

PROTOCOLO DE MANEJO E ACESSO AO AMBULATÓRIO DA SAÚDE DA MULHER - ABORTO HABITUAL

Protocolo singularizado para o Município de
Jundiaí –2020
Versão I



Prefeitura
de Jundiaí



Prefeitura
de Jundiaí

Organização e Elaboração

Érika Pimenta de Pádua Mayer
Giovanna Pessini
Suellen Marília de Souza Silva Melo
Departamento de Regulação em Saúde
Unidade de Gestão de Promoção em Saúde

1) Introdução:

O **abortamento** é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal. A Organização Mundial da Saúde estabelece como limite para caracterizá-lo a perda de conceptos de até 22 semanas ou 500 gramas.

Os termos “abortamento” e “aborto” algumas vezes são empregados como sinônimos, porém “abortamento” refere-se ao processo e “aborto”, ao produto eliminado.

Incidência: O abortamento é a mais comum intercorrência obstétrica. Até 20% das gestações evoluem para aborto antes de 20 semanas, sendo que, destas, 80% são interrompidas até a 12ª semana. A perda de gestações subclínicas ou não diagnosticadas é ainda maior, podendo chegar a 30%. A frequência diminui com o avançar da idade gestacional, sendo que o risco geral de abortar depois da 15ª semana é baixo (0,6%).

O abortamento é dividido em precoce e tardio, respectivamente, se ocorre antes ou após a 12ª semana de gestação.

Fatores de risco

Numerosos fatores estão associados a maior risco de perda gestacional:

- Idade: o risco de aborto aumenta com o avançar da idade materna, chegando a 40% aos 40 anos e 80% aos 45 anos;
- Antecedente de aborto espontâneo: aumenta após duas ou mais perdas;
- Tabagismo: o consumo de mais de 10 cigarros por dia aumenta em cerca de 1,5 a 3 vezes a chance de abortar. O tabagismo paterno também pode ser prejudicial. Dessa forma, os casais devem ser encorajados a abandonar o hábito;
- Consumo de álcool e drogas;
- Uso de anti-inflamatórios não hormonais: pode aumentar o risco de abortar se usados próximos à concepção. O uso de acetaminofeno, no entanto, constitui opção segura;
- Cafeína: alguns estudos mostram associação entre alto consumo de cafeína (mais que quatro xícaras de café expresso por dia) e abortamento, mas os dados ainda são um pouco controversos;
- Extremos de peso: IMC < 18,5 ou > 25.

2) Classificação:

Ameaça de abortamento ou abortamento evitável: assim classificado quando o conceito mantém a vitalidade. O quadro clínico é discreto, caracterizando-se por sangramento vaginal de pequena intensidade e pouca dor em cólica. O útero permanece aumentado e o orifício interno, fechado. O exame ginecológico é importante para afastar lesões, pólipos e vaginites agudas, que podem ocasionar sangramento vaginal, principalmente após o coito.

À ultrassonografia, não há alterações significativas: o saco gestacional encontra-se íntegro e, caso haja embrião maior que 5 mm, é possível visualizar batimentos cardíacos embrionários. Quando ainda não há achado ultrassonográfico, pode-se lançar mão da dosagem quantitativa de β -HCG. De modo geral, quando o β -HCG está maior que 1.500 a 2.000mUI/ml, deve haver saco gestacional intrauterino. Além disso, em uma gestação normal, os valores de β -HCG aumentam 66% (ou 1,8 vez) a cada 48 horas.

Os sinais ultrassonográficos de mau prognóstico são saco gestacional irregular, frequência cardíaca fetal abaixo de 100 batimentos por minuto entre 5 e 7 semanas e hematomas subcoriônicos maiores que 25% do diâmetro do saco gestacional. Na vigência desses achados, a ultrassonografia deve ser repetida dentro de 7 a 10 dias.

A causa exata do sangramento raramente é determinada e frequentemente atribuída à migração da placenta. Imagens ultrassonográficas de hematomas retrocoriônicos podem explicar alguns casos. Devem ser indicados repouso relativo, abstinência sexual (por até 15 dias depois de cessado o sangramento), prescrever analgésicos e antiespasmódicos. A administração de progesterona exógena é ainda controversa. A paciente deve receber orientações e apoio psicológico.

