

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	1 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

Objetivo

Normatizar a conduta das equipes assistenciais, administrativas e de apoio ao atendimento de casos suspeitos ou confirmados de abortamento

Materiais / Documentos necessários

Tabelas

Descrição do procedimento	
Responsável	Ação
Obstetra	Identificar pacientes com ameaça ou abortamento em curso na urgência da CSH
	Avaliar a paciente clinicamente
	Definir sobre: observação clínica e monitorização; coleta de exames e antibioticoterapia; definição de USG ou procedimento de urgência
	Prescrever imunoglobulina : Rhophylac – anti-Rh (D)
	Registrar bem em prontuário todo o raciocínio
Enfermeira	Seguir o protocolo como descrito no que compete a equipe de enfermagem
	Coordenar a equipe no processo de avaliação e investigação
	Apresentar para a paciente o TCLE quando indicado procedimento (curetagem/AMIU)
	Solicitar avaliação da psicóloga para os casos onde a gestante não esteja conseguindo processar o luto adequadamente
Psicóloga	Avaliação e apoio à paciente
Ultrassonografista	Seguir protocolo específico para USG na urgência

DEFINIÇÕES E PROTOCOLO CLÍNICO

1) QUAL A DEFINIÇÃO DE ABORTAMENTO?

Para fins de definição, considerando a Resolução CFM nº 1.779/2005, abortamento será considerado quando acontecer uma perda gestacional antes da viabilidade fetal, ou seja, **antes de completar 20 semanas de idade gestacional e/ou peso < 500 gramas e/ou estatura menor que 25 cm.**

Podemos subclassificar um abortamento ainda, conforme idade gestacional:

- a) **Abortamento PRECOCE:** antes de completar 13 semanas (até 12 sem + 6 sétimos) e corresponde a 80% do total
- b) **Abortamento TARDIO:** entre 13 semanas completas até antes de completar 20 semanas.

O aborto provocado é aquele causado por intervenção externa ou intencional. O abortamento seguro é aquele realizado por médico bem treinado, em ambiente adequado. O abortamento legal não será discutido neste documento, estando descrito em protocolo específico institucional (PROT.DT.041). Definiremos abortamento recorrente quando existir três ou mais perdas consecutivas.

Na comunicação com a paciente, utilizar os termos “perda gestacional espontânea” por exemplo, pode ser menos agressivo que a palavra abortamento e deve ser preferido.

2) QUAL A INCIDÊNCIA DE ABORTAMENTO EM UMA GESTAÇÃO?

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	2 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

A incidência é elevada, onde os estudos mostram que um aborto espontâneo acontece em até 30% de todas as gestações clinicamente diagnosticadas^{1,3,6}. Se considerarmos as gestações sem clínica, esta taxa pode chegar até a 62% das gestações⁶. Aparece como quarta causa de mortalidade materna no Brasil⁶.

3) QUAIS AS GESTANTES APRESENTAM MAIOR RISCO PARA ABORTAMENTO? QUAIS OS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO?

FATORES DE RISCO PARA ABORTAMENTO	
Principais	a. idade materna avançada (> 35 anos) b. história de abortamentos espontâneos prévios
Outros	a. álcool, tabagismo e drogas b. consumo excessivo de cafeína c. IMC fora da faixa 18,5 - 25,0 d. uso de AINES próximo ao período da concepção

4) QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ABORTAMENTO?

No primeiro trimestre, as anormalidades cromossômicas são responsáveis por cerca de 50-70% dos abortos³ espontâneos, que geralmente ocorrem ao acaso (anormalidades cromossômicas hereditárias são responsáveis apenas por 6% dos casos). No segundo trimestre predominam os fatores maternos e anatômicos.

