

HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO
LINHA DE CUIDADO MÃE-BEBE

PROTOCOLO DE ABORTAMENTO DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO

AGOSTO DE 2018

DEFINIÇÃO DO TEMA

Abortamento.

MAGNITUDE

O abortamento é a complicação mais comum da primeira metade da gestação e representa um grave problema de saúde pública mundial. A taxa mundial estimada de abortamento entre 2010 e 2014 foi de 35 casos para cada 1000 mulheres entre 15 e 44 anos. Existe uma estimativa de que 25% das gestações terminem em aborto^{1,2}.

Nos últimos 5 anos, 10% das internações no setor de obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) estavam relacionadas ao processo de abortamento. Neste período, tivemos uma média de 510 internações por ano secundárias ao tema, destas, 83,2% foram classificados como abortos incompletos, 6,8% abortos retidos, 6,7% abortos completos, 1,7% por abortamentos por razões médico/legais e 1,6% ameaça de aborto.

TRANSCENDÊNCIA

As complicações clínicas relacionadas ao abortamento são frequentes, em especial hemorragia e infecção. Essas situações exigem internações prolongadas e intervenções que elevam os custos do tratamento.

Apesar da queda nos casos nos últimos anos, os abortos provocados continuam sendo uma causa comum de internação nos hospitais do nosso país e são acompanhados de altas taxas de complicações. Apenas no Brasil, mais de um milhão de abortamentos são induzidos ao ano, constituindo-se uma das principais causas de morte materna³. Estima-se que 1 a cada 8 mortes maternas ocorre por complicações diretas de um aborto provocado⁴.

VULNERABILIDADE

Considerando a alta prevalência do abortamento e o grande número de pacientes que procuram o Centro Obstétrico do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HNSC) com queixas relacionadas, é imperativo que todos os profissionais da área da saúde tenham um conhecimento básico a respeito do tema e que haja uniformidade de condutas clínicas.

A instituição do Protocolo Clínico e Diretriz Terapêutica (PCDT) de abortamento visa uniformizar as condutas da equipe médica, evitar internações e procedimentos desnecessários e identificar rapidamente as pacientes com quadro clínico mais grave, agilizar o tratamento e reduzir a morbimortalidade das nossas pacientes.

ESCOPO

O PCDT do abortamento destina-se a orientar na tomada de decisão dos profissionais de saúde que trabalham no centro obstétrico do hospital Nossa Senhora da Conceição. A população alvo é formada pelas gestantes com até 20 semanas de idade gestacional que serão atendidas na emergência obstétrica com quadro clínico sugestivo ou suspeito de abortamento.

Segundo o Ministério da Saúde, o abortamento é definido como toda perda gestacional com menos de 20-22 semanas de gestação e com os produtos da concepção pesando menos de 500g. Aborto é o material resultante do processo de abortamento³. Clinicamente pode ser classificado em várias formas³:

1. **Ameaça de aborto:** ocorre na presença de sangramento de origem uterina de intensidade variável, porém o colo está fechado e o embrião/feto está vivo. A ultrassonografia* é normal ou pode apresentar áreas de descolamento ovular/hematomas subcoriônicos. A conduta é expectante. Deve-se prover suporte emocional e transmitir tranquilidade. Nenhum exame adicional é necessário.

** A ultrassonografia só deve ser solicitada em caso de os BCF não serem audíveis ao sonar ou da idade gestacional ser muito precoce, menor de 12 semanas.*

2. **Aborto completo:** ocorre quando há expulsão completa dos produtos da concepção. O sangramento uterino é escasso ou está ausente, o colo uterino é impérvio e não há BCF. Há história de eliminação de material amorfo e/ou coágulos. A ultrassonografia demonstra embrião ausente, cavidade uterina vazia e homogênea, útero de tamanho normal ou pouco aumentado. No Centro Obstétrico do HNSC utilizamos a medida de 15mm como espessura máxima endometrial para definir aborto completo. Conduta: aguardar exames laboratoriais e se normais e dar alta. Se persistir sangramento moderado ou intenso, podemos realizar aspiração manual intrauterina (AMIU) com cânula fina.

3. **Aborto incompleto:** ocorre quando há expulsão parcial dos produtos da concepção. O grau de sangramento uterino é variável, o colo uterino pode estar pérvio ou não e não há BCF. A ultrassonografia mostra embrião ausente, material ecogênico na cavidade uterina (restos

ovulares) e/ou hematométrio (coágulos), útero com volume aumentado. A conduta é variável, de acordo com o volume de sangramento e condições de colo uterino:

- Sangramento mínimo ou ausente, independente das condições de colo uterino: oferecer conduta expectante. Reavaliação semanal.

- Sangramento moderado ou intenso e colo pérvio: internação para realizar esvaziamento uterino.

- Sangramento moderado ou intenso e colo impérvio: internação para proceder preparo de colo e posterior esvaziamento uterino.

4. **Aborto retido:** ocorre quando há retenção dos produtos da concepção. O sangramento uterino é escasso ou ausente, o colo é impérvio e não há BCF. A ultrassonografia tem achados variáveis: embrião sem vitalidade; parada do desenvolvimento embrionário; saco gestacional deformado entre outros. Costuma ser encontrado como achado ocasional em exames ecográficos de rotina. A conduta é expectante. Solicitar exames laboratoriais. Orientar e dar suporte emocional. Reavaliação semanal.

5. **Aborto inevitável:** ocorre quando há sangramento vaginal de intensidade variável, colo uterino aberto e embrião vivo. Ultrassonografia tem achados variáveis: o embrião tem vitalidade; o saco gestacional pode estar tópico ou deslocado para o colo do Útero, muitas vezes com formato alongado. Conduta: em geral este quadro clínico é acompanhado de dor e sangramento moderados. Hidratar, medicar e deixar a paciente em observação até melhora dos sintomas ou eliminação do embrião/feto.