A evolução pode ser tanto para gravidez normal como para aborto inevitável, mas, na realidade, 90-95% das gestações entre 7 e 11 semanas que apresentam sangramento, mas em que são identificados batimentos cardíacos ($>100/\text{min}$), evoluem para gestação normal.

Abortamento inevitável: definido quando o produto conceptual perde a vitalidade e não existe possibilidade de evolução da gestação. A sintomatologia é mais intensa quanto à hemorragia e à dor. O colo do útero pode estar dilatado, embora o produto gestacional possa ou não ter sido eliminado total ou parcialmente. Os sinais da gravidez costumam sofrer atenuação. Pode ser completo ou incompleto.

Abortamento inevitável completo: definido quando há eliminação total do conteúdo uterino. É mais frequente quando a perda gestacional acontece até oito semanas de gravidez. À ultrassonografia não se identificam imagens do produto conceptual, podendo haver apenas coágulos. Não é necessário nenhum tipo de tratamento; apenas

analgésicos, se necessário.

Abortamento inevitável incompleto: ocorre quando há somente eliminação parcial do conteúdo uterino. Geralmente apresenta sangramento ativo, embora na maioria das vezes não seja volumoso.

Conduta expectante: indicada nos casos de aborto precoce para mulheres sem alterações hemodinâmicas nem sinais de infecção. Na maioria das vezes, a eliminação acontece dentro de duas semanas após o diagnóstico, mas intervalos de até quatro semanas não são incomuns. Apesar de a conduta expectante apresentar chance de eliminação incompleta e necessidade de medicação ou curetagem, não está associada a maior risco de infecção. O tempo recomendado para resolução espontânea costuma ser de um mês. Pode-se indicar ultrassonografia de controle após a resolução.

Aborto infectado: situação em que há restos intrauterinos e infecção. Na maioria das vezes é resultado de abortamentos provocados de forma ilegal. A paciente apresenta quadro clínico de aborto incompleto associado a sinais de infecção, como dor local importante, útero amolecido, eliminação de material com odor fétido, comprometimento do estado geral, febre e taquicardia. Nos casos não complicados a infecção está restrita ao útero. Nos casos complicados, a infecção pode se estender aos anexos, peritônio ou se generalizar e evoluir para septicemia. Geralmente são infecções polimicrobianas a partir da ascensão de germes que fazem parte da flora vaginal e intestinal, como cocos anaeróbios, gram-negativos, bacteroides e *Clostridium perfringens* (ou *welchii*). Nesse último caso, a paciente evolui rapidamente com quadro de icterícia cianótica e hemoglobinúria. Os índices de mortalidade são altos.

Abortamento retido: é assim definido quando há morte do produto conceptual e retenção da gravidez por um período maior que 30 dias. Há regressão dos sintomas da gravidez, exceto pela amenorreia persistente. O volume uterino se estabiliza ou involui. A conduta é o esvaziamento uterino.

Abortamento habitual: definido pela ocorrência de três abortos espontâneos consecutivos, sendo classificado em primário ou secundário caso seja ou não antecedido por parto. Acomete de 0,5 a 1% dos casais. Nesse caso, o casal deve ser encaminhado para investigação no intervalo **Inter gestacional** para pesquisa de possível causa.

3) Classificação de risco quanto ao abortamento:

Aborto inevitável incompleto	P0	HU
Aborto infectado	P0	HU
Aborto evitável	P1	UBS
Aborto inevitável completo	P1	UBS
Aborto retido	P1	UBS/HU
Aborto habitual	P3	Amb da saúde da Mulher

O abortamento é um processo estressante e de muita insegurança para a paciente e familiares, assim, deve ser considerado sempre como p1, nem todos têm necessidade de serem encaminhados para o pronto socorro, mas todas as pacientes com quadro de sangramento vaginal na gestação devem ser examinadas. Aquelas com sangramento vaginal advindo do orifício externo do colo uterino, devem ser investigadas com US transvaginal, que pode ser solicitado com prioridade através de e-mail (regulação), desde que estáveis hemodinamicamente e com colo uterino impérvio, pois neste caso, deverá ser encaminhada para avaliação no pronto socorro (HU).

