

Perfil De Mulheres Com Perda Gestacional

Profile of womem with gestational loss

Andressa Mara Soares¹, Francielle Marques Araujo Andrade Cançado²

RESUMO

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingir a viabilidade, com idade gestacional menor que 20 semanas ou peso menor que 500 gramas. Dentre as causas mais comuns estão idade materna avançada, alcoolismo, tabagismo, peso materno, aborto espontâneo prévio, fatores genéticos. Os objetivos deste trabalho foram analisar o perfil de pacientes com perda gestacional até 20 semanas e identificar os fatores de risco mais frequentemente associados à perda gestacional. Estudo retrospectivo realizado na Santa Casa de Misericórdia de Passos com aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa institucional. Foram analisados em 40 prontuários: idade materna; estado civil; etnia; profissão; grau de escolaridade; moradia; Índice de Massa Corporal; idade gestacional. Os resultados foram 62,5% maiores de 30 anos, deste total 60% acima de 35 anos; 55% casadas, 47,5% brancas e 92,5% moravam na zona urbana. Trinta por cento do lar; 75% não apresentavam curso superior. A maioria das perdas gestacionais ocorreram no primeiro trimestre, 60% menor que 12 semanas e dessas 47,5% entre 8 e 12 semanas. Sessenta por cento apresentavam gestação anterior e 82,5% teve a primeira perda gestacional. Setenta por cento não apresentavam doenças prévias e 95% não havia história de malformação fetal. Constata-se que o perfil das mulheres com perda gestacional são idade acima de 30 anos, perdas principalmente entre 8 e 12 semanas, maioria não tem curso superior, mora na zona urbana, tem gestação anterior, mas é a primeira perda gestacional.

Palavras-chave: Aborto. Curetagem. Fatores de risco.

¹ Residência em Ginecologia e Obstetrícia - Santa Casa de Misericórdia de Passos
Graduação em Medicina - Universidade José do Rosário Vellano (Médica/Plantonista) – Passos/MG.

² Doutorado e Mestrado em Ciências Médicas/Departamento de Ginecologia e Obstetrícia/ Universidade de São Paulo - Ribeirão Preto Graduação em Ciências Biológicas/Universidade Federal de Uberlândia (Bióloga/Orientadora de Ensino e Pesquisa)

Instituição:

Santa Casa de Misericórdia de Passos. Passos, MG- Brasil.

* Autor Correspondente:

Francielle Marques Araujo Andrade Cançado

Email: unep@scpassos.org.br

Recebido em: 07/06/2017.

Aprovado em: 28/12/2017.

ABSTRACT

Gestational loss is the most common complication of gestation, defined as the removal of the embryo or fetus before it reaches viability, with gestational age less than 20 weeks or weight less than 500 grams. Among the most common causes are advanced maternal age, alcoholism, smoking, maternal weight, previous spontaneous abortion, genetic factors. The objectives of this study were to analyze the profile of patients with gestational loss up to 20 weeks and to identify the risk factors most frequently associated with gestational loss. Retrospective study carried out at Santa Casa de Misericórdia de Passos with the approval of the Institutional Research Ethics Committee. We analyzed 40 charts: maternal age; marital status; Ethnicity; profession; Degree of schooling; home; Body mass index; Gestational age. The results were 62.5% greater than 30 years, of this total 60% above 35 years; 55% married, 47.5% white and 92.5% lived in the urban area. Thirty percent of the household; 75% did not have a college degree. The majority of gestational losses occurred in the first trimester, 60% less than 12 weeks, and 47.5% between 8 and 12 weeks. Sixty percent had previous gestation and 82.5% had the first gestational loss. Seventy percent had no prior disease and 95% had no history of fetal malformation. It can be observed that the profile of women with gestational loss is older than 30 years, losses mainly between 8 and 12 weeks, most do not have a college degree, urban area, previous gestation, but it is the first gestational loss.