6. **Aborto infectado:** ocorre quando há infecção dos produtos da concepção, podendo ou não se disseminar para a circulação materna. Pode acompanhar qualquer estágio do abortamento. História de manipulação uterina é comum e deve ser investigada. O quadro clínico é variável, mas, em geral febre e/ou secreção cervical purulenta ou com odor fétido estão presentes. Outros sinais clínicos de infecção podem auxiliar no diagnóstico: dor uterina intensa / irritação peritoneal, náuseas e vômitos, taquicardia, hipotensão, hemograma com leucocitose e desvio a esquerda. A ultrassonografia pode mostrar restos ovulares, sinais de endometrite (microabscessos), coleções/abscessos pélvicos e abdominais. Conduta: internação, solicitar exames laboratoriais, iniciar hidratação e antibioticoterapia de amplo espectro e esvaziamento uterino precoce. Sempre que houver dúvida diagnóstica, considerar o aborto como infectado. Seguimos o fluxograma de aborto infectado – Anexo 3 – para auxílio no manejo dessas pacientes.

7. **Gestação anembrionada:** ocorre quando há presença de um saco gestacional $\geq 25\text{mm}$ sem evidência de tecidos embrionários (vesícula vitelínica ou embrião)⁵. Conduta: oferecer conduta expectante. Em caso de internação proceder preparo de colo esvaziamento uterino.

Ao diagnosticar uma paciente com quadro de abortamento deve-se solicitar os exames laboratoriais de rotina: hemograma, grupo sanguíneo e fator rh, anti-HIV, VDRL, anti-HCV e eletroforese de hemoglobina. Quando há suspeita de aborto infectado ou se há relato de manipulação uterina, deve-se acrescentar os exames de gravidade: gasometria arterial, plaquetas, bilirrubinas, creatinina, provas de coagulação.

O fluxograma de sangramento uterino em gestantes de 1º trimestre - *Anexo 1* - nos auxilia no diagnóstico diferencial do abortamento.

Para os casos de aborto legal (previsto em lei) e doença trofoblástica gestacional existem protocolos específicos.

Diretrizes para o diagnóstico ultrassonográfico de abortamento precoce em gestação intrauterina de viabilidade incerta:

Na presença de sangramento uterino em gestações iniciais onde não há possibilidade de avaliação do bem-estar fetal por meio do sonar, faz-se necessário o uso da ultrassonografia transvaginal. No HNSC utilizamos os seguintes critérios para diagnóstico de gestação interrompida em gestações iniciais de viabilidade incerta⁵:

- A. Presença de saco gestacional típico com diâmetro médio $\geq 25\text{mm}$ sem embrião em seu interior (gestação anembrionada).
- B. Presença de saco gestacional típico com embrião CCN $\geq 7\text{mm}$ sem BCE detectáveis.
- C. Ausência de embrião com atividade cardíaca, 14 ou mais dias após uma ultrassonografia transvaginal demonstrando saco gestacional sem vesícula vitelínica.
- D. Ausência de embrião com atividade cardíaca, 11 ou mais dias após uma ultrassonografia transvaginal demonstrando saco gestacional com vesícula vitelínica.

O quadro de apoio – Anexo 4 – detalha os critérios diagnósticos.

Conduta expectante

Pacientes submetidas à conduta expectante podem apresentar episódios de dor pélvica e sangramento vaginal moderados em casa. Portanto devem ser muito bem orientadas a respeito da evolução do quadro clínico e o momento de retornar ao centro obstétrico para reavaliação. Também é necessário informar à paciente sobre a possibilidade de necessidade de procedimento

cirúrgico (aspiração ou curetagem), caso não tenha havido expulsão completa dos produtos da concepção.

Cerca de 80% dos casos submetidos à conduta expectante são resolvidos nas primeiras 8 semanas de acompanhamento. Existem poucos estudos sobre a conduta expectante em gestações de 2º trimestre, portanto esta conduta é reservada para gestações interrompidas com menos de 12 semanas de evolução⁶.

Antibioticoterapia para o tratamento do aborto infectado

Ao diagnosticar aborto infectado, institui-se prontamente a terapia com antibióticos associado a hidratação da paciente e, por fim, procede-se o esvaziamento uterino. Atrasos no diagnóstico ou instituição do tratamento podem agravar o quadro clínico materno, evoluindo para sepse e/ou choque séptico entre outras complicações.

Essas pacientes necessitam monitoramento e avaliação contínua. Devemos estar atentos aos sinais de sepse grave no exame físico bem como às alterações dos exames de gravidade: (1) alterações do estado mental materno, (2) hipotensão, (3) lactato > 2mmol/L (>18mg/dL), (4) coagulopatia: plaquetopenia, INR alargado, fibrinogênio baixo (<200), (5) elevação de bilirrubinas, (6) insuficiência renal: oligúria (<20ml/h) ou creatinina elevada.

A infecção costuma ter origem polimicrobiana, envolvendo germes da flora vaginal, como o *Staphylococcus aureus*, gram-negativos e anaeróbios, assim como aqueles provenientes de doenças sexualmente transmissíveis (*Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*)⁷. Infecções por *Clostridium perfringens* também são observadas e costumam estar associadas ao aborto provocado, deve-se suspeitar nos quadros com evolução muito rápida, com falência orgânica múltipla (síndrome do choque tóxico)⁸.