ETIOLOGIAS DO ABORTAMENTO		
MATERNOS	ANATÔMICOS	FETAIS
<i>Infecções maternas (TORSH e IST)</i>	Malformações uterinas	Anomalias cromossômicas
Fatores imunológicos	Sinéquias uterinas	Anomalias genéticas
Trombofilias	Tumores intracavitários (miomas)	
Fatores endocrinológicos	Incompetência Istmocervical	
Idade materna avançada		
Uso de álcool		

5) QUAIS SÃO OS SINTOMAS MAIS COMUNS?

Geralmente as pacientes apresentarão sangramento e cólicas abdominais, de intensidades variáveis. No primeiro trimestre da gestação, cerca de 12% das gestantes apresentarão algum sangramento (podendo chegar a 25% considerando toda a gestação).¹

6) COMO DEVE SER CLASSIFICADO UM CASO DE ABORTAMENTO CLINICAMENTE?

AMEAÇA DE ABORTAMENTO
É quando ocorre apenas a dor (cólica) e sangramento vaginal isolado, em discreta a pequena quantidade, com colo uterino fechado e sem comprometimento do concepto.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	3 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

Cerca de 30% das ameaças de abortamento evoluem para perda gestacional.

USG.: não há alterações ou apenas área de descolamento ovular pequena (< 40% do tamanho do saco), com embrião/feto vivo ou sem o comprometimento da evolução da gestação.

ABORTAMENTO INEVITÁVEL (IMINENTE): pode ser incompleto ou completo

O aborto inevitável ocorre nos casos de ruptura das membranas ovulares. A clínica é de sangramento vaginal **com dilatação do colo (passa polpa digital) ou apenas entreaberto**. Pode-se ou não tocar membranas ou embrião. Mais raramente pode-se ocorrer sangramento profuso (podendo levar a choque) com a cérvix fechada.

Pelo exame físico não se consegue diferenciar entre o abortamento completo ou incompleto, sendo importante a ultrassonografia para avaliação de restos ovulares.³

USG.: veremos o ovo deformado, hematoma retro-ovular importante ou implantação baixa do concepto.

ABORTAMENTO INCOMPLETO

É quando a eliminação da concepção é iniciada, mas não concluída, permanecendo placenta ou restos placentários. Mais comum após 8ª semana e principal forma de apresentação. Veremos um **colo uterino aberto e sangramento variável** (geralmente moderado, podendo ser uma emergência obstétrica quanto importante), e cólica intensa. USG.: restos ovulares com eco espessado acima de 15 - 20 mm.

ABORTAMENTO COMPLETO

O abortamento completo é, como o próprio nome diz, a eliminação completa do produto da concepção. Clinicamente será caracterizado por **melhora do sangramento**, estando mínimo ou ausente, diminuição da cólica abdominal e **colo uterino fechado**. Recomenda-se, sempre que possível, confirmação com USG⁶.

USG.: útero com eco endometrial menor do que 15 - 20 mm.

ABORTAMENTO INFECTADO

Abortamento infectado geralmente ocorre quando há a manipulação uterina (lembrando em especial dos abortos provocados) ou nos casos de infecção do aborto incompleto. Será verificado **sangramento aguado não intenso**, escuro (água de carne), geralmente com **odor fétido**. Geralmente vem acompanhando de **febre**, dor tipo cólicas no baixo ventre, útero involuído e amolecido, doloroso à palpação. A chance de infecção é de 15% no abortamento precoce e chega a 66% no tardio.⁴

Pode evoluir para:

- a) Peritonite: aumento da tensão da parede, com descompressão brusca dolorosa e taquicardia
- b) Sepsis (taquipneia e taquicardia, calafrios e com leucocitose) ou até mesmo choque séptico. Na avaliação do colo, os sinais são semelhantes ao do abortamento incompleto, mas mais doloroso à mobilização.
Acima de 20 semanas, receberá o nome de corioaminionite.

USG.: é semelhante ao encontrado para abortamento incompleto, mas o colo é mais doloroso à manipulação.

