



1) OBJETIVO

Interrupção da gestação antes da 20ª semana de gestação ou peso fetal menor que 500g.

2) REGRAS / PRINCÍPIOS / DEFINIÇÕES

ABORTAMENTO EVITÁVEL (AMEAÇA DE ABORTAMENTO).

Sangramento vaginal: pequeno a moderado; cólicas pouco intensas, colo impérvio.

Ultrassonografia: gestação evolutiva.

ABORTAMENTO COMPLETO

É comum até a 8ª semana de gestação.

Sangramento vaginal: discreto; sem cólicas, colo impérvio. Ultrassonografia: imagem de útero vazio com eco endometrial até 15 mm.

ABORTAMENTO INCOMPLETO

Sangramento vaginal: variável, cólicas persistem, colo pérvio com restos intraútero ou com saída de restos. Ultrassonografia: imagem de ecos intrauterinos agrupados, eco endometrial irregular e acima de 15 mm.

ABORTAMENTO INEVITAVEL

Sangramento vaginal: moderado para acentuado, cólica intensa, colo pérvio.

Ultrassonografia: descolamento ovular ou da placenta, saco gestacional irregular e baixo.

ABORTAMENTO INFECTADO

Febre, comprometimento sistêmico variável, dor abdominal, colo pérvio ou entreaberto, saída de secreção purulenta ou com odor fétido. Ultrassonografia: gestação não evolutiva, restos ovulares, endométrio irregular e espessado.

ABORTO RETIDO



Morte do concepto até a 20^a semana. Cessam os sinais e sintomas de gestação. Útero de tamanho menor que a idade gestacional. Sangramento vaginal: pequeno ou ausente. Ultrassonografia: ausência de atividade cardíaca fetal.

ATENÇÃO – antes da admissão para procedimento em centro obstétrico é importante que haja o diagnóstico de certeza de abortamento retido / gestação não evolutiva. Para isso, preconizamos que haja avaliação de imagem (ultrassonografia), com intervalo máximo de sete dias até a data de internação, realizada em nosso serviço. Caso o custo emocional para a paciente que tem exame externo, de laboratório reconhecido, seja considerado alto para a repetição da avaliação, é importante que o laudo documental com fotos que comprovem o abortamento possa ser acessado pela equipe – orientamos realizar cópia e anexar em prontuário.

TERAPÊUTICA PRECONIZADA

Em todos os casos de internação: tipagem sanguínea, hemograma e PCR, estudo anátomo patológico de produto de curetagem / AMIU.

*** O estudo citogenético pode ser oferecido para pacientes com abortamento de repetição, consanguinidade ou antecedente de síndrome cromossômicas/ gênicas. Nesses casos, oferecer (aplicar o termo e orientação de baixa sensibilidade do teste e de custos) na admissão. A coleta é padronizada preferencialmente com fragmento de pele e / ou cordão umbilical em abortamentos tardios (pode ser encaminhado fragmento de pele ou cordão / inserção placentária) ou com vilo coriônico (placenta) em abortamentos precoces. Evitar a realização não indicada do exame.

ABORTAMENTO EVITÁVEL (AMEAÇA DE ABORTAMENTO).

Repouso relativo. Evitar atividade sexual. Como sintomáticos podem ser utilizados progesterona natural micronizada (Utrogestan) 200 mg via vaginal à noite ou antiespasmódicos VO de 8/8H. Devemos aplicar imunoglobulina anti-D nos casos de sangramento, em pacientes Rh negativo não isoimunizadas.



TÍTULO:

ABORTAMENTO

SETOR:

CÓDIGO:

NOR.0174

ÚLTIMA REVISÃO:

12/04/2023

PRÓXIMA REVISÃO:

12/04/2025

VERSÃO:

5

DATA CRIAÇÃO:

30/10/2015

ABORTAMENTO COMPLETO

Orientação para β hCG em 15 dias ambulatorialmente. Imunoglobulina anti-D em pacientes Rh negativo.

ABORTAMENTO INCOMPLETO

Internação para AMIU ou curetagem.

Imunoglobulina Rh nas pacientes Rh negativo.

Orientar retirada de anátomo patológico no hospital entre 30 e 90 dias após o procedimento.

ABORTAMENTO INFECTADO

Internar e iniciar antibiótico: Unasyn 3g IV 6/6H.

Colo impérvio: misoprostol 400 mcg via vaginal e AMIU ou curetagem em 2-3H; se colo pérvio, AMIU ou curetagem sem necessidade de misoprostol.

Imunoglobulina Rh nas pacientes Rh negativo.

ABORTAMENTO RETIDO

Aborto retido sem espícula óssea: internação em jejum, misoprostol 400 mcg por via vaginal e AMIU após 4H.

Aborto retido com espícula óssea: internação e misoprostol 400 mcg via vaginal de 4/4H até início de eliminação do produto conceptual, a seguir curetagem.

Associar analgesia durante o uso do misoprostol.

Imunoglobulina Rh para as pacientes Rh-negativo.

Orientar retirada de anátomo patológico entre 30 e 90 dias após o procedimento.

3) AÇÃO(ÕES) DO(S) SETOR(ES) / CLIENTE(S) INTERNO(S)

ATENTAR - SE AOS CRITERIOS DESCRITOS NESTA NORMA

4) OBSERVAÇÕES

NAO APLICÁVEL

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA



TÍTULO:

ABORTAMENTO

SETOR:

CÓDIGO:

NOR.0174

ÚLTIMA REVISÃO:

12/04/2023

PRÓXIMA REVISÃO:

12/04/2025

VERSÃO:

5

DATA CRIAÇÃO:

30/10/2015

5) CLIENTES INTERNOS

OBSTETRÍCIA

6) AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicar a chefia e registrar no gerenciador de ocorrências – gerenciador de documentos.

7) REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Manual de Condutas Obstétricas – Grupo Santa Joana.

8) DATA DA PRIMEIRA PUBLICAÇÃO

30/10/2015

ELABORADO POR:

EDUARDO CORDIOLI

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

ALINE MARQUES DE SOUZA