

BMJ Best Practice

Aborto espontâneo

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	5
Prevenção	8
Prevenção primária	8
Rastreamento	8
Prevenção secundária	8
Diagnóstico	9
Caso clínico	9
Abordagem passo a passo do diagnóstico	9
Fatores de risco	12
Anamnese e exame físico	15
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	18
Critérios de diagnóstico	19
Tratamento	21
Abordagem passo a passo do tratamento	21
Visão geral do tratamento	27
Opções de tratamento	30
Novidades	49
Acompanhamento	50
Recomendações	50
Complicações	50
Prognóstico	52
Diretrizes	53
Diretrizes de diagnóstico	53
Diretrizes de tratamento	53
Recursos online	55
Referências	56
Imagens	66
Aviso legal	67

Resumo

- ◇ Perda involuntária e espontânea da gestação antes de completadas 20-24 semanas (a gestação varia de acordo com o país). Ocorre em até um terço das gestações.
- ◇ É descrito como ameaça de aborto, aborto inevitável, aborto incompleto, perda gestacional ou abortamento habitual.
- ◇ A presença de dor, hipotensão, taquicardia e/ou anemia faz necessária a exclusão de um diagnóstico diferencial que apresente risco de vida, como gravidez ectópica.
- ◇ Títulos seriados da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) sérico e ultrassonografia transvaginal ajudam no diagnóstico.
- ◇ O esvaziamento clínico ou cirúrgico do útero é recomendado quando a gestação não for mais viável. Também pode ser oferecida à paciente a opção de manejo conservador, a menos que ocorra sangramento profuso, maciço e persistente.
- ◇ A experiência de um aborto espontâneo está associada a um impacto psicológico de intensidade variável em curto e/ou longo prazo.

Definição

O aborto espontâneo é uma perda involuntária e espontânea da gestação antes de completadas 20-24 semanas.[1] O limiar de gestação para a definição varia entre os países: nos EUA, geralmente são 20 semanas[2] (mas pode variar em diferentes estados), enquanto no Reino Unido, o Royal College of Obstetricians and Gynecologists define como 24 semanas.[3] Após esses diferentes cortes, a perda seria definida como um natimorto. O aborto espontâneo é geralmente associado a um sangramento vaginal não provocado, com ou sem dor suprapúbica. O termo comumente usado, aborto, é pouco popular para as mulheres que se sentem desconfortáveis com a sugestão de que o fato seja decorrente de uma tentativa intencional de interrupção da gestação.[4]

Epidemiologia

O principal sintoma de aborto espontâneo, sendo que até 30% de todas as gestações podem sofrer aborto espontâneo.[6] [7] [8] [9] [10] [11] A maioria dos casos de aborto espontâneo ocorre no primeiro trimestre e <3% no segundo trimestre.[12]

Em 2008, havia uma estimativa de 6,578,000 gestações nos EUA, o que resultou em 1,118,000 perdas fetais espontâneas.[13] Não há motivos para suspeitar que os índices gerais de abortos espontâneos sejam marcadamente diferentes em outras partes do mundo, e um estudo prospectivo de base populacional, realizado na Suécia, relatou aborto espontâneo clínico em 12% das gestações relatadas.[14] Entretanto, o índice de perdas fetais espontâneas de gestações não reconhecidas após a implantação foi estimado em até 31%.[11] Abortamentos habituais com o mesmo parceiro afetam 0.5% a 2.0% das mulheres saudáveis.[15]

Etiologia

A maioria dos abortos espontâneos ocorre no primeiro trimestre e <3% no segundo trimestre.[12] A etiologia pode ser dividida em fatores embrionários e/ou maternos, embora mais provavelmente ela seja multifatorial.

Fatores embrionários:

- A maioria dos abortos espontâneos no primeiro trimestre (6 a 12 semanas) é atribuível a doença, distúrbio ou dano embrionário primário[16]
- Até 80% dos tecidos gestacionais prematuros dos abortos espontâneos do primeiro trimestre são cromossomicamente anormais.[17] O tecido gestacional prematuro proveniente de abortamentos habituais demonstra a maior frequência das anomalias cromossômicas.[18] Embora o desvio de inativação do cromossomo X fosse considerado um fator etiológico genético específico, os estudos refutaram essa afirmação[19] [20] Um estudo mostrou que o aborto espontâneo parecia ser duas vezes mais provável em casais que possuíam uma parente de primeiro grau que tinha sofrido aborto espontâneo em comparação com aqueles que tinham uma parente de terceiro grau que havia tido aborto espontâneo. Portanto, a história familiar positiva para aborto espontâneo pode ser um fator causal para abortamento habitual; entretanto, são necessários estudos adicionais.[21]
- Malformações embrionárias, principalmente do sistema nervoso central (SNC), são frequentes em gestações que sofrem aborto espontâneo.

Fatores maternos:

- Muitos abortos espontâneos ocorridos no segundo trimestre (13^a à 22^a semana) são decorrentes de disfunção do trato genital materno ou de doença sistêmica. Sugere-se que a maioria esmagadora dos casos esteja associada a uma infecção ascendente do trato genital inferior. Se esta informação for confirmada por dados de desfechos locais e regionais, ela destacará a necessidade de uma mudança significativa nas estratégias preemptivas e preventivas.[22]
- Exposição materna a altas doses de agentes tóxicos, irradiação ou quimioterapia, endocrinopatias significativas, doenças imunológicas e infecções transplacentárias, todos esses fatores têm sido implicados.[8] A vaginose bacteriana assintomática pode ter um papel importante no aborto espontâneo do segundo trimestre.[23] [24] Grandes miomas submucosos comprometem a angiogênese embrionária precoce e a micro-hemodinâmica. A síndrome do anticorpo antifosfolípido pode estar por trás do abortamento habitual do primeiro e do segundo trimestre.[25] A incompetência, insuficiência ou fraqueza cervical é responsável pela maioria dos abortos espontâneos recorrentes do segundo trimestre. Pode ter havido parto prematuro em gestações prévias consecutivas.
- Uma análise de artigos publicados sobre medicamentos fitoterápicos/tradicionais ingeridos por gestantes constatou que alguns deles podem ter propriedades abortivas, incluindo aloe vera, limão amargo e aipo.[26] Ainda não está claro como o uso dessas substâncias, em combinação com as interações entre as substâncias e com a heterogeneidade das pacientes, pode afetar o desfecho das gestações em fase inicial. Portanto, está claro que são necessários estudos adicionais.
- Usando um modelo preditivo que incorpora exames de translucência nugal, proteína plasmática A associada à gravidez e características maternas em gestações unifetais entre a 11^a e a 14^a semana (comparando 2396 mulheres submetidas à biópsia da vilosidade coriônica com 33,856 que não realizaram esse exame, na mesma idade gestacional), o risco de aborto espontâneo aumentou em gestações resultantes de indução da ovulação, em fetos com translucência nugal elevada e em mulheres com diabetes mellitus preexistente.[27]
- A gravidade, o tratamento em curso e outros fatores de confusão de um distúrbio materno específico podem ser mais importantes que a existência da própria doença.

Na prática, as causas mais comuns de aborto espontâneo no segundo trimestre são incompetência, fraqueza ou insuficiência cervical, após procedimentos invasivos para diagnóstico fetal; infecção viral fetal transplacentária; infecção bacteriana fetal transplacentária; isoimunização rhesus intensa.

