

Óbito fetal

Sue Yazaki Sun¹, Rosiane Mattar¹, Natália Carvalho¹, Antonio Rodrigues Braga Neto^{2,3}

1. Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

2. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

3. Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.

Descritores

Óbito fetal; Óbito neonatal; Mortalidade perinatal; Complicações da gravidez; Hipertensão arterial na gravidez

Como citar?

Sun SY, Mattar R, Carvalho N, Braga Neto AR. Óbito fetal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetria, nº 39/Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco).

* Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetria nº 39, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

PERGUNTAS

1. Observa-se maior risco para ocorrência de óbito fetal em:

- (a) Gestação com mais de 42 semanas.
- (b) Gestantes com  ndice de massa corporal (IMC) ≤ 29 .
- (c) Gestantes com artrite reumatoide.
- (d) Paciente com anticorpo anticardiolipina imunoglobulina M (IgM) de 19 Unidades MPL.

2. Uma vez diagnosticado o óbito fetal em primigesta com 32 semanas que não apresenta intercorrência aparente, a conduta correta será:

- (a) Parto imediato pelo risco elevado de coagulopatia.
- (b) Indução do parto com análogo de prostaglandina, sem urgência.
- (c) Cesárea, para permitir a realização de autópsia fetal imediata.
- (d) Aguardar 15 dias para a indução do parto.

3. Em relação a gestantes que tiveram óbito fetal em gravidez anterior, por causa não apurada e com natimorto pequeno para a idade gestacional (PIG), numa gravidez subsequente, em que aparentemente não há intercorrências, é correto afirmar:

- (a) A avaliação da vitalidade fetal deve ser iniciada com 26 semanas.
- (b) Não há necessidade de ultrassonografia se a altura uterina estiver adequada com 34 semanas.
- (c) A avaliação da vitalidade fetal deve ser iniciada com 32 semanas.
- (d) Não há necessidade de avaliação de vitalidade fetal durante o parto.

INTRODUÇÃO

 bito fetal (OF) ou morte fetal é a morte de um produto conceptual, antes da sua expulsão ou extração completa do corpo da mãe, evidenciada pelos seguintes parâmetros: ausência de respiração ou outro sinal de vida, como batimentos cardíacos, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária.⁽¹⁾ Há divergências quanto ao tempo de duração da gravidez e ao peso fetal na definição de OF. A 10  revisão da Classificação Internacional de Doenç s (CID-10) define como o OF precoce os óbitos em fetos com 500 g ou mais, ou 22 semanas completas de gestação ou mais, ou medindo 25 cm ou mais; OF tardio os óbitos em fetos com 1.000 g ou mais, ou 28 semanas ou mais, ou 35 cm ou mais. As perdas gestacionais abaixo de 22 semanas são consideradas como abortamento.⁽²⁾ A Organização Mundial da Saúde (OMS), para fins de comparação de dados internacionais, define o OF como o critério considerado para OF tardio pelo CID-10, ou seja, feto pesando 1.000 g ou mais e idade gestacional presumida maior ou igual a 28 semanas.⁽²⁾ OF intraparto é aquele que ocorre após o início do trabalho de parto e antes do nascimento baseado na presenç a de batimento car-

d aco fetal no início do trabalho de parto.⁽²⁾ Em 2015, a taxa mundial de natimortalidade foi de 18,9 para 1.000 nascidos. A maioria ocorreu em países do sul da Ásia e África Subsaariana e seria evitável, particularmente o OF intraparto, que, junto com os causados por sífilis e malária, evidencia falência da assistência pré-natal e ao parto. Todos os esforç os devem ser feitos para a sua erradicação.⁽²⁾ A OMS tem como meta reduzir a taxa para 12 ou menos natimortos por 1.000 nascimentos em todos os países do mundo até 2030. No Brasil, em 2015, a taxa de natimortalidade foi de 10,8 para cada 1.000 nascimentos,⁽³⁾ variando entre as diferentes regiões do país.   maior na região Nordeste (13,23 por 1.000 nascimentos) e menor na região Sul (8,27 por 1.000 nascimentos). CID-10: P95 morte fetal de causa não especificada; O36.4: assistência prestada   mãe por morte intrauterina.