ABORTAMENTO RETIDO

Decorre da persistência do concepto por semanas, após morte embrionária/fetal. Tende a eliminar espontaneamente em até 2 semanas.

USG.: óbito embrionário/fetal e/ou ausência de evolução gestacional. Os critérios ultrassonográficos para definição de aborto retido (FEBRASGO, 2021)¹ são:

 <p>SANTA HELENA HOSPITAL E MATERNIDADE</p>	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	4 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

a. Saco gestacional sem vesícula vitelínica ou embrião e com diâmetro médio ≥ 25 mm e:

- a. Ausência de BCF em embrião com comprimento crânio-nádegas ≥ 7 mm; ou
- b. Ausência de BCF em embrião duas semanas após um exame demonstrando saco gestacional vazio; ou
- c. Ausência de BCF em embrião após onze ou mais dias após exame demonstrando o saco gestacional com vesícula vitelínica.

OBS.: QUAL A DEFINIÇÃO DE GESTAÇÃO ANEMBRIONADA (“OVO CEGO”)?

Nesta situação não há sinais clínicos. O diagnóstico é feito ocasional em exame ultrassonográfico. A definição (RCOG)⁷ de gestação anembrionada deve ser feita quando:

- a. o saco embrionário estiver maior ou igual a 25 mm;
- b. sem visualização do embrião.

7) CUIDADOS GERAIS DIANTE DE UMA PACIENTE EM ABORTAMENTO:

I. AVALIAÇÃO GENITAL: exame de torque bimanual é o exame padrão. Doppler (BCF) se acima 12 semanas, assim como uso do espécuro se necessário (avaliar perda de líquido).

II. AVALIAÇÃO CLÍNICA:

a. Descartar infecção:

- i. Abortamento infectado: dor pélvica persistente + secreção fétida/purulenta + pouco sangramento (com ou sem febre)⁴
- ii. Sepsis*: infecção mais grave, com taquicardia e/ou taquipneia persistentes ou alteração de órgãos alvo (SOFA ≥ 2)
- iii. Peritonite (abdome agudo com dor persistente)

b. DESCARTAR sinais de CHOQUE* (pode ser hemorrágico ou séptico):

- i. Rebaixamento do nível de consciência ou confusão mental;
- ii. Sinais de má-perfusão: hipotensão (PA $< 90 \times 60$ mmHg), pulsos finos, extremidades frias e sudoreicas
- iii. Oligúria: < 30 ml/hora

*** OBS.: vide protocolos de atendimento ao paciente gravemente enfermo – PROT.DT.044 e atendimento ao paciente em sepse/choque séptico – PROT.SCIH.005 para complementar**

III. ALIVIAR A DOR : analgésicos (conforme protocolo de manejo da dor: PROT.DT.014.01) e/ou antiespasmódicos

IV. SOLICITAR EXAMES CONFORME QUADRO CLÍNICO:

a. PARA TODOS OS PACIENTES EM ABORTAMENTO:

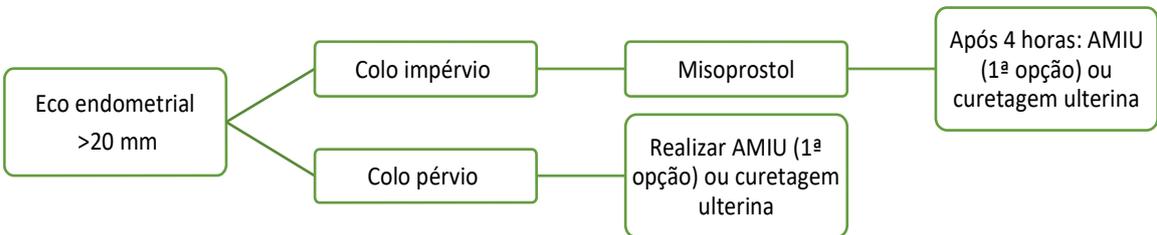
- i. **Tipagem sanguínea** materna ABO e Rh
- ii. **Hemograma**: recomendado para avaliar o grau de anemia (apenas 1% precisará transfusão), principalmente nos casos de sangramento moderado a importante ou em pacientes com clínica de anemia (FC ao redor de 100 bpm ou cansaço)
- iii. **Beta-HCG**: solicitar quando o diagnóstico de gestação ainda não foi confirmado previamente (diferencial com gestação ectópica). Pode ajudar a prognosticar, pois uma queda dos níveis séricos $> 25\%$ nas últimas 48 horas é altamente sugestivo de abortamento em curso.⁴