Keywords: Abortion. Curettage. Risk factors.

INTRODUÇÃO

A perda gestacional é a complicação mais comum da gestação, cerca de 20% das gravidezes clinicamente diagnosticadas evoluem para interrupção espontânea e não está associada somente a morbidade física ou alta mortalidade, mas com repercussões sociais e psicológicas importantes à família. É definida como a remoção do embrião ou do feto antes de atingir a viabilidade podendo ser um evento único isolado ou recorrente.^{1; 2; 3}

O *National Center for Health Statistics*, os *Centers for Disease Control and Preventions* (CDC) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) definem aborto espontâneo como término da gravidez com idade gestacional (IG) menor que 20 semanas ou feto pesando menos que 500 gramas. De acordo com a época da gestação na qual ocorreu a interrupção, denomina-se aborto ovular (até 3ª semana), embrionário (4-8 semanas) e fetal (9 – 20 semanas).^{4; 3}

Há evidências de que no primeiro trimestre da gestação ocorrem a maioria das perdas gestacionais, principalmente com IG entre 8 e 12 semanas, sendo que 50% delas é decorrente de anormalidades cromossômicas, com alterações numéricas ou estruturais. Podem ocorrer erros espontâneos esporádicos, como erros da meiose, mitose ou fertilização.

Os erros meióticos maternos estão relacionados com o aumento da idade materna.^{1; 5; 6}

Além disso, as desordens anatômicas do útero são relacionadas a aborto espontâneo em 15 a 27 % dos casos, incluindo útero bicorno, unicorno e didelfo, sinéquias e septos uterinos, miomas uterinos, distopias uterinas e incompetência istmocervical (IIC). O diagnóstico seria por exames de imagem como ultrassom 3D, histerossalpingografia, histeroscopia e laparoscopia para avaliar as alterações anatômicas uterinas, já na IIC baseia-se na história clínica prévia. As perdas gestacionais precoces também são associadas à insuficiência de corpo lúteo, com baixa produção de progesterona levando à maturação endometrial insuficiente para a nidadação e desenvolvimento do ovo. O diagnóstico é sugerido com dosagens séricas de progesterona e/ou realização de biópsia endometrial, mas são imprecisos, assim alguns autores sugerem uso rotineiro de progesterona em casos de dois ou mais abortos. Além da deficiência de progesterona, outras alterações hormonais são observadas no abortamento recorrente como *diabetes mellitus*, doenças da tireoide e síndrome dos ovários policísticos.⁶

Infeções maternas como rubéola, parvovirose, citomegalovirose, listeriose, herpes simples, hepatite B, HIV, infecção do trato urinário, sífilis, toxoplasmose, malária,

vaginose, clamídia, gonococo, estreptococos do grupo B no trato genital inferior já foram citadas como responsáveis por perdas gestacionais.^{4;6}

Os distúrbios imunológicos, como a Síndrome do Anticorpo Antifosfolípido (SAAF), também são causas relevantes. Nos casos de etiologia desconhecida, os fatores auto e/ou aloimunes são encontrados em mais de 80%.⁷ Na histocompatibilidade materno-fetal, há uma anormalidade que impede a mãe de desenvolver respostas imunológicas essenciais para sobrevivência do conceito geneticamente estranho. E mulheres com decréscimo no número de células supressoras na decidua e aumento na atividade das células *natural killer*, agridem o conceito e aumenta a incidência de abortos precoces.^{6;8}

Nos estudos realizados nota-se que idade materna é um fator de risco significativo para abortos espontâneos recorrentes, as mães de 20 a 24 anos apresentaram perdas em 8,9% das gestações, mães > 42 anos perdem mais de 50% e > 45 anos apresentam risco de 74,7%. Além da idade materna avançada podemos citar, uso de álcool, drogas ilícitas, tabagismo ativo ou passivo, uso de DIU (Dispositivo Intra-Uterino), nova gestação nos primeiros três meses após o parto anterior, aborto espontâneo prévio, radiação em altas doses, doença celíaca, peso materno com Índice de massa Corporal (IMC) < 18,5 ou > 25 kg/m², uso de medicamentos como misoprostol, retinoides, metotrexate, antiinflamatórios não esteroidais.^{1;4}