ETIOLOGIA

As causas dos OFs são divididas em maternas, fetais ou placentárias.⁽⁴⁾ As causas fetais são: anomalias hereditárias e cromoss micas, infecções cong nitas (sífilis, malária, parvovirose, citomegalovírus etc.),

aloimunização Rh, hidropisias não imunes.^(5,6) Causas placentárias e anexais: descolamento prematuro de placenta, insuficiência placentária, síndrome da transfusão feto-fetal, corioamnionite, prolapso de cordão, rotura de vasa prévia.^(6,7) Causas maternas: hipertensão arterial, *diabetes mellitus*, diabetes gestacional, síndrome de anticorpo antifosfolípide, trombofilias hereditárias, traumas maternos.^(8,9) Em 50% dos casos, as causas são desconhecidas. A figura 1⁽²⁾ mostra as variações regionais no mundo da prevalência das causas de OF agrupadas em demográficas (idade materna superior a 35 anos), infecciosas (sífilis, HIV e malária), desordens maternas (obesidade e sobrepeso, diabetes e hipertensão materna preexistente, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, tabagismo) e desordens fetais (gestações acima de 42 semanas e aloimunização Rh). Nos países desenvolvidos, ocorrem as menores taxas de OF e elas são atribuíveis a sobrepeso/obesidade, idade materna avançada e hipertensão arterial preexistente. O sul da Ásia e os países da África abaixo do Saara são as regiões que concentram a maior parte dos OF no mundo. A natimortalidade por sífilis concentra-se no sul da Ásia e a natimortalidade por malária nos países da África subsaariana. Quase 14% dos OFs decorrem de gravidez acima de 42 semanas.⁽²⁾

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do OF é feito pela confirmação da ausência de batimentos cardíacos fetais na ultrassonografia.

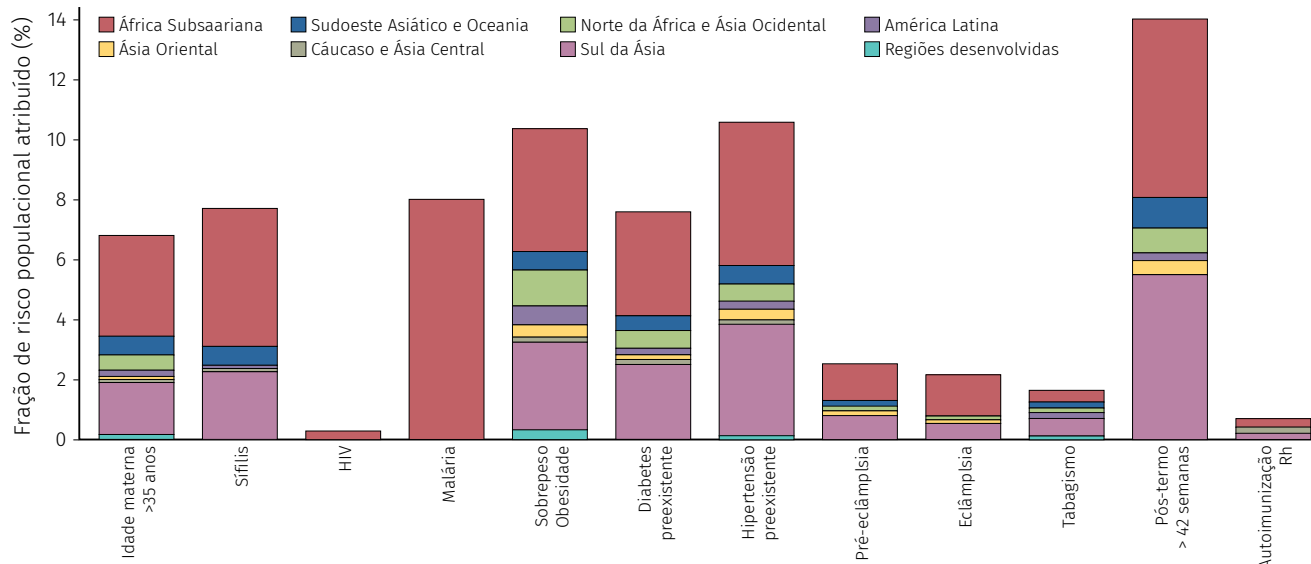
TRATAMENTO

O método e o momento do parto após o OF dependem da idade gestacional do natimorto, da causa do óbito, da história obstétrica pregressa e do desejo materno. Conquanto a maioria das mulheres prefira o parto imediato, o risco de coagulopatia ao aguardar o parto espontâneo é muito pequeno.⁽¹⁾ A indução do parto em idades gestacionais menores de 28 semanas pode ser feita com misoprostol 200 a 400 mcg, via vaginal, a cada 4 a 12 horas. Alguns estudos sugerem que o uso de misoprostol para indução do parto com menos de 28 semanas em útero com cicatriz de cesárea anterior é seguro (nível de evidência B), porém mais estudos são necessários para comprovar a efetividade e segurança dessa conduta. Após 28 semanas, a indução do parto segue o mesmo protocolo das gestações com feto vivo.

É necessário aconselhar os pais para a realização de autópsia do natimorto a fim de detectar eventuais má-formações determinantes do óbito. Da mesma forma, pode-se obter fragmento de pele fetal para estudo genético. O parto cesáreo deve ser reservado para casos excepcionais, pois os riscos maternos do procedimento cirúrgico não são compensados por benefício fetal. Exceção deve ser feita em casos de OF por descolamento prematuro de placenta, cuja espera pode comprometer a vida materna.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

O OF tardio, ou seja, acima de 28 semanas de gestação e com peso fetal acima de 1.000 g, é evitável, na grande



Fonte: Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016;387(10018):587-603.⁽²⁾ [Reproduzido com autorização do autor.]