Em vista do grande número de patógenos envolvidos com o aborto infectado deve-se utilizar antibióticos com largo espectro de ação, com cobertura para germes gram-positivos, gram-negativos e anaeróbios⁹. No HNSC utilizamos como primeira escolha o seguinte esquema:

- Gentamicina IV dose única diária (3-5mg/Kg/24h)
- Clindamicina 900mg IV 8/8h

Nos casos de infecção grave (falta de resposta efetiva em 48h de tratamento ou síndrome do choque tóxico), associamos Ampicilina 1g IV 6/6h.

Quando a resposta clínica aos antibióticos for lenta, com a paciente permanecendo sintomática ou febril por 48 horas ou mais, é prudente solicitar exame de imagem da pelve, em busca de complicações (abscessos, apendicite, ...), hemocultura, urocultura e raio-x do tórax. Se

estes exames estiverem normais, discutir troca do esquema de antibióticos (solicitar parecer da comissão de controle de infecção hospitalar – CIH – do HNSC).

Se a paciente apresentar melhora clínica, estiver em bom estado geral, com estabilidade hemodinâmica, ausência de febre por 48h ou mais, ela poderá ter alta hospitalar com antibioticoterapia via oral¹⁰. O esquema recomendado pela maioria dos consensos é o seguinte:

- Ceftriaxone 250mg IM dose única (aplicar no hospital antes da alta)
- Doxicilina 100mg VO 12/12h (14 dias de tratamento)
- Metronidazol 500mg VO 12/12h (14 dias de tratamento)

Procedimentos para esvaziamento uterino no primeiro trimestre (< 12 semanas)

Preparo do colo uterino

Colo uterino impérvio:

- Aborto retido: misoprostol 600mcg, dose única via vaginal - reavaliar em 4h a necessidade de uma nova dose¹¹.

- Aborto incompleto: misoprostol 600mcg, dose única vaginal - reavaliar após 4h¹¹.

Colo uterino pérvio: não há necessidade de preparo do colo.

Aspiração manual intra-uterina (AMIU)

Procedimento de escolha para gestações com menos de 12 semanas.

Utilizamos sedação com fentanil (0,5mg/10ml) - 2 a 3ml, endovenoso, 10 minutos antes do procedimento, associado ao bloqueio paracervical feito com 5ml de lidocaína 1% aplicada nas posições de 4h e 8h do colo uterino.

Não há necessidade de uso de antibioticoterapia profilática.

Curetagem uterina

A curetagem uterina é reservada para as situações onde a AMIU não está disponível, quando o colo está demasiadamente pérvio e não é possível produzir vácuo com a seringa da aspiração ou quando há suspeita de doença trofoblástica gestacional.

Nessas situações, deve-se proceder anestesia geral, com a presença do anestesista.

Quando a curetagem uterina é realizada, deve-se fazer uso de antibioticoterapia profilática pré-operatória¹². No HNSC utilizamos a Cefazolina 2g EV dose única.

Procedimentos para esvaziamento uterino no segundo trimestre (> 12 semanas)

Preparo de colo uterino e indução

Com feto retido:

- Misoprostol 400mcg, via vaginal, de 4 em 4 horas até a eliminação do feto¹¹.

Em caso de falha com o misoprostol, usamos macro-indução com ocitocina, conforme esquema a seguir:

- Diluir 20U de ocitocina em 500ml de solução glicosada 5% e administrar IV em bomba de infusão a 60ml/h (20 gotas/minuto). Acrescentar 10U de ocitocina na solução para cada 100ml de soro infundido.

Após um ciclo de indução com ocitocina de até 24 horas, caso não haja expulsão do feto, pode-se dar um intervalo de pausa sem medicação e então reiniciar manejo com misoprostol. Após eliminação do feto, proceder curetagem uterina (conforme cuidados descritos anteriormente).

O fluxograma de preparo de colo e esvaziamento uterino está representado no Anexo 2.

Cuidados pós-operatórios

Monitoramento por pelo menos 30 minutos quanto aos sinais vitais e sangramento uterino.

Mulheres que têm o fator Rh negativo devem receber 250mcg de imunoglobulina anti-Rh.

Orientações de alta hospitalar

1) Anticoncepção: se for desejo da paciente, esta pode sair do hospital com receita de anticoncepcional oral ou injetável, respeitando eventuais contra-indicações.

2) Analgésicos: receitar paracetamol 500mg VO 6/6h, se dor.