Fisiopatologia

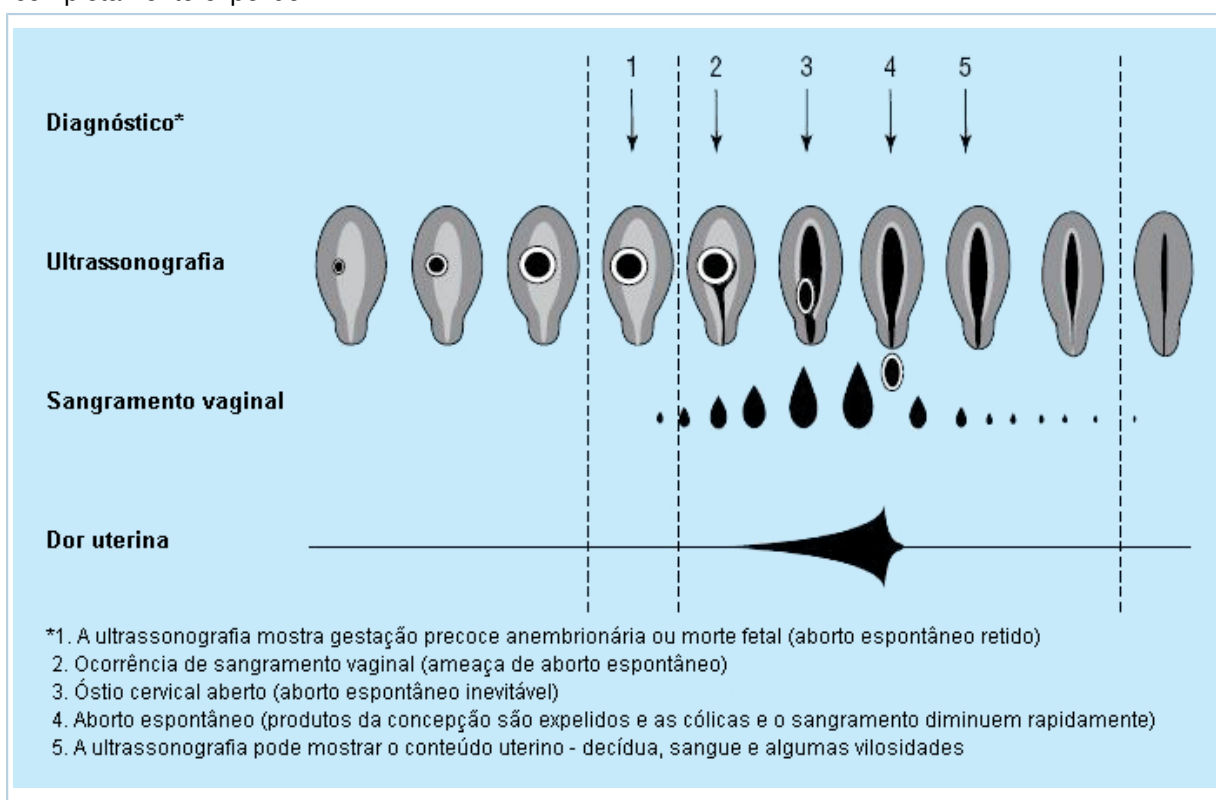
A fisiopatologia não é clara. O sangramento vaginal é originário do local da implantação da decídua ou da placenta. O início do sangramento pode ocorrer antes ou depois da morte fetal. Causas imunogênicas, hipóxicas e vasculares podem resultar em um caminho comum final de grave disfunção vilosa ou placentária, causando a morte embrionária ou fetal. Uma hipótese possível é que um sangramento local de intensidade variável acompanhe todos os abortos espontâneos, mas sua persistência é revelada, ocultada ou seguida pela morte fetal. Essa hipótese é consistente com achados de desenvolvimento vascular anormal na interface maternoembrionária.[28] [29] Também foram demonstradas disfunção local de fatores moduladores da implantação bem como anormalidades sistêmicas.[30] As 2 principais direções das pesquisas atuais parecem ser a avaliação da atividade da célula natural killer[31] e a decidualização insuficiente.[32]

Classificação

Classificação da Organização Mundial da Saúde (OMS) das etapas do aborto espontâneo[1]

Classificado nas seguintes categorias:

- Ameaça de aborto espontâneo: ameaça de aborto espontâneo na presença de sangramento vaginal não provocado, com ou sem dor na parte inferior do abdome, que ocorre em uma gestação de 20-24 semanas (a gestação depende do país) e onde a gestação pode continuar.
- Aborto espontâneo inevitável: aborto considerado inevitável quando características clínicas específicas indicam que a gestação está no processo de expulsão fisiológica do interior da cavidade uterina (a gestação não continuará e constituirá aborto espontâneo incompleto ou completo).
- Aborto espontâneo incompleto: aborto espontâneo no qual o tecido gestacional prematuro é parcialmente expelido. É possível que muitos abortos espontâneos incompletos sejam resultado da falta de reconhecimento de abortos espontâneos não identificados.
- Aborto espontâneo completo: aborto espontâneo no qual o tecido gestacional prematuro é completamente expelido.



Evolução natural do aborto espontâneo

De: Ankum WM, Wieringa-de Ward M, Bindels PJE. *BMJ*,2001;322:1343-6.

Outros tipos de aborto espontâneo

Aborto espontâneo não identificado (morte embrionária/fetal precoce):[5]

- Aborto espontâneo com aspectos ultrassonográficos consistentes com uma gestação inviável ou impossível de prosseguir, mesmo na ausência de achados clínicos. O aborto espontâneo não identificado geralmente é um achado incidental, pois raramente há uma indicação de que algo

está errado com a gestação. Algumas mulheres mencionam um corrimento vaginal transitório e/ou amarronzado ou uma vaga redução nos sintomas de início de gravidez.

Abortamento habitual:[3]

- A perda espontânea de ≥ 3 gestações consecutivas antes de completadas 20-24 semanas (a gestação depende do país) é considerada abortamento habitual.

Prevenção primária

Na mulher saudável que se encontra em sua primeira gestação, não existem estratégias conhecidas para a prevenção de um aborto espontâneo. Na mulher que se encontra em sua primeira gestação que apresenta distúrbios clínicos, cirúrgicos ou outros problemas significativos relacionados, o conceito de prevenção de aborto espontâneo é de difícil definição. Campanhas educativas de saúde podem reduzir as exposições prejudiciais maternas e o risco de aborto espontâneo.[57] Não existem evidências suficientes que comprovem que a ingestão de vitaminas ou o repouso no leito no início da gestação ajudem a prevenir o aborto espontâneo, a natimortalidade ou outros desfechos para a mãe e o bebê. No entanto, uma revisão Cochrane demonstrou que mulheres recebendo polivitamínicos associados a suplementação com ferro e ácido fólico apresentaram um risco reduzido de natimortalidade em comparação com as mulheres recebendo apenas suplementação com ferro e ácido fólico.[58] [59]

Rastreamento

Embora não haja rastreamento específico para aborto espontâneo em mulheres em idade reprodutiva, mulheres que sofreram abortamento habitual são investigadas para identificar possíveis fatores que contribuíram. Apesar da frequência epidemiologicamente elevada de aneuploidia fetal e de perda gestacional precoce em mulheres em idade materna avançada, o rastreamento genético pré-implantação não é rotineiramente recomendado.[82]

Um estudo relatou um modelo multivariado de prognóstico para ameaça de aborto espontâneo, que sugere que uma combinação de características maternas e achados na ultrassonografia pode ser usada para prever o aborto espontâneo no início da gestação. Constatou-se que o risco de aborto espontâneo é maior em mulheres de etnia africana, fumantes e que apresentam sangramento vaginal. Esse risco foi mais elevado com o aumento da idade materna e do diâmetro do saco vitelino. Constatou-se que o risco estava inversamente relacionado ao comprimento craniocaudal do embrião, à frequência cardíaca fetal e ao diâmetro do saco gestacional. Foi mostrado uma taxa de 45% de detecção de aborto espontâneo no rastreamento por sangramento vaginal. Essa taxa aumentou para 53% com a adição de fatores da história materna e para 85.7% com a adição de achados de ultrassonografia.[83]

Prevenção secundária

A frequência de abortamentos habituais pode ser modificada, mas a afecção pode não ser previsível.

A triagem genética pré-implantação tem o potencial de possivelmente reduzir o aborto espontâneo,[141] especialmente se a causa do aborto recorrente parece ser cromossômica em etiologia. Esse procedimento também pode ser útil em pacientes mais velhas, em gestações decorrentes de concepção assistida ou depois de anomalias cromossômicas estabelecidas em um produto de concepção recente ou em um bebê.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher de 32 anos foi submetida a ultrassonografia, que confirmou uma gravidez de gêmeos, estando na 10ª semana de gestação. Ela estava tentando engravidar nos últimos 5 anos, mas não se submeteu a qualquer tratamento de subfertilidade. Ao voltar para casa, percebeu sangramento vaginal vermelho vivo. Ela não sente dor. Ela não apresenta tontura postural.

Caso clínico #2

Uma família comparece à ultrassonografia da 12ª semana. A parteira que está realizando a ultrassonografia se mostra preocupada durante o exame e solicita uma segunda opinião. O segundo operador presente analisa o exame de ultrassonografia e confirma a ausência de atividade cardíaca visível no embrião.

Outras apresentações

Algumas mulheres podem se queixar de dor no abdome inferior ou lombalgia associada a sangramento vaginal, mas, na maioria das pacientes, é um evento indolor. Algumas pacientes podem relacionar o início dos sintomas a um evento com relação temporal (por exemplo, uma queda, um trauma contuso abdômino-pélvico, um resfriado ou algum medicamento). Pode, ocasionalmente, suceder um exame com espéculo. Algumas mulheres mencionam um corrimento vaginal amarronzado ou turvo nos dias ou semanas anteriores. Pode ter havido confirmação de gravidez dias ou semanas antes ou pode não ter havido sequer suspeita.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os componentes críticos do diagnóstico do aborto espontâneo são a obtenção de uma história detalhada, a administração de títulos seriados de gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) e uma ultrassonografia transvaginal.

