

Tenho de ir trabalhar nestes dias?

Após o diagnóstico de uma gravidez não evolutiva do 1º trimestre tem direito a uma baixa de 14 a 30 dias (de acordo com a avaliação médica da situação cínica) e um “Subsídio de Interrupção da Gravidez”. O subsídio deve ser requerido na Segurança Social através de formulário próprio acompanhado por certificado médico. O requerimento é dispensado se tiver uma baixa (Certificado de Incapacidade Temporária para o Trabalho) passada eletronicamente. Para mais informações consulte:

<http://www.seg-social.pt/subsidio-por-interruptao-da-gravidez>

<http://www.seg-social.pt/subsidio-social-por-interruptao-da-gravidez>



Urgência de Obstetrícia e Ginecologia

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria



TENHO UMA GRAVIDEZ NÃO EVOLUTIVA DO 1º TRIMESTRE - O QUE DEVO FAZER?

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Av. Prof. Egas Moniz—1649-035 Lisboa

Telefone 21780 50 00

contactcenter@hsm.min-saude.pt



Porque ocorre uma gravidez não evolutiva do 1º trimestre?

Cerca de **uma em cada seis** gestações deixa de evoluir numa fase precoce. Em cerca de metade destes casos existem malformações ou alterações genéticas graves, mas na maioria das restantes situações a causa é desconhecida. Habitualmente, gravidez não evolutiva do 1º trimestre é uma ocorrência que **não se repete**, mas podem existir fatores que levam à recorrência, como a diabetes mal controlada, as malformações uterinas, os hábitos tabágicos e alcoólicos, a exposição a químicos e a radiações. O seu médico informá-la-á se houver necessidade de realizar mais exames para avaliar estas situações.

O diagnóstico de gravidez não evolutiva do 1º trimestre é feito por **ecografia**, usando **critérios seguros** de que a gravidez não irá progredir, de acordo com normas internacionais.

O que é normal sentir nestas situações?

As mulheres reagem de forma **muito variável** ao diagnóstico de uma gravidez não evolutiva do 1º trimestre. Fatores como a idade, a experiência prévia e as expectativas criadas com a gravidez influenciam muito a reação. Não existe uma forma certa ou errada de reagir a esta situação. Por vezes a perda de uma gravidez pode causar uma sensação profunda de tristeza e de luto tão intensa como a da morte de um ente querido adulto. O luto é uma reação normal da qual algumas pessoas recuperam mais rapidamente do que outras. Contacte o seu médico no caso de sentir uma tristeza profunda que se prolonga para além de duas semanas.

O que acontece após o diagnóstico?

Perante o diagnóstico de uma gravidez não evolutiva do 1º trimestre existem várias **alternativas** para promover a expulsão das estruturas da gravidez que permanecem dentro no útero:

Atitude expectante

A natureza possui mecanismos para resolver espontaneamente estas situações, através da ocorrência de contrações que levam à expulsão do conteúdo uterino. No entanto, por vezes é necessário esperar algum tempo para que isto ocorra - ao final de 2 semanas, cerca de 45% das mulheres expulsam o conteúdo uterino, ao final de 4 semanas 65%, e ao final de 6 semanas 83%. Em cerca de 2,5% destas mulheres ocorre uma hemorragia abundante e em 1,4% é necessária uma transfusão sanguínea. Outras complicações mais raras são a infeção e a expulsão incompleta, situações que por vezes necessitam de ser resolvidas com cirurgia (ver abaixo).

Se optar pela atitude expectante, terá alta com indicação para medir a temperatura axilar todos os dias e sempre que sentir arrepios ou suores. Deve regressar à Urgência se:

- **Perder muito sangue** por via vaginal (sangue vermelho vivo, geralmente com coágulos e em quantidade muito superior à de uma menstruação)
- Se a **perda de sangue ultrapassar 15 dias**
- Se tiver **dor no fundo da barriga** que não passe com um comprimido de 1000 mg de **paracetamol** (venda livre) e se necessário, uma hora mais tarde, um comprimido de 400 mg de **ibuprofeno** (venda livre). Estas medicações podem ser repetidas a cada 6 horas
- Se tiver **temperatura** superior a 38,5°C

Se não ocorrer nenhuma das situações anteriores, consulte o seu médico Obstetra ou regressar à Urgência passado **quatro semanas**, ou mais cedo se entretanto mudar de opinião e não pretender esperar mais.