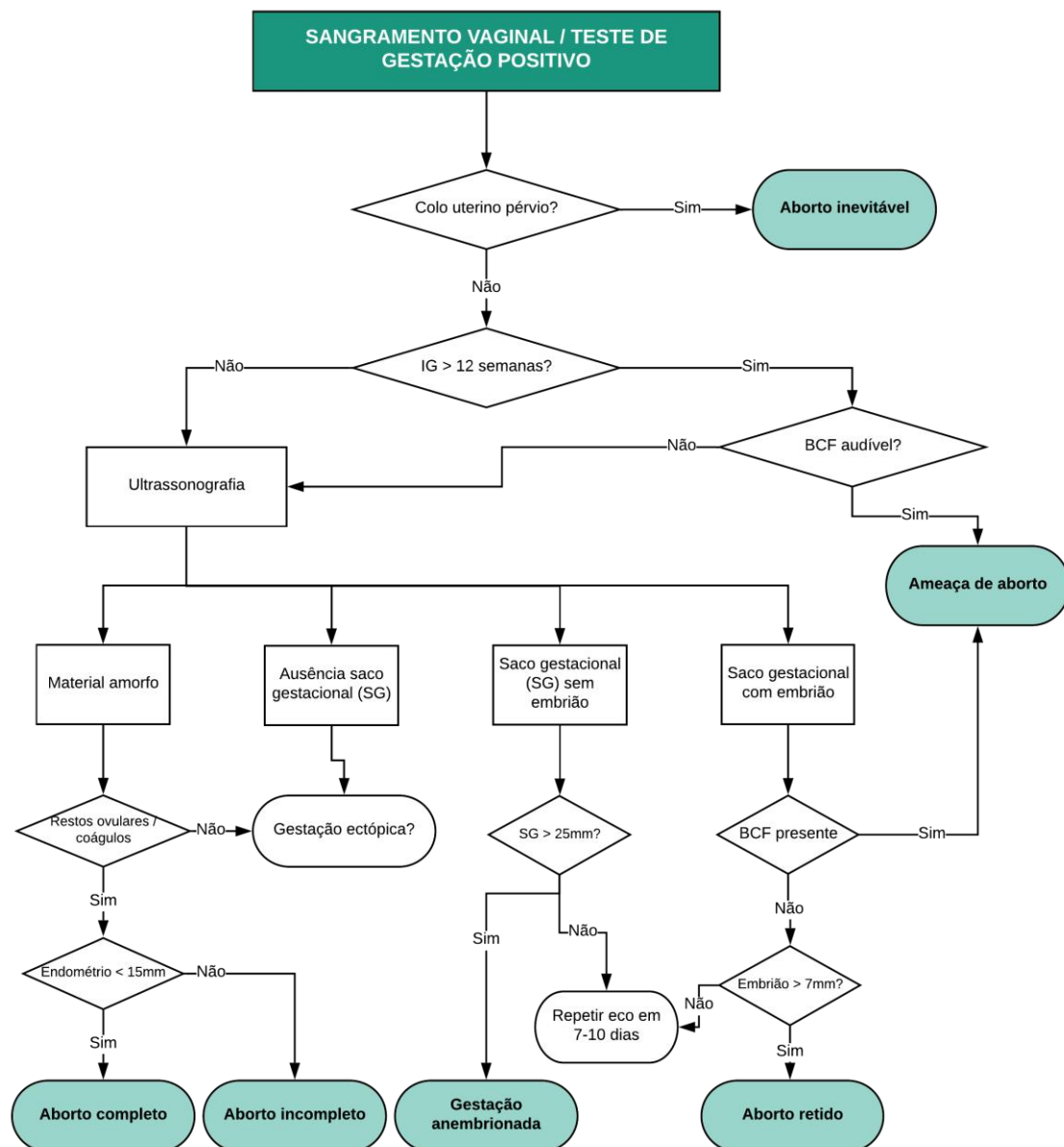
3) Laudo anatomopatológico: orientar a paciente a retirar o laudo anatomopatológico em 30 dias e mostrar o resultado no Posto de Saúde.

4) Atestado médico de 2 semanas, conforme determina o artigo 395 da Consolidação das Leis Trabalhistas / CLT – “Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá um repouso remunerado de 2 (duas) semanas, ficando-lhe assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes de seu afastamento”¹³.

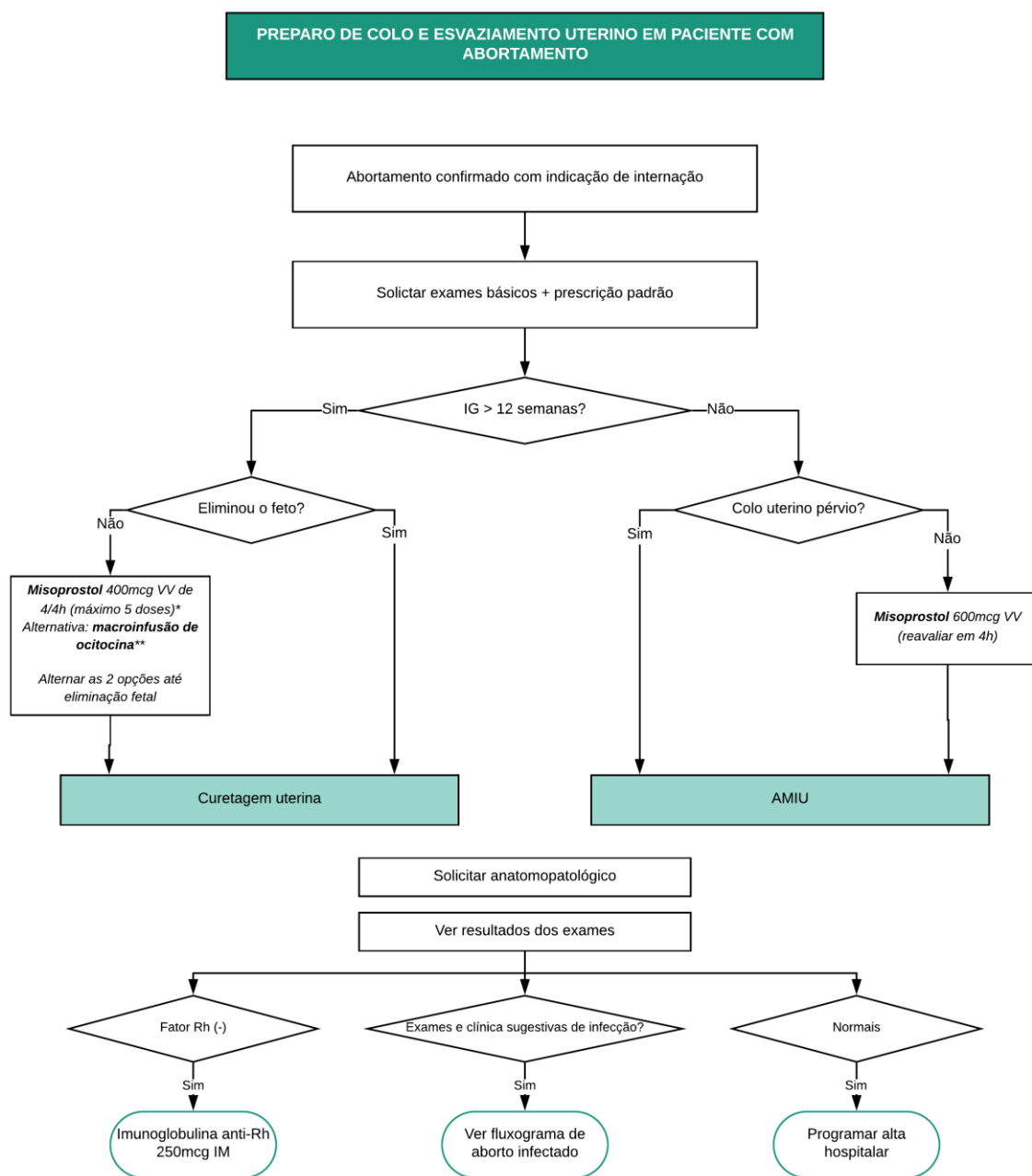
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. *Lancet*. 2016 Jul 16;388(10041):258-67
2. Requests for Abortion in Latin America Related to Concern about Zika Virus Exposure. *N Engl J Med*. 2016 Jul 28;375(4):396-8.
3. MS. Atenção humanizada ao aborto. Norma técnica. Brasília. 2011. Disponível em PDF em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf
4. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Unsafe abortion: global and regional estimates of incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 6, WHO, Geneva 2011.
5. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med*. 2013 Oct 10;369(15):1443-51.
6. ACOG practice bulletin Number 150: early pregnancy loss. *Obstet Gynecol*. May 2015 (reaffirmed 2017). Disponível em PDF em: <https://www.acog.org/-/media/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins---Gynecology/Public/pb150.pdf>
7. Septic abortion. *N Engl J Med*. 1994 Aug 4;331(5):310-4.
8. Maternal sepsis. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2013 Mar;40(1):69-87.
9. Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 Oct 17;(4).
10. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep*. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137.
11. FIGO. Misoprostol – only recommended regimens – 2017. Disponível em PDF em: http://www.figo.org/sites/default/files/uploads/project-publications/Miso/FIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf
12. ACOG practice bulletin No. 104: antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures. *Obstet Gynecol*. 2009;113(5):1180. Disponível em PDF em: <https://www.acog.org/-/media/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins---Gynecology/Public/pb104.pdf?dmc=1&ts=20160222T0257031700>.
13. Consolidação das Leis Trabalhistas / CLT. Disponível em PDF em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/CLT/CLt.pdf>

