

NORMA

DA DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE

1899-2013
113 anos



NÚMERO: 001/2013

DATA: 29/01/2013

ASSUNTO:	Registo de Complicações de Interrupção de Gravidez. Definições e modelo de registo
PALAVRAS-CHAVE:	Aborto; abortamento; complicações de aborto; interrupção de gravidez; complicações de interrupção de gravidez; registo complicações
PARA:	Profissionais de saúde das unidades de saúde com serviços de ginecologia e obstetrícia
CONTACTOS:	Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, emite-se a Norma seguinte:

I – NORMA

1. As complicações decorrentes de uma interrupção de gravidez, qualquer que tenha sido a indicação, no âmbito legal ou ilegal, são obrigatoriamente objeto de registo se resultarem em **internamento** para terapêutica médica e ou cirúrgica.
2. Só deve ser registada **uma complicação por cada caso** de interrupção da gravidez (IG). Quando uma mulher (“caso”) tem mais do que uma complicação, deve ser unicamente registada a situação de maior gravidade.
3. A hierarquização da gravidade das complicações é da responsabilidade do profissional e deve estar de acordo com critérios clínicos.
4. As complicações decorrentes da interrupção de gravidez são registadas de acordo com as definições que a seguir se estabelecem, utilizando o Anexo I que faz parte integrante desta Norma.
5. Mantém-se, nos termos do artigo 11º da Lei 120/99 de 11 de Agosto e do artigo 10º do Decreto – Lei 259/2000 de 17 de Outubro, a obrigatoriedade do envio **semestral** da informação colhida à Direção-Geral da Saúde.
6. As unidades de saúde que têm serviço de Ginecologia e Obstetrícia nomeiam um profissional que é responsável pelo referido registo das complicações da interrupção de gravidez. O nome e contacto institucional do responsável devem ser enviados para conhecimento à Direção-Geral da Saúde (DGS) e sujeitos a atualização sempre que justificado.
7. A morte materna, como consequência de IG, é, também, notificada à DGS em modelo próprio existente para o efeito.

8. Ficam revogadas a Circular Normativa n.º 5/DSR de 07.05.2008 e a Norma n.º14/SR de 12.7.2007 da Direção-Geral da Saúde.

II – CRITÉRIOS

- a) A interrupção da gravidez é considerada dentro dos limites do quadro legal, desde que seja realizada por médico, ou sob sua direção, em estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos e com o consentimento da mulher grávida quando:
- constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
 - evita o perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
 - existem seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
 - há indício sério de que a gravidez resultou de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
 - é realizada, por opção da mulher nas primeiras 10 semanas de gravidez.
- b) Sempre que na alínea anterior houver referência a semanas, entende-se que a semana referida se encontra abrangida até ao seu termo, ou seja, é considerada a semana completa.
- c) A interrupção da gravidez é considerada fora dos limites do quadro legal quando:
- é realizada fora das circunstâncias e prazos definidos na alínea a);
 - é realizada em estabelecimentos não reconhecidos oficialmente pela DGS.
- d) Falha de método define-se como a presença de saco gestacional, com ou sem embrião viável após a intervenção.
- método cirúrgico: considera-se falha do método cirúrgico, quando o saco gestacional permanece na cavidade uterina após a intervenção;
 - método medicamentoso: considera-se falha do método medicamentoso quando não houve expulsão do saco gestacional verificado na consulta de revisão.
- e) Hemorragia grave é definida, para efeitos deste registo, como aquela que necessita de:
- terapêutica cirúrgica num quadro clínico de hemorragia aguda;
 - transfusão sanguínea.

- f) Infeção (endometrite/sépsis/choque tóxico) é definida, para efeitos deste registo como:
- endometrite – quadro febril, associado ou não a dor pélvica e hemorragia, que implica internamento e antibioterapia endovenosa;
 - sépsis – quadro caracterizado por síndrome de resposta inflamatória associada a infeção confirmada por exame direto e/ou cultural, que implica internamento e antibioterapia endovenosa;
 - choque tóxico – quadro inespecífico com uma evolução rápida de falência multiorgânica, podendo culminar em morte materna. O aparecimento de um quadro compatível com o choque tóxico, na sequência de uma interrupção da gravidez medicamentosa, deve implicar a pesquisa em meio adequado da infeção por *Clostridium sordellii*.
- g) Aborto incompleto é definido, para efeito deste registo, como a presença de imagens ecográficas sugestivas de restos ovulares (imagens hiperecogénicas, hematometra, espessamento endometrial difuso), que implicam a realização de terapêutica médica ou cirúrgica.
- h) Perfuração uterina é definida, para efeito deste registo, como solução de continuidade na parede uterina, na sequência de uma interrupção de gravidez cirúrgica que determina o internamento da mulher.
- i) Perfuração de outros órgãos é definida, para efeitos deste registo, como solução de continuidade a nível de outros órgãos, mais frequentemente bexiga e intestino, implicando a realização de laparotomia ou laparoscopia.
- j) Rotura uterina é definida, para efeitos deste registo, como a separação da totalidade das várias camadas da parede uterina e serosa (deiscência ou rotura incompleta) e que pode ocorrer em qualquer segmento do útero.
- k) Laceração vaginal ou cervical é definida, para efeitos deste registo, como a solução de continuidade vaginal ou cervical que implique terapêutica cirúrgica.
- l) Outras complicações devem ser especificadas, como por exemplo: anestésicas, choque anafilático, tromboembolismo pulmonar (TEP), histerectomia, entre outras.

