

# Aborto infectado: epidemiologia, diagnóstico e conduta na urgência

## *Infected abortion: epidemiology, diagnosis and management in emergency*

Ana Paula Azevedo Dias<sup>1</sup>, Cynthia Alves de Sousa da Silva<sup>1</sup>, Gabriel Gouveia de Aguiar<sup>1</sup>, Guilherme Sidnei de Oliveira<sup>1</sup>, Letícia Sauma Ferreira<sup>1</sup>, Lucas Alves Dias<sup>1</sup>, Marco Túlio Caria Guimarães Pereira<sup>1</sup>, Mariana de Caux Bueno<sup>1</sup>

### RESUMO

Abortamento é a expulsão ou extração de um produto da concepção sem sinais de vida com menos de 500 gramas ou 22 semanas de gestação. O aborto infectado ou séptico decorre da eliminação incompleta do ovo, do embrião ou da placenta, que mantém aberto o canal cervical, favorecendo a ascensão de bactérias da microbiota vaginal e intestinal à cavidade uterina. A real magnitude do abortamento é desconhecida devido à sua ilegalidade. No Brasil, há subnotificação de casos e complicações, pois nem todas as mulheres demandam assistência pós-abortamento. Ainda assim, os dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. O diagnóstico de aborto séptico deve ser considerado quando uma mulher na menacme apresentar atraso menstrual, sangramento vaginal, febre, dor hipogástrica e à mobilização do colo uterino. Exige tratamento imediato. Prefere-se a associação gentamicina/clindamicina.

**Palavras-chave:** Aborto Séptico/diagnóstico; Aborto Séptico/epidemiologia; Emergências.

### ABSTRACT

*Abortion is the expulsion or extraction of a product of conception, with no signs of life, with less than 500 grams or 22 weeks of gestation. Infected or septic abortion stems from partial removal of the egg, embryo or placenta, which keeps open the cervical channel, encouraging the rise of intestinal and vaginal bacteria to the uterine cavity. The real magnitude of abortion is unknown due to its illegality. In Brazil, there is underreporting of cases and complications because not all women require assistance in post-abortion care services. Still, official data justify the adoption of preventive measures and of reproductive health's promotion. The diagnosis of septic abortion should be considered when a woman of childbearing age has missed period, vaginal bleeding, fever, hypogastric pain and pain by the cervix mobilization. It requires immediate treatment. The association of gentamicin/clindamycin is chosen.*

**Key words:** Abortion, Septic/diagnosis; Abortion, Septic/epidemiology; Emergencies.

### INTRODUÇÃO

Abortamento é a expulsão ou extração de um produto da concepção, sem sinais de vida, com menos de 500 gramas e/ou estatura menor ou igual a 25cm ou menos de 22 semanas de gestação. O aborto é o produto da concepção expulso no abortamento.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Acadêmico 10º período da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

*Instituição:*

Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais

*Endereço para correspondência:*

Rua Cisplatina, 397, Caiçara, CEP 30770-410  
Belo Horizonte, MG  
E-mail: medcynthia@hotmail.com

O abortamento infectado ou séptico decorre da eliminação incompleta do ovo, do embrião ou da placenta, que mantém aberto o canal cervical, favorecendo a ascensão de bactérias da microbiota vaginal e intestinal à cavidade uterina. É mais comum em abortamentos provocados - com inserção de instrumentos ou produtos químicos na cavidade uterina, entre outros -, mas não é exclusivo destes.<sup>2,3</sup>

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), abortamento inseguro significa procedimento para terminar uma gravidez indesejada realizado por pessoas que carecem dos conhecimentos necessários ou em local sem os mínimos padrões médicos, ou ambos.<sup>4</sup> Portanto, um abortamento provocado geralmente é inseguro e pode se tornar infectado. O quadro é grave e requer cuidado imediato.<sup>5</sup>

Decidimos abordar a epidemiologia do aborto inseguro porque é a principal causa do aborto infectado, e os dados sobre este último são escassos devido à ilegalidade do aborto provocado. Pela gravidade do caso, justifica-se comentar seu diagnóstico e conduta.

