

Ginecologia e Obstetrícia

Edição XX

Capítulo
21

URGÊNCIAS EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

MARINA PORTO NASSIF¹
CESAR AUGUSTO WESCHENFELDER¹
LEONARDO LEIVAS¹
ANTÔNIA STUMPF MARTINS¹

1. Graduação em Medicina concluída pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Palavras-Chaves: *Urgências; Conduta; Diagnóstico.*

INTRODUÇÃO

As urgências em ginecologia e obstetrícia representam situações clínicas críticas que demandam diagnóstico rápido e intervenções imediatas para minimizar riscos à saúde da mulher e, em contexto obstétrico, do feto. O manejo eficaz dessas condições é fundamental para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, especialmente em ambientes de atenção primária, emergências hospitalares e unidades obstétricas.

As principais urgências ginecológicas envolvem patologias que podem causar dor intensa, hemorragia significativa ou risco de comprometimento da função reprodutiva e da vida da paciente. Entre estas destacam-se a torção de ovário, as hemorragias uterinas agudas, a doença inflamatória pélvica complicada e a ruptura de cisto ovariano hemorrágico.

No âmbito obstétrico, as emergências são caracterizadas por riscos imediatos ao binômio materno-fetal, com alta demanda por monitoramento contínuo e decisões clínicas rápidas. Entre elas, destacam-se as hemorragias de 1ª e 2ª metade da gestação, a eclâmpsia e iminência de eclâmpsia, o trabalho de parto prematuro, a ruptura uterina e o prolapso de cordão umbilical.

Principais urgências ginecológicas

Torção de ovário

A torção de ovário ocorre quando o pedículo ovariano se torce sobre si mesmo, comprometendo o fluxo venoso inicialmente e arterial posteriormente e levando à isquemia e necrose do tecido ovariano. É mais comum em ovários aumentados de volume por cistos ou tumores, especialmente em mulheres jovens.

Manifesta-se por dor pélvica súbita e intensa, geralmente unilateral, acompanhada de náuseas e vômitos. Pode haver febre baixa e sensibilidade abdominal localizada. O diagnóstico é

feito com base no exame físico com dor à palpação abdominal profunda, e na ultrassonografia com Doppler mostrando redução ou ausência de fluxo sanguíneo no ovário acometido.

A conduta é cirúrgica, via laparoscopia ou laparotomia para distorção do pedículo e preservação do ovário, quando possível, ou com ooforectomia em casos de necrose ovariana. Se diagnosticada precocemente, a preservação do ovário é possível, mas o atraso no manejo pode levar à perda do órgão e maior risco de aderências pélvicas.

Sangramento uterino anormal agudo

O sangramento uterino anormal (SUA) agudo é qualquer sangramento uterino volumoso e súbito, fora do padrão menstrual da paciente, com potencial de instabilização hemodinâmica. Esse sangramento pode ocorrer tanto por causas estruturais (pólipos uterinos, adeniose, leiomiomas ou malignidade endometrial) como por causas não-estruturais (coagulopatias, ovulopatias, endometrite, iatrogenia ou não-classificadas) (MUNRO *et al.*, 2011).

A fisiopatologia do sangramento se dá por alterações na hemostasia endometrial ou lesões que comprometem os vasos uterinos, levando ao sangramento vaginal intenso, que pode se manifestar de forma isolada, ou associado a sinais de hipovolemia (taquicardia, hipotensão, tontura). O diagnóstico é feito com base na avaliação clínica imediata, hemograma para estimar a perda sanguínea, coagulograma para investigar coagulopatias e ultrassonografia (USG) transvaginal para identificar possíveis lesões estruturais.

A conduta em casos de SUA agudo é de estabilização hemodinâmica da paciente, com reposição volêmica se necessário e, em casos mais graves, transfusão de hemocomponentes. Pode-se utilizar antifibrinolíticos no manejo do sangramento, como o ácido tranexâmico, ou

hormônios, como estrógeno e progestágenos. Em casos refratários pode ser necessária a curetagem uterina.

