

Abortamento Séptico - Identificação de Fatores de Risco para Complicações

Septic Abortion - Identifying Risk Factors for Complications

Eddie Fernando Candido Murta, Alessandra Manfrin, Ana Cristina Macedo Barcelos
Fabiana Sucupira Tiveron

RESUMO

Objetivo: estudar um grupo de mulheres atendidas com quadro de abortamento séptico, analisando o quadro clínico e terapêutica, identificando um grupo de maior risco para complicações.

Métodos: analisaram-se retrospectivamente dados referentes a 224 pacientes com diagnóstico de abortamento séptico. Foram coletados dos prontuários a idade da paciente, paridade, quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, o tratamento e as complicações. A possibilidade de indução do abortamento foi baseada nas informações das pacientes e/ou dos parentes e acompanhantes. O diagnóstico de abortamento séptico foi baseado na história clínica, quadro clínico, hemograma, dor à mobilização do útero e anexos e presença de leucorréia purulenta proveniente do canal cervical.

Resultados: a média de idade das pacientes foi de $21,4 \pm 6,2$ anos, sendo que 45 tinham menos de 20 anos (20,1%); 66 eram primigestas (29,5%) e 55, secundigestas (24,5%). Em 143 mulheres (63,8%) este abortamento foi o primeiro. As manifestações clínicas mais freqüentes foram a hemorragia presente em 83,9% dos casos e a febre em 61,1%. A indução do abortamento foi informada por 37,9% das pacientes, 33,9% informaram que o abortamento havia sido espontâneo e 28,2% não informaram se foi ou não espontâneo. Histerectomia foi indicada em 5 casos. Nenhuma histerectomia foi realizada no grupo de pacientes com abortamento espontâneo (2,2%) e o número de complicações neste último grupo foi menor (3,9% versus 11,8% do grupo com abortamento induzido), $p < 0,05$.

Conclusão: a informação da indução do abortamento é um dado importante, pois estas pacientes apresentam maior risco para complicações.

PALAVRAS-CHAVE: Abortamento séptico. Histerectomia.

Introdução

O abortamento séptico é um tipo de abortamento associado a infecção e caracterizado por febre, endometrite e parametrite^{1,2}. A morbidade e mortalidade por abortamento séptico são pouco observadas em países onde o abortamento induzi-

do é legal, entretanto, as complicações são mais freqüentes em países em desenvolvimento³. Por isto, é considerado um grave problema de saúde pública, principalmente nos países subdesenvolvidos e naqueles onde abortamento induzido é ilegal. As mulheres com baixo nível socioeconômico são as que sofrem maiores conseqüências deste tipo de abortamento^{4,5}.

Nos Estados Unidos, em 1987, a mortalidade materna devida a abortamentos induzidos legais foi de 0,4 por 100.000 abortos^{1,6}. Em anos anteriores, este índice tinha sido muito maior e a principal causa de morte era a infecção⁷. No Rio de Janeiro, a taxa de mortalidade materna entre 1978 e 1987 passou de 128 para 462 mortes por 100.000 nascidos vivos, sendo quase a metade por abortamento séptico⁸. Na cidade do Recife, após a doença hipertensiva específica da gravidez, é a

Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro

Correspondência:

Eddie Fernando Candido Murta

Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da FMTM

Av. Getúlio Guaritá, S/N

38025-440 - Uberaba - MG

e-mail: eddiemurta@mednet.com.br

Fax: (34) 318-5342 - Telefone (34) 318-5326

Apoio Financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

causa mais freqüente de morte materna⁵.

Para seu tratamento, principalmente nos casos em que a antibioticoterapia não apresenta bom resultado e a paciente evolui para sepse e insuficiência renal aguda (IRA), a histerectomia está indicada⁹. O tratamento conservador (diálise peritoneal ou hemodiálise) também pode ser utilizado nos casos de IRA¹⁰. Entretanto, persiste a dúvida sobre qual é o melhor tratamento, pois o primeiro apresenta menor índice de mortalidade e o segundo permite novas gestações. Entre as complicações do abortamento séptico, a IRA é uma das mais graves, com taxa de mortalidade variando entre 30 e 65%¹¹.

Como se observa, o abortamento séptico representa um desafio à saúde pública e à conduta, principalmente no Brasil. Por isto, este trabalho teve como objetivo estudar um grupo de mulheres atendidas com quadro de abortamento séptico, analisando o quadro clínico e identificando entre elas um grupo de maior risco para complicações.