História

Os fatores de risco essenciais incluem idade materna avançada, malformação uterina, vaginose bacteriana e trombofilias. Devem ser obtidos resultados recentes de testes de gravidez urinários e história de uso de contraceptivos. O diagnóstico da gravidez pode precisar de reconfirmação, pois alguns kits de testes de gravidez podem apresentar sensibilidade questionável. Uma lembrança cronológica de eventos gestacionais desde o início e uma história de sangramento pós-coito, além de sintomas recentes, podem ajudar a caracterizar um diagnóstico preliminar. A maioria das mulheres suspeita ter sofrido um aborto após expelir um coágulo sanguíneo atípico. Um aumento na intensidade do sangramento vaginal, no entanto, é um sinal de prognóstico desfavorável. Em alguns casos, o sangramento vaginal, o desconforto pélvico e os sintomas de gestação precoce diminuem após a passagem do tecido gestacional prematuro. Isso é sugestivo de aborto espontâneo não identificado.

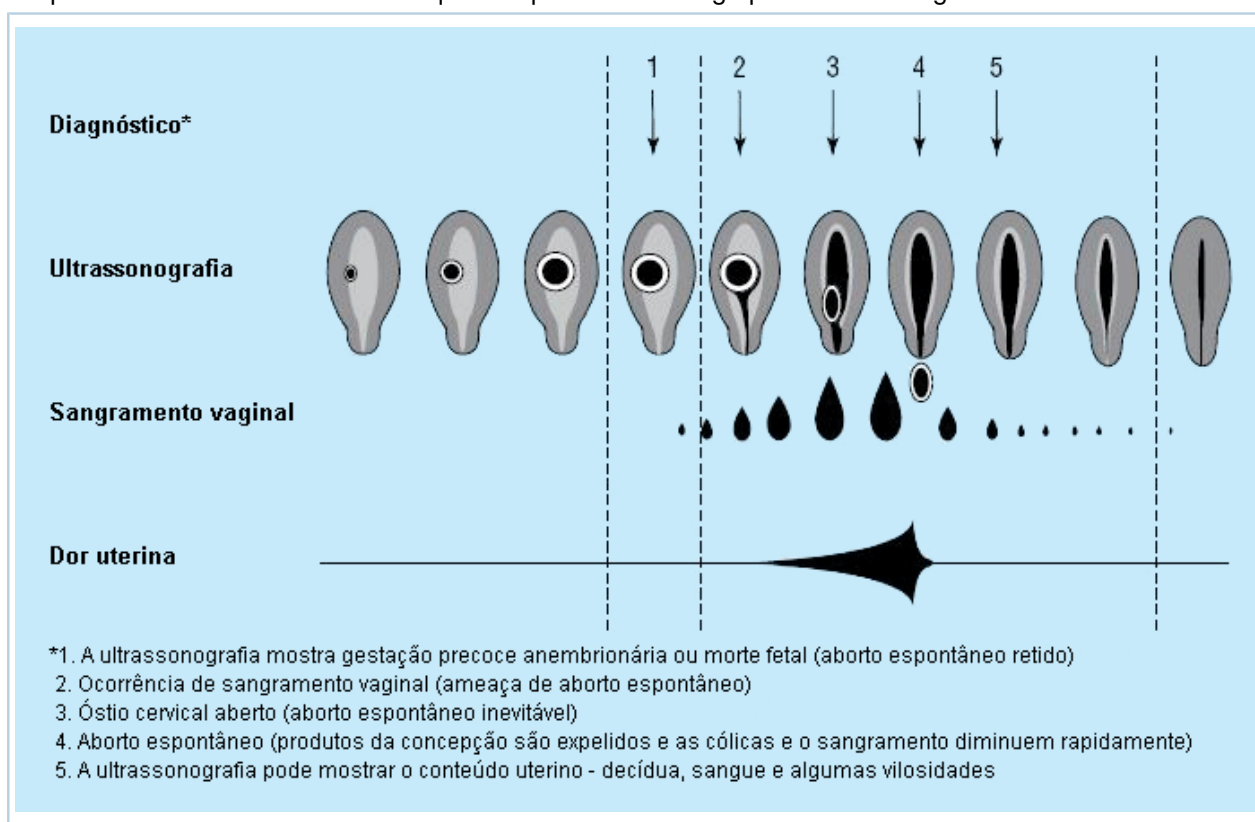
Sempre é importante descartar uma gravidez ectópica, principalmente quando a dor pélvica, suprapúbica ou inguinal for um sintoma e estiver associada a sintomas cardiovasculares, crises de desmaio e/ou anemia inexplicada. Sintomas de início de gestação mais marcantes que o normal devem alertar na direção de uma gravidez molar ou múltipla.

Trauma (por exemplo, acidente com veículo automotor) é incomum durante a gestação; entretanto, o aumento da gravidade do trauma abdômino-pélvico causa risco elevado de perda fetal. É necessário cuidado ao apurar esse fato da história, em virtude da possibilidade de implicações médico-legais. É pouco provável uma relação causa-efeito após um traumatismo contuso recente acidental ou intencional, se este não resultar em hipoperfusão uterina ou hipotensão materna.[60]

Achados físicos

A maioria das mulheres se sente bem, mas fica compreensivelmente ansiosa acerca da possibilidade de perda da gravidez. Toda paciente que parecer doente pode ter sofrido um sangramento vaginal ou intra-abdominal significativo. Um exame cardiovascular, incluindo avaliação da perfusão periférica, ajudará a identificar a paciente pálida com taquicardia, hipotensão e dispneia como tendo gravidez ectópica. A avaliação abdômino-pélvica revelará o tamanho de uma massa suprapúbica que pode se correlacionar com a idade gestacional ou chamar a atenção para outras lesões simultâneas. O exame do períneo pode identificar lesões locais no exterior da vagina responsáveis pelo sangramento.

O exame vaginal com espéculo pode revelar tecido gestacional prematuro na parte superior da vagina ou com protrusão na abertura do óstio cervical. Ele também pode revelar lesões, como ectrópio, um pólipó cervical ou, muito raramente, uma laceração inesperada do trato genital, que podem ser responsáveis pelo sangramento. A inserção de um espéculo não altera o resultado da gravidez em curto prazo,[61] e os pacientes devem ter certeza de que o espéculo não chega perto do tecido gestacional.



Evolução natural do aborto espontâneo

De: Ankum WM, Wieringa-de Ward M, Bindels PJE. BMJ,2001;322:1343-6.

Investigações imediatas

Títulos de beta-hCG:

- Durante a gestação, os títulos de 25 unidades internacionais (UI)/L (25 mUI/mL) se correlacionam com um teste de gravidez urinário positivo; espera-se que os títulos sejam aumentados por um fator de 1.66 (relação entre a beta-hCG em 48 horas e a beta-hCG em 0 horas) a cada 48 horas até o fim do primeiro trimestre.
- Baixos níveis estão associados a uma eventual perda gestacional, mesmo depois da demonstração de pulsações cardíacas fetais.[62] Entretanto, nem sempre é possível visualizar uma gestação intrauterina no início com níveis séricos de beta-hCG abaixo de 1500 UI/L (1500 mUI/mL).[63] Em até 19% das pacientes, contudo, uma elevação "subideal" nos títulos de beta-hCG pode estar associada a uma gestação viável.[64]
- Uma queda na concentração sérica de hCG de mais de 50% após 48 horas acompanhada de dor e sangramento é sugestiva de interrupção da gestação.
- Diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido recomendam que mulheres com uma alteração na concentração sérica de hCG entre uma queda de 50% e uma elevação de 63%, inclusive, devem ser encaminhadas para revisão clínica no serviço de avaliação precoce da gestação nas 24 horas seguintes.[65]
- É recomendável uma análise clínica em até 24 horas caso haja uma alteração entre uma diminuição de 50% e um aumento de 63% no título de beta-hCG sérica.[65]
- Constatou-se que um ensaio combinado de beta-hCG sérica e progesterona sérica tem um valor preditivo de 85.7% para perda gestacional inevitável.[66] Se for validada em ensaios clínicos mais extensos, essa ferramenta pode ser útil na triagem de pacientes, no planejamento do acompanhamento e no aconselhamento à paciente.