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	5 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

- iv. Diante da suspeita de **infecção/sepse** ou choque, solicitar exames:
1. PCR + hemocultura + urocultura
 2. Exames conforme protocolo de sepse/choque séptico – PROT.SCIH.005.
- v. **USG** (ultrassonografia): deve ser solicitada para todas as pacientes. Por questões logísticas, as recomendações sobre solicitação de USG em caráter eletivo (ambulatorial) ou emergencial (durante a observação/internamento) foram detalhadas no protocolo próprio: PROT.URG.001
- V. PRESCREVER ROPHYLAC (Imunoglobulina anti-D): Pacientes Rh negativo com parceiros Rh positivo ou desconhecido lembrar de realizar imunoglobulina anti-D (mesmo na ameaça de abortamento)³. A realização prévia do teste de Coombs pode indicar as pacientes já sensibilizadas onde o tratamento não estaria mais indicado (quando Coombs indireto positivo).
- a. Apesar da literatura deixar como opcional a realização em abortamentos antes de 8 semanas⁴, recomendamos a aplicação para todos os casos.
 - b. A dose recomendada é de 300 mcg, independentemente de ser no primeiro ou segundo trimestre (não temos disponível no Brasil doses de 50 mcg).
 - c. Caso não tenha sido feito durante o internamento, pode ainda ser aplicado em até 1 semana do evento.⁴
- VI. COMPARTILHAMENTO DE DECISÃO: nos casos onde a conduta expectante for uma opção em relação à conduta cirúrgica, sempre expor as vantagens e riscos de cada opção e tomar a decisão compartilhada, baseada nos valores e preferências da paciente, registrando bem este momento em prontuário.
- VII. Fornecer ATESTADO: pelo tempo de 7 a 15 dias, conforme avaliação do médico
Neste período, orientar:
- * repouso e abstinência sexual por 15 dias
 - * caso a perda tenha acontecido, orientar que aguarde 3 meses para voltar a engravidar
- VIII. APOIO AO LUTO: devido à ameaça ou concretização de uma perda de uma gestação já idealizada, devemos ter atenção aos cuidados psicológicos do momento. Importante tratar paciente com cordialidade, respeitando o luto e se mostrando aberto a tirar as dúvidas da paciente. Solicitar avaliação da psicologia nos casos mais difíceis. Usar os termos “perda gestacional espontânea” pode ser melhor que abortamento, pois a palavra vem carregada com o sentimento de culpa e de que algo poderia ter sido feito para evitar. Não é incomum que após um abortamento, a paciente evolua com depressão ou ansiedade.³
- IX. ANATOMOPATOLÓGICO: nos casos onde for necessário a aspiração manual (AMIU) ou curetagem, encaminhar sempre o material para análise da patologia

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	6 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

8) CUIDADOS ESPECÍFICOS CONFORME TIPO DE ABORTAMENTO:

AMEAÇA DE ABORTAMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1) Conduta expectante 2) Não é necessário internar: analgesia + abstinência sexual 3) Repouso no leito (pouco benefício)⁶ 4) Retorno se piora do sangramento 5) USG pode ser feito ambulatorial: o risco de abortamento reduz de 50% para 3% quando os batimentos são identificados
ABORTAMENTO IMINENTE (INEVITÁVEL): pode ser completo ou incompleto
<ol style="list-style-type: none"> 1) Até 12 semanas e 6 sétimos – AMIU ou curetagem (segunda escolha)⁹ 2) Acima de 13 semanas – Misoprostol e curetagem após expulsão⁶
ABORTAMENTO INCOMPLETO
<p>Apesar da possibilidade de resolução espontânea do processo em cerca de 80-90% dos casos, o tempo médio para finalização do processo é de 9-10 dias, aumentando risco de infecção e ansiedade da paciente, gerando sofrimento. Diante disto, recomendamos nesta situação a conduta intervencionista como primeira opção, não sendo recomendado oferecer à paciente a conduta expectante. Resumidamente o manejo recomendado seria:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Até 12 semanas e 6 sétimos – AMIU ou curetagem (segunda escolha) 2) Acima de 13 semanas – Misoprostol e curetagem após expulsão⁶
 <pre> graph LR A[Eco endometrial >20 mm] --> B[Colo impérvio] A --> C[Colo pérvio] B --> D[Misoprostol] D --> E[Após 4 horas: AMIU (1ª opção) ou curetagem uterina] C --> F[Realizar AMIU (1ª opção) ou curetagem uterina] </pre>
ABORTAMENTO COMPLETO
<p>Conduta expectante, com monitoramento da hemorragia. A fim de garantir que não o processo de abortamento tenha sido completo (para descartar possível gestação molar ou ainda para descartar restos após abortamento, visto que no caso de abortamento completo, nenhum material foi enviado para análise anatomopatológica), o mais recomendado é realizar uma nova dosagem de Beta-HCG após 15 dias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se positivo: solicitar novo USG e reavaliar o caso • Se negativo: dar alta e finalizar o caso
ABORTAMENTO INFECTADO
<ol style="list-style-type: none"> 1) Descartar quadro de sepse ou choque séptico 2) Estabilização clínica com reposição volêmica agressiva 3) Exames para SEPSE/CHOQUE conforme protocolo e acrescentar também hemocultura para anaeróbios <ul style="list-style-type: none"> * OBS.: vide protocolos de atendimento ao paciente gravemente enfermo – PROT.DT.044 e atendimento ao paciente em sepse/choque séptico – PROT.SCIH.005 para complementar 4) ANTIBIOTICOTERAPIA: <ol style="list-style-type: none"> a. Primeira opção recomendada:



PROTOCOLO	Código do Documento	Página
	PROT.DT.048	7 / 10
MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
	Direção Técnica	1

- i. Clindamicina 900 MG dose 8/8 HS + Gentamicina 240 mg 1 x ao dia
- b. Segunda opção (casos de não resposta):
 - i. Associar ao esquema acima:
 1. Ampicilina 2 g EV de 6/6 hs OU Penicilina cristalina (5 milhões UI de 4/4 ou 6/6 horas EV)
 2. Opcional: trocar clindamicina por metronidazol 1 grama de 8/8 h EV
- 5) Esvaziamento intervencionista: Sempre estará indicado, não devendo ser tratado apenas com antibióticos (independentemente de ter ou não BCF). Não esperar o esfriamento do processo, devendo ser realizada após 1 a 4 horas do início da antibioticoterapia. Recomendamos AMIU ou Curetagem (o uso da cureta deve ser delicado pelo risco de perfuração) com retirada de restos placentários, podendo enviar material para cultura de aeróbicos e anaeróbicos.
- 6) Manter internada pelo menos 48 horas após cessar a febre.

Após 48 horas afebril, pode-se dar alta, onde recomendamos transicionar para casa com Doxaciclina 100 mg 2 x ao dia por 14 dias + Metronidazol 500 mg via oral 2 x ao dia por 14 dias. Este tratamento é eficaz, pois há alta probabilidade de IST associada (clamídia, tricomonas, etc.)
- 7) Se a resposta não for adequada após estes procedimentos, avaliar complicações: perfuração uterina, atonia uterina e sangramento maciço, lesão de alça e abscesso pélvico, podendo ser necessário laparotomia e em casos selecionados até mesmo histerectomia⁶.