## EPIDEMIOLOGIA DO ABORTO INSEGURO NO BRASIL E NO MUNDO

A real magnitude do abortamento no mundo é desconhecida. A ilegalidade parcial ou total, em diversos países, dificulta o registro de todas as ocorrências. Até 2001, 62% da população mundial viviam em países onde a interrupção da gravidez era permitida por várias razões e 26%, onde era proibida. No Brasil, há subnotificação de casos e complicações associadas, pois nem todas as mulheres demandam assistência pós-abortamento. Os dados são obtidos pelo número de curetagens pós-aborto registrado no Sistema de Internação Hospitalar (SIH/SUS). A contagem das mortes decorrentes, nos serviços públicos e conveniados, provém do Sistema de Informação em Mortalidade (SIM/MS), pelas declarações de óbito – também com muitas subnotificações.

Dados oficiais justificam a adoção de medidas preventivas e de promoção da saúde reprodutiva. No contexto da mortalidade materna, a incidência observada de óbitos por complicações de aborto é de 12,5% do total de óbitos, ocupando o terceiro lugar entre suas causas, com amplas variações entre os estados brasileiros.<sup>5</sup> O número de abortos inseguros no país, em 1992, equivalia a 43% dos nascimentos vivos. Essa proporção caiu para 31% em 1996, foi de

30% em 2005.<sup>6</sup> Foram 1.054.242 abortos induzidos estimados, calculando que só 20% destes demandaram hospitalização.<sup>7</sup>

Em 1992, esse risco era bem maior na Região Nordeste (5,41 abortos/100 mulheres entre 15 e 49 anos) e, na Região Sul (1,97 abortos/100 mulheres), era quase 2,7 vezes menor. Em 2005, o risco anual de abortos inseguros por 100 mulheres de 15 a 49 anos cai para 2,73 na Região Nordeste (uma redução de 50%) e para 1,28 na Região Sul (uma redução de 35%), e a proporção desse risco entre as Regiões Nordeste e Sul cai para um pouco mais que o dobro (Nordeste/Sul = 2,1). Além desta diminuição da diferença Nordeste/Sul, em 2005, é a Região Centro-Oeste que apresenta o maior risco: 2,81 abortos/100 mulheres. Ocorre discrepância na mortalidade entre etnias: 9,4 óbitos/100.000 nascidos vivos entre as negras, e 3,2/100.000 para as brancas.<sup>6</sup>

O perfil das mulheres que abortam é de jovens (20-29 anos) católicas, pobres, em união estável, usuárias de métodos contraceptivos, que já possuem filhos, trabalhadoras, com até oito anos de estudo, as quais abortam com misoprostol.<sup>7</sup>

Na Europa, ¼ da mortalidade materna se deve a abortos.<sup>8</sup> A tradição europeia de promover aborto associada à necessidade não atendida de contracepção leva a altas taxas de aborto. A qualidade dos serviços costuma ser pobre (equipamentos e medicamentos ultrapassados e não-aprimoramento do “profissional” que já promovia o aborto) e eleva as taxas de óbito por aborto na região.<sup>9</sup>

Na Europa, como no Brasil, *as taxas de aborto vêm diminuindo*, mas ainda estão longe da meta da OMS definida no Cairo, em 1994 (menos que cinco por 100.000 nascidos vivos em dez anos).

A taxa de aborto entre adolescentes, na maioria dos países e no Brasil, não se alterou. Na Moldova, 11% de todos os abortos são de mulheres entre 15 e 19 anos. No Reino Unido, 36% dos abortos em 1990 foram em menores de 20 anos. Em 2000, eram 39%.<sup>4</sup> Em nosso país, o aborto na adolescência ocorre entre 7% e 9% do total de abortos realizados por mulheres em idade reprodutiva, a maioria entre 17 e 19 anos. Registra-se que 12,7% a 40% das adolescentes tentam aborto antes de decidir prosseguir com a gestação. Há uma razão de 2,3 no uso de contraceptivos entre adolescentes que abortam e as que não abortam, sugerindo pequena chance de uma gravidez indesejada ser levada a termo.<sup>7</sup>