4) Aborto Habitual- FLUXO:

O fluxo para pacientes com diagnóstico de aborto habitual (AH) deverá seguir as seguintes orientações:

Idealmente a investigação dos casais com AH deve ser realizada no período pregestacional, dessa forma, propõem-se o encaminhamento da paciente ao ambulatório da saúde da mulher para avaliação pela Dra. Giovanna (01 vaga semanal) através de e-mail para a regulação médica do ambulatório com a ficha de encaminhamento contendo história clínica e quadro clínico atual (rguarisi@jundiai.sp.gov.br).

Dados obrigatórios:

- ✓ Idade da paciente;
- ✓ História clínica detalhada;
- ✓ Antecedentes pessoais e familiares incluindo ginecológico e obstétrico;
- ✓ Pacientes até 34anos e 11meses considerar 3 abortos prévios;
- ✓ Pacientes acima de 35anos considerar 2 abortos prévios.

Anamnese rigorosa: antecedentes pessoais (doenças clínicas e ginecológicas, hábitos e exposições), familiares (perdas fetais, malformações, tromboembolismo) e



obstétricos. Caracterização completa de cada perda gestacional (idade gestacional, achado ultrassonográfico, realização de curetagem e causa suposta).

É necessário considerar que após investigação completa, em aproximadamente metade dos casos não é possível identificar uma causa aparente para o AH e, mesmo nesses casos, o prognóstico ainda é favorável, tendo sido descritas taxas de sucesso de até 75%.

5) Abortamento habitual

Principais fatores que podem ser responsáveis pelo AH:

1) **Fatores Genéticos:**

O quadro pode ser suspeitado quando o cariótipo de produtos de abortamento é alterado, sendo então indicada a pesquisa do cariótipo nos pais. No entanto, na nossa população, essa informação não está disponível na maioria dos casos e, portanto, a pesquisa do cariótipo parental é uma recomendação universal para os casais com AH.

2) **Fatores Anatômicos:**

O tratamento envolve a ressecção histeroscópica das lesões intracavitárias (septo, sinéquias, pólipos e miomas). No caso das anomalias congênitas, é necessário, durante o pré-natal, a vigilância do colo uterino e instituição de medidas de prevenção da prematuridade.

Outra importante causa anatômica associada ao AH (perdas tardias) é a insuficiência istmo-cervical (IIC), cujo tratamento é a cerclagem cervical.

3) **Fatores Imunológicos:**

A Síndrome dos anticorpos antifosfolípides (SAAF) é uma das causas mais importantes de AH, com frequência entre 15-20% em alguns estudos. Uma série de estudos mostrou que o melhor tratamento para SAAF é a associação de heparina e AAS em baixa dose, iniciando-se a partir do diagnóstico clínico da gestação e mantendo o tratamento com heparina até o parto, e o AAS até 36 semanas de gestação.