ANEXO 1 – FLUXOGRAMA – SANGRAMENTO UTERINO EM GESTANTES DE 1º TRIMESTRE



ANEXO 2 – FLUXOGRAMA – PREPARO DE COLO E ESVAZIAMENTO UTERINO

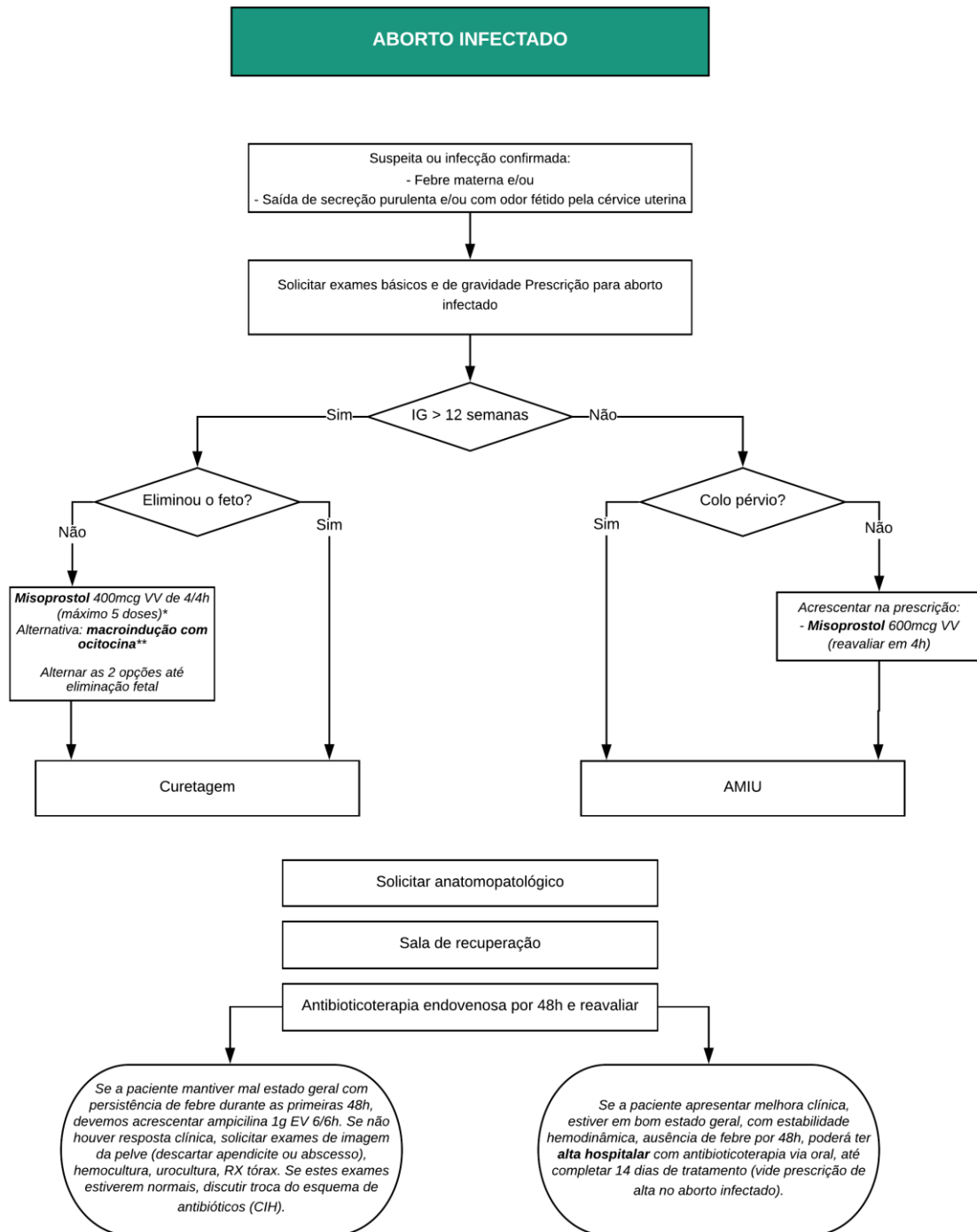


* Pacientes com cesariana prévia exigem cuidado especial. A dose de misoprostol deve ser discutida com o médico contratado plantonista.

** Macroinfusão de ocitocina (vide quadro apoio 2).

*** Está indicada profilaxia cirúrgica antimicrobiana com cefazolina 2g EV dose única.

ANEXO 3 – FLUXOGRAMA – ABORTO INFECTADO



* Pacientes com cesariana prévia exigem cuidado especial. A dose de misoprostol deve ser discutida com o médico contratado plantonista.

** Macro-indução de ocitocina (vide prescrições de apoio).

ANEXO 4 - QUADRO DE APOIO – DIRETRIZES PARA DIAGNÓSTICO ULTRASSONOGRÁFICO DE ABORTO PRECOCE EM GESTAÇÃO INTRAUTERINA DE VIABILIDADE INCERTA

	Diagnóstico de abortamento	Achados sugestivos, mas não diagnósticos de abortamento
Anormalidades do saco gestacional (SG)	Diâmetro médio do saco gestacional (DMSG) $\geq$ 25mm sem vesícula vitelínica ou embrião	DMSG entre 16-24mm e ausência do embrião SG pequeno em relação ao tamanho do embrião (diferença entre DMSG e CCN $<$ 5mm) SG com contornos irregulares
Atividade cardíaca embrionária	Embrião com CCN $\geq$ 7mm e BCF ausente	CCN entre 5-6 mm e ausência de atividade cardíaca BCF $<$ 100bpm com 6-7 semanas
Falhas no desenvolvimento	Ausência de embrião com atividade cardíaca, 14 ou mais dias após uma USTV demonstrando saco gestacional sem vesícula vitelínica Ausência de embrião com atividade cardíaca, 11 ou mais dias após uma USTV demonstrando saco gestacional com vesícula vitelínica	Ausência de embrião com atividade cardíaca, 7 a 13 dias após USTV que demonstrou SG sem vesícula vitelínica Ausência de embrião com atividade cardíaca, 7 a 10 dias após US que demonstrou SG com vesícula vitelínica Ausência de embrião 6 semanas (ou mais) após a data da última menstruação
Anormalidades da vesícula vitelínica		Vesícula vitelínica grande para idade gestacional ($>$ 7mm), irregular, flutuante ou calcificada

ANEXO 5 – PRESCRIÇÕES DE APOIO

<i>Prescrição padrão</i>	<i>Prescrição para aborto infectado</i>
1. NPO 2. Controle de sinais vitais 3. SG 5% 1000ml EV 30ml/h 4. Metoclopramida 1amp EV 8/8h, se N/V 5. Hioscina 1amp EV 6/6h, se dor/cólicas	1. NPO 2. Controle de sinais vitais e de diurese 3. SF 0,9% 1000ml EV correr em 1h 4. Metoclopramida 1amp EV 8/8h, se N/V 5. Hioscina 1amp EV 6/6h, se dor/cólicas 6. Clindamicina 900mg EV 8/8h 7. Gentamicina 240mg EV 1x/d