Pacientes e Métodos

Foram analisados retrospectivamente dados referentes a 224 pacientes com diagnóstico de abortamento séptico internadas na enfermaria da Disciplina de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), no período de janeiro de 1987 a dezembro de 1997. As pacientes foram atendidas no Pronto Socorro do Hospital Escola (centro de referência terciário) da FMTM por procura espontânea ou encaminhadas por outros serviços.

O diagnóstico de abortamento séptico foi baseado na história clínica das pacientes, pelo quadro clínico de dor hipogástrica, febre, sinal de peritonite e hemograma com leucocitose e desvio à esquerda e, no exame ginecológico, pela presença de dor à mobilização do útero e anexos, e pela presença de leucorréia purulenta proveniente do canal cervical. As pacientes eram internadas e submetidas a antibioticoterapia com penicilina cristalina (30 milhões de UI/24 horas, divididas em 6 doses). Para as pacientes com quadro de peritonite e ou septicemia, empregava-se o esquema de antibioticoterapia triplíce penicilina cristalina (30 milhões de UI/dia em 6 doses), gentamicina (2 a 3 mg/kg/dia) e metronidazol (500 mg de 8/8 horas), todos por via endovenosas. Estes esquemas eram a primeira escolha como protocolo definido pela Disciplina. Excetuando-se os casos de sangramento transvaginal intenso, a curetagem uterina foi preferencialmente realizada após aplicação de pelo menos uma dose de

antibiótico(s). Nas pacientes que não apresentavam resposta à antibioticoterapia com penicilina em 24 horas aproximadamente, associava-se a gentamicina e, se não houvesse resposta em torno de 24 horas, acrescentava-se o metronidazol. A histerectomia foi indicada nos casos de má resposta ao tratamento clínico com evolução para septicemia, insuficiência renal aguda ou complicações da curetagem.

Foram coletados dos prontuários a idade da paciente, paridade, quadro clínico, exames laboratoriais e de imagem, o tratamento e as complicações. A possibilidade de indução do abortamento foi baseada nas informações das pacientes e/ou dos parentes e acompanhantes. O teste exato de Fisher foi usado na análise estatística.

Resultados

A média de idade das pacientes foi de 21,4 ± 6,2 anos, sendo que 45 tinham menos de 20 anos (20,1%), 110 tinham entre 20 e 25 anos (49,1%), 29 tinham de 26 a 30 anos (12,9%) e 40 (17,9%) tinham mais de 30 anos. Em relação a paridade, 66 (29,5%) pacientes eram primigestas, 55 (24,5%) secundigestas, 34 (15,2%) tercigestas e 69 (30,8%) tinham 4 ou mais gestações anteriores. O abortamento estava ocorrendo pela primeira vez em 143 (63,8%) pacientes, 54 (24,1%) tiveram um abortamento anterior e 27 (12,1%) tiveram 2 ou mais abortos anteriores. Baseado em informações das pacientes e/ou parentes e acompanhantes, 85 (37,9%) dos abortamentos foram induzidos, 76 (33,9%) foram espontâneos e em 63 (28,2%) casos não havia dados suficientes para conclusão por falta de informação das pacientes e/ou parentes e acompanhantes.

Os sinais e sintomas observados com maior freqüência no abortamento séptico estão listados na Tabela 1. Observa-se que o sangramento vaginal, febre e a dor no hipogástrico são as manifestações clínicas mais freqüentes. Por ocasião da internação, 19 (8,5%) pacientes já estavam utilizando algum tipo de antibiótico. O nível de hemoglobina menor que 10g/dL foi detectado em 41 (18,3%) pacientes. A reposição sangüínea foi necessária em 12 (5,4%) pacientes. A ultra-sonografia foi realizada em 84 pacientes (37,5%). Os achados ultra-sonográficos mais freqüentes foram a presença de restos placentários na cavidade uterina em 38 casos (45,2%), óbito fetal com 16 casos (19%) e o saco gestacional íntegro com descolamento placentário em 14 casos (16,7%). Em 16 (19,1%) casos, o laudo foi de abortamento completo.

Tabela 1 - Manifestações clínicas observadas entre os casos de abortamento séptico.