O prognóstico é bom, quando o SUA agudo é tratado precocemente. A negligência do quadro pode levar ao choque hipovolêmico e óbito.

Doença inflamatória pélvica (DIP) complicada

A DIP é uma infecção ascendente do trato genital superior, ou seja, acima do cérvix uterino, frequentemente causada por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* e agentes anaeróbios. A DIP complicada ocorre quando essa infecção do endométrio, tubas e/ou ovários evolui com a formação de abscesso tubo-ovariano (ATO), por encapsulamento da infecção, ou com disseminação para o peritônio, levando a um quadro de peritonite.

As manifestações da DIP complicada são dor pélvica intensa e difusa, febre alta, corrimento vaginal purulento, toque vaginal doloroso e, em casos de peritonite, sinais de irritação peritoneal, como dor à descompressão abdominal. O diagnóstico é feito com base no exame clínico, na análise de exames laboratoriais, que frequentemente demonstram leucocitose, elevação de marcadores de inflamação (PCR e VHS), e na imagem da USG pélvica, que pode mostrar coleção complexa anexial em casos de ATO.

A conduta em casos de doença inflamatória pélvica complicada é sempre de internação para administração de antibióticos parenterais de amplo espectro, idealmente em terapia tripla (Cefalosporina de 3ª geração + Doxiciclina + Metronidazol), alternativamente com terapia dupla (Clindamicina + Gentamicina). A drenagem cirúrgica do abscesso está indicada quando este é volumoso (>8 cm) ou em casos refratários ao tratamento clínico (PASSOS *et al.*, 2023)

O prognóstico da doença é bom se tratado adequadamente. O atraso no manejo pode resultar em infertilidade tubária, sepse e óbito.

Ruptura de cisto hemorrágico

A ruptura de cisto hemorrágico ocorre quando um cisto ovariano funcional, geralmente hemorrágico, se rompe, liberando conteúdo folicular e sangue na cavidade peritoneal, podendo gerar irritação peritoneal e sangramento intra-abdominal. O rompimento pode ocorrer espontaneamente ou após esforço físico ou relação sexual.

O quadro clínico envolve basicamente dor pélvica unilateral súbita, que pode irradiar para a região lombar ou face interna da coxa. Pode haver náuseas, vômitos e hipotensão, causados pela dor. Sinais de irritação peritoneal também podem estar presentes. O diagnóstico é feito com base na USG pélvica, que pode mostrar líquido livre em fundo de saco e imagem sugestiva de cisto ovariano roto em topografia ovariana.

Em pacientes estáveis, a conduta é conservadora, com manejo da dor e observação hospitalar. Em casos de instabilidade hemodinâmica ou sangramento persistente, a abordagem cirúrgica está indicada. O prognóstico dessas pacientes geralmente é favorável. As complicações são raras com manejo adequado do quadro.

Principais urgências obstétricas

Abortamentos

Interrupção da gestação antes de 20 semanas configura um abortamento. No entanto, temos diversas variações dentro dos abortamentos, com particularidades de sintomatologia, alterações físicas e condutas (ACOG, 2018).

- **Ameaça de abortamento:** Sangramento vaginal leve, colo fechado, dor abdominal leve ou ausente. USG mostra embrião ou feto vivo, com saco gestacional íntegro. Indicado repouso

relativo, evitar relações sexuais e realizar USG seriada para acompanhamento.

- **Abortamento inevitável:** Sangramento vaginal em curso, cólicas fortes e colo dilatado. USG com saco gestacional íntegro. Indicada internação para esvaziamento uterino.

- **Abortamento incompleto:** Sangramento intenso em curso, eliminação parcial do conteúdo uterino, colo aberto. USG com restos ovulares. Indicada internação para esvaziamento uterino.