Ultrassonografia transvaginal (USTV):

- Investigação essencial no diagnóstico de aborto espontâneo, caso o título de beta-hCG seja >1500 UI/L (1500 mUI/mL).[63] [67]
- Ajuda a diferenciar entre aborto espontâneo completo ou incompleto.
- A maioria dos abortos espontâneos não identificados é encontrada inesperadamente durante USTV de rotina ou planejada em pacientes de alto risco.
- Os valores de corte atuais para diâmetro médio do saco gestacional e comprimento craniocaudal do embrião, que são usados para diagnosticar aborto espontâneo, podem ser potencialmente inseguros, pois existe uma variação significativa nesses valores.[68] Um aborto espontâneo deve ser considerado quando, na ultrassonografia transvaginal, o saco gestacional estiver vazio, tiver um diâmetro médio de 25 mm ou mais e não tiver saco vitelino visível. O aborto também é provável quando o comprimento craniocaudal do embrião medir 7 mm ou mais, sem atividade cardíaca fetal óbvia.[69] Um estudo criado para validar o desempenho desses valores de corte constatou que eles não são muito conservadores, mas não levam em consideração a idade gestacional. Não há orientações sobre como relacionar a idade gestacional aos achados de ultrassonografia e um possível diagnóstico de aborto espontâneo.[70] Se houver qualquer incerteza quanto à viabilidade de uma gestação, recomenda-se manejo conservador e ultrassonografia pelo menos 7 dias depois, devido ao risco real de esvaziamento uterino inadvertido de uma gestação desejada. É importante informar às mulheres que o diagnóstico de aborto espontâneo baseado em uma ultrassonografia não é 100% preciso, e a chance de um diagnóstico incorreto é maior na idade gestacional mais precoce.[65]

Exame transabdominal:[65]

- Pode ser considerado para mulheres com um útero aumentado ou outra patologia pélvica (por exemplo, miomas ou cisto ovariano).
- No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence recomenda que, se não houver batimento cardíaco visível no exame transabdominal, o comprimento craniocaudal precisa ser registrado e um segundo exame deve ser realizado no mínimo 14 dias após o primeiro antes do diagnóstico.

Progesterona sérica:

- Em pacientes sintomáticas com achados ultrassonográficos inconclusivos, um nível de progesterona sérica único pode ser útil. Um título variando entre 3.2 e 6.0 ng/mL prevê uma gestação inviável com uma sensibilidade combinada de 74.5% e uma especificidade de 98.4%. [71]

Ferramenta de pontuação para prever a viabilidade de uma gestação:

- Foi proposto o uso de uma simples ferramenta de pontuação para prever a viabilidade de uma gestação, e se a mesma sobreviverá além do primeiro trimestre. [72] Os fatores pontuados nessa ferramenta são:
 - a presença de atividade cardíaca fetal na ultrassonografia;
 - o tamanho do saco vitelino;
 - a idade materna;
 - a idade gestacional;
 - o índice de sangramento; e
 - o diâmetro médio do saco gestacional.
- Ao ser aplicada a 1435 pacientes, a ferramenta de pontuação funcionou com sensibilidade de 92% e especificidade de 73%.

Investigações sobre abortamento habitual

A maioria dos abortamentos habituais não tem explicação. As investigações que podem ser consideradas nessas pacientes incluem: [3] [73]

- Anticorpos anticardiolipina anticoagulante lúpica e anticorpos antibeta 2 glicoproteína 1 para síndrome antifosfolipídica
- Ultrassonografia pélvica para identificar anormalidades estruturais uterinas congênitas ou adquiridas
- A análise citogenética deve ser realizada em produtos de concepção do terceiro e subsequente aborto(s) espontâneo(s) consecutivo(s). A cariotipagem parenteral do sangue periférico de ambos os parceiros deve ser realizada em casais com abortos recorrentes, quando o teste de produtos da concepção relata uma anormalidade cromossômica estrutural desequilibrada. [74]

Fatores de risco

Fortes

idade avançada

- Risco oito vezes mais elevado em mulheres com idade ≥ 45 anos, em comparação com mulheres entre 20 e 24 anos.[33]
- O aumento da idade tanto do pai como da mãe também aumenta o risco.[34]
- A idade materna avançada também parece estar intimamente associada à ocorrência de trissomia, identificada nos abortos espontâneos. Até 60% de todos os abortos espontâneos são atribuíveis a anormalidades cromossômicas.[35]

malformação uterina

- Malformações uterinas congênitas em mulheres podem acarretar aborto espontâneo prematuro, dependendo da gravidade e da presença de patologia cromossômica, vascular ou endócrina associada.[36]
- Distorção estrutural adquirida com grandes miomas submucosos também pode causar perda gestacional. Uma revisão sistemática descobriu que a miomectomia para miomas que distorcem a cavidade pode reduzir o risco de perda precoce da gestação.[37]

vaginose bacteriana

- A vaginose bacteriana assintomática pode desempenhar um papel importante no aborto espontâneo do segundo trimestre.[23] [24]

trombofilia

- A hiper-homocisteinemia é um fator de risco para abortamento habitual.[38]
- A presença de anticorpos anticardiolipina acarreta um risco 3 a 9 vezes mais elevado de perda fetal em gestações de baixo risco.[25] Mulheres com história de pelo menos 3 abortos espontâneos prévios sem anormalidade a não ser a presença de anticorpos antifosfolípidos provavelmente sofrerão um aborto espontâneo, no futuro.[25]

anomalia cromossômica parental

- Em aproximadamente 2% a 5% dos casais que apresentam abortamento habitual, um dos dois é portador de uma anomalia cromossômica estrutural equilibrada (mais comumente, uma translocação robertsoniana ou recíproca equilibrada).[3]

Fracos

aborto espontâneo/induzido prévio

- As consequências do aborto induzido sobre o risco subsequente de aborto espontâneo não são claras; um estudo demonstrou aumento do risco.[39] O risco é menos provável se o esvaziamento uterino for clínico, em vez de cirúrgico.[40]
- O abortamento habitual da gestação afeta 1% dos casais que tentam conceber.[3]

infertilidade/concepção assistida

- A causa permanece obscura.[41] [42]
- Fetos com defeitos cromossômicos podem ocorrer como resultado de fertilização por espermatozoides portadores de cromossomos anormais.[43]

anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs)

- Foi relatado o risco elevado de aborto espontâneo após o uso de AINE, com uma associação consistentemente positiva com uso nas semanas anteriores ao aborto.[44] [45]
- Entretanto, não está claro se o uso de AINE ou a indicação primária para o uso de AINE é o fator de risco.

caféina

- Os efeitos da cafeína no início da gestação estão sujeitos a muitos fatores de confusão, em vista do uso disseminado.[46]
- Estudos chegaram a conclusões diferentes. O estudo de um caso controle revelou que o risco associado à cafeína é proporcional à quantidade diária ingerida, e o tabagismo concomitante parece ter um efeito protetor.[47] Entretanto, um estudo prospectivo encontrou poucas evidências com relação a esse fato.[48]
- Uma metanálise de 14 estudos concluiu que cada xícara adicional de café por dia (aproximadamente 100 mg/dia de ingestão de cafeína) estava associada a um risco 7% maior de perda de gestação (IC de 95% 3% a 12%). No entanto, os autores reconheceram que os resultados podem ter sido afetados pelo confundimento residual devido ao ajuste incompleto do tabagismo e sintomas de gestação em alguns dos estudos.[49]

bebidas alcoólicas

- Admite-se que o consumo de bebidas alcoólicas não seja seguro na gestação. Entretanto, não foi relatado qualquer efeito significativo consistente sobre o aborto espontâneo.[50] Um estudo demonstrou a não ocorrência de risco elevado em mulheres que consumiram 1 a 13 unidades de bebidas alcoólicas por semana.[51]

tabagismo

- O risco é maior nas mães que apresentam história atual de tabagismo que história prévia e um possível efeito dose-resposta.[52]
- A união de pais fumantes compulsivos e mães não fumantes também aumenta o risco de perda de gestação precoce.[53]

sobrepeso/obesidade

- O papel da obesidade na saúde reprodutiva está se tornando cada vez mais claro. A razão de chances (RC) para o risco de aborto espontâneo prematuro é significativamente mais elevada entre pacientes obesas (RC = 1.2 para aborto espontâneo precoce e RC = 3.5 para abortos recorrentes precoces).[54]

disfunção tireoidiana

- A diretriz de práticas clínicas da Endocrine Society sugere uma incidência elevada de abortos espontâneos na presença de hipotireoidismo da doença tireoidiana autoimune materna,[55] embora o rastreamento universal para doença tireoidiana na gestação ainda não tenha o suporte de estudos adequados. Um estudo mostrou que as taxas de abortos espontâneos são mais elevadas em gestantes não tratadas que apresentam anticorpos antitireoperoxidase.[56] Entretanto, a boa prática clínica deverá garantir um estado materno eutireóideo periconcepcional.

diabetes mellitus

- Diabetes mal controlado com HbA1c elevada no primeiro trimestre está associado a aborto espontâneo e anomalias estruturais fetais.[3]

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco essenciais incluem idade materna avançada, malformação uterina, vaginose bacteriana e trombofilias.

sangramento vaginal com ou sem coágulos (comum)

- Pacientes com idade materna avançada, parto prematuro prévio, múltiplas interrupções prévias ou múltiplos abortos espontâneos prévios relatam sangramento vaginal mais intenso nos 2 primeiros trimestres de gestação que pacientes sem essas histórias.[75]
- A perda gestacional no primeiro trimestre é 18 vezes maior em pacientes que têm sangramento moderado a severo que em pacientes que não apresentam sangramento.[76]

Outros fatores de diagnóstico

dor suprapúbica (comum)

- Desconforto em cólica pode significar o processo de expulsão do feto.
- Dor sem sangramento vaginal não sugere um aborto espontâneo (mas pode ser sugestivo de gravidez ectópica).