Mais de 50% das adolescentes declaram uso do misoprostol como método abortivo. O misotropol entrou no mercado brasileiro em 1986 para tratamento da úlcera gástrica e, até 1991, sua venda era permitida em farmácias. Logo foi reconhecido como abortivo eficaz, mais barato que as clínicas privadas e com menos riscos à saúde da mulher.<sup>7</sup>

## DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de aborto séptico deve ser considerado em mulheres em idade reprodutiva que apresentam atraso menstrual, sangramento vaginal, febre<sup>3</sup>, dor hipogástrica e à mobilização do colo uterino<sup>2</sup>. Outras apresentações possíveis são sudorese/calafrios, taquicardia/taquisfigmia/taquipneia, hipotensão arterial, cianose, icterícia, agitação/obnubilação e choque séptico.<sup>3</sup> No choque séptico, deve-se pensar na etiologia por *E. coli*, *Bacterioides* e *Clostridium perfringens* – que pode levar à anemia hemolítica fulminante e insuficiência renal aguda, com a descrição de tríade clássica: hemoglobinúria, anemia e cianose perioral.<sup>5</sup> Justifica-se, então, pedêutica complementar:

- O hemograma pode apresentar leucocitose ou leucopenia, dependendo do agente etiológico. Tende à leucopenia na infecção por aeróbios gram-negativos.
- A tipagem sanguínea é obrigatória: transfusão e prevenção de aloimunização Rh podem ser necessárias.
- Urina rotina/EAS: avalia infecções urinárias/hemoglobinúria.
- Dosagem de ureia/creatinina: avaliação da função renal.
- Coagulograma: verificar coagulação intravascular.
- Hemocultura *para aeróbios e anaeróbios* (pode ser negativa em infecção por bacilos gram-negativos).
- Bilirrubina: icterícia/suspeita de anemia hemolítica.
- US pélvica e abdominal: pesquisar restos ovulares intra-uterinos e complicações - bolhas no miométrio, acometimento anexial e abscessos.<sup>3</sup>
- Tomografia computadorizada de abdome: complementar ao US em caso de massas abdominais.
- Radiografia de abdome na suspeita de corpo estranho intrauterino ou perfuração uterina/intestinal.
- Radiografia de tórax ao suspeitar de êmbolos sépticos no pulmão.

As complicações do aborto infectado são: endometriíte, perfuração uterina ou de alças intestinais, necrose miometrial, piossalpinge/abscessos tubo-ovarianos, tromboflebite pélvica/embolia séptica, pelviperitonite/abscessos pélvicos, peritonite generalizada e choque séptico.<sup>5</sup>

Os diagnósticos diferenciais são: aborto evitável/ameaça de aborto, corioamnionite com membranas íntegras, infecção do trato urinário, febre por uso de misoprostol, apendicite e outras patologias febris ou hemorrágicas.

## TRATAMENTO

É recomendável a punção de veia de grosso calibre com agulha calibrosa para coleta de exames e garantia de infusão de volume e sangue em caso de agravamento do quadro. A hidratação deve ser com soro fisiológico 0,9% (SF), procurando manter a pressão arterial em níveis aceitáveis e uma diurese/hora > 30 ml. A antibioticoterapia é mandatória.

Administram-se drogas que aumentem o tônus e a contratilidade uterina a fim de eliminar restos ovulares. Ocitocina: 20U em 500 mL de SF ou glicosado 5%. Misoprostol: 200 mcg comprimido no fundo de saco posterior de 6/6h. Cesária anterior, miomectomia, grande multiparidade e hipertrofias uterinas são contra-indicações.<sup>10</sup>

Em gestação inferior a 12 semanas, esvazia-se o útero, após instalação dos antibióticos, com ocitócitos/misoprostol ou com aspiração manual intra-uterina, vácuo-aspiração ou curetagem. Se a idade gestacional exceder 12 semanas com colo impérvio, recomenda-se o uso de ocitócitos/misoprostol para dilatar o colo e expulsar o feto, seguido de curetagem, se não for uma urgência.<sup>3</sup>