	Se necessário acrescentar: 8. Ampicilina 1g EV 6/6h
	<i>Prescrição de alta para aborto infectado</i>
	1. Ceftriaxone 250mg IM dose única 2. Doxicilina 100mg VO 12/12h (14 dias) 3. Clindamicina 300mg VO 12/12h (14 dias)
<i>Prescrição de macro-indução de ocitocina</i>	
Ocitocina 20UI + Solução Glicosada 5% 500ml - 60 ml/h em bomba de infusão (20gts/min) <i>Adicionando-se 10UI de ocitocina para cada 100 ml infundidos.</i>	
<i>Após um ciclo de indução com ocitocina de até 24 horas, caso não haja expulsão do feto, pode-se dar um intervalo de pausa e então reiniciar manejo com misoprostol.</i>	

Implementação

Uma vez que o protocolo de abortamento já vem sendo utilizado pelos profissionais do Serviço de Obstetrícia do HNSC, a implementação se distingue por ser um processo de revisitação do protocolo, assim disposto:

1. Manutenção de versão atual do protocolo no repositório do GHC
2. Comunicação da atualização e disposição do protocolo diretamente aos profissionais do Serviço
3. Discussão do protocolo e dos resultados em reuniões clínicas
4. Manutenção de material expositivo junto ao atendimento obstétrico de urgência/emergência
5. Capacitação de novos integrantes do serviço ao protocolo

Indicadores de processo:

1. Número de AMIU; (GHC sistema → prontuário do paciente → linhas de cuidado → mãe-bebê → estatísticas vitais → mãe) ou (GHC sistema → prontuário do paciente → linhas de cuidado → mãe-bebê → estatística sala de parto)
2. Número de curetagens uterinas pós-aborto; (GHC sistema → prontuário do paciente → linhas de cuidado → mãe-bebê → estatísticas vitais → mãe) ou (GHC sistema → prontuário do paciente → linhas de cuidado → mãe-bebê → estatística sala de parto)
3. Número de internações por aborto (GHC sistema → prontuário do paciente → estatística de diagnóstico versão web → relatório Bi1 → selecionar HCO e CID: aborto (totais diagnósticos) → pacientes ano (na aba pesquisa de dados da hospitalização 1) ;

Indicadores de resultado:

1. Tempo médio de permanência das pacientes com abortamento; (VERIFICAR)

Indicadores de resultado

A implementação de um protocolo de atendimento em abortamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição visa garantir o melhor atendimento das pacientes baseado nas melhores evidências científicas retiradas de literatura atualizada sobre o tema. A partir disso, busca-se aumentar a segurança dos pacientes e dos profissionais envolvidos no atendimento e tornar o atendimento menos oneroso à instituição.