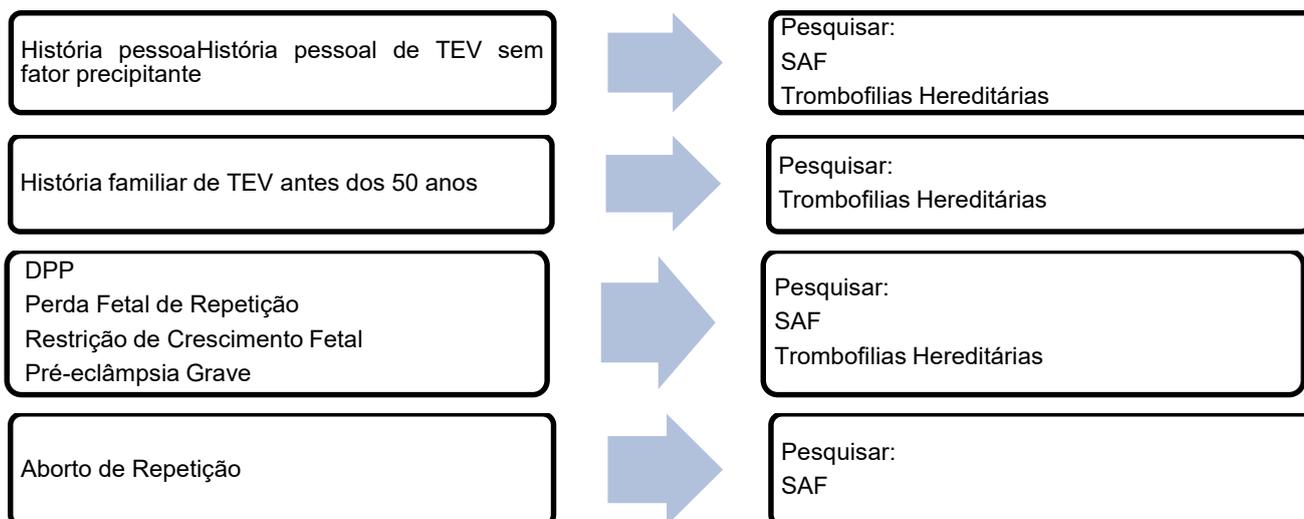
Por outro lado, a pesquisa de anticorpos antinucleares (FAN) em mulheres sem quadro clínico de lúpus eritematoso sistêmico (LES) não aumenta risco de abortamento e, portanto, não devem ser realizados pesquisa e tratamento rotineiro para esses anticorpos.

Uma série de estudos aponta para a existência, no AH, de mecanismos imunológicos que envolvam a quebra de tolerância ao conceito alogênico, mas não há evidência que suporte a realização de qualquer investigação baseada em uma suposta causa aloimune (ex.: perfil HLA parental, perfil de células Th1 e Th2, dosagem de células *natural killer* ou pesquisa de citotoxicidade). Do mesmo modo, não há evidência que

justifique a realização de qualquer terapia imunológica, incluindo imunização com leucócitos paternos e tratamento com imunoglobulina intravenosa

6) TROMBOFILIAS: Hereditárias X Adquiridas

- Não se recomenda o rastreio universal.
- Não é recomendada pesquisa para tratamento de reprodução assistida ou antes de iniciar anticoncepção.
- A terapia anticoagulante pode implicar em complicações maternas e fetais.



1- Trombofilias Hereditárias:

- Fator V de Leiden (Mutação do Fator V)
- Deficiência da Proteína C (Atividade da Proteína C < 64%)
- Deficiência da Proteína S (Dosagem da Proteína S < 55%)
- Mutação da Protrombina
- Deficiência de Antitrombina (Dosagem de Antitrombina < 79%)
- Hiperhomocisteinemia (Dosagem de Homocisteína > 12 uMol/L)

Obs: Proteína S, Proteína C e Antitrombina podem estar alteradas durante gestação, episódio agudo de trombose e tratamento com anticoagulantes.

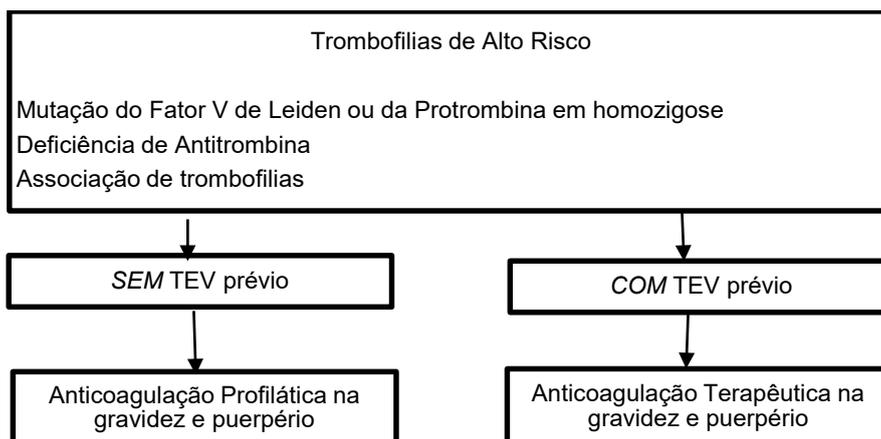
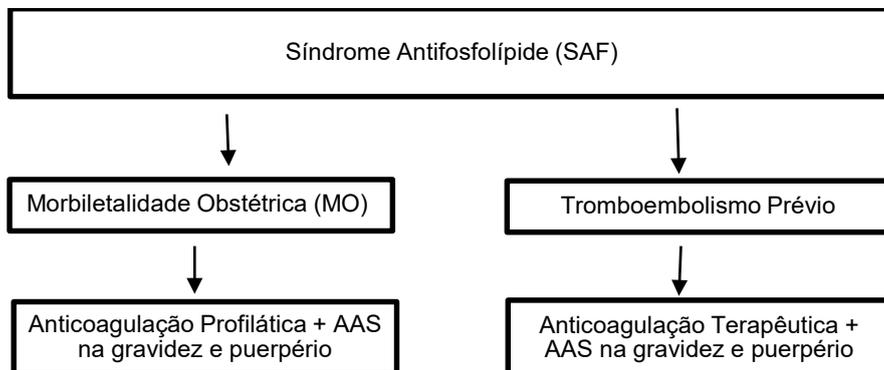
2- Trombofilias Adquiridas:

- Síndrome Antifosfolípide (SAF): Anticorpo anticardiolipina; Anticorpo anti-beta 2-glicoproteína 1; Anticoagulante lúpico
- Hiperhomocisteinemia



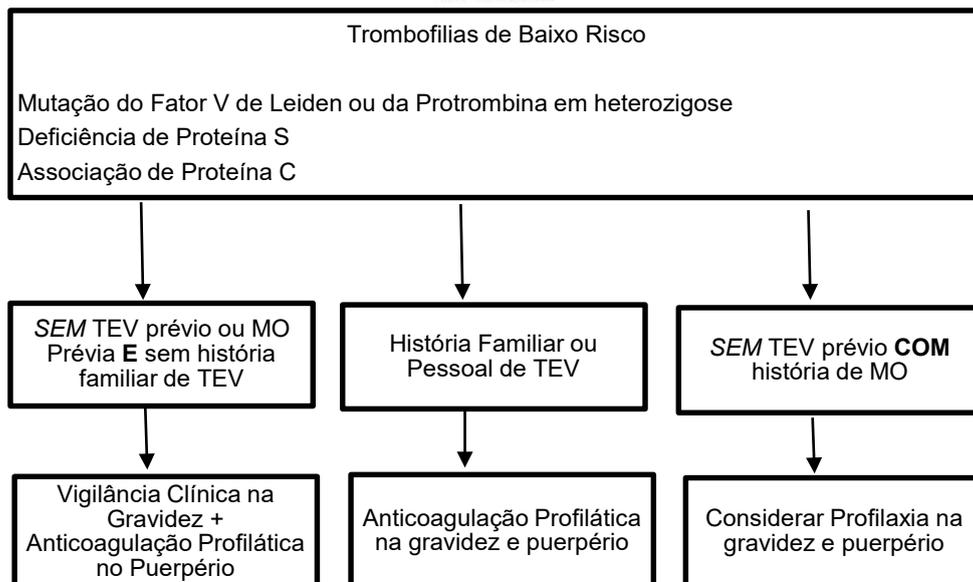
Obs: A Hiperhomocisteinemia é corrigida com suplementação de ácido fólico.

Condutas na Gravidez e Puerpério





Prefeitura
de Jundiaí



Anticoagulação Profilática:

- Heparina Não Fracionada (HNF): 5.000 UI de 8- 12 horas (SC)
- Não é necessário fazer controle laboratorial.