III – AVALIAÇÃO

A implementação da presente Norma é da responsabilidade dos serviços hospitalares e das direções clínicas dos hospitais onde se realiza a interrupção da gravidez.

Os serviços devem disponibilizar os seus dados para auditorias internas e externas sempre que solicitados.

A monitorização da implementação da presente Norma é contínua e executada a nível central pela Direção-Geral da Saúde através da publicação de relatório anual.

IV – FUNDAMENTAÇÃO

a) A presente Norma:

- a. estabelece um novo modelo para recolha e registo das complicações da interrupção de gravidez (IG) em mulheres internadas nos serviços de ginecologia-obstetrícia, independentemente do motivo da interrupção ou do cumprimento do disposto no artigo 142.º do Código Penal”
- b. uniformiza conceitos, de molde a assegurar que os dados colhidos são comparáveis entre si e internacionalmente.

b) O risco de persistir uma gravidez por falha do método utilizado para realizar a IG, quer cirúrgico quer medicamentoso é baixo e inferior a 1%.^{1,2}

- a. A necessidade de nova intervenção, por aborto incompleto após uma IG, é inferior a 5%, desde que esta seja realizada até às 10 semanas de gestação.¹
- b. Existem poucos estudos randomizados comparando os dois métodos de intervenção. Contudo, num estudo em que participaram mais de 42 000 mulheres que realizaram uma IG antes das 9 semanas, houve necessidade de intervenção subsequente em 5,9% dos casos de IG medicamentosa e em 0,4% dos casos de IG pelo método cirúrgico.³
- c. O mesmo estudo e uma revisão de casuística realizada nos Estados Unidos da América pelo *Guttmacher Institute* demonstraram que para ambos os métodos o risco de complicações graves é muito baixo quando as intervenções são realizadas no 1º trimestre da gravidez.^{3,4} Numa recente publicação o *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists*¹, refere nesta situação um risco entre 1 a 2 por 1000 mulheres.
- d. O risco quer de falha quer de complicações aumenta com a idade gestacional.^{1,3}
- e. No método cirúrgico, a falha do método é mais frequente em gestações com idade gestacional igual ou inferior às 6 semanas, estando também relacionada com a morfologia uterina e a experiência profissional.¹
- f. A falha do método medicamentoso aumenta com a idade gestacional e depende do protocolo seguido. Quando a IG é realizada após as 13 semanas pode ocorrer falha de método entre 2,5% e 53% dos casos, dependendo dos estudos.^{1,5,6}
- g. A falha de método implica a necessidade de nova intervenção, devendo a opção terapêutica ser individualizada tendo em conta a situação clínica e a vontade da mulher.^{1,6}

- h. O risco de hemorragia, como complicação, varia entre 0,5 e 4,4 por cada 1000 IG, dependendo da idade gestacional em que ocorre a interrupção da gravidez¹. O risco de ocorrer uma hemorragia grave que necessite de transfusão é rara, menos de 1 em cada 1000 IG abaixo das 10 semanas.^{1,3,8,9}
- i. A definição de hemorragia anormal implica um fluxo em quantidade duas vezes superior a uma menstruação normal ou a necessidade de mudar mais de um penso por hora em duas horas consecutivas, ou ainda, a persistência de uma hemorragia moderada, ou seja, aquela que não diminui com a passagem do tempo ou que volta depois de alguns dias de ausência⁹. No entanto, e tal como definido como critério para registo, só deve ser motivo de registo como complicação, se for diagnosticada uma hemorragia grave, isto é, se for necessária intervenção cirúrgica ou transfusão sanguínea.
- j. A incidência de infeção após interrupção da gravidez médica ou cirúrgica varia entre 0,9% e 2,5% dependendo do uso de antibiótico profilático, do seguimento pós-aborto e dos critérios usados no diagnóstico da infeção.^{1,3,6}
- k. Embora muito raro, o choque tóxico por *Clostridium sordellii* está descrito em 1 por cada 100 000 IG, sendo mandatório, face à presença de sinais de choque tóxico, pedir a sua pesquisa. Os casos registados ocorreram maioritariamente com a associação entre *mifepristone* oral e misoprostol vaginal.^{10,11,12,13,14}
- l. A perfuração uterina após o aborto cirúrgico varia de 1 a 4 em cada 1000 IG e é inferior nas idades gestacionais mais precoces.¹
- m. A laceração vaginal ou cervical é rara no 1º trimestre da gravidez. A laceração cervical foi observada em 1% dos abortos cirúrgicos realizados. A sua incidência diminui com a preparação cervical prévia à cirurgia e com idades gestacionais mais precoces.^{1,3,9}
- n. A rotura uterina tem um risco inferior a 1 por cada 1000 IG¹. A ecografia pode contribuir para o diagnóstico que apenas será definitivo após laparotomia exploradora. É uma complicação rara na interrupção de gravidez do 1º trimestre. Existem, no entanto, casos registados na literatura em mulheres com cicatriz uterina anterior, em particular na interrupção médica (associada ao uso de misoprostol) do 2º e 3º trimestre de gestação.^{6,15,16,17}
- o. A mortalidade materna associada à interrupção de gravidez legal é de 0,32 em cada 100.000 nascimentos.¹⁸