- **Abortamento completo:** Sangramento prévio e dor que cessaram, colo uterino fechado. USG sem embrião, feto ou restos ovulares. Indicada observação.

- **Abortamento retido:** Morte intrauterina sem expulsão fetal. USG com feto sem atividade cardíaca, colo uterino fechado. Indicada internação para esvaziamento uterino.

- **Abortamento infectado ou séptico:** Qualquer tipo de aborto com febre + secreção vaginal fétida ou dor pélvica intensa. USG com restos ovulares, hemograma com leucocitose e PCR elevada. Indicada internação para esvaziamento uterino e antibiótico parenteral.

- **Abortamento habitual ou recorrente:** Três ou mais perdas gestacionais consecutivas antes de 20 semanas de idade gestacional. É indicada investigação quanto à etiologia das perdas, com manejo da causa e acompanhamento intenso pré-concepção e pré-natal.

Gestação ectópica rota

A gestação ectópica rota ocorre quando há rompimento da tuba uterina, onde antes havia uma gestação ectópica em curso, levando a um quadro de hemorragia intra-abdominal com sinais de hipovolemia e dor abdominal intensa, unilateral e súbita. O diagnóstico é feito com base no quadro clínico e β -hCG positivo. A

USG pélvica pode mostrar líquido livre na cavidade e ausência de gestação intrauterina.

A conduta é cirúrgica, por laparotomia ou laparoscopia, para controle do sangramento e manejo da trompa, seja com salpingectomia ou salpingostomia. O prognóstico é positivo, com mortalidade materna reduzida se diagnóstico e intervenção precoces.

Doenças trofoblásticas (mola)

As doenças trofoblásticas são causadas pela proliferação anormal do trofoblasto, tecido que geraria a placenta em uma gestação usual, mas que leva à formação de neoplasias intrauterinas que podem ser benignas (mola hidatiforme completa ou parcial) ou malignas (mola invasora, coriocarcinoma ou tumor trofoblástico do leito placentário).

O quadro clínico de todas as doenças trofoblásticas é de sangramento na primeira metade da gestação, altura uterina maior do que a esperada para IG, sinais de pré-eclâmpsia precoce e ausência de BCFs. O diagnóstico é feito com suspeita clínica, resultado de β -hCG quantitativo extremamente elevado para a idade gestacional e USG com imagem sugestiva de neoplasia intrauterina (CUNNINGHAM *et al.*, 2022).

A conduta em todos os casos é de esvaziamento uterino, acompanhamento com dosagem seriada de β -hCG e USG pélvica. Se confirmada a malignização pode ser necessária a histerectomia e tratamento com quimioterapia.

Placenta prévia

A placenta prévia é definida como implantação placentária no segmento uterino inferior, podendo recobrir parcial ou totalmente o orifício cervical interno. O quadro clínico é de sangramento indolor e isolado, na segunda metade da gestação. O diagnóstico é clínico, mas pode ser facilitado pela USG pélvica com visualização da placenta sobre o OCI.

A conduta é internação e estabilização materna, com interrupção da gestação se sangramento significativo ou gestação a termo e conduta expectante se sangramento leve e gestação pré-termo. O prognóstico é bom se diagnóstico precoce (RAMOS *et al.*, 2023).

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

O descolamento prematuro de placenta ocorre quando a placenta se descola da parede uterina antes do parto, levando a sangramento materno intenso e sofrimento fetal agudo. O quadro clínico é composto por dor abdominal intensa, sangramento vaginal muito volumoso, escuro e com presença de coágulos, hipertonia uterina e sofrimento fetal com risco de óbito.

O diagnóstico é clínico e imediato, e a conduta é estabilização materna e parto imediatamente, pela via mais rápida, seja cesariana ou parto vaginal. O prognóstico é reservado, porque é uma condição com alta morbimortalidade materna e fetal (REZENDE & MONTENEGRO, 2023).

