



Morte fetal

- 1 Introdução
- 2 Escolha entre conduta ativa e expectante
- 3 Escolha de métodos para indução do trabalho de parto
- 4 Conclusões

1 Introdução

O intervalo entre um diagnóstico de morte fetal pré-parto e o parto é um período de grande sofrimento. Quando o diagnóstico de morte fetal é feito e confirmado por ultra-sonografia, as mulheres precisam de tempo e de oportunidade para se adaptarem. Decisões apressadas são desnecessárias, exceto no caso de complicações como descolamento prematuro da placenta ou hipertensão grave. As mulheres devem ser informadas sobre as opções disponíveis, devem ter tempo para avaliar essas opções e para decidir o que desejam. Devem ter tempo para iniciar o processo de luto e para tomar decisões em um ambiente no qual se sintam seguras. Muitas mulheres desejam voltar para casa, mesmo que apenas por um breve período. É importante lembrar de perguntar à mulher como chegou ao hospital ou à clínica. Pode ser preferível que ela não guie automóveis nesse momento, ou que vá para casa desacompanhada.

2 Escolha entre conduta ativa e expectante

Do ponto de vista físico, devido aos meios apropriados para induzir trabalho de parto após morte fetal, a indução do trabalho de parto não tem grandes benefícios ou riscos em relação à conduta expectante. As vantagens e desvantagens dessas duas condutas estão relacionadas quase exclusivamente a seus efeitos emocionais e psicológicos. A própria mulher é o melhor juiz, e ela é quem deve fazer a escolha. Seus cuidadores devem ajudá-la fornecendo as informações necessárias para que faça uma escolha informada. Devem assegurar que, qualquer que seja sua opção, o procedimento seja realizado em um ambiente empático com o menor desconforto psicológico e físico possível (ver Cap. 49).

É errado supor que todas as mulheres desejam o método mais rápido de parto quando seus bebês morrem no útero. Para

algumas mulheres, a incerteza e a notícia da morte são os piores momentos; conduzir o feto morto ainda permite-lhes um sentimento de proximidade do bebê, que será perdido quando nascer.

Por outro lado, muitas mulheres ficam ansiosas para dar à luz o mais rapidamente possível. Algumas podem até mesmo sugerir uma cesariana. A discussão dos fatos e das opções com a mulher e seu cônjuge transmite compaixão e compreensão. Frequentemente, ajudará a aliviar sentimentos iniciais de raiva, suspeita, inadequação e culpa, que costumam estar presentes em todos, cuidadores e mulheres, após o triste diagnóstico.

A principal vantagem da conduta expectante é a ausência de qualquer necessidade de intervenção. A mulher pode ficar em casa, e evitará procedimentos que podem ser menos efetivos e mais arriscados do que o previsto.

As desvantagens da conduta expectante são principalmente psicológicas, e estão relacionadas ao período imprevisível e geralmente longo durante o qual a mulher poderá ter que continuar com o feto morto. Algumas vezes, ela ou seus parentes podem crer que o feto sofrerá decomposição e liberará toxinas que podem intoxicá-la. É importante afastar esses temores, embora isso possa não ter êxito sempre.

O único risco físico da política expectante refere-se a um possível aumento do risco de distúrbios da coagulação sanguínea. Esses são mais prováveis quando a morte fetal foi causada por descolamento prematuro da placenta. Os distúrbios da coagulação associados a outras causas de morte fetal são raros. A hipofibrinogenemia, considerada responsável por esses distúrbios, ocorre muito lentamente e raras vezes é clinicamente significativa nas primeiras 4-5 semanas após a morte fetal. No momento em que poderiam surgir alterações clinicamente significativas dos mecanismos de coagulação, provavelmente o parto já terá ocorrido.

As principais vantagens de uma política ativa de realização de parto no tratamento de mulheres com um feto morto são a opção de encerrar uma gravidez que não tem mais propósito e o fato de que pode ser mais fácil realizar um diagnóstico *post mortem* quando não há maceração. As desvantagens de uma política ativa referem-se aos meios de realização. Se for induzido trabalho de parto, a eficácia e a segurança do méto-

do usado serão o fator mais importante para se considerar os méritos relativos da política.

3 Escolha de métodos para indução do trabalho de parto

Foram usados vários agentes e métodos para induzir trabalho de parto após morte fetal pré-parto. Os agentes usados incluem solução salina; ocitocina; prostaglandinas naturais; análogos das prostaglandinas como 15-metil-prostaglandina $F_{2\alpha}$, sulprostona e misoprostol; e o antagonista da progesterona, mifepristona. Deve-se analisar a via de administração, a escolha da prostaglandina e a escolha de outros agentes quando não há prostaglandinas disponíveis.