V – APOIO CIENTÍFICO

Lisa Ferreira Vicente (Coordenadora) – Divisão da Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil da Direção-Geral da Saúde

Joaquim Neves – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE - Hospital de Santa Maria

Maria Céu Almeida – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Maternidade Bissaya Barreto

Maria José Alves – Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE - Maternidade Dr. Alfredo da Costa

Teresa Rodrigues – Centro Hospitalar de S. João, EPE - Hospital de S. João

VI – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Care of Women Requesting Induced Abortion. *Evidence-based clinical guideline nº 7*, November 2011.
2. Clark W, Bracken H, Tanenhaus et al. Alternatives to routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstet Gynecol*, 2010, 115(2):264-272.
3. Niinimaki M, Pouta A, Bloigu A, Gissler M, Hemminki E, Suhonen S, et al. Immediate Complications after medical with surgical termination of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 2009, 114: 795-804.
4. Guttmacher Institute. Facts on induced abortion in the United States, Aug., 2011. (http://www.guttmacher.org/pubs/fb_induced_abortion.html)
5. Lokeland M, Iversen OE, Dahle GS et al. Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstet Gynecol*, 2010, 115(5):962-968.
6. Fiala C, Gemzell-Danielsson K. Review of medical abortion using mifepristone in combination with a prostaglandin analogue. *Contraception*, 2006, 74:66-68.
7. Kallner HK, Fiala C, Stephansson O, Gemzell-Danielsson K. Home self-administration of vaginal misoprostol for medical abortion at 50-63 days compared with gestation of below 50 days. *Human Reproduction*, 2010, 25(5): 1153-1157.
8. Christin-Maitre S, Bouchard P, Spitz IM. Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 2000, 342:946-956.
9. Dudley S, Kruse B. Safety of abortion. National Abortion Federation, Washington, December 2006.
10. Grimes David A. Risks of mifepristone abortion in context. *Contraception*, 2005, 71:161.
11. Fjerstad M, Trussell J, Sivin I et al. Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 2009, 361:145-151.
12. Fischer M, Bhatnagar J, Guarner J, et al. Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine* 2005, 353:2352-2360.

13. Cohen A L, Bhatnagar J, Reagan S et al. Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstet Gynecol*, 2007, 110:1027-1033.
14. Meites E, Zane S, Gould C. Fatal *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine* 2010, 363 (14): 1382-1383.
15. Mazouni C, Provensal M, Porcu G, Guidicelli B, Heckenroth H, Gamerre M, Bretelle F; Termination of pregnancy in patients with previous cesarean section. *Contraception*, 2006, 73(3):244.
16. Berghella V, Airoidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *BJOG*. 2009 Aug, 116(9):1151-1157. Epub 2009 May 11.
17. Kim JO, Han JY, Choi JS, Ahn HK, Yang JH, Kang IS, Song MJ, Nava-Ocampo A A. Oral misoprostol and uterine rupture in the first trimester of pregnancy: a case report. *Reprod Toxicol*, 2005; 20(4):575.
18. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). Saving mother's lives. Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-2008. *BJOG*, 2011,118 Suppl 1:1-203.

Recomenda-se ainda a consulta do documento “*Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. 2nd Edition. World Health Organization (WHO) 2012. Geneva*” que aborda as várias questões de natureza técnica e as políticas de saúde nesta área. É possível a sua consulta em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde



(Anexo I)

Registo de complicações de interrupção da gravidez

Hospital / Serviço _____

Nome do responsável pelo registo _____ Nº da Ordem _____

Ano: _____

Semestre: _____

Número de complicações [#]		IG <u>legal até</u> às 10 sem	IG <u>legal após</u> as 10 sem	IG <u>fora</u> do quadro legal
Hemorragia grave	(necessidade de terapêutica cirúrgica ou transfusão sanguínea)			
Infeção	Endometrite			
	Sépsis			
	Choque tóxico			
Aborto incompleto	(necessidade de terapêutica médica ou cirúrgica não classificável noutra categoria)			
Perfuração de órgão	Útero			
	Outro órgão*			
Outras complicações	Rotura uterina			
	Laceração vaginal ou cervical			
	Outras, quais** (anestésicas, choque anafilático, TEP, histerectomia, entre outras)			

*Especifique qual ou quais _____

** Especifique qual ou quais _____

[#] Especificar se ocorreu morte materna em consequência de alguma das complicações de IG acima registadas _____

Número de falhas	IG <u>legal até</u> às 10 sem	IG <u>legal após</u> as 10 sem
TOTAL de falhas (persistência de saco gestacional após intervenção)		

Data ____/____/____