Rotura uterina

A rotura uterina é uma complicação obstétrica rara e grave, mais frequente em mulheres com cicatriz uterina prévia, pois o local de fibrose cicatricial tem maior fragilidade e é usualmente local de ruptura da musculatura uterina durante o trabalho de parto, levando à extrusão fetal para a cavidade abdominal.

O quadro clínico é composto por sinais de iminência de rotura, como taquissistolia e hipersistolia, sinais de Bandl ("útero em ampuhlheta", com formação de anel fibromuscular no segmento inferior do útero) e Frommel (ligamentos redondos retesados e anteriorizados, tornando-se palpáveis), associados a dor abdominal intensa. Após o rompimento uterino, as contrações do trabalho de parto e a dor abdominal cessam abruptamente e se inicia quadro de

sangramento intra-abdominal intenso, presença de sinais de hipovolemia e sofrimento ou morte fetal. O diagnóstico é clínico, confirmado com achados intra-operatórios.

A conduta em casos de rotura uterina é de laparotomia imediata, com histerorrafia se possível ou histerectomia. O prognóstico é reservado, pois é uma condição com alta mortalidade fetal e materna.

Prolapso de cordão umbilical

Condição na qual o cordão umbilical protria pelo colo uterino antes da apresentação fetal, levando à compressão do cordão e à redução do fluxo sanguíneo fetal, gerando hipóxia aguda fetal. O quadro clínico é muitas vezes dado pela visualização do cordão ao exame especular ou pela palpação do cordão ao toque vaginal, associados à bradicardia fetal súbita na cardiotocografia. O diagnóstico é clínico e imediato.

Nesses casos, a conduta imediata é a elevação manual da apresentação fetal para aliviar a compressão do cordão umbilical, oxigenar a mãe e indicar cesariana de urgência. O prognóstico depende do tempo até o parto, quanto menor o intervalo maior a chance de sobrevivência fetal.

Trabalho de parto prematuro (TPP)

TPP é a presença de contrações dolorosas regulares, associadas a modificações no colo uterino, após as 20 semanas de gestação e antes das 37 semanas de gestação. Essa situação confere risco de prematuridade neonatal e todas as possíveis complicações da prematuridade. O TPP pode ser desencadeado por infecção intrauterina, hiperdistensão uterina, insuficiência cervical ou por fatores desconhecidos.

O diagnóstico é feito com base no exame obstétrico, com realização de dinâmica uterina e toque vaginal. O uso da cardiotocografia e da ultrassonografia pode auxiliar no diagnóstico. A conduta e o prognóstico dependem da idade

gestacional, porque quanto mais prematuro, maior o risco de complicações neonataias.

O manejo do TPP se baseia em três pilares:

- **Uso de corticoide para maturação pulmonar antenatal:** indicado entre as 24 e 34 semanas, deve ser realizado no mínimo 48h antes do parto, sendo um único ciclo de betametasona BID ou dexametasona em dose única (há possibilidade de repetir mais uma única vez o ciclo em 7 dias se não houver parto)

- **Uso de sulfato de magnésio para neuroproteção:** indicado entre 24 e 32 semanas de IG

- **Uso de tocolíticos para sedar o trabalho de parto por 48h a 7 dias:** diversos agentes podem ser usados, se não houver contraindicações (IG \geq 34 semanas, morte fetal intrauterina, anomalia fetal letal, estado fetal não-tranquilizador, pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia, sangramento materno com instabilidade hemodinâmica, corioamnionite, RUPREMA).

