

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera óbito fetal como aquele ocorrido antes da expulsão completa da mãe, independentemente da duração da gravidez. O diagnóstico é baseado na ausência de evidência de vida, como respiração, batimento cardíaco, pulsação do cordão umbilical ou movimentação. A OMS recomenda que todas as mortes fetais ≥ 500 g sejam relatadas; quando o peso não está disponível, a idade gestacional ≥ 22 semanas é usada como critério para relatar a morte fetal; e se nem o peso nem a idade gestacional estiverem disponíveis, o comprimento corporal ≥ 25 cm é usado como critério diagnóstico para distinguir a morte fetal de um aborto.

Nas últimas décadas, a taxa global de natimortos apresentou uma grande redução, o que tem sido associado a um melhor acesso ao pré-natal e assistência ao parto. A epidemiologia nacional ainda é escassa, principalmente em relação a etiologia desses óbitos.

2. ETIOLOGIA

O óbito fetal apresenta múltiplas causas e pode ter sua origem em desordens maternas, fetais e placentárias. As estatísticas regionais apresentam uma grande variação em relação a essas causas, dependendo do nível socioeconômico e da assistência obstétrica ofertada.

Apesar dos esforços em auditar esses óbitos e tentar definir a causa, cerca de 25-60% permanecem como causa inexplicada.

2.1 Principais causas de óbito fetal:

- Sem causa aparente;

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- Restrição de crescimento;
- Descolamento de placenta;
- Infecções;
- Malformação fetal;
- Anomalias cromossômicas;
- Diabetes;
- Hipertensão;
- Tabagismo;
- Colagenoses;
- Fatores uterinos (miomatose extensa, útero bicorno...);
- Alterações do cordão umbilical;
- Hidropsia fetal.

3. PREVENÇÃO DO ÓBITO FETAL

3.1 Principais intervenções para tentar reduzir o óbito fetal:

- Suplementação com ácido fólico periconcepcional.
- Rastreamento e tratamento da sífilis.
- Manejo adequado das desordens hipertensivas.
- Manejo adequado de diabetes na gestação.
- Detecção e tratamento de fetos com restrição de crescimento.
- Indução de gestações ≥ 41 semanas.
- Assistência ao parto conforme recomendações de avaliação da vitalidade fetal.
- Abordagem das emergências obstétricas.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

DIAGNÓSTICO

CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> • Percepção materna de cessação dos movimentos fetais • Diminuição ou desaparecimentos dos sintomas gestacionais • Sangramento ou contrações uterinas
EXAME OBSTÉTRICO	<ul style="list-style-type: none"> • Discrepância entre idade gestacional e altura uterina • Ausência de BCF • Redução de líquido amniótico
EXAME COMPLEMETAR	<ul style="list-style-type: none"> • Ultrassonografia – padrão-ouro para o diagnóstico de óbito fetal • Ausência de movimentos fetais e batimentos cardíacos • Sinais de óbito antigo: superposição de ossos do crânio (Spalding); hiperflexão da coluna vertebral (Hartley); sinal de Halo Craniano (Devel); gases na circulação fetal (Robert) • Laboratorial: negatização do β-hCG

Tabela 1- Diagnóstico de óbito fetal

4.1 Para diagnóstico etiológico, recomenda-se:

- Sorologias;
- Glicemia;
- Hemograma;
- Dosagem de anticorpos antifosfolípidos;
- Bacterioscopia e cultura de colo uterino;
- Após a expulsão:
 - Necropsia se for de desejo da família;
 - Histopatológico de placenta.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

4. CONDUTA NO ÓBITO FETAL

O diagnóstico de óbito fetal é um momento difícil para a paciente e familiares, se não houver nenhuma condição médica materna que indique o parto imediato, a decisão do tempo e via de parto pode ser postergada para um momento de melhor aceitação. Em relação ao tempo, pode ser realizada conduta expectante (aguardar trabalho de parto espontâneo) ou ativa (indução ou cesárea), como será descrito abaixo.

A paciente deve ser orientada que o parto vaginal corresponde a via com menores complicações e indicada nesses casos (se não houver nenhuma contraindicação). Após todos os esclarecimentos a paciente deve decidir a forma de término da gestação e assinar o termo de consentimento.

5.1 Conduta expectante

Aguardar o trabalho de parto (TP) espontâneo até 4 semanas do diagnóstico, com 80 a 90% das mulheres entrando em TP no prazo de duas semanas. Entretanto, deve ser observado o risco de coagulopatia (coagulograma uma vez por semana). A retenção de um feto morto pode causar redução dos fatores de coagulação pelo consumo crônico devido à liberação gradual de fator tecidual (tromboplastina) a partir da placenta para a circulação materna. Isto geralmente ocorre depois de quatro semanas, sendo mais comum quando o óbito se dá por descolamento prematuro de placenta (DPP) e é extremamente rara.

