce e tardio
- Abortamento completo
- Abortamento incompleto
- Abortamento infectado
- Abortamento retido
- Abortamento habitual ou recorrente
- Abortamento eletivo previsto em lei
- Insuficiência cervical (Profª Nádia abordará)

AMEAÇA DE ABORTAMENTO

- Hemorragia → Anomalia decidual e/ou descolamento do OVO
- Dor: precedem, acompanham, sucedem hemorragia. Se contração regular como TP → processo irreversível
- Sinal de contração uterina



AMEAÇA DE ABORTAMENTO

- Não se chama “descolamento de placenta”
- Não se chama “descolamento ovular”
- Não se chama “hematoma subcoriônico”




TRATAMENTO

- Repouso relativo – não há evidências
- Relações sexuais não devem acontecer enquanto houver ameaça
- Analgésicos e antiespasmódicos em pct com cólica
- **NÃO HÁ EVIDÊNCIA PARA USO DE PROGESTERONA NO ABORTAMENTO ESPORÁDICO (ACOG, 2015)**

PROGESTERONA NÃO TRATA AMEAÇA DE ABORTAMENTO!!!

Medicalização do parto e nascimento passa por tratar doenças imaginárias

Não há evidências para apoiar o uso **rotineiro** de progesterona para evitar abortamento espontâneo até a metade da gravidez. No entanto, parece haver evidência de benefício em mulheres com antecedentes de **perdas recorrentes**. O tratamento para estas mulheres pode ser justificado devido às taxas reduzidas de abortamento no grupo de tratamento, e ao achado de nenhuma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de tratamento e controle nas taxas de efeitos adversos sofridos por mãe/bebê nas evidências disponíveis". Cochrane, 2013



"A terapia com progesterona no primeiro trimestre da gravidez não resultou em uma taxa significativamente maior de nascidos vivos entre as mulheres com história de abortamentos espontâneos recorrentes inexplicados." The New England Journal of Medicine, 2015.

ACOLHIMENTO

É importante tranquilizar a gestante, sem contudo, exibir otimismo demasiado.

METADE ABORTA

Ou 1 em cada 8 mulheres que SABEM da gravidez acaba em aborto natural. (NICE ,2018)



ABOTAMENTO INEVITÁVEL

- Até 8 semanas o processo pode ser confundido com menstruação. Sangramento é aumentado, há presença de embrião e decídua
- A partir de 8 semanas há características de TP
- É precedido por ameaça de abortamento. Raramente acontece abruptamente
- Hemorragia mais abundante
- Volume do útero corresponde à data da amenorreia



ABORTAMENTO PRECOCE

ATÉ 12 SEMANAS

- Expectante
- Médico: misoprostol 800 mg
- Cirúrgico: esvaziamento uterino em mulheres com hemorragia ou infecção.
 - a) Dilatação + aspiração à vácuo
 - b) Curetagem



ABORTAMENTO TARDIO

APÓS 12 SEMANAS

Ovo bem desenvolvido

Cavidade uterina volumosa

Conduta:

- 10UI IV ocitocina em 500 ml ringer lactato ou SG
- 400mcg misoprostol VV 8/8 horas

TRATAMENTO

ABORTAMENTO PRECOCE ATÉ 12 SEM

Expectante

Até 8 semanas, êxito em conseguir a expulsão completa em até 80%

Sangramento moderado/grave

Cólicas

Médico ou farmacológico

Para pacientes que querem encurtar o tempo de expulsão

Uso de misoprostol VV 800mcg. Dose pode ser repetida

Se a expulsão não for completa, cirurgia poderá ser indicada

Cirúrgico

Esvaziamento uterino
Indicação: mulheres com hemorragia, instabilidade hemodinâmica ou infecção, anemia grave, desordens de coagulação e doença cardiovascular
PROCEDIMENTO DE ESCOLHA

DILATAÇÃO & ASPIRAÇÃO A VÁCUO/CURETAGEM

TRATAMENTO

ABORTAMENTO TARDIO APÓS 12 SEM

Método de eleição

Abortamento farmacológico

Pode ser complementado por aspiração uterina ou curetagem após expulsão fetal

13 -16 6/7 sem: 200mcg VV a cada 6 horas (4 doses)

17 – 26 sem: 100mcg VV a cada 6 horas (4 doses)

Se necessário, repetir após 24 horas da última dose em ambos os esquemas. Após dois dias de uso de misoprostol, 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.