Eclâmpsia e iminência de eclâmpsia

A eclâmpsia é qualquer crise convulsiva em paciente gestante sem histórico prévio de epilepsia. Na maioria das vezes a eclâmpsia ocorre em pacientes com diagnóstico prévio de pré-eclâmpsia, doença placentária que leva à hipertensão materna e que se desenvolve após as 20 semanas de gestação, ou com pré-eclâmpsia não diagnosticada. A iminência de eclâmpsia é a presença de sinais e sintomas premonitórios de eclâmpsia na paciente gestante hipertensa. Alguns desses sinais e sintomas, que podem preceder a crise convulsiva (eclâmpsia) em minutos ou horas, são cefaleia intensa, alterações na visão, dor abdominal superior, náuseas e vômitos, agitação psicomotora e hiperreflexia.

A eclâmpsia e a iminência de eclâmpsia são duas emergências obstétricas de diagnóstico clínico, que demandam manejo imediato. A conduta deve ser sempre internação hospitalar, administração de sulfato de magnésio, que atua

como tratamento e prevenção de novas crises convulsivas, controle pressórico da paciente e realização de desfecho gestacional, já que o tratamento definitivo é o parto e a dequitação da placenta. O prognóstico depende da brevidade do início do tratamento. A paciente com pré-eclâmpsia e eclâmpsia tem risco aumentado de síndrome de HELLP, AVC e óbito no pós-parto.

Manejo inicial e condutas

O atendimento inicial às urgências ginecológicas e obstétricas baseia-se na avaliação rápida do estado hemodinâmico da paciente, na garantia de proteção das vias aéreas, da respiração e da circulação, sendo o monitoramento contínuo de extrema importância. O uso de exames complementares, como ultrassonografia transvaginal e abdominal, hemograma, testes de coagulação e dosagem de β -hCG, auxiliam no diagnóstico preciso e no direcionamento terapêutico.

Protocolos clínicos internacionais, como os recomendados pela *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO), *World Health Organization* (WHO) e diretrizes nacionais, incluindo as do Ministério da Saúde do Brasil, oferecem orientações para padronizar o manejo e minimizar variações de conduta que possam comprometer os resultados.

A capacitação contínua das equipes multidisciplinares e a adoção de protocolos estruturados, incluindo simulações de emergência, são estratégias comprovadamente eficazes para a redução das taxas de complicações e mortalidade. O estabelecimento de fluxos assistenciais claros e comunicação efetiva são fundamentais para o manejo integrado e seguro dessas emergências (WHO, 2023; BRASIL, 2022).

A **Tabela 21.1** contém as principais urgências ginecológicas e seu manejo inicial.

A **Tabela 22.2** contém as principais urgências obstétricas e seu manejo inicial.

Tabela 21.1 Principais urgências em Ginecologia: características clínicas e manejo inicial

Condição	Quadro clínico	Diagnóstico inicial	Conduta
Torção de ovário	Dor súbita em fossa ilíaca Náuseas e vômitos	USG com Doppler	Cirurgia para distorção ou para ooforectomia
Sangramento uterino anormal agudo	Sangramento vaginal volumoso	Exame clínico Hemograma Coagulograma	Reposição volêmica Uso de ácido tranexâmico Avaliação de curetagem
Doença inflamatória pélvica complicada (ATO ou peritonite)	Dor pélvica Febre e leucocitose Toque vaginal doloroso	Exame clínico USG pélvica	Antibiótico parenteral Avaliação de necessidade cirúrgica (drenagem de abscesso tubo-ovariano)
Ruptura de cisto hemorrágico	Dor pélvica aguda	USG pélvica	Observação hospitalar ou cirurgia, conforme instabilidade hemodinâmica da paciente

Tabela 21.2 Principais urgências em Obstetrícia: características clínicas e manejo inicial