Dados revelam que a aspiração manual a vácuo acarreta menos complicações que a curetagem. O material é portátil, não elétrico, reutilizável e de baixo custo.<sup>8</sup> A OMS recomenda o uso de aspiração elétrica ou manual no primeiro trimestre da gravidez, para evitar infertilidade e outras morbidades. Para o segundo trimestre, preconiza a dilatação do colo uterino.<sup>11</sup> Após o esvaziamento, mantêm-se as drogas uterotônicas e os antibióticos.<sup>3</sup>

A conduta em casos de abortamento infectado pode ser subdividida em três estágios, conforme a extensão do processo e gravidade clínica:

- *Tipo I*: mais comum, localizado apenas na cavidade uterina e decídua. O útero aumenta de volume, o canal cervical está pérvio com secreção piosanguinolenta. Estado geral preservado e ausência de

sinais de resposta inflamatória sistêmica e irritação peritoneal. O tratamento consiste na remoção do foco infeccioso (AMIU, curetagem)<sup>2</sup>. Montenegro assevera que a antibioticoterapia para gram-negativos e anaeróbios deve preceder a curetagem em 12 horas, exceto na suspeita de infecção por *Clostridium*, quando o esvaziamento uterino deve ser imediato.<sup>10</sup> Recomenda-se inicialmente amicacina (maior cobertura) ou gentamicina, associada a um anaerobicida (clindamicina, mais eficaz, ou metronidazol). Se não houver resposta, associar ampicilina ao esquema, que combate enterococos. Na insuficiência renal, os aminoglicosídeos podem ser usados com fator de correção ou substituídas por aztreonam. A terapia intra-venosa deve continuar até 24-48 horas após o último pico febril.<sup>3</sup> O esquema deve ser prescrito independente da gravidade do quadro <sup>2</sup> (Tabela 1).

- **Tipo II:** A infecção pode progredir para o miométrio, paramétrios, anexos e peritônio, agravando-se o quadro clínico. Há febre, taquicardia, íleo paralítico e dor abdominal. O exame físico pode demonstrar defesa abdominal, toque vaginal muito doloroso e empastamento dos paramétrios. Com a propagação para o miométrio e o peritônio, a curetagem não mais soluciona o problema, sendo necessária a cirurgia. Exames laboratoriais são necessários para estimar o grau de acometimento sistêmico da infecção: leucograma, função renal e hepática, coagulograma, radiografia de tórax/abdome e ultra-sonografia. No acometimento pélvico extenso, realiza-se drenagem dos abscessos através de fundo de saco posterior ou via abdominal, dependendo de sua localização. Também se indicam antimicrobianos.
- **Tipo III:** quadro grave e com alta morbi-mortalidade, caracterizado por inflamação sistêmica acentuada e sepse intra-abdominal. Além da cirurgia, é preciso monitorizar e controlar a paciente em UTI.<sup>2</sup>

A persistência da febre leva a pensar em complicações. Nas complicações cirúrgicas, a abordagem é a laparotomia. A evolução de quadros graves é melhor após histerectomia, às vezes, é necessária também a anexectomia.

Pode já existir coagulopatia hemorrágica instalada, devendo ser assegurado o suporte hematológico para a cirurgia. Drenos de penrose ou tubulares devem ser usados na paciente coagulopata. O fechamento da cavidade abdominal dependerá da melhora clínica da paciente, e deverá ser incompleto (pontos espaçados) caso novas laparotomias sejam planejadas.

Se não há indicação cirúrgica e a febre persiste, o quadro pode ser tromboflebite pélvica. Testa-se heparina de alto peso molecular (HAPM) 5000 UI IV, seguida de 700 a 2000 UI/hora, com controle do TTPA de 4/4h. O ideal é elevar o TTPA (R) uma e meia a duas vezes o valor médio. Após estabilização, o controle laboratorial é diário. Possíveis complicações com a HAPM são hemorragia e trombocitopenia. A profilaxia da embolia pulmonar não requer controle laboratorial por não prolongar o TTPA. São usadas doses baixas de HAPM: 5000 UI subcutâneo, cada oito a 12 horas. Pode-se utilizar heparina de baixo peso molecular 7500 UI, cada 24 horas, com a vantagem de quase não alterar os testes de coagulação e ter meia-vida maior.<sup>3</sup>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na sociedade brasileira há clara influência moral, religiosa e filosófica sobre o aborto provocado, contribuindo para desencorajar a busca por auxílio médico com consequente aumento da morbi-mortalidade, além de impedir a intervenção de forma integral, do ponto de vista da saúde pública, no processo do abortamento.