lombalgia (comum)

- Sintoma inespecífico em pacientes com aborto espontâneo.

sangramento pós-coito recente (comum)

- A probabilidade de aborto espontâneo dobra em mulheres entre 18 e 55 anos que relatam sangramento após o intercuro sexual durante a gestação.[77]

anormalidade estrutural uterina (incomum)

- Miomas submucosos coexistentes com uma gestação em curso podem aumentar o risco de sangramento, embora o risco seja superestimado.[78]

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
teste de gravidez na urina <ul style="list-style-type: none"> • Confirma a gestação, embora se saiba que os resultados possam ser falso-negativos, dependendo do kit usado. 	positiva

Exame	Resultado
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Pode indicar o grau de sangramento e a provável necessidade de transfusão. 	hemoglobina baixa ou normal
tipagem sanguínea para grupo RH <ul style="list-style-type: none"> • Indica a necessidade de administração da imunoglobulina anti-D. 	identifica o grupo sanguíneo Rh negativo na mãe, se presente
títulos de beta-hCG <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar se houver incerteza sobre o status do aborto espontâneo. • Uma queda de >50% em 48 horas é sugestiva de interrupção da gestação. • Podem ser positivos em até 21 dias após um aborto espontâneo completo. • Constatou-se que um ensaio combinado de beta-hCG sérica e progesterona sérica tem um valor preditivo de 85.7% para perda gestacional inevitável.[66] Se for validada em ensaios clínicos mais extensos, essa ferramenta pode ser útil na triagem de pacientes, no planejamento do acompanhamento e no aconselhamento à paciente. 	títulos em queda indicam interrupção da gestação
ultrassonografia transvaginal <ul style="list-style-type: none"> • Diferencia entre os estágios distintos e os tipos de aborto espontâneo. • Específico, relativamente prognóstico e exclui outros diagnósticos diferenciais de aborto espontâneo. • Os valores de corte atuais para diâmetro médio do saco gestacional e comprimento craniocaudal do embrião, que são usados para diagnosticar aborto espontâneo, podem ser potencialmente inseguros, pois existe uma variação significativa nesses valores.[68] Um aborto espontâneo deve ser considerado quando a ultrassonografia transvaginal revela um saco gestacional com diâmetro médio ≥ 25 mm sem saco vitelino ou polo fetal visível. O aborto também é provável quando o comprimento craniocaudal do embrião medir 7 mm ou mais, sem atividade cardíaca fetal óbvia.[69] Um estudo criado para validar o desempenho desses valores de corte constatou que eles não são muito conservadores, mas não levam em consideração a idade gestacional. Não há orientações sobre como relacionar a idade gestacional aos achados de ultrassonografia e um possível diagnóstico de aborto espontâneo.[70] Se houver qualquer incerteza quanto à viabilidade de uma gestação, recomenda-se manejo conservador e ultrassonografia realizada no mínimo 7 dias depois, por conta do risco real de esvaziamento uterino inadvertido de uma gestação desejada. 	confirma a viabilidade da gestação

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
ultrassonografia transabdominal <ul style="list-style-type: none"> Considerada para mulheres com um útero aumentado ou outra patologia pélvica (por exemplo, miomas ou cisto ovariano). No Reino Unido, o National Institute for Health and Care Excellence recomenda que, se não houver batimento cardíaco visível no exame transabdominal, o comprimento craniocaudal precisa ser registrado e um segundo exame deve ser realizado no mínimo 14 dias após o primeiro antes do diagnóstico.[65] 	confirma a viabilidade da gestação
progesterona sérica <ul style="list-style-type: none"> Pode ser solicitada se os achados ultrassonográficos forem inconclusivos em um paciente sintomático. Um único título de progesterona sérica variando entre 3.2 e 6.0 ng/mL prevê uma gestação inviável com uma sensibilidade combinada de 74.5% e uma especificidade de 98.4%. [71] 	títulos baixos indicam uma gestação inviável
anticoagulante lúpico/anticorpos anticardiolipina <ul style="list-style-type: none"> Considerar em abortamentos habituais. A presença de anticorpos anticardiolipina acarreta um risco 3 a 9 vezes mais elevado de perda fetal em gestações de baixo risco.[25] Mulheres com história de pelo menos 3 abortos espontâneos prévios sem anormalidade a não ser a presença de anticorpos antifosfolídeos provavelmente sofrerão um aborto espontâneo, no futuro. 	identificam síndrome antifosfolípida
ultrassonografia pélvica <ul style="list-style-type: none"> Malformações congênitas podem acarretar aborto espontâneo prematuro, dependendo da gravidade e da presença de patologia cromossômica, vascular ou endócrina associada.[36] Distorção estrutural adquirida com grandes miomas submucosos também pode causar perda gestacional. 	anormalidades uterinas estruturais congênitas ou adquiridas; síndrome do ovário policístico
análise citogenética em produtos de concepção <ul style="list-style-type: none"> Considerar no terceiro e subsequentes abortos espontâneos consecutivos.[3] 	anormalidades cromossômicas/genéticas
cariótipo parental <ul style="list-style-type: none"> Considere em abortos recorrentes quando o teste de produtos da concepção relata uma anormalidade cromossômica estrutural desequilibrada.[3] 	anormalidades cromossômicas/genéticas
swab vaginal <ul style="list-style-type: none"> A vaginose bacteriana assintomática pode desempenhar um papel importante no aborto espontâneo do segundo trimestre.[23] [24] 	vaginose bacteriana

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Gravidez ectópica/ gravidez heterotópica	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas atípicos que podem passar despercebidos incluem dor suprapúbica ou na fossa ilíaca, palidez inexplicada, taquicardia ou síncope. Sensibilidade anexial ou achados sugestivos de hemoperitônio são achados positivos no exame. Uma gravidez intrauterina precoce pode coexistir com uma gravidez ectópica. 	<ul style="list-style-type: none"> A ultrassonografia transvaginal é diagnóstica, dependendo do local da gravidez extrauterina e do índice de suspeita. Medições em série da gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) sérica e uma única medição de progesterona podem ajudar a fazer a distinção entre gestação precoce de prognóstico desfavorável e gestação ectópica.[79] O exame revela uma cavidade uterina vazia, uma massa anexial complexa ou cística com ou sem líquido livre na bolsa de Douglas. Em caso de dúvida, a laparoscopia pode confirmar o diagnóstico e mostrar uma tuba uterina distendida, rompida ou hemorrágica, ou outro local de gestação extrauterina.
Mola hidatiforme	<ul style="list-style-type: none"> O tamanho do útero é muito maior que o esperado para a idade gestacional. Os sintomas de gravidez são marcantes. Muito raramente, a paciente pode ter expelido um volume de tecido molar com aparência de uva. 	<ul style="list-style-type: none"> A ultrassonografia transvaginal pode revelar a clássica aparência de tempestade de neve.
Mola hidatiforme parcial	<ul style="list-style-type: none"> O tamanho do útero é muito maior que o esperado para a idade gestacional. Os sintomas de gravidez são marcantes. 	<ul style="list-style-type: none"> A ultrassonografia pode mostrar um feto, com uma placenta extensa, mas de aparência incomum.
Cistite	<ul style="list-style-type: none"> Dor suprapúbica com disúria e febre. Algumas pacientes podem apresentar hematúria. 	<ul style="list-style-type: none"> A microscopia e a cultura de urina confirmam o possível diagnóstico.
Gravidez coexistente com sangramento de pólio cervical/grande ectrópio	<ul style="list-style-type: none"> A suspeita surge a partir da aparência da ectocérvice no exame com espéculo. 	<ul style="list-style-type: none"> Confirmada após ultrassonografia ou por avulsão espontânea do pólio.

Critérios de diagnóstico

Visão geral dos eventos de perda gestacional mais comuns e dos achados de ultrassonografia[80]

Perda gestacional bioquímica:

- Gestação típica <6 semanas
- Nenhuma atividade fetal detectada
- Gestação não localizada na ultrassonografia
- Os níveis de gonadotrofina coriônica humana (beta-hCG) estão baixos e, em seguida, diminuem.

Perda gestacional precoce:

- Gestação tipicamente entre 6 e 8 semanas
- Nenhuma atividade fetal detectada
- Saco vazio ou aumentado com estruturas mínimas sem atividade cardíaca fetal
- Os níveis de beta-hCG mostram uma elevação inicial e, em seguida, diminuem.

Perda gestacional tardia:

- Gestação típica >12 semanas
- Perda de atividade cardíaca fetal
- Comprimento craniocaudal e atividade cardíaca fetal previamente identificados

Critérios de diagnóstico ultrassonográficos para aborto espontâneo inviável[69]

Aborto espontâneo completo:

- Ausência de saco gestacional intrauterino e de massa ovariana ou tubária
- Nenhuma evidência de tecido gestacional precoce no útero
- Uma sombra heterogênea no interior da cavidade uterina <15 mm de seção longitudinal.