Manifestações Clínicas	n	%
Hemorragia transvaginal	188	83,9
Febre	137	61,1
Dor no hipogástrico	97	43,3
Leucorréia	28	12,5
Cefaléia	27	12,1
Vômitos	27	12,1
Dor epigástrica	21	9,4
Adinamia	18	8,0
Dor lombar	07	3,1
Outras	36	16,1

A curetagem foi realizada em 206 pacientes (91,9%), sendo que, deste total, em 72 empregou-se (34,9%) concomitantemente a ocitocina. Do total de 224 pacientes, 5 (2,2%) foram submetidas a laparotomia exploradora. No grupo com abortamento induzido, três pacientes foram submetidas a histerectomia abdominal total por septicemia, sendo que uma acrescida de salpingooforectomia bilateral. As outras duas foram submetidas a histerectomia abdominal total e aconteceram no grupo em que as pacientes não informaram se o abortamento foi induzido ou não. Deste grupo, uma histerectomia foi realizada por perfuração uterina durante a curetagem e a outra por septicemia. O tempo médio de cirurgia foi de $140 \pm 12,5$ minutos e o tempo médio de internação, de 7 ± 1 dias. Na Tabela 2 estão indicados os números referentes às complicações.

Tabela 2 - Complicações nos grupos de pacientes com abortamento induzido (AI), abortamento espontâneo (AE) e que não informaram se induziram o abortamento (A).

Abortamento Complicações	AI		A		AE	
	n	%	n	%	n	%
Histerectomia	3	3,5	2	3,1	-	-
Transfusão sanguínea	7	8,3	2	3,1	3	3,9
Sem complicações	75	88,2	59	93,8	73	96,1
Total	85	100	63	100	76	100

* $p < 0,05$, teste exato de Fisher. Comparação com o grupo AE.

Discussão

A Organização Mundial de Saúde estima que 25 a 50% dos 500.000 óbitos maternos que ocorrem todos os anos no mundo são consequência do abortamento ilegal. Estes números colocam o abortamento como principal causa de morte ma-

terna no Terceiro Mundo¹² e estes óbitos resultam na maioria dos casos de septicemia¹³. No Brasil, os dados sobre mortalidade materna não são sistematizados e são subnotificados¹⁴. A prevenção no abortamento séptico é feita em três níveis: primário, secundário e terciário¹⁵. A prevenção primária consiste na contracepção efetiva e aceitável pela paciente e, na falha desta, em serviços seguros de abortamento legal e no adequado emprego da medicação abortiva, como acontece em países do primeiro mundo, onde o abortamento induzido é legal. A prevenção secundária consiste no diagnóstico imediato da endometrite e no seu tratamento efetivo para prevenção de uma infecção mais grave. E por fim, a prevenção terciária objetiva evitar as complicações mais graves da infecção, como a histerectomia e o óbito. No Brasil, o nível primário de prevenção do abortamento séptico é dificultado pelo difícil acesso, principalmente pelas pacientes de baixo nível socioeconômico, aos serviços de Planejamento Familiar, e pelo Código Penal que permite o abortamento em duas situações: nos casos de risco de vida materno e em casos de estupro⁵. A ilegalidade do aborto leva as mulheres a procurarem locais sem as condições ideais para a prática deste procedimento. O uso inadequado de material e de antibióticos aumenta o índice de infecção. Isto leva, no caso do Brasil, ao maior volume de pacientes que necessitam de atenção no nível secundário e terciário de prevenção no abortamento séptico.

Nossos resultados demonstraram que 37,9% das mulheres relatam ter feito algum tipo de procedimento para induzir o aborto. Esta percentagem foi superior a de Santos et al.⁵ que, estudando 100 mulheres com abortamento, encontraram 30% de mulheres que declararam ter induzido o aborto, e inferior a de Costa e Vessey¹⁶, que encontraram 57% de abortos induzidos declarados pelas pacientes. Na realidade, o medo das pacientes em dizer que praticou um ato ilegal e a utilização de dados retrospectivos podem levar à subestimação desta percentagem neste trabalho e, provavelmente, este número seja maior.

Souza et al.¹⁷, estudando dados epidemiológicos do abortamento na adolescência, mostraram que o perfil biológico é semelhante ao das mulheres adultas, no entanto, as adolescentes têm condições sociais e demográficas menos favoráveis. Nossa casuística demonstrou que a maioria (69,2%) das pacientes tinham menos de 25 anos e 54% estavam na primeira ou segunda gestação. O futuro obstétrico destas mulheres está sendo colocado em risco. Isto demonstra que os órgãos de saúde devem estimular a prevenção primária do abortamento séptico no Brasil, principalmente

nas mulheres jovens.