Diante de uma perda gestacional é importante identificar a causa, não só para esclarecimento dos pais, mas também para o planejamento de futura gestação. Isso permite um melhor suporte psicológico e assistência pré-natal adequada e especializada obtendo melhores resultados.^{4;2} Este trabalho teve como objetivos analisar o perfil de pacientes com perda gestacional até 20 semanas e identificar os fatores de risco mais frequentemente associados à perda gestacional.

METODOLOGIA

Estudo retrospectivo com análise de prontuários, realizado na Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP) que é um hospital de alta complexidade com a missão de promover a saúde em Passos e região. É reconhecida pelo Ministério da Saúde como Hospital Amigo da Criança e conta com uma maternidade de alto risco com profissionais altamente qualificados.

Foram analisados 42 prontuários de gestantes atendidas na SCMP com perda gestacional até 20 semanas e realização de curetagem uterina, no período de 01 setembro de 2015 a 31 agosto de 2016 (Tabela 1). Também foi incluída a análise do exame anatomopatológico do material proveniente da curetagem uterina enviado ao laboratório de patologia da SCMP.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa de Misericórdia de Passos com número do CAAE 62022116300008043 e número do parecer 1841248. Por se tratar de uma pesquisa com análise de prontuário foi dispensado o Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

RESULTADOS

Foram excluídos do estudo dois casos, sendo um com resultado do anatomopatológico de mola hidatiforme e

outro evidenciando fragmentos de endométrio basal com coágulos.

Em relação a idade materna, 62,5% das mulheres tiveram perda gestacional com mais de 30 anos e deste total 60% são acima de 35 (Tabela 2). Com relação ao estado civil apresentou resultado semelhante, em que 55% eram casadas e 45% solteiras. E quanto à etnia, 47,5% eram brancas, foram analisados os dados profissionais com várias colocações, com resultados pouco sensíveis (Tabela 3). Já o grau de escolaridade, 75% apresentavam até o 2º grau de estudo e não cursaram ensino superior, analisando as duas variáveis anteriores 17,5% apenas tem curso superior. Em relação à moradia 92,5% era da zona urbana e 7,5% zona rural.

Outro fator analisado foi o IMC que não apresentou resultado satisfatório, já que, em 62,5% não havia dados registrados nos prontuários. A idade gestacional da perda em 60% foi menor que 12 semanas (Tabela 4). Na análise do anatomopatológico 95% das gestações ocorreram durante o primeiro trimestre (Tabela 5).

Na história pregressa das pacientes 82,5% apresentaram a primeira perda gestacional (Tabela 6) e 60% apresentavam gestação prévia (Tabela 7).

Ao analisar as patologias apresentadas nos casos avaliados, 70% não tinha doenças prévias, já uma menor parte apresentava diabetes, Hipertensão Arterial Crônica (HAC), sífilis, SAAF, tumor da tireoide e depressão (Tabela 8). Além disso, 95% não apresentava malformação fetal anterior (Tabela 9).