Anticoagulação Terapêutica:

- Heparina Não Fracionada (HNF): 10.000 UI de 8- 12 horas (SC)
- Monitorização Laboratorial:

Vigilância pelo coagulograma (TTPA)

- Manter entre 1,5 e 2,5 o valor normal

Contraindicações ao uso de anticoagulação:

- Sangramento ativo
- Alergia ou plaquetopenia induzidas por heparina
- Hipertensão arterial não controlada (> 180 x 110 mmHg)
- Coagulopatia (plaquetopenia < 70 mil ou TP com INR > 1,5)
- Insuficiência renal (creatinina > 1,5 mg/dl)

Manejo da Anticoagulação no Pré-Natal:

- **Quando em uso de anticoagulação oral (trombose prévia):** substituir por HBPM ou HNF a partir do BHCG positivo
- **Quando não há uso de anticoagulante oral:** iniciar HBPM ou HNF a partir do BHCG positivo
- **SAF:** iniciar AAS (100 mg/dia) a partir do BHCG positivo



Prefeitura
de Jundiá

Manejo da Anticoagulação no Período Periparto:

- Suspender AAS uma semana antes do parto (36 semanas);
- Suspender HNF 12 horas antes do parto;
- Reintroduzir anticoagulação 8 a 12 horas pós-parto;
- Manter profilaxia antitrombótica até o final do puerpério;
- Pacientes com dois ou mais episódios de trombose ou SAF com trombose anterior: anticoagulação permanente.

4) Fatores Endocrinológicos:

1- Insuficiência lútea: estudos apontam benefício de administração de progesterona para todas as gestantes com diagnóstico de aborto habitual, do diagnóstico de gestação até 10 a 12 semanas. No ambulatório temos a disponibilidade do duphaston (didrogesteron 10mg) que deverá ser utilizada 12/12h até a 20ª semana.

2- Hipotireoidismo: caso não tratado, aumenta o risco de abortamento. Facilmente diagnosticado pela dosagem de TSH e T4 livre. Pacientes com aborto habitual devem ser investigadas no período pré- gestacional. Para valores superiores a 2,5 um/L de TSH, pesquisar o anticorpo Anti-TPO. Caso positivo, instituir tratamento, idealmente para que a gestação ocorra com a função tireoideana normal.

3- Diabetes Mellitus: o mau controle glicêmico também está associado a maior risco de abortamento, sendo indicada a realização de exames de rastreamento (glicemia de jejum) e orientações dietéticas, atividade física e perda de peso.

4- Síndrome dos Ovários Policísticos: diagnóstico e tratamento com metformina 1,5 a 2,0 gramas/dia, além de orientações dietéticas, atividade física e perda de peso.

5- Hiperprolactinemia: dosagem de prolactina acima de 20 ng/ml, em requerem tratamento com cabergolina até diagnóstico de gestação, após, interromper a medicação.

6- Diminuição da Reserva Ovariana: piora o prognóstico das pacientes com AH, portanto, é recomendada dosagem de FSH em casos de idade materna avançada e história de infertilidade.

5) Fatores ambientais e de estilo de vida

- Tabagismo (acima de 10-20 cigarros/dia)
- Álcool (duas ou mais doses/dia)
- Obesidade
- Infecção vaginal por *Mycoplasma* ou *Chlamydia*

Adendo 1

Exames necessários para investigação

Exames de Imagem

- Ultrassonografia transvaginal;
- Histerossalpingografia.

Sangue Periférico

- Glicemia de jejum;
- testosterona total, FSH, LH;
- Prolactina;
- TSH, T4 livre, anticorpos antitireoglobulina e antiperoxidase;
- Anticardiolipinas IgM e IgG, Anticoagulante lúpico;
- Atividade da Proteína C, Proteína S e Antitrombina;
- Homocisteína;
- Cariótipo do casal (banda G): casais com MF anterior ou parente de 1º grau;
- Fator V Leiden (por PCR).

Microbiologia vaginal

- Bacterioscopia (coloração de Gram);
- Pesquisa de fungos e *Trichomonas* (exame a fresco).

Adendo 2 -

Quanto à dispensação de Cabergolina

Hiperprolactinemia Portaria SAS/MS nº 1160, de 18 de novembro de 2015 (Protocolo na íntegra)

Informações gerais:

Dosagem/ Apresentação: 0,5mg – comprimido

CIDs contemplados: **E22.1**

Quantidade máxima mensal:

- Para dispensação: 45 comprimidos
- Para faturamento (SIGTAP): 45 comprimidos

Documentos necessários para solicitação do medicamento

1ª Solicitação

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente.