Figura 1. Variação regional do risco populacional de óbito fetal para fatores com dados de risco e de prevalência adequados. Observe que esses fatores não são mutuamente exclusivos e alguns como idade avançada, distúrbios não transmissíveis (sobrepeso, diabetes, hipertensão, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e tabagismo) e fatores de estilo de vida podem se sobrepor.

maioria das vezes, por meio de adequada assistência pré-natal, incluindo:

1. Recomendar o uso de ácido fólico antes da gravidez para a prevenção de más-formações do tubo neural;
2. Em mulheres com antecedente de OF, no intervalo interpartal, pesquisar trombofilias adquiridas (anticorpo anticardiolipina, anticoagulante lúpico e β 2-glicoproteína 1). Se o OF foi associado com crescimento intrauterino restrito ou história familiar ou materna de trombose, pesquisar trombofilias hereditárias;
3. Em mulheres com OF, no intervalo interpartal, solicitar Coombs indireto, mesmo nas pacientes Rh positivo, porque pode haver aloimunização por outros antígenos, tais como o fator Kell;
4. A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada no primeiro trimestre com rigorosa história clínica, avaliando-se antecedentes de hipertensão arterial, diabetes, doenças reumatológicas (síndrome de anticorpo antifosfolípide e lúpus eritematoso sistêmico), OFs anteriores e descolamento prematuro de placenta;
5. Propiciar apoio para diminuição/parada do tabagismo;
6. Vigiar ganho adequado de peso e pressão arterial;
7. Recomendar o uso de aspirina 100 mg por dia e dieta rica em cálcio a partir da concepção em mulheres com antecedente de pré-eclâmpsia;⁽¹⁰⁾
8. Realizar glicemia de jejum no primeiro trimestre e curva glicêmica no segundo trimestre;
9. Realizar sorologia para sífilis e HIV nos três trimestres da gravidez;
10. Realizar ultrassonografia universal no terceiro trimestre para avaliação de crescimento fetal com atenção para as pacientes de risco para crescimento fetal restrito;
11. Monitorar a vitalidade fetal em fetos com restrição de crescimento fetal/pequeno para a idade gestacional;
12. Realizar monitorização da vitalidade fetal intensiva a partir de 32/34 semanas em pacientes com história de OF em gravidez anterior. Início de monitorização mais precoce pode levar à prematuridade iatrogênica baseada em teste falso-positivo;⁽¹⁾
13. Indução de parto em gravidez \geq 41 semanas;
14. Monitorização da vitalidade fetal durante o trabalho de parto/uso do partograma.

RESPOSTAS

1: A; 2: B; 3: C.

REFERÊNCIAS

1. Management C. ACOG Practice Bulletin No. 102: management of stillbirth. *Obstet Gynecol.* 2009;113(3):748-61.
2. Lawn JE, Blencowe H, Waiswa P, Amouzou A, Mathers C, Hogan D, et al.; Lancet Ending Preventable Stillbirths Series study group; Lancet Stillbirth Epidemiology investigator group. Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet.* 2016;387(10018):587-603.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Informações de Saúde. Estatísticas vitais [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016. [citado em 2018 Jan 16]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/fet10uf.def>
4. Gardosi J, Madurasinghe V, Williams M, Malik A, Francis A. Maternal and fetal risk factors for stillbirth: population based study. *BMJ.* 2013;346:f108.
5. Smith GC, Fretts RC. Stillbirth. *Lancet.* 2007;370(9600):1715-25.
6. Frey HA, Odibo AO, Dicke JM, Shanks AL, Macones GA, Cahill AG. Stillbirth risk among fetuses with ultrasound-detected isolated congenital anomalies. *Obstet Gynecol.* 2014;124(1):91-8.
7. Pinar H, Goldenberg RL, Koch MA, Heim-Hall J, Hawkins HK, Shehata B, et al. Placental findings in singleton stillbirths. *Obstet Gynecol.* 2014;123(2 Pt 1):325-36.
8. Felisbino-Mendes MS, Matozinhos FP, Miranda JJ, Villamor E, Velasquez-Melendez G. Maternal obesity and fetal deaths: results from the Brazilian cross-sectional Demographic Health Survey, 2006. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2014;14(1):5.
9. Stacey T, Thompson JM, Mitchell EA, Ekeroma AJ, Zuccollo JM, McCowan LM. Relationship between obesity, ethnicity and risk of late stillbirth: a case control study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2011;11(1):3.
10. Groom KM, David AL. The role of aspirin, heparin, and other interventions in the prevention and treatment of fetal growth restriction. *Am J Obstet Gynecol.* 2018;218(25):S829-40. Review.