5.2 Conduta ativa

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

A preferência para o término da gestação na conduta ativa deve ser a indução do parto vaginal. A cesárea deve ser reservada quando for desejo da paciente após esclarecidos os riscos do procedimento. O manejo ativo está indicado nos seguintes casos: patologias maternas (ex. pré- eclâmpsia), rotura anteparto de membranas, descolamento prematuro de placenta, placenta prévia (PP), incisões uterinas prévias (duas ou mais) e risco de isoimunização-Rh.

As prostaglandinas, principalmente quando são aplicadas localmente, são mais efetivas que a ocitocina ou a amniotomia para superar os obstáculos de um colo desfavorável e propiciar o parto vaginal (tabela 2).

SEM CICATRIZ UTERINA		COM CICATRIZ UTERINA	
< 22 semanas		Seguir protocolo de abortamento	
22 - 26 semanas	100 mcg via vaginal a cada 6h (Máximo 48h)	22 - 26 semanas	50 mcg via vaginal a cada 4h (Máximo 48h)
> 26 semanas	25mcg via vaginal a cada 4h (Máximo 48h)	>26 semanas ou duas ou mais cesáreas anteriores	Sonda de Foley intracervical com 30-50 ml de soro fisiológico. Iniciar ocitocina após eliminação da sonda.

Tabela 2- Dosagem de misoprostol no óbito fetal

- Embeber os comprimidos em pequena quantidade de soro fisiológico 0,9%.
- Não utilizar uma nova dose se houve início da atividade uterina;
- Não usar ocitocina dentro de 6 horas após o uso de misoprostol.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

- SE:
 1. Não houver resposta após 24h, repetir o esquema com misoprostol.
 2. Indução negativa ao fim de 48h, retomar indução após pausa de 24h.
 3. Não houver resposta em segunda indução:
 - Rediscutir o caso em sessão clínica;
 - Ou realizar método de Krause seguido de ocitocina.

6.1 Hemorragia: associada a aborto incompleto, atonia uterina ou lesão uterina.

Seguir protocolo de hemorragia pós-parto. Atenção para possibilidade de coagulopatia associada ao óbito fetal.

6.2 Taquissistolia: 5 ou mais contrações em 10 min, detectadas por 2 vezes consecutivas (20 min):

Conduta:

- Remoção de partes não absorvidas do medicamento (não utilizar irrigação vaginal);
- Hidratação materna, 2000 ml SRL EV rápido, pode ser utilizado, mas não há evidências suficientes de que diminua as contrações;
- Se não solucionado, faz-se tocólise em dose de ataque com nifedipina 20 mg VO até cessação ou diminuição das contrações ou Sulfato de magnésio 4 a 6 g endovenoso diluído em SG 5%.

6.3 Efeitos secundários – proporcionais à dose utilizada

- Náuseas e vômitos;
- Diarreia;
- Febre e calafrios.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

5. INDICAÇÕES DE CESÁREA NO ÓBITO FETAL

ABSOLUTAS	RELATIVAS
Placenta prévia centro total ou hemorragia acentuada Descolamento prematuro de placenta com instabilidade hemodinâmica materna Desproporção céfalopélvica Obstrução do trajeto	Duas ou mais cesáreas anteriores Feto em posição transversa Presença de tumor ou distensão abdominal fetal

Tabela 3- Indicações de cesárea no óbito fetal

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

6. PREENCHIMENTO DA DECLARAÇÃO DE ÓBITO (DO)

- Não assinar DO em branco;
- Não deve haver emendas ou rasuras;
- Preencher com letra de forma e sem abreviaturas;
- No campo 30 (Número de filhos, vivos ou mortos ou abortos) não se inclui o falecido a que se referir a declaração;
- Mesmo assinalando-se no Campo 1 da DO, que se trata de um óbito fetal, devemos escrever o nome do falecido APENAS como NATIMORTO sem abreviaturas (NM não deve ser escrito);
- Nos casos de óbitos fetais, a hora e data do óbito serão as mesmas do nascimento, pois é este o momento em que estamos atestando o óbito, momento em que estamos vendo o corpo (quando o médico pode confirmar o óbito).

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 19 – ÓBITO FETAL

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

REFERÊNCIAS

1. Abediasl Z, Sheikh M, Pooransari P, et al. Vaginal misoprostol versus intravenous oxytocin for the management of second-trimester pregnancies with intrauterine fetal death: A randomized clinical trial. J Obstet Gynaecol Res 2016; 42:246.
2. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. Obstet Gynecol 2009; 113:748. Reaffirmed 2019.
3. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Instruções para o preenchimento da declaração de óbito. Brasília, DF, 2011.
4. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Brasília, DF, 2012.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Protocolo Misoprostol. Brasília, DF, 2012.
6. MORRIS, J.L.et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. Int J Gynecol Obstet, 2017.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------