As condutas descritas neste protocolo foram instituídas a partir de meados de 2015. Desde então verificamos mudança no número total de internações e nas características clínicas das pacientes atendidas.

Número total de internações

A série histórica mostra uma queda gradual na incidência de hospitalizações por abortamento ao longo dos anos, entre 2004 e 2015 (figura 1). Em 2004 ocorreram 1177 hospitalizações contra 620 casos em 2015. A partir de 2015, verificamos uma queda mais significativa no número total de hospitalizações. Em 2016 e 2017 ocorreram 449 e 267 internações, respectivamente.

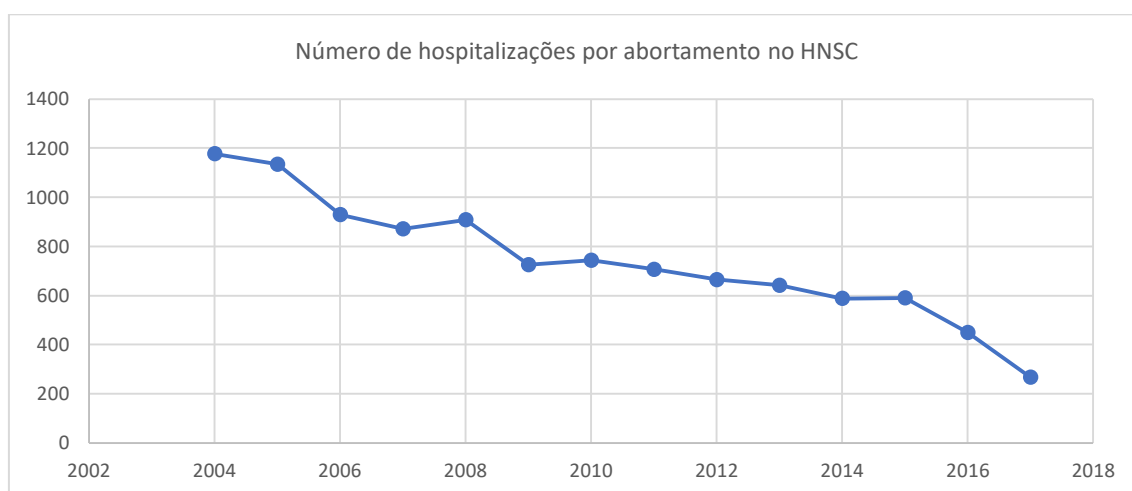


Figura 1. Número total de internações por abortamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição entre 2004 e 2017.

Fonte: GHC sistemas

O principal motivo para a redução do número total de hospitalizações foi a adoção da conduta conservadora / expectante nos casos de aborto retido e incompleto de primeiro trimestre (gestações com até 12 semanas de evolução). Esta conduta proporciona tempo suficiente para a eliminação dos produtos da concepção de forma natural, sem a necessidade de uma internação e um procedimento cirúrgico (dilatação do colo uterino e curetagem e/ou AMIU). Essa conduta aumenta a segurança das

pacientes, já que evita a realização de um procedimento invasivo, muitas vezes desnecessário, e ao mesmo tempo reduz custos hospitalares.

Número total de AMIUs e curetagens

A figura 2 mostra o número total de AMIU e curetagens realizadas por ano no HNSC desde 2010. Dentre os procedimentos realizados para o tratamento do abortamento, a adoção do protocolo trouxe impacto positivo na redução de número total de AMIU, especialmente a partir de 2015, momento da sua implementação. Isso ocorreu devido a utilização da conduta expectante em gestações de primeiro trimestre. Muitas pacientes deixaram de ser internadas e submetidas à AMIU, passando a aguardar o desfecho natural em casa.

Não se observou redução significativa no número total de curetagens com o passar dos anos. Isso ocorreu, uma vez que, a curetagem, além de ser considerado um método de tratamento mais invasivo que a AMIU, tem um número limitado de indicações clínicas no manejo do abortamento: gestações mais avançadas (abortamentos de 2º trimestre), doença trofoblástica gestacional, condições de colo uterino desfavorável para o uso da AMIU ou situações onde a AMIU não estava disponível.