Ao analisar os dados observou-se que as perdas gestacionais foram mais frequentes com o aumento da idade materna, sendo 37,5% acima de 35 anos compatível com a literatura, em que a idade da mãe é um fator de risco significativo para o abortamento, sendo que o risco para mulheres de 35 a 39 anos é 1,3 vezes e para mulheres acima dos 40 é 2,5 vezes.⁹ Além disso, a maioria das perdas ocorre no primeiro trimestre. Dos abortos com IG menor que 12 semanas, 79,2% ocorreu entre 8 e 12 semanas, confirmando dados prévios da literatura que demonstram que a maioria das perdas gestacionais ocorrem no primeiro trimestre de gestação, principalmente entre 8 e 12 semanas. Além disso, foi confirmado na análise anatomopatológica que 95% eram compatíveis com gestação de 1º trimestre, com idade gestacional menor ou igual a 12 semanas.⁵

Na análise dos dados do estudo, observou-se que 70% não tinham doenças prévias, 7,5% eram diabéticas, 2,5% tumor tireoide, 2,5% sífilis, 2,5% síndrome do anticorpo antifosfolípido e 2,5% hipertensão arterial crônica, alterações já referidas como causas de abortamento. Além desses, muitos outros fatores são citados como responsáveis pela perda gestacional, mas não evidenciados no estudo, tais como os imunológicos que podem ser encontrados com alta frequência nas mulheres com causa desconhecida, e algumas com fatores complicadores. Assim sendo, a avaliação desses pode ajudar, no futuro, a melhorar o resultado gestacional.^{1;6}

Analisando a etnia, a maioria foi branca e 92,5% moradoras da zona urbana. Segundo Noguez et al. (2008)¹⁰ os fatores ambientais, o local de moradia e o tempo de moradia não apresentam associação significativa com a ocorrência de aborto espontâneo. O peso materno IMC < 18,5 ou > 25 kg/m² é um fator de risco para perda gestacional, mas este estudo não apresentou resultado significativo, já que 62,5% não havia dados nos prontuários de peso e estatura.^{1;4}

Tabela 1. Parâmetros analisados.

Idade materna	Anatomopatológico
Estado Civil	Número de perdas fetais
Etnia	Paridade
Profissão	Patologias maternas
Grau de escolaridade	Malformação fetal
Moradia	
Índice de Massa Corporal (IMC)	
Idade Gestacional	

Tabela 2. Perfil das mulheres segundo a idade materna.

Idade Materna (anos)	No de casos	%
Menores de 20	6	15
20 - 25	5	12,5
25 - 30	4	10
30 - 35	10	25
Maiores de 35	15	37,5
Total	40	100

Tabela 3. Perfil das mulheres segundo a profissão.

Profissão	No de casos	%
Do lar	12	30
Estudante	5	12,5
Atendente	4	10
Manicure/Cabeleireira	3	7,5
Gerente Administrativa	2	5
Costureira	2	5
Engenheira	2	5
Professora	1	2,5
Ajudante de cozinha	1	2,5
Biomédica	1	2,5
Enfermeira	1	2,5
Psicóloga	1	2,5
Farmacêutica	1	2,5
Cuidadora de Bebê	1	2,5
Não especificado	3	7,5
Total	40	100

Tabela 4. Perfil das mulheres segundo a idade gestacional.

Idade gestacional (semanas)	No de casos	%
Menor 8	5	12,5
8 - 12	19	47,5
Maior 12	13	32,5
Não especificado	3	7,5
Total	40	100

Tabela 5. Perfil das mulheres segundo a análise do anatomopatológico.

Anatomopatológico	No de casos	%
1o trimestre gestação	37	92,5
12 semanas	1	2,5
13 semanas	1	2,5
16 semanas	1	2,5
Total	40	100

Tabela 6. Perfil das mulheres segundo o número de perdas gestacionais.

No de abortos	No de casos	%
1a perda gestacional	33	82,5
2a perda gestacional	3	7,5
3a perda gestacional	1	2,5
4a perda gestacional	1	2,5
Não especificado	2	5
Total	40	100

Tabela 7. Perfil das mulheres segundo a paridade.

Paridade	No de casos	%
Primigestas	14	35
Secundigestas	12	30
3 ou + gestações	12	30
Não especificado	2	5
Total	40	100

Tabela 8. Perfil das mulheres segundo patologias maternas.