ACONSELHAMENTO

- Abstenção sexual por 1-2 semanas após expulsão completa a fim de evitar infecção (sem comprovação de eficácia)
- Anticoncepção hormonal e DIU podem ser usados imediatamente após abortamento precoce, desde que não haja suspeita de abortamento séptico
- **Mulheres Rh negativas** não sensibilizadas devem receber **imunoglobulina Rh** imediatamente após o tratamento cirúrgico do abortamento e dentro de 72 horas do tratamento expectante ou médico.



ABORTAMENTO COMPLETO

- Considera-se abortamento completo quando, após a expulsão do ovo, cólicas cessam e sangramento reduz.
- Frequente até 8 semanas



ABORTAMENTO INCOMPLETO

- Eliminação parcial do ovo
- Comum após 8 semanas – vilosidades coriônicas ficam aderidas ao útero
- O sangramento não cessa, é intermitente, pode ser intenso, isso ocorre porque os restos ovulares impedem a contração uterina adequada.
- Cólicas persistem

TRATAMENTO DE ELEIÇÃO

- Esvaziamento cirúrgico. Aspiração a vácuo mais indicada.
- Conduta expectante não mais indicada



ABORTAMENTO INFECTADO

- Quase sempre relacionado a abortamento provocado em más condições técnicas.

ENTRETANTO, NÃO É SUA ÚNICA ORIGEM

Abortamento incompleto

Manipulação e introdução de instrumentos, sondas, laminárias (tipo de alga marinha)

Geralmente *E. coli* ou *Clostridium perfringens*

ABORTAMENTO INFECTADO

CLASSIFICAÇÃO

1. Endometrite: mais comum. Infecção limitada ao útero. Sintoma semelhante ao abortamento completo e incompleto. Febre não muito alta (pouco acima de 38°C e BEG; dores discretas. Palpação abdominal e toque tolerados. Hemorragia escassa é regra

ABORTAMENTO INFECTADO

CLASSIFICAÇÃO

2. Pelviperitonite: Infecção progride, localizada no miométrio, paramétrios e anexos, comprometendo periônio. Hemorragia não é sinal relevante. Sangue escorre com líquido sanioso. Temperatura 39°C, EG afetado, taquicardia, desidratação, paresia intestinal, anemia. Dores constantes. Exame pélvico praticamente impossível, tal a dor experimentada. Útero amolecido, colo entreaberto.

ABORTAMENTO INFECTADO

CLASSIFICAÇÃO

3. Peritonite: Forma extremamente grave, infecção generalizada. Há peritonite, septicemia e choque séptico. A infecção por *clostridium* piora o prognóstico, pode levar a síndrome do choque tóxico com insuficiência generalizada dos órgãos. Pode não haver febre. Temperatura elevada, mas nem sempre, pulso rápido, hipotensão arterial, abdome distendido, desidratação acentuada, oligúria, icterícia. Endocardite, miocardite, falência cardíaca. Possível embolia pulmonar.

ABORTAMENTO INFECTADO

TRATAMENTO

- Esvaziamento uterino
- ATB de largo espectro
- Ocitócitos
- Sangue, SG 5%, SF 0,9%, RL → anemia, desidratação, condições circulatórias,
- Na peritonite, abscessos devem ser drenados. Diagnóstico por US dos abscessos: local e extensão
- Infecção por *Clostridium*, histerectomia total



ABORTAMENTO RETIDO

- Útero retém o ovo por dias ou semanas
- Após morte fetal, sangramento vaginal pode acontecer ou não
- Útero pode diminuir de tamanho
- US não exibe BCF

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

- Duas US com intervalo de 7 a 10 dias

ABORTAMENTO RETIDO

TRATAMENTO

Conduta expectante ou médica


É usado misoprostol quando a IG >12 semanas, e através de AMIU quando <12 semanas (BRASIL, 2011).

Realidade: CURETAGEM é a intervenção cirúrgica mais utilizada

Retenções prolongadas > 4 semanas distúrbios da hemocoagulação é complicação mais temida

ABORTAMENTO HABITUAL

RCOG  e MS : 3
ou mais gestações

ACOG : 2 ou mais
gestações. Após 3
perdas, exame
completo

CASOS

Era meu 1º bebê, até que com 4 semanas e 5 dias veio um borraozinho mínimo e marrom na roupa. Achei estranho. Liguei pro médico e fui à emergência comum: calma. É só a nidação. Está implantando. Tudo bem, sem exames. No dia seguinte veio mais. Fui à emergência novamente. Médicas despreparadas no ultrassom e na comunicação. Foi feito novo beta, com aumento do nível até acima do esperado. Ufa! Até a médica sorriu tranquila. Vamos só confirmar no US. O exame começou e ela ficou muda, depois disse que era cedo para conclusões. Liguei para meu médico, ele me disse para fazer repouso, receitou **progesterona** e pediu para aguardar uma semana para nova US. Um dia antes da próxima US, com 5 semanas e 4 dias, novo sangramento.