Condição	Quadro clínico	Diagnóstico inicial	Conduta
Abortamento	Interrupção da gestação com <20 semanas ou com feto <500g e IG desconhecida	Variável pelo tipo de abortamento	Variável pelo tipo de abortamento
Gestação ectópica rota	Dor abdominal Sangramento vaginal Instabilidade hemodinâmica	β -hCG USG transvaginal	Estabilização hemodinâmica Cirurgia urgente
Doença trofoblástica (mola)	Sangramento vaginal Náuseas e vômitos incoercíveis Útero amolecido e maior do que o esperado para a IG Pré-eclâmpsia precoce	Exame clínico β -hCG USG transvaginal	Esvaziamento uterino Controle de β -hCG e USG transvaginal
Placenta prévia	Sangramento indolor na 2ª metade da gestação	USG obstétrica transvaginal	Internação + desfecho se hemorragia grave ou gestação a termo Internação + conduta expectante se sangramento leve e gestação pré-termo
Descolamento prematuro de placenta	Sangramento vaginal Dor abdominal Hipertonia uterina Sofrimento fetal	Exame clínico Cardiotocografia USG obstétrica	
Rotura uterina	Dor abdominal intensa Atonia uterina Sofrimento fetal	Exame clínico Achados intraoperatórios	Laparotomia com histerorrafia ou histerectomia
Eclâmpsia (ou iminência de)	Hipertensão arterial Proteinúria Sinais premonitórios de eclâmpsia (cefaleia ou alteração de visão) Convulsões (eclâmpsia)	Exame clínico	Sulfato de magnésio Desfecho gestacional
Trabalho de parto prematuro	Trabalho de parto após 20 e antes de 37 semanas	Exame clínico	Tocólise Neuroproteção fetal Corticoterapia para maturação pulmonar
Prolapso de cordão umbilical	Cordão placentário palpável ao toque vaginal Bradycardia fetal	Exame físico Cardiotocografia	Cesariana imediata

Pontos-chave do capítulo

1. Gravidez ectópica rota é uma emergência ginecológica frequente e potencialmente fatal.
2. Dor pélvica súbita e sangramento em mulheres em idade fértil requer investigação urgente para descartar gravidez ectópica.
3. Eclâmpsia e iminência de eclâmpsia exigem intervenção rápida com sulfato de magnésio e controle rigoroso da pressão arterial.
4. Hemorragias na segunda metade da gestação, como descolamento prematuro de placenta, necessitam estabilização e parto imediato.
5. Prolapso de cordão é uma emergência obstétrica absoluta, demandando cesárea emergencial para evitar asfixia fetal.

Caso clínico ilustrativo

Paciente: A.D.L., 28 anos, nulípara, apresenta dor abdominal súbita e intensa, associada a síncope e palidez. Ao exame, PA 80/50 mmHg, taquicardia, abdome doloroso com sinais de irritação peritoneal. β -hCG = 2.300 mUI/mL. Ultrassonografia transvaginal revela líquido livre na cavidade abdominal, sem evidência clara de gravidez intrauterina.

Diagnóstico provável: gravidez ectópica rota com hemorragia intra-abdominal e choque hipovolêmico. Intervenção cirúrgica imediata é mandatória para controle do sangramento e preservação da vida. Destaca-se a importância de não aguardar valores elevados de β -hCG para suspeitar do diagnóstico e a necessidade de rápida estabilização hemodinâmica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACOG - American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins—Gynecology. Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstetrics & Gynecology*, v. 132, n. 5, p. e197-e207, 2018. Doi: 10.1097/AOG.0000000000002899.

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 02/05/24.

CUNNINGHAM, F.G. *et al.* *Williams Obstetrics*. 26. ed. New York: McGraw-Hill, 2022.

MUNRO, M.G. *et al.* and for the FIGO Working Group on Menstrual Disorders (2011), FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 113, p. 3-13, 2011. Doi: 10.1016/j.ijgo.2010.11.011.

PASSOS, E.P. *et al.* (org.) *Rotinas em Ginecologia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

RAMOS, J.G.L. *et al.* (org.) *Rotinas em Obstetrícia*. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2023.

REZENDE, J. & MONTENEGRO, C.A.B. *Obstetrícia Fundamental*. 15. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2023.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. 2. ed. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565493>. Acesso em: 02/05/24.