Observamos que o sangramento vaginal foi a principal causa que levou a paciente a procurar assistência médica. Este resultado foi semelhante aos encontrados por outros autores, cuja incidência variou de 80%¹⁵ a 90%⁵. Os níveis de hemoglobina estavam abaixo de 10 g/dL em 18,3% das pacientes, demonstrando que a perda sangüínea transvaginal leva à repercussão sistêmica, podendo refletir no estado geral das pacientes. A febre na internação estava presente em 61,1% dos casos. Embora não tenhamos dados fidedignos, algumas pacientes foram internadas utilizando antibióticos e antitérmicos por automedicação. Isto levou a maior dificuldade diagnóstica, pela ausência de quadro clínico inicial compatível com abortamento séptico. A conduta em nossa disciplina nos casos de abortamento séptico é a realização de curetagem mesmo que o quadro seja de abortamento completo. Entendemos que a presença de restos placentários em quantidade mínima pode permanecer como foco infeccioso mesmo com a utilização de antibióticos. A antibioticoterapia utilizada é a penicilina cristalina na dose de 30 milhões de unidades por dia fracionada em 6 doses. De acordo com o quadro clínico, a evolução da paciente e o quadro laboratorial associamos aminoglicosídeo e metronidazol. A escolha destes antibióticos é pelo baixo custo e pela boa resposta terapêutica.

A ultra-sonografia é útil na identificação de restos ovulares, entretanto como já abordamos, preferimos indicar a curetagem uterina mesmo que o abortamento tenha sido completo pela imagem, como aconteceu em 19,1% dos casos. Reafirmamos que o diagnóstico do abortamento séptico é clínico e não se deve aguardar o exame de imagem para iniciar a antibioticoterapia e indicar a curetagem. Estas medidas contribuem muito na prevenção secundária e terciária no abortamento séptico.

A histerectomia é um recurso extremo no tratamento do abortamento séptico complicado por choque séptico e insuficiência renal aguda. Bartlett e Yahia⁹ relatam sobrevida de 100% das 5 pacientes com abortamento séptico complicado com insuficiência renal aguda tratadas com histerectomia. Hawkins et al.¹⁰, utilizando tratamento conservador baseado principalmente em diálise peritoneal, relatam sobrevida de 89% das 19 pacientes tratadas. A maior vantagem do tratamento conservador é a possibilidade de uma nova gravidez. Na casuística de Hawkins et al.¹⁰, 7 (41,2%) das 17 mulheres que sobreviveram tiveram nova gravidez. No entanto, a morbidade e mortalidade são maiores neste tipo de tratamento¹¹. Cohen et al.¹¹ relatam que em 6 das 7 mulhe-

res em que realizaram histerectomia por insuficiência renal aguda por abortamento séptico, não houve óbitos. A única a falecer não foi submetida a histerectomia por falta de condições clínicas para a cirurgia. Em nosso serviço, temos como rotina o tratamento conservador inicial. Entretanto, a piora constante do quadro clínico e laboratorial, principalmente dos exames de função renal, é indicação para a histerectomia. Realizamos 5 histerectomias e todas as pacientes sobreviveram. Em nenhuma paciente insistimos no tratamento conservador. A informação pela paciente ou acompanhante da tentativa de indução do aborto parece ser importante para o prognóstico da paciente, pois no grupo de pacientes que negaram o uso de métodos para a indução, não houve nenhuma histerectomia.

Concluimos que a informação da tentativa de indução do abortamento é um dado importante, pois estas pacientes podem constituir um grupo de maior risco para complicações. Nestas pacientes justificam-se uma observação mais rigorosa e o emprego de antibióticos de espectro mais amplo.

SUMMARY

Purpose: to evaluate the clinical and therapeutic aspects of septic abortion, and to identify a group at high risk for complications.

Methods: a retrospective study of 224 cases of patients with septic abortion was conducted. Age, parity, clinical and ultrasonographic diagnosis, and therapeutic data were collected from medical charts. The information about induced abortion was provided by the patients and/or their relatives and accompanying persons. Septic abortion was diagnosed based on clinical data, leukocyte count, adnexal and uterine pain, and purulent cervical discharge.