Patologias	No de casos	%
Não tem doenças prévias	28	70
Diabetes	3	7,5
HAC	2	5
SAAF	1	2,5
Sífilis	1	2,5
Tumor tireóide	1	2,5
Depressão	1	2,5
Outras	3	7,5
Total	40	100

Tabela 9. Perfil das mulheres segundo história de malformação fetal.

Malformação	No de casos	%
Sim	1	2,5
Não	38	95
Não especificado	1	2,5
Total	40	100

HAC: Hipertensão Arterial Crônica; SAAF: Síndrome Anticorpos Antifosfolípidos

A história de malformação fetal foi estatisticamente significativa, sendo que 95% não constavam malformação fetal anterior e 2,5% apresentava história prévia. No entanto, a ausência de malformação fetal pode estar relacionada ao número de abortos prévios, uma vez que em 82,5% das pacientes esta foi a primeira perda gestacional relatada.

Com relação à paridade 35% eram primigestas e 60% apresentavam gestação anterior, dados evidenciados na literatura em que há maior taxa de abortos quanto maior o número de filhos.¹¹

CONCLUSÃO

Na análise geral dos resultados, constata-se que o perfil das mulheres com perda gestacional são a maioria com idade acima de 30 anos e as perdas ocorreram no primeiro trimestre gestacional, principalmente entre 8 e 12 semanas de gestação. Além disso, a maioria não tem curso superior, é morador da zona urbana e grande parte possui uma gestação anterior, mas é o primeiro abortamento. Com relação às possíveis causas de perda gestacional verifica-se a necessidade de mais estudos para auxiliar no aconselhamento do casal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hardy K, Hardy PJ. 1st trimester miscarriage: four decades of study. *Transl Pediatr.*, 2015; 4(2):189-200.
2. Camayo FJA, Martins LAB, Cavalli RC. Perda gestacional retida: tratamento baseado em evidência. *Femina*, 2011; 39(1):49-56.
3. Correa MD, Melo VH, Aguiar RALP, Correa Junior MD. *Noções Práticas de Obstetrícia*. 14ª ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2011.
4. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. *Obstetrícia de Williams*. 23ª ed. Porto Alegre: AMGH, 2012.
5. Rolniki DL, Carvalho MHB, Catelani ALPM, Pinto APAR, Lira JBG, Kusagari NK, et al. Análise citogenética em material de abortamento espontâneo. *AMB rev Assoc Med Bras.*, 2010; 56(6):681-3.
6. Caetano MR, Couto E, Barini R, Pinto E Silva JL, Cecatti JG, Pereira BG. Fatores associados ao aborto espontâneo recorrente. *Rev Ciênc Méd.*, 2006; 15(1):47-53.
7. McIntyre JA, Coulam CB, Faulk WP. Recurrent spontaneous abortion. *Am J Reprod Immunol.*, 1989; 21:100-4.
8. Aoki K, Kajiura S, Matsumoto Y, Ogasawara M, Okada S, Yagami Y, et al. Preconceptional natural-killer cell activity as a predictor of miscarriage. *Lancet*, 1995; 27:1340-2.
9. Khalil A, Syngelaki A, Maiz N, Zinevich Y, Nicolaidis KH. Maternal age adverse pregnancy outcome: a cohort study. *Ultrasound Obstet Gynecol.*, 2013 Dec; 42(6):634-43.
10. Noguez PT, Muccillo-Baisch AL, Cezar-Vaz MR, Soares MCF. Aborto espontâneo em mulheres residentes nas proximidades do parque industrial do município do Rio Grande – RS. *Texto & contexto enferm, Florianópolis*, 2008; 17(3): 435-46.
11. Kac G, Silveira EA, Oliveira LC, Araújo DMR, Sousa EB. Fatores associados à ocorrência de cesárea e aborto em mulheres selecionadas em um centro de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev Bras Saúde Matern Infant.*, Recife, 2007; 7 (3): 271-80.