ABORTAMENTO RETIDO

- I) **Até 12 semanas e 6 sétimos:** compartilhar com paciente a decisão.
 - a. Opção 1: Conduta expectante (opção escolhida por 40 – 50% das gestantes): baseado no princípio que haverá eliminação espontânea nas próximas 3 semanas sem necessidade de intervenção, com taxas de sucesso que variam entre 16 a 76%.
 - b. Opção 2: Internar e intervir (AMIU ou curetagem, após dilatação com misoprostol): por questões relativas a convênio, não é autorizado administração de misoprostol na urgência, sem prévio internamento.

Obs.: sempre que o abortamento estiver retido há mais de 4 semanas: realizar antes um coagulograma
- II) **Acima de 13 semanas:** internar sempre, com conduta ativa por curetagem (após dilatação e preparo do colo com misoprostol e se necessário uso de ocitocina).



	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	8 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

9) MISOPROSTOL: RECOMENDAÇÕES E DOSES

Atua como uterotônico, promovendo a contração e dilatação do colo. No Brasil, o uso do misoprostol somente é permitido em ambiente hospitalar, conforme Portaria MS/GM no. 1.044 de 5 de maio de 2010. Disponibilizamos na CSH apenas as apresentações de 25 e 200 mcg (não sulcado) via vaginal, que é via com menos efeitos colaterais, como diarreia (mas que podem também ser utilizados via sublingual, oral e bucal – entre a bochecha e a gengiva).⁶

Apesar de ter vantagem de menor risco de perfuração uterina e sinéquia, sua ação pode ser lenta (até 7 dias em alguns casos), além de efeitos colaterais, como cólicas, sangramentos, náuseas e calafrios.

Contra-indicações nos casos de abortamento: a) suspeita de gravidez ectópica; b) uso de DIU (retirar antes); c) sepse; d) instabilidade hemodinâmica; e) gestação molar (risco de implantes a distância).

DOSES RECOMENDADAS ^{8,11}		
INDICAÇÃO	IG até 12 sem + 6 dias	IG > 13 semanas
INTERRUPÇÃO DA GESTAÇÃO	800 mcg (4 cp de 200 mcg) via sublingual (ou vaginal ou bucal) a cada 3 horas (máximo de 3 doses ao dia).*	400 mcg (2 cp de 200 mcg) via vaginal (sublingual ou bucal) a cada 3 horas (máximo de 3 doses ao dia).*
ABORTO RETIDO	800 mcg (4 cp de 200 mcg) via vaginal (ou sublingual) a cada 3 horas (máximo de 3 doses ao dia).* + intervenção	MORTE FETAL: 200 mcg via vaginal (ou sublingual) a cada 4 horas (máximo de 6 doses ao dia).* + intervenção <i>Obs.: preferir de 6/6 horas em pacientes com cesárea anterior</i>
ABORTO INCOMPLETO	600 mcg (3 cp de 200 mcg) via vaginal (ou sublingual) EM DOSE ÚNICA (máximo de 3 doses ao dia).* + intervenção	Aborto inevitável: 200 mcg (1 cp de 200 mcg) via vaginal (ou sublingual) a cada 6 horas (máximo de 4 doses ao dia).*
PREPARO do colo para CURETAGEM/ AMIU	400 mcg (2 cp de 200 mcg) via sublingual (ou vaginal) EM DOSE ÚNICA (entre 1 a 3 horas antes do procedimento).* + intervenção	

Obs.: - Evitar via vaginal no caso de hemorragias ou sinal de infecção

** após as doses, aguardar 24-48 hs pelo abortamento. A repetição das doses passa a ser individualizada, conforme avaliação diária (considerar pausa a cada 3 dias)*

10) MÉTODOS INSTRUMENTAIS PARA ABORTAMENTO SEGURO:

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	9 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

Conforme protocolo institucional (PR.SCIH.010.01) não está indicado profilaxia prévia com antibiótico antes dos procedimentos.