CASOS

Tudo corria bem, até a **8ª semana**, quando ao levantar de manhã senti algo escorrer. Corri pro banheiro e estava sangrando. Fiquei desesperada. Era sábado de manhã e falei imediatamente com a obstetra que me orientou, me tranquilizou, pediu repouso e me orientou a fazer um ultrassom pra tentar avaliar a origem do sangue. Fiz o exame e estava tudo bem: **não havia descolamento de placenta**, nem afinamento de colo, o embrião estava bem implantado, não havia sinal clínico pra esse sangramento. Na segunda cedo fui a uma consulta com a médica e ela me receitou o uso de **progesterona e repouso**. G2C1



Progestogen for preventing miscarriage in women with recurrent miscarriage of unclear etiology (Review)

What evidence did we find?

We searched for evidence on 6 July 2017 and identified a total of 13 trials that enrolled a total of 2556 women with a history of recurrent miscarriages. These trials found that giving progestogen medication to women with recurrent miscarriages early in their pregnancy may help lower the rates of miscarriage in that pregnancy from 27.5% to 20.1%. We believe that these findings are based on evidence of only moderate quality, so we cannot be certain about the results. We did not find that giving the progestogen medication by mouth, as a shot (injection), or in the vagina, was any better than any of the other ways. We also found that the trials showed that giving progestogen to women with prior recurrent miscarriages made the chances of having a live baby in the current pregnancy slightly higher. We are uncertain about the effect on the rate of preterm birth because the evidence is very low-quality. We did not find evidence of improvement in other outcomes such as newborn death, stillbirth, low birthweight, or newborn birth defects for women given progestogens.

What does this mean?

We found evidence from randomized controlled trials that giving progestogen medication may prevent miscarriage for women with recurrent previous miscarriages.

ABORTAMENTO INEVITÁVEL

Precoce < 12 semanas

- Expectante
- Médico: misoprostol 800 mg (ACOG, 2015)
- Cirúrgico: esvaziamento uterino em mulheres com hemorragia ou infecção.
 - a) Dilatação + aspiração à vácuo
 - b) Curetagem

Tardio > 12 semanas

- Ovo bem desenvolvido
- Cavidade uterina volumosa
- Conduta:
 - a) 10UI IV ocitocina em 500 ml ringer lactato OU
 - b) 400mg misoprostol VV 4/4 horas (Rezende, 2018; OMS, 2013)



ABORTAMENTO ELETIVO PREVISTO EM LEI

Em duas circunstâncias é permitido no Código Penal de 1940

- Se não houver outro meio de salvar a vida da mulher
- Se for resultado de estupro e assim desejar a mulher ou seu representante legal

Em 2012, STF autorizou abortamento de fetos anencéfalos.

Outros casos excepcionais como malformações múltiplas, incompatíveis com a vida podem ser permitidos mediante autorização judicial. Ex: agenesia renal bilateral; Síndrome de Patau; Síndrome de Edwards; gemelaridade imperfeita



ABORTAMENTO PROVOCADO

- Em países como RU e EUA o abortamento voluntário é permitido.
- Código Penal Brasileiro classifica abortamento entre os Crimes contra a Vida
- Para que abortamento seja considerado crime, é indispensável a intenção deliberada de eliminar o conceito ou a simples complacência com o ato.
- Pena: 1 a 3 anos para gestante; 1 a 4 anos para quem realiza o procedimento
- Aborto (i)legal seguro para ricas x aborto ilegal inseguro para pobres

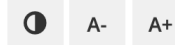
Caso Jandira: grávida morta em clínica clandestina de aborto se torna símbolo no Rio

Justiça aceitou denúncia contra dez suspeitos de envolvimento no crime; oito estão presos

RIO DE JANEIRO

Do R7

© 18/12/2014 - 15h22



Corpo foi encontrado carbonizado, sem digitais e

O caso da grávida Jandira Magdalena dos Santos Cruz revelou a cruel realidade nas clínicas clandestinas de aborto do Rio de Janeiro. No dia 26 de agosto, a auxiliar administrativa desapareceu após realizar o procedimento

26/08/2014
Campo Grande,
Rio de Janeiro –
RJ



POR QUE ABORTO É QUESTÃO DE SAÚDE PÚBLICA?

- 4ª causa de morte materna no Brasil
- Morte evitável
- 1 em 5 mulheres aos 40 anos já realizou
- Em 2015 foram 416.000 aproximadamente. Metade precisou internação
- Risco de morte maior nas mulheres negras e pardas.