Combinar o diagnóstico mais provável (A a F) com cada caso:

**A – Ameaça de aborto ou aborto evitável**

**B – Aborto inevitável**

**C – Aborto incompleto**

**D – Aborto completo**

**E – Aborto retido**

**F – Nenhum dos acima**

|  |  |
| --- | --- |
| **Caso** | **Diag.** |
| 19 anos, IG, 0P, IG = 14 sem., queixa de sangramento e cólica, dilatação cervical de 3 cm e 90% de apagamento | B |
| 33 anos, DUM = 30/06/2020, refere sangramento vaginal e perda de substância esbranquiçada + “pedaço de carne” há 6 horas, queixa-se de cólicas fortes e sua cérvice está 2 cm dilatada | C |
| 20 anos, IIG, IP, IG = 12 sem., sangramento vaginal pequena quantidade, BCF entre 140 e 145 bpm, orifício cervical encontra-se fechado | A |
| 29 anos, IVG, IIP, IG = 23 sem., cólica leve há um dia, sangramento vaginal em pequena quantidade, orifício cervical fechado, BCF entre 130 e 150 bpm | F |
| 35 anos, DUM = 11/06/2020, sem dor, sangramento em pequena quantidade, orifício cervical fechado, diz que ontem teve cólicas intensas e sangramento, eliminando algo semelhante a “fígado” | D |

Nulípara de 18 anos sofreu estupro que resultou em gravidez. Tem documentos oficiais que solicitam interrupção de gestação de 7 semanas. A idade gestacional confirmada pela ecografia é compatível com a data do estupro. Neste caso, qual deve ser a conduta recomendada para a interrupção?

Método cirúrgico seria o mais adequado: dilatação + aspiração à vácuo.

Bárbara, 32 anos, gesta 4, para 3, aborto 1, com história de ligadura tubária bilateral chega ao pronto atendimento com queixa de náusea, vômito e dor abdominal há uma semana. O teste de gravidez na urina é positivo. A data da última menstruação foi há seis semanas.

- Qual o possível diagnóstico para ela? Possivelmente gestação ectópica, com hemoperitônio, devido à presença de náusea e vômito.

- Qual a avaliação física, os testes laboratoriais e os procedimentos diagnósticos que você esperaria que fossem feitos para chegar ao diagnóstico final? À palpação uterina, forte dor, sinais de irritação peritoneal. Exame pélvico provoca dor profunda, designado sinal de Proust. O ideal fazer exame ultrassonográfico para diagnóstico diferencial, sem necessidade de toques vaginais doloridos. Ausência de saco gestacional intra-útero. Fazer dosagem de Bhcg. Em caso de GE, Bhcg > 1000UI/ml

- Caso o diagnóstico se confirme, que conduta médica é esperada?

Em caso de GE, Bhcg ≤ 5000 UI/ml, BCF ausente, saco gestacional ≤ 3,5 cm, paciente hemodinamicamente estável, pode-se optar por tratamento conservador. Caso contrário, tratamento cirúrgico imediato.

O tratamento conservador consiste em uso de Methotrexate (MTX), 50 mg IM em dose única.

Solicitar hemograma e provas de função hepática e renal antes de iniciar o tratamento.

Cerca de 15 a 20% das pacientes irão necessitar de segunda dose, e menos de 1% de mais de duas doses.

Dosar o β-hCG no dia 1 (dia da administração) e no dia 7. Administrar segunda dose se não houver queda de 15% do valor obtido no dia 1. Recomenda-se no máximo 3 doses.

Repetir dosagem semanal do ß-hCG até que seja indetectável.

Sofia, 19 anos, se apresenta para a primeira visita pré-natal com queixa de ter dois episódios de sangramento pós-coital. De acordo com a data da última menstruação, ela está com 11 semanas de gravidez. O exame vaginal realizado pelo médico revela uma cérvice fechada, sem evidência de sangramento. O tamanho do útero é compatível com 20 semanas de gestação. O nível sérico de beta hCG é de 250.000 mUI/mL. A avaliação ultrassonográfica não revela evidência de feto, mas mostra a presença de estruturas císticas dentro do útero.

- Qual o possível diagnóstico para ela? Presença de sangramento, volume uterino em desacordo com a idade gestacional e Bhgc > 100.000 mUI/ml há diagnóstico clínico de mola hidatiforme completa.

- Que conduta médica é esperada?

Confirmar diagnóstico por ultrassonografia. Solicitar hemograma completo, grupo sanguíneo e fator Rh, fazer esvaziamento por aspiração preferencialmente. Após esvaziamento, fazer dosagem de Bhcg a cada 48 horas e depois semanais. Quando for negativo por 3 semanas consecutivas, dosá-lo mensalmente por 6 meses. Após 6 meses consecutivos de Bhcg negativo, gravidez pode-se engravidar. Fazer ultrassonografia após esvaziamento para acompanhar cistos tecaluteínicos dos ovários e malignidade. Anticoncepção é importante durante período de seguimento porque Bhcg é marcador tumoral.

- Como ocorreu possivelmente a fertilização nesse caso?

Ocorreu fertilização de um ovo vazio Cariótipo invariavelmente 46XX.

Quando ocorre abortamento incompleto ainda no início da gestação, opta-se por aspiração a vácuo ou curetagem. Em gestações mais adiantadas, é necessária a dilatação do colo uterino com misoprostol. Em casos de abortamento às 16 semanas a dosagem do misoprostol é:

a) 20 mcg a cada 2 horas

b) 100 mcg a cada 2 horas

c) 200 mcg a cada 6 horas

d) 500mcg a cada 8 horas

Quando nos referimos a abortamento precoce, ele ocorre com até quantas semanas de gestação?

a) 16

b) 12

c) 8

d) 4

Uma parte das mulheres que apresentam sangramento na 1ª metade da gestação irão abortar. Quantos %?

a) 80%

b) 50%

c) 30%

d) menos de 10%

C. é uma jovem de 20 anos, solteira, em relacionamento estável, acabou de sofrer um aborto espontâneo às 15 semanas de gestação e está sozinha no leito, ao lado de uma mãe amamentando seu bebê. Você é a/o obstetriz prestando cuidados e C. deseja conversar. O que você diria à jovem? Qual conduta você tomaria?

Providenciar leito separado de outras puérperas com RN. Mostrar uma atitude empática em relação àquela perda. Jamais assumir que a perda é menor porque a pessoa é jovem, evitar frases como: “logo, logo você engravida de novo” ou qualquer juízo de valor do tipo” você é muito jovem, não deveria ter filhos agora”. Evitar emitir qualquer opinião sobre a perda e sobre o futuro. Estar ao lado dela, perguntar o que ela precisa, se quer conversar, se quer que chame/ligue para alguém que fique com ela.