Observe que, mulheres com características de ultrassonografia que sugerem aborto espontâneo completo, se não houver ultrassonografias prévias que documentem a presença de uma gestação intrauterina, devem ser tratadas como tendo uma gestação de localização desconhecida e serão solicitadas a verificar os níveis séricos de hCG para verificar a resolução da gestação.

Aborto espontâneo incompleto:

- Ausência de saco gestacional intrauterino e de massa ovariana ou tubária
- Tecido gestacional prematuro expelido, porém mais produtos observados no útero.

Aborto espontâneo não identificado:

- Esvaziamento do saco gestacional intrauterino com ≥ 25 mm ou ausência de aumento do tamanho do saco gestacional em dois exames de ultrassonografia realizados com intervalo de 7 a 10 dias (ultrassonografia transvaginal [USTV])
- Comprimento craniocaudal de ≥ 7 mm sem batimentos cardíacos fetais.

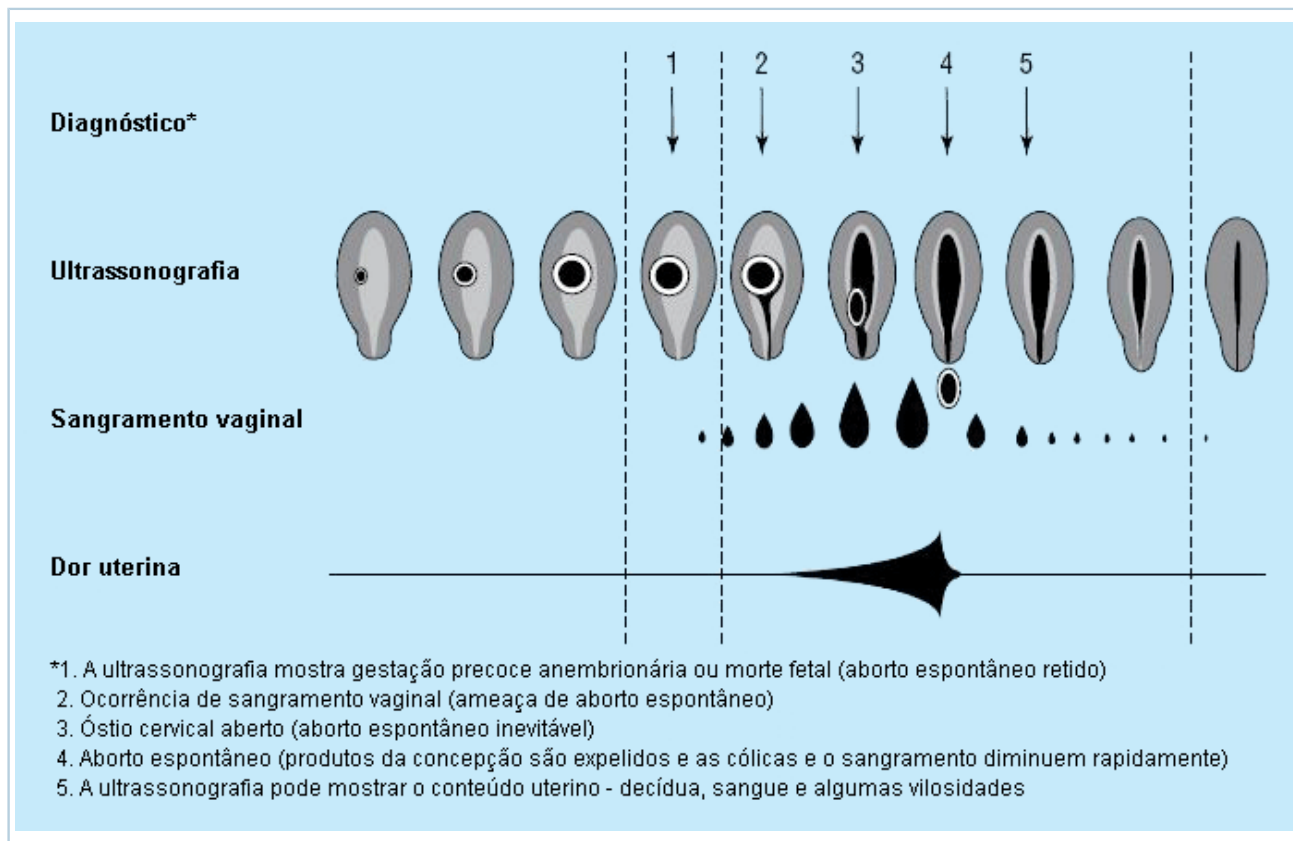
Embora os critérios de diagnóstico sejam específicos, eles nem sempre são conclusivos em situações como um achado pré-evento de frequência cardíaca fetal <120 batimentos por minuto.[81]

O diagnóstico de aborto espontâneo baseado em um exame de ultrassonografia não pode ser garantido como preciso, especialmente se for uma idade de gestação muito precoce. O National Institute for Health and Care Excellence do Reino Unido oferece essa orientação sobre o acompanhamento de uma ultrassonografia:[65]

- Se o comprimento craniocaudal for <7 mm em uma USTV e não houver batimento cardíaco visível, um segundo exame deve ser realizado no mínimo 7 dias após o primeiro antes do diagnóstico. Exames adicionais podem ser necessários antes que um diagnóstico possa ser confirmado
- Se o comprimento craniocaudal for ≥ 7 mm em uma USTV e não houver batimento cardíaco visível, busque uma segunda opinião sobre a viabilidade da gestação e/ou realize um segundo exame no mínimo 7 dias após o primeiro antes do diagnóstico
- Se o diâmetro médio do saco gestacional for <25 mm em uma USTV e não houver polo fetal visível, um segundo exame deve ser realizado no mínimo 7 dias após o primeiro antes do diagnóstico. Exames adicionais podem ser necessários antes que um diagnóstico possa ser realizado
- Se o diâmetro médio do saco gestacional for ≥ 25 mm na USTV e não houver polo fetal visível, busque uma segunda opinião sobre a viabilidade da gestação e/ou realize um segundo exame no mínimo 7 dias após o primeiro antes do diagnóstico
- Se uma USTV for usada (por exemplo, para mulheres com útero aumentado ou outra patologia pélvica), um segundo exame deve ser repetido no mínimo 14 dias após o primeiro.

Abordagem passo a passo do tratamento

O sangramento vaginal na gestação deve ser observado como um evento clínico contínuo, pois a maioria das mulheres que sofre sangramento vaginal espontâneo na primeira metade da gravidez mantém a gestação sem qualquer outra complicação. Os principais objetivos do tratamento visam ajudar a mulher (ou o casal) a entender o problema, aconselhar sobre o manejo e oferecer acompanhamento independente do desfecho. Tratamento sintomático é necessário.



Evolução natural do aborto espontâneo

De: Ankum WM, Wieringa-de Ward M, Bindels PJE. BMJ,2001;322:1343-6.

Tratamento inicial

O manejo é mais bem executado em uma unidade com experiência no manejo de complicações no início da gestação.[9] [12] [84] Em mulheres com sangramento vaginal intenso, os cuidados imediatos incluem o estabelecimento de acesso venoso e monitoramento dos sinais vitais e equilíbrio hídrico. Deve-se enviar sangue para tipagem e prova cruzada, incluindo a identificação de mães com tipagem sanguínea para grupo RH negativo. Considere a solicitação de hemocultura se a paciente estiver febril. Pacientes com sangramento vaginal intenso e/ou hipotensão podem precisar de um cateter urinário para monitorar o débito urinário. Elas também podem estar anêmicas, necessitando de correção e monitoramento contínuo. A identificação e o tratamento adequado devem ser realizados caso ocorram distúrbios clínicos comórbidos. A analgesia é obrigatória na presença de dor e desconforto, embora seja melhor evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs).