3. Cópia de documentos pessoais do paciente

- Documento de identidade;
- Comprovante de residência com CEP;
- Cartão Nacional de Saúde (CNS).

4. Cópia dos exames:

- Dosagem sérica – creatinina;
- Dosagem sérica – TGO (Transaminase Glutâmico Oxalacética);
- Dosagem sérica – TGP (Transaminase Glutâmico Pirúvica);
- Dosagem sérica – prolactina.

À critério do médico prescritor:

- Laudo/ relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise;
- Laudo/ relatório médico de Ecocardiograma transtorácica (para pacientes com doses acima de 3 mg/semana).

5. Termo de Esclarecimento e Responsabilidade

Renovação de continuidade

1. Laudo de Solicitação, Avaliação e Autorização de Medicamentos do Componente Especializado da Assistência Farmacêutica original, preenchido de forma completa e legível pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

ATENÇÃO: O LME terá 90 (noventa) dias de validade para solicitação do medicamento, a partir da data de seu preenchimento pelo médico solicitante.

2. Prescrição de medicamento original, em duas vias, elaborada de forma completa e legível, pelo médico responsável pelo atendimento ao paciente (semestralmente).

3. Cópia dos exames: Anualmente:

- Dosagem sérica – prolactina.

À critério do médico prescritor:

- Laudo/ relatório médico de Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada da hipófise;
- Laudo/ relatório médico de Ecocardiograma transtorácica (para pacientes com doses acima de 3 mg/semana).

6) Referências Bibliográficas

1. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Definitions of Infertility and recurrent pregnancy loss. *Fertil Steril* 2013; 99:63.
2. American Society for Reproductive Medicine (ASRM). Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril* 2012; 98:1103-11.
3. Bennett SA, Bagot CN, Arya R. Pregnancy loss and thrombophilia: the elusive link. *B J Haematol* 2012; 157:529-42.
4. Brezina PR, Kuteh WH. Classic and cutting-edge strategies for the management of early pregnancy loss. *Obst Gynecol Clin N Am* 2014; 41:1-18.
5. Haas DM, Ramsey PS. Progesterone for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; (2): CD003511.
6. Hickey SE, Curry CJ, Toriello HV. ACMG Practice Guideline: lack of evidence for MTHFR polymorphism testing. *Genet Med* 2013; 15 (2): 153-6.
7. Kuteh WH, Hinote CD. Antiphospholipid antibody syndrome. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2014; 41: 113-32.
8. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). The investigation and treatment of couples with recurrent first trimester and second-trimester miscarriage. London UK: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG); 2011.
9. Saravelos SH, Li TC. Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it? *Hum Reprod* 2012; 27: 1.882-6.
10. Sugiura-Ogasawara M, Ozaki Y, Katano K, Suzumori N, Kitaori T, Mizutani E. Abnormal embryonic karyotype is the most frequent cause of recurrent miscarriage. *Hum Reprod* 2012; 27:2.297-2.303.
11. Bates SM, et al. VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy. *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (9th Edition)*. *Chest* 2012; 141; e691S-e736S.
12. Dodd JM, et al. Antithrombotic Therapy for Improving Maternal or Infant Health Outcomes in Women Considered at Risk of Placental Dysfunction. *Cochrane Database of Systematic Review* 2013, issue 7.
13. Lockwood C, et al. Inherited Thrombophilias in Pregnancy. *The American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) – PRACTICE BULLETIN* 2013; 138.
14. Maeda SS, et al. Recomendações da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM) para o diagnóstico e tratamento da hipovitaminose D, *Arq Bras End Metab* 2014; 58/5.



Prefeitura
de Jundiaí

15. Miyakis S, Lockshin MD, Atsumi T, et al. International consensus statement on an update of the classification criteria for definite antiphospholipid syndrome (APS). *J THROMB HAEM* 2006; 295-306.
16. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG) – Green Top Guidelines 2009: 37a.
17. The Use of Antithrombotics in the Prevention of Recurrent Pregnancy Loss. Royal College of Obstetrics and Gynaecologists (RCOG) – Scientific Impact Paper 2011; 23.