Quando a morte fetal intra-uterina ocorre no final da gravidez, geralmente é possível induzir trabalho de parto com qualquer um dos regimes de prostaglandina empregados para outras induções (ver Cap. 40). Os métodos com os quais o profissional está completamente familiarizado tendem a apresentar melhores resultados que aqueles raramente necessários e que requerem estudo cuidadoso antes de seu emprego. Entretanto, esses métodos podem ser menos efetivos nas idades gestacionais mais jovens, quando a sensibilidade uterina às prostaglandinas é menor que a termo.

A administração intravenosa de prostaglandinas naturais foi abandonada devido à alta incidência de efeitos colaterais em comparação com as vias locais. A via intra-amniótica de administração também foi amplamente substituída por preparações locais.

A administração vaginal de prostaglandinas ou de análogos das prostaglandinas na forma de supositórios, géis ou pessários é amplamente usada no momento devido à sua conveniência e facilidade de administração. Frequentemente são usadas prostaglandina E_1 (gemeprost, Cervagem) e análogos da PGE_2 , como a sulprostona.

Quando não há prostaglandinas disponíveis, pode-se usar infusão extra-amniótica de solução salina ou a simples introdução de um balão extra-amniótico sem qualquer infusão.

O análogo da prostaglandina E_1 , misoprostol, mostrou ser efetivo para a indução de trabalho de parto em todas as fases da gravidez, seja administrado por via oral ou vaginal. Como não tem registro para uso em obstetrícia e ginecologia, não há diretrizes do fabricante em relação à via de administração ou dosagem. O principal problema é a hiperestimulação uterina, que pode resultar até mesmo em ruptura uterina. Atualmente, seu uso deve ser restrito a protocolos de pesquisa para determinar regimes ideais e seguros.

A mifepristona, um esteróide antagonista da ação da progesterona, mostrou-se promissora para a indução de trabalho de parto após morte fetal, possivelmente associada a prostaglandinas para aumentar ainda mais a taxa de sucesso. Com aperfeiçoamentos das técnicas de uso isolado das prostaglandinas e dos análogos das prostaglandinas, o papel da mifepristona parece ser limitado.

4 Conclusões

No caso de morte fetal, a decisão de induzir ou não o trabalho de parto deve ser tomada de acordo com critérios psicológicos ou sociais, e a própria mulher é o melhor juiz. Caso seja escolhida a indução, o método mais efetivo nas últimas semanas de gravidez provavelmente é aquele com o qual o cuidador tem experiência adequada de indução de trabalho de parto em outras gestações. Numa fase mais precoce, a administração vaginal de análogos das prostaglandinas parece ser o tratamento de escolha. Métodos que empregam um cateter em bulbo extra-amniótico podem ser considerados quando os análogos das prostaglandinas não estão disponíveis, não podem ser obtidos ou são ineficazes. No futuro, o misoprostol poderá ser uma opção útil.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Keirse, M.J.N.C. and Kanhai, H.H.H., Induction of labour after fetal death.

Biblioteca Cochrane

Chambers, H.M. and Chan, F.Y., Support for women/families after perinatal death.

Revisões pré-Cochrane

Keirse, M.J.N.C., 15-methyl-prostaglandin $F_{2\alpha}$ after fetal death. Review no. 06188.

Low vs high dose sulprostone for induction after fetal death. Review no. 04474.

Mifepristone for induction of labour after fetal death. Review no. 05533.

Outras fontes

Bulgalho, A., Bique, C., Machungo, F. and Bergstrom, S. (1995). Vaginal misoprostol as an alternative to oxytocin for induction of labor in women with late fetal death. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, 74, 194–198.

Cabrol, D., Dubois, C., Cronje, H., Gonnet, J.M., Guillot, M., Maria, B., Moodley, J., Oury, J.F., Thoulon, J.M., Treisser, A., Ulmann, D., Correl, S., Ulmann, A. (1990). Induction of labor with mifepristone (RU 486) in intrauterine fetal death. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 163, 540–542.



Ghorab, M.N. and El-Helw, B.A. (1998). Second-trimester termination of pregnancy by extra-amniotic prostaglandin F2alpha or endocervical misoprostol. A comparative study. *Acta. Obstet. Gynecol. Scand.*, 77, 429–32.

Kanhai, H. and Keirse, M.J.N.C. (1989). Induction of labour after fetal death: a randomized controlled trial of two prostaglandin regimens. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 96, 1400–1404.

Mahomed, K. and Jayaguru, A.S. (1997). Extra-amniotic saline infu-

sion for induction of labour in antepartum fetal death: a cost effective method worthy of wider use. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 104, 1058–1061.

Toppozada, M.K., Shaala, S.A., Anwar, M.Y., Haiba, N.A., Addrabbo, S., el Abey, H.M. (1994). Termination of pregnancy with fetal death in the second and third trimesters – the double balloon versus extra-amniotic prostaglandin. *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 45, 269–273.