As taxas de abortamento inseguro no Brasil, que não caem desde 1996 (cerca de 30% dos nascidos

**Tabela 1** - Esquema de antibioticoterapia no aborto infectado

Antibiótico	Dose	Via	Duração	Observação
Gentamicina	1.5mg/kg/dose cada 8 hora	IV IM	7-10 dias	Evitar desidratação e monitorar função renal, ototoxicidade
Clindamicina	600 a 900 mg cada 6 a 8 horas	IV	7-10 dias	Precauções em caso de disfunção renal ou hepático
Amicacina	15mg/kg/dia cada 8a 12 horas	IV IM	7-10 dias	Monitorar função renal ototoxicidade
Metronidazol	500mg a 1g cada 6 horas	IV	7-10 dias	Reações colaterais de pouca intensidade
Ampicilina	500mg a 1g cada 6 horas	IV	7-10 dias	Reações alérgicas raras

\* Fonte: Febrasgo – Urgências e Emergências Maternas, 2000.

vivos), demonstram que a educação em saúde com planejamento familiar continua insatisfatória.<sup>7,12,13</sup> O aborto séptico é a principal complicação advinda da ilegalidade do aborto. O tratamento deve ser imediato, com eliminação do foco infeccioso e uso de antimicrobianos. A associação de gentamicina e clindamicina mostrou-se a mais eficaz.

## REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual dos comitês de mortalidade materna. 3ª ed. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2007. p.16. [Citado em 2010 mar. 15]. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites\\_mortalidade\\_materna\\_M.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/comites_mortalidade_materna_M.pdf)
2. Corrêa MD, Melo VH, Aguiar RAL, Corrêa Júnior MD, editores. Noções práticas de obstetrícia. 13ª ed. Belo Horizonte: COOPMED; 2004. p.241-51.
3. FEBRASGO. Urgências e Emergências Maternas. Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. p.13-18
4. Lazdane G. Abortion in Europe: ten years after Cairo. *Entre Nous. The Europ Magaz Sexual Reproduct Health.* 2005; 59: 4-6. [Cited 2010 Apr 01]. Available from: <http://www.euro.who.int/document/ens/en55.pdf>
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2001. p.145-58.
6. Adesse L, Monteiro MFG. Magnitude do aborto no Brasil: aspectos epidemiológicos e sócio-culturais. [Citado em 2010 Apr 01]. Disponível em: [http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh\\_mag.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/factsh_mag.pdf)
7. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. 20 anos de pesquisas sobre aborto no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. p. 7-57
8. Baird TL, Falk S, Shehu E. Shifting focus to the woman: Comprehensive abortion care in central and eastern Europe. *Entre Nous. The Europ Magaz Sexual Reproduct Health.* 2005; 59:13-16.
9. Sai F. Unsafe abortion: Europe is not spared. *Entre Nous. The Europ Magaz Sexual Reproduct Health.* 2005; 59: 3.
10. Montenegro CAB, Rezende Filho J. Rezende, obstetrícia fundamental. 11ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2008. p. 155, 218-33
11. World Health Organization -WHO. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Geneva: WHO; 2003.
12. Adesse L, Monteiro MFG, Levin J. *Panorama do aborto no Brasil: grave problema de saúde pública e de justiça social. RADIS.* 2008 fev; 66:11.
13. Ipas Brasil. Dados e reflexões sobre a condição de ilegalidade do aborto: no âmbito da saúde e da justiça. Rio de Janeiro: Ipas Brasil; 2007. 26 p. [Citado em 2010 Apr 01]. Disponível em: [http://www.ipas.org.br/arquivos/caderno\\_Pesquisa.pdf](http://www.ipas.org.br/arquivos/caderno_Pesquisa.pdf)