- a. **AMIU** (aspiração manual intra-uterina): método em que o conteúdo uterino é aspirado por meio de um vácuo manual com uso de uma seringa própria para o procedimento. Atualmente é considerado o método de escolha para o primeiro trimestre⁶, mas com resultados semelhantes à curetagem, apresentando algumas vantagens, como menor sangramento, tempo de procedimento e de internação menores, além de uma menor taxa de complicações e maior satisfação das pacientes¹⁰. A técnica aumenta a necessidade de uma nova intervenção.⁶ Um vídeo institucional está disponível para ensino da técnica. Não está indicada para gestação com volume uterino sugestivo de > 12 semanas; sangramentos moderados a importantes; assim como quando o colo já estiver muito dilatado > 1,2 cm (não se consegue aspirar por não fazer vácuo); além de não estar indicado quando existir suspeita de perfuração uterina.

- b. **CURETAGEM**: dilatação por meio de dilatadores rígidos (velas de Hegar) e uso de curetas metálicas para raspar as paredes uterinas. Apresenta um risco maior de perfuração uterina e sinéquias. A vantagem é de reduzir a chance de uma reabordagem. No primeiro trimestre, sempre que possível, preferir AMIU.

Na CSH, os dois métodos poderão ser utilizados, a depender da habilidade e segurança do obstetra com cada método.

Referências:

1. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aborto: classificação, diagnóstico e conduta. São Paulo: FEBRASGO; 2021. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, nº 1/ Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério)
2. Urbanetz, A. A.. Urgências e emergências em ginecologia e obstetrícia. Febrasgo. Manole, 2018.
3. Griebel CP et al. Management of Spontaneous Abortion. Am Fam Physician 2005;72:1243-50
4. Prager S et al. Pregnancy loss (miscarriage). Up to date: ins 05/10/2021
5. Protocolo abortamento Hospital São Luiz, Rede D'Or. Acessado em Abril de 2021.
6. Tratado de Obstetrícia – FEBRASGO – 2019
7. Bourne T. et al. na revista Fertil Steril 2012 Nov;98(5):1091-6.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Protocolo misoprostol. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <www.saude.gov.br/saudedamulher>. Acesso em 08 jan. 2013. - IPAS. Ações Afirmativas em Direitos e Saúde. Melhoria da qualidade da assistência à mulher em situação de abortamento. Rio de Janeiro: Ipas Brasil, 2013. Disponível em: <http://www.aads.org.br/wp/?page_id=97>. Acesso em: 05 nov. 2012.
9. H Al Wattar B, Murugesu N, Tobias A, Zamora J, Khan KS. Management of first-trimester miscarriage: a systematic review and network meta-analysis. Hum Reprod Update. 2019 May 1;25(3):362-374. doi: 10.1093/humupd/dmz002. PMID: 30753490.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.048	10 / 10
	MANEJO DO ABORTAMENTO/AMEAÇA DE ABORTAMENTO NA CSH	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica	1

10. Farooq F, Javed L, Mumtaz A, Naveed N. Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. J Ayub Med Coll Abbottabad. 2011 Jul-Sep;23(3):28-31. PMID: 23272429.

11. WHO Clinical practice handbook for safe abortion, 2014

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
LETÍCIA Obstetra MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor Técnico	MATHEUS KUMMER Coord. Obstetrícia	ULLY MARIANNE F LEMOS Coordenadora da Qualidade
Data: 08/03/2022	Data: 17/04/2024	Data: 18/04/2024	Data: 22/04/2024
Assinaturas e carimbo:			
  			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Ajustes conforme gestão de documentos (2 anos)	17/04/2024
2.		