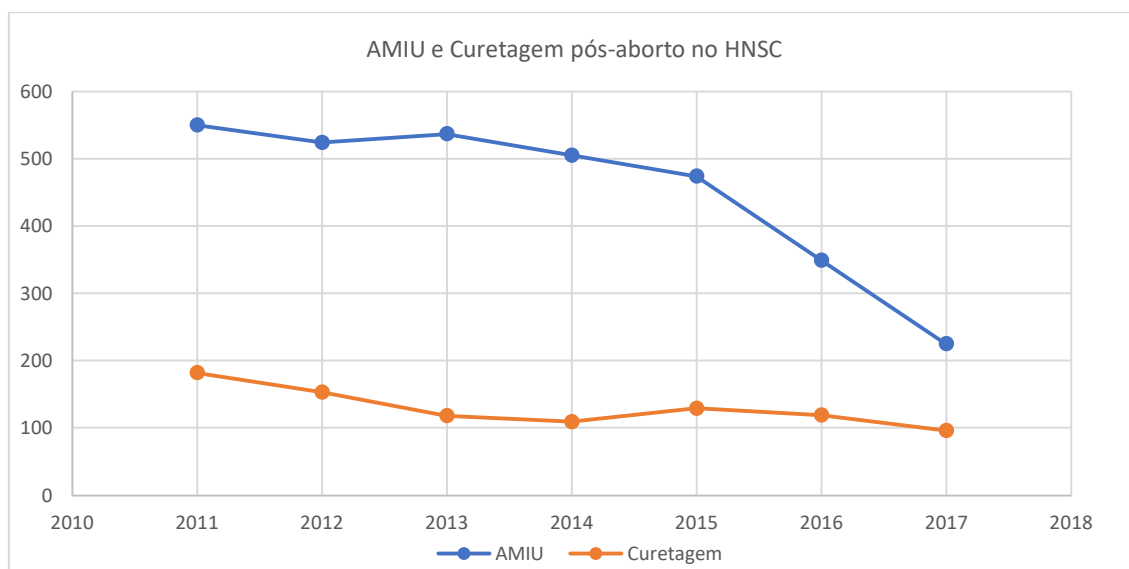


Figura 2: Número total de AMIU e curetam realizadas no Hospital Nossa Senhora da Conceição entre 2010 e 2017.

Fonte: GHC sistemas

Tempo médio de hospitalização

Ao analisarmos os dados relacionados ao período de hospitalização das pacientes internadas por abortamento imaginamos que identificaríamos um pequeno aumento nesse período com a aplicação do protocolo em virtude de existir uma priorização pela internação de casos mais graves e complexos. Ao observarmos a figura 3 podemos constatar um pequeno aumento no tempo médio de

permanência hospitalar (TMP) após o ano de implantação do protocolo em 2015. A tabela 1 traz o TMP de 1,3 dias no período pré-implantação do protocolo e de 1,5 dias no período pós-implantação do protocolo (valor de $p:0,01$; IC 95% 0,02 a 0,36).

Em uma primeira análise, parece se tratar de um dado negativo, porém analisando cuidadosamente, percebe-se o contrário. Continuamos internando as pacientes com quadro clínico mais grave, que poderão exigir muitos dias de hospitalização, ao mesmo tempo que paramos de internar outras pacientes com quadro leve, que passaram a ser tratadas conservadoramente.

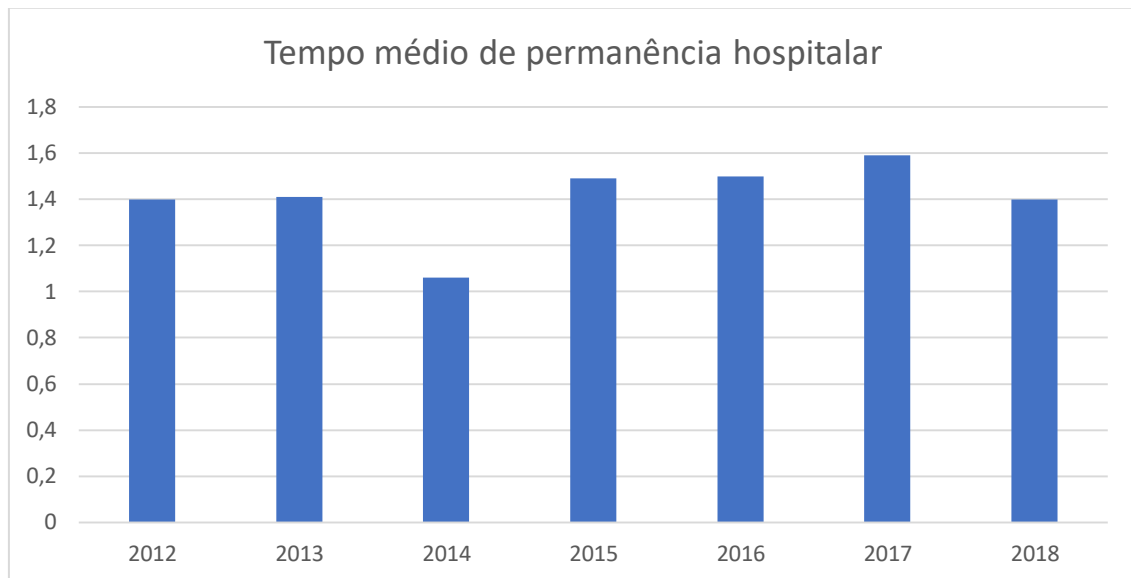


Figura 3 – Tempo médio de permanência hospitalar das pacientes com diagnóstico de abortamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição

Fonte: GHC sistemas

Tabela 1 – Tempo médio de permanência hospitalar antes e após o uso do protocolo de abortamento no HNSC

	TMP	DP	N.
Pós-protocolo	1,5	2,51	1531
Pré-protocolo	1,3	2,1	1954

Pós-protocolo: período entre janeiro de 2015 à agosto de 2018; pré-protocolo: período entre janeiro de 2012 à dezembro de 2014; TMP: tempo médio de permanência; DP: desvio padrão; n: número de casos internados no período

Diferença média entre os períodos: 0,02 (IC 95%, 0,04 a 0,36)

Valor de p : 0,01

Fonte: GHC sistemas

Desta forma, apesar de observarmos uma diferença (diferença média entre o período pré-protocolo com o período pós-protocolo é de 0,2 dias (IC 95% 0,04 a 0,36), valor de $p:0,01$) estatisticamente significativa no tempo médio de permanência hospitalar após a implantação do protocolo, de 0,2 dias, esta não se mostra clinicamente relevante.