Ameaça de aborto espontâneo

Não existe tratamento específico baseado em evidências para ameaça de aborto espontâneo.[85] As pacientes são tratadas de maneira conservadora com tratamento sintomático da dor, na esperança de

que não haja progressão para aborto espontâneo inevitável. As gestações que prosseguem exigem um acompanhamento mais rigoroso, concentrado na vigilância do feto.[86] As pacientes devem receber a garantia de que muitas gestações têm um desfecho satisfatório após uma ameaça de aborto espontâneo. Elas devem ser informadas de que, se o sangramento piorar, ou persistir por mais de 14 dias, precisam retornar para avaliação adicional.[3]

Aborto espontâneo inevitável/incompleto/não identificado

Tecido gestacional prematuro visualizado na vagina ou no óstio cervical:

- A presença de tecido gestacional prematuro no interior do canal cervical dilatado pode desencadear um reflexo vasovagal. Isso pode ser acompanhado por sangramento vaginal significativo, desconforto ou dor pélvica e sensação de desmaio ou por uma sensação de preenchimento no interior da vagina.
- A remoção imediata do tecido gestacional prematuro com os dedos ou com um fórceps estéril em formato oval ou provido de esponja deve ser realizada se o tecido for observado na parte superior da vagina ou no canal cervical. Ocorrerá pouco sangramento, pois a cavidade uterina está vazia e a paciente está se recuperando.
- Mulheres com sangramento vaginal intenso ou as que continuam a apresentar sangramento após o esvaziamento uterino manual devem receber misoprostol, um análogo de prostaglandina, mesmo se o tecido gestacional prematuro tiver sido removido da parte superior da vagina ou do canal cervical. Esse procedimento ajudará o esvaziamento completo da cavidade uterina.[87]

Tecido gestacional prematuro não visualizado na vagina ou no óstio cervical:

- Prefere-se a ultrassonografia para confirmar perda gestacional precoce.[88]
- A intensidade do sangramento e a espessura da sombra no interior da cavidade uterina visualizada na ultrassonografia influenciam a escolha do manejo: conservador, clínico (com um análogo de prostaglandina, o misoprostol) ou o esvaziamento cirúrgico do tecido gestacional prematuro remanescente.[89] [90] O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda que a intervenção cirúrgica não é necessária em mulheres assintomáticas que apresentam espessamento da faixa endometrial após tratamento de perda gestacional.[88]
- Quando o diâmetro anteroposterior da sombra heterogênea no interior da cavidade endometrial é inferior a 15 mm, é improvável que o esvaziamento uterino cirúrgico seja útil.[91] [92] Mesmo esse valor de corte apresenta baixa sensibilidade na exclusão de tecido gestacional prematuro retido.[93] Entretanto, até que maiores estudos sejam realizados, 15 mm é amplamente usado como ponto de corte. As opções de tratamento também dependem da experiência do médico, da eficácia da opção, de efeitos adversos e complicações.[94] Pacientes/casais podem ter suas próprias escolhas, e os médicos devem apoiar a decisão da paciente após claramente explicar os riscos envolvidos.[95] Não foram observadas diferenças nas taxas de concepção em até 5 anos após o aborto espontâneo índice em um estudo envolvendo 1128 mulheres após manejo expectante, clínico ou cirúrgico do aborto espontâneo no primeiro trimestre, embora mulheres mais velhas e as que apresentaram abortos espontâneos remotos apresentem taxas mais baixas.[96] Pacientes com aborto espontâneo não identificado devem ser orientadas quanto ao fato de que o tratamento clínico pode aumentar a intensidade e a duração das cólicas na parte inferior do abdome e do sangramento genital.[94] [97] Pacientes com espessura endometrial entre 15-50 mm na ultrassonografia devem receber tratamento clínico ou ser tratadas de maneira conservadora. Mulheres com espessura endometrial >50 mm na ultrassonografia podem ser submetidas à

evacuação cirúrgica. Todas as três opções de manejo após um aborto espontâneo também podem ser deixadas para o paciente ou casal decidir.

- Manejo conservador:
 - Uma proporção significativa de mulheres prefere manejo conservador (ou expectante), no qual processos naturais ocasionam a expulsão espontânea do tecido gestacional prematuro.
 - Essa conduta pode ser adotada enquanto a paciente desejar e se não houver sinais de infecção, como corrimento vaginal, indisposição, sangramento excessivo, pirexia ou dor na parte inferior do abdome.
 - As diretrizes do National Institute for Health and Care Excellence (NICE) do Reino Unido recomendam a conduta expectante (por 7-14 dias) como a estratégia de manejo preferencial de primeira linha para mulheres com diagnóstico confirmado de aborto espontâneo, com revisão de sua condição após um mínimo de 14 dias se optarem pela conduta expectante contínua.[65] As exceções incluem:
 - mulheres com risco aumentado de hemorragia;
 - mulheres em risco aumentado dos efeitos da hemorragia;
 - uma história de experiências adversas anteriores com gestação; ou
 - evidência de infecção.[65]
 - Nos EUA, o boletim de prática do ACOG afirma que, com tempo adequado (até 8 semanas), a conduta expectante é bem-sucedida em cerca de 80% das mulheres, mas deve ser limitada ao primeiro trimestre devido à falta de estudos de segurança. Uma ultrassonografia pode ser usada para confirmar o resultado, com ausência de saco gestacional e espessura endometrial <30 mm. Não há orientação específica sobre quando ou com que frequência a avaliação deve ser realizada.[88]
 - O manejo conservador não é uma opção segura em caso de suspeita ou diagnóstico de infecção do trato genital. Ultrassonografias de acompanhamento podem ser programadas em intervalos de 2 semanas até que se faça o diagnóstico de aborto espontâneo completo. Um estudo recomenda que se ofereça uma abordagem de "aguardar e observar por 2 semanas", às mulheres com aborto espontâneo não identificado, gestação anembrionária ou aborto espontâneo incompleto quando as pacientes optarem inicialmente pelo manejo conservador.[98] Foram realizadas ultrassonografias semanais para monitorar as pacientes. No fim de 2 semanas, 71% dos abortos espontâneos incompletos, 53% das gestações anembrionárias e 35% dos abortos espontâneos não identificados apresentaram resolução.
- Tratamento cirúrgico do aborto espontâneo:
 - Esse é um procedimento rápido realizado somente uma vez na presença de sangramento vaginal moderado a intenso. No entanto, inclui riscos associados à anestesia geral, sangramento intenso, infecção, aderências intrauterinas, trauma cervical ou perfuração uterina. [RCOG: surgical management of miscarriage and removal of persistent placental or fetal remains] A decisão acerca do manejo cirúrgico também depende da condição clínica e cardiovascular da paciente, da idade gestacional, do equipamento clínico disponível e das habilidades clínicas.
 - O esvaziamento uterino por sucção é preferível à curetagem com um instrumento metálico.[99] O sangramento vaginal cessa logo a seguir e a paciente retoma sua condição menstrual anterior ao aborto espontâneo mais rapidamente.

A técnica de aspiração a vácuo manual constitui um procedimento versátil de esvaziamento uterino em abortos incompletos e em perdas gestacionais retidas.[100] A vantagem dessa técnica é que ela pode ser executada sem a necessidade de tempo e espaço em um centro cirúrgico ou de anestesia geral. As pacientes também podem considerá-la aceitável, pois ela torna o esvaziamento uterino essencialmente um "procedimento clínico".[88]

- Um estudo sugeriu que o esvaziamento uterino por sucção é indicado preferivelmente se o sangramento se mantiver intenso, se houver visualização de tecido gestacional prematuro retido à ultrassonografia ou se houver sinais de tecido gestacional prematuro infectado ou endometrite.[101]
- Pode ser usado um oxitócico para facilitar ou para efetuar o esvaziamento uterino nas pacientes submetidas à esvaziamento uterino cirúrgico e para evitar sangramento pós-procedimento.
- Esvaziamento uterino clínico:
 - Os medicamentos usados para facilitar ou efetuar o esvaziamento uterino podem ter um papel nos casos em que o sangramento vaginal for razoavelmente leve.[102] [103] [104] O principal medicamento para esvaziamento uterino clínico é o misoprostol.[88] Um ensaio clínico randomizado e controlado de 2018 concluiu que o pré-tratamento com mifepristona seguido por uma dose única de misoprostol resultou em uma maior probabilidade de tratamento bem-sucedido da perda de gestação no primeiro trimestre comparado ao misoprostol sozinho (expulsão completa em 83.8% vs. 67.1%; risco relativo, 1,25; IC de 95%, 1.09 a 1.43). No entanto, este estudo destacou que as barreiras administrativas significam que este tratamento não está amplamente disponível para esta indicação.[105]
 - No Reino Unido, o NICE aconselha contra o uso de mifepristona em aborto espontâneo perdido ou incompleto.[65]
 - A paciente precisa ser informada de que a opção cirúrgica ainda pode ser necessária se o sangramento se tornar mais intenso ou se for persistente depois de um tempo razoável.
- Pode ocorrer um sangramento vivo após o completo esvaziamento uterino. A primeira manobra é a compressão bimanual do útero. Às vezes é necessário administrar oxitocina ou análogos de prostaglandina para reduzir as probabilidades de sangramento após o aborto espontâneo.
- Um estudo comparando os manejos expectante, clínico e cirúrgico de um aborto espontâneo incompleto ou de morte fetal precoce em idades gestacionais abaixo da 13ª semana constatou que o número de internações hospitalares não planejadas foi significativamente mais elevado no grupo de conduta expectante (49%) em comparação com os grupos clínico (18%) e cirúrgico (8%). Pouco mais de um terço das mulheres (36%) alocadas para tratamento clínico e 44% das alocadas para conduta expectante necessitaram de curetagem por sucção não planejada.[103]
- O uso rotineiro de antibiótico profilático em mulheres com aborto espontâneo incompleto e sem sinais de infecção é controverso.[106] Mulheres com aborto espontâneo incompleto que apresentam uma ou mais das características: corrimento vaginal malcheiroso, febre, calafrios, dor na parte inferior do abdome ou indisposição podem se beneficiar de um ciclo pré-operatório de antibióticos, a ser administrado pelo menos 1 hora antes do esvaziamento uterino.[107] Podem ser prescritos antibióticos orais por pelo menos 3 dias após a cirurgia. Em um estudo, a administração pré-operatória de antibióticos intravenosos mostrou que os antibióticos orais podem não ser necessários depois de 48 horas de melhora clínica.[108]
- A Human Tissue Authority especifica que as mulheres devem estar cientes das opções de descarte disponíveis. É importante discutir as escolhas de descarte com as mulheres quando

houver o consentimento para o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo e para obter consentimento informado sobre o que deve acontecer com os resíduos da gestação.[3]

Aborto espontâneo completo

O tratamento para essas pacientes é sintomático. Elas devem receber analgésicos de acordo com a necessidade e aconselhamento quanto à perda gestacional.