Results: the average age of patients was 21.4 ± 6.2 years. Forty-five (20.1%) patients were 19 years old or less. Sixty-six (29.5%) were primiparous and 55 (24.5%) were secundiparous. In 143 (63.8%) women it was the first abortion. The most common clinical signs were hemorrhage (83.9%) and fever (61.1%). Of the total of patients, 37.9% declared that they had an induced abortion, 33.9% declared spontaneous abortion and 28.2% did not inform. Hysterectomies were performed in five cases. No hysterectomy was performed in the group with spontaneous abortion (2.2%), which had a reduced number of complications: (3.9% versus 11.8% in the group with induced abortion), $p < 0.05$. Conclusion: septic abortion is a more serious problem in patients who declared induced abortion.

KEY WORDS: *Septic abortion. Hysterectomy.*

Referências

1. Atrash HK, Lawson HW, Smith JC. Legal abortion in the US: trends and mortality. *Contemp Obstet Gynecol* 1990; 35:58-69.
2. Rezende J, Montenegro CAB, Barcellos JM. Abortamento. In: Rezende J, editor. *Obstetricia*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 1982. p.563-84.
3. Souza AI, Cecatti JG, Ferreira LOC, Santos LC. Hospitalização por abortamento no Centro de Atenção à Mulher (CAM)-IMIP - Recife. *J Bras Ginecol* 1996; 106:355-61.
4. Bruno ZV, Bailey PE, Bezerra MF, et al. Fatores de risco que podem levar ao aborto induzido na adolescência. *GO Atual* 1999; 8:35-45.
5. Santos LC, Souza AI, Gomes EA, Nobre DM. Prevalência de abortamento na Maternidade do CAM/IMIP no período de agosto/95 a agosto/96. *GO Atual* 1999; 4:45-50.
6. Grimes DA, Cates W Jr, Selik RM. Fatal septic abortion in the United States 1975-1977. *Obstet Gynecol* 1981; 57:739-44.
7. Cates W Jr, RoCHAT RW, Grimes DA, Tyler CW Jr. Legalized abortion: effect on national trends of material abortion-related mortality (1940 through 1976). *Am J Obstet Gynecol* 1978; 132:211-4.
8. Laguardia KD, Rotholz MV, Belfort P. A 10-year review of maternal mortality in municipal hospital in Rio de Janeiro: a cause for concern. *Obstet Gynecol* 1990; 75:27-32.
9. Bartlett RH, Yahia C. Management of septic chemical abortion with renal failure. Report of five consecutive cases with five survivors. *N Engl J Med* 1969; 281:747-53.
10. Hawkins DF, Sevitt LH, Fairbrother PF, Tohill AU. Management of septic chemical abortion with renal failure. Use of a conservative regimen. *N Engl J Med* 1975; 292:722-5.
11. Cohen M, Milne FJ, Disler PB, Meyers AM. Septic abortion with renal failure treated by hysterectomy. *S Afr Med J* 1978; 54:319-21.
12. Mahler H. The safe motherhood initiative: a call to action. *Lancet* 1987; 1:668-70.
13. Pardo F, Uriza G. Estudio de morbilidad y mortalidad por aborto en 36 instituciones de Bolívia, Colombia, Perú y Venezuela: Federación Colombiana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología FECOLSOG. *Rev Colomb Obstet Ginecol* 1991; 42:287-97.
14. Parpinelli MA, Faúndes A, Cecatti JG, et al. Subnotificação da mortalidade materna em Campinas: 1992 a 1994. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2000; 22:27-32.
15. Stubblefield PG, Grimes DA. Septic abortion. *N Engl J Med* 1994; 331:310-4.
16. Costa SH, Vessey MP. Misoprostol and illegal abortion in Rio de Janeiro, Brazil. *Lancet* 1993; 341:1258-61.
17. Souza AI, Aquino MMA, Cecatti JG, Silva JLP. Epidemiologia do abortamento na adolescência. *Rev Bras Ginecol Obstet* 1999; 21:161-5.

COMUNICADO AOS ASSOCIADOS E LEITORES

FEBRASGO na Internet

Para informações e consultas temos à disposição quatro endereços eletrônicos:

febrasgopresiden@uol.com.br
secretaria_executiva@febrasgo.org.br
publicacoes@febrasgo.org.br
tgo_habilitacao@febrasgo.org.br