Tratamento médico

Em alternativa à atitude expectante, a maior parte das mulheres pode fazer uma **medicação que provoca contrações uterinas**, acelerando o processo de expulsão. O tratamento consiste na introdução de comprimidos vaginais em meio hospitalar, tendo posteriormente alta para casa.

Em casa deve medir a temperatura axilar todos os dias e sempre que sentir arrepios ou suores. Se sentir dor no fundo da barriga ou a temperatura for superior a 38,5° pode tomar um comprimido de 1000 mg de **paracetamol** (venda livre). Se passada uma hora ainda tiver dor forte ou temperatura superior a 38,5°C, tome um comprimido de 400 mg de **ibuprofeno** (venda livre). Se passada outra hora ainda tiver dor forte tome um comprimido de 575 mg de **metamizol** (receitado pelo médico da Urgência). Todos estes medicamentos podem, se necessário, ser repetidos a intervalos de 6 horas. Caso tenha enjoos ou vômitos pode tomar um comprimido de 4 mg de **ondansetron** (receitado pelo médico da Urgência), o qual pode, se necessário, ser repetido a cada 12 horas. Se tiver diarreia deve aumentar a quantidade de líquidos que bebe. Deve regressar à Urgência se:

- **Perder muito sangue** por via vaginal (sangue vermelho vivo, geralmente com coágulos e em quantidade muito superior à de uma menstruação)
- Se a **dor no fundo da barriga** não ceder aos medicamentos recomendados
- Se a **temperatura** for superior a 38,5°C mesmo com os medicamentos recomendados
- Se os **vômitos** não cederem mesmo com o medicamento recomendado
- Se a **diarreia** for muito profusa (mais de seis dejeções líquidas)



Se não ocorrer nenhuma das situações anteriores regressar à Urgência **dois dias** (48 horas) após o início da medicação. Através da ecografia será possível saber se já expulsou a maioria das estruturas da gravidez, não sendo necessário nenhum tratamento adicional, ou se é necessário repetir a medicação vaginal. Nesta última situação, mantenha todas as recomendações acima explicadas e regressar à Urgência **dois dias** depois para nova reavaliação, mas desta vez não ingira nenhum alimento nas 6 horas antes da vinda ao hospital. Ao final de quatro dias cerca de **80%** das mulheres expulsou as estruturas da gravidez. Nas restantes é necessária cirurgia (ver abaixo). A percentagem de casos em que ocorre uma hemorragia abundante ou em que é necessária uma transfusão sanguínea é semelhante à da atitude expectante.

Cirurgia

O esvaziamento uterino cirúrgico é realizado sob anestesia geral. Está fortemente recomendado caso esteja a **perder muito sangue**, se tiver uma **anemia grave**, ou se houver suspeita de **infeção** ou de uma doença da placenta chamada **mola hidatiforme**. Pode estar também indicado quando há uma doença materna grave, se estiver a tomar anticoagulantes ou quando existe uma contra-indicação para o tratamento médico. É ainda o tratamento recomendado quando há **insucesso** do tratamento médico ou da atitude expectante.

O esvaziamento uterino é considerado um procedimento **seguro**, mas como qualquer cirurgia tem riscos acrescidos, entre os quais 0,5% de risco de **perfuração uterina** e mais raramente **complicações anestésicas**. A longo prazo, a cirurgia aumenta ligeiramente a probabilidade de desenvolver **aderências** entre as paredes uterinas, as quais podem criar dificuldade em engravidar e modificar o padrão menstrual. Numa futura gravidez, o esvaziamento uterino aumenta ligeiramente o risco da placenta se localizar na parte inferior do útero (**placenta prévia** - causando muitas vezes hemorragia) ou ser muito aderente ao útero (**placenta acreta** - causando frequentemente hemorragia e por vezes a necessidade de se extrair o útero após o parto).