Abortamento habitual

Embora 1 em 5 mulheres com história de abortamento habitual possam ter perdas gestacionais adicionais, a outra proporção tem bom prognóstico sem qualquer intervenção. Por exemplo, depois de 3 abortos espontâneos consecutivos não explicados, até 75% das mulheres provavelmente terão uma gestação bem-sucedida.[109] Além disso, causas no momento não explicadas de abortamento habitual podem ser elucidadas no futuro, pois um melhor entendimento dos tipos de abortamento habitual pode levar a encaminhamentos, investigações e tratamentos mais direcionados.[110]

A European Society for Human Reproduction and Gynaecology forneceu recomendações para o tratamento de abortamento habitual.[111]

Nenhuma intervenção é aconselhada em mulheres com aborto espontâneo inexplicável:

- Suplementação com multivitamínicos e ácido fólico: não têm benefício confirmado e não são recomendados como tratamento. No entanto, se as pacientes perguntarem sobre o uso de suplementos, devem ser informadas quais são seguros durante a gestação, já que alguns suplementos estão associados a possíveis danos.
- Progestogênios: não têm nenhum benefício claro na prevenção de abortos recorrentes.

É bom lembrar que a avaliação clínica de tratamentos potenciais para abortamento habitual é mais bem executada no contexto de ensaios clínicos controlados. Se o médico oferecer tratamento empírico, deve ficar claro para a paciente que esta conduta não corresponde à prática clínica ideal.[3]

Pacientes com causa identificada:

- A cerclagem cervical pode beneficiar pacientes com abortamentos habituais do segundo trimestre, possivelmente explicados por incompetência, insuficiência ou fraqueza cervical. Pode ter ocorrido parto muito prematuro em uma ou mais das gestações consecutivas.
- Nem anticoagulantes nem aspirina demonstraram ajudar na prevenção da perda gestacional precoce em mulheres com trombofilias (exceto aquelas com síndrome antifosfolípídica).[111] [88]
- Pacientes com síndrome antifosfolípídica ou trombofilias hereditárias múltiplas têm sido tratadas com aspirina em baixas doses. Essas pacientes também podem necessitar de terapia com heparina após um teste de gravidez positivo, até o parto. A adição de heparina não fracionada é mais efetiva na redução da perda gestacional em comparação com a adição de heparina de baixo peso molecular. Entretanto, as evidências não dão suporte ao uso de aspirina ou heparina em pacientes com abortamento habitual inexplicado.[112] [113] [114] [115]
- Existem evidências conflitantes acerca da redução das taxas de aborto espontâneo de algumas mulheres com doença do ovário policístico em tratamento com metformina.[111] Ela pode agir por meio da inibição do ativador de plasminogênio, da diminuição dos níveis de androgênios e da melhora da qualidade dos oócitos.

- No que se refere à imunoterapia no tratamento de aborto espontâneo inexplicado, a imunização com células paternas, leucócitos de terceiros doadores, membranas trofoblásticas e imunoglobulina intravenosa não mostraram efeitos benéficos significativos na melhora das proporções de nascidos vivos em relação ao placebo.[116]

Casais com risco ou história de abortamento habitual representam um desafio emocional e profissional para o médico. Muitos deles farão o que for possível para manter a gestação. O encaminhamento para uma unidade de gestação de alto risco frequentemente é indicado, mesmo que não se obtenha uma gestação bem-sucedida no final.

Imunoglobulina anti-D

Nos EUA, o boletim de prática do ACOG recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

A orientação no Reino Unido difere, com o NICE recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

A imunoglobulina anti-D deve ser administrada o quanto antes após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas). É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117]

Aconselhamento

Todas os pacientes devem receber informações sobre serviços de aconselhamento. Os médicos e as instituições de saúde devem ter mecanismos em vigor para dar suporte às mães (ou casais) que sofrem abortos espontâneos. O fornecimento de uma ficha informativa à paciente é útil. Algumas mulheres podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico.

Casais que acabaram de perder uma gestação em seus estágios iniciais também podem estar preocupados com o que dizer a seus parentes e amigos. A perda de uma gestação em seus estágios iniciais pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal, sendo particularmente arrasadora para pessoas que se submeteram a tratamento de subfertilidade. A paciente pode sentir culpa associada ao luto. O suporte social, familiar ou espiritual pode ser inestimável nessa circunstância. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Quando é diagnosticado um aborto espontâneo não

identificado, a mulher (ou o casal) pode desejar uma segunda opinião ou outra ultrassonografia só para ter certeza. O médico deve se empenhar para compreender e aceitar essa situação.

O uso de sessões de aconselhamento em vídeo, em manuais e pelo pessoal de enfermagem demonstrou sua utilidade em uma intervenção concentrada no casal, nos primeiros meses após o aborto espontâneo.[119] O padrão e o contexto das consequências psicológicas da perda de gestação prematura variam de casal para casal e dentro de ambientes sociais. As medidas que funcionariam para uma paciente e seu parceiro, para facilitar o luto e sua resolução, precisam ser adaptadas para as expectativas pré-evento, sistemas de apoio e mecanismos de enfrentamento. O médico, ginecologista ou enfermeiro(a) da família pode oferecer esclarecimentos e suporte inestimáveis.

Uma circunstância clínica menos frequentemente considerada é a perda gestacional em uma mulher não heterossexual. Um artigo mais instrutivo sobre esse assunto aconselha que os profissionais de saúde (1) identifiquem o sexo dos parceiros, (2) reconheçam e incluam ativamente parceiros do mesmo sexo e (3) demonstrem consciência e sensibilidade à probabilidade de que a gestação de uma mulher não heterossexual tenha envolvido um planejamento prolongado e recursos.[120]

Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Inicial (resumo)	
ameaça de aborto espontâneo	
1a	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
adjunto	imunoglobulina anti-D
Agudo (resumo)	
aborto espontâneo inevitável/ incompleto/não identificado	
■ tecido gestacional prematuro visualizado na vagina ou no óstio cervical	1a esvaziamento uterino manual
	mais combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto misoprostol
	adjunto imunoglobulina anti-D

Agudo		(resumo)
<p>■ tecido gestacional prematuro não visualizado na ultrassonografia transvaginal ou abdominal: sombra heterogênea no interior da cavidade uterina <15 mm</p>	1a	manejo conservador
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	2a	esvaziamento uterino clínico com misoprostol
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	1a	esvaziamento uterino por sucção ± antibióticos
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	oxitócicos
	adjunto	imunoglobulina anti-D
<p>■ tecido gestacional prematuro não visualizado na ultrassonografia transvaginal ou abdominal: sombra heterogênea no interior da cavidade uterina >15 mm</p>	1a	esvaziamento uterino clínico com misoprostol
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	1a	manejo conservador
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	1a	manejo conservador
	mais	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
aborto espontâneo completo		
	1a	combinação de tratamento analgésico e aconselhamento
	adjunto	imunoglobulina anti-D

Em curso		(resumo)
abortamento habitual		
.....	1a	tratamento específico de causa subjacente
.....	mais	aconselhamento

Opções de tratamento

Inicial

ameaça de aborto espontâneo

1a combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. As gestações que prosseguem exigem um acompanhamento mais rigoroso, concentrado na vigilância do feto. Muitas mulheres que sofrem sangramento vaginal espontâneo na primeira metade da gestação têm gestações posteriores sem complicações.

adjunto imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.^[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização

Inicial

desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

Agudo

**aborto espontâneo inevitável/
incompleto/não identificado**

■ **tecido gestacional prematuro visualizado na vagina ou no óstio cervical**

1a esvaziamento uterino manual

» Remoção do tecido gestacional prematuro com os dedos ou com um fórceps estéril em formato oval ou provido de esponja.

mais combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Agudo

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar psicologicamente os casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

adjunto **misoprostol**

Opções primárias

» **misoprostol**: 800 microgramas por via intravaginal em dose única; repetir uma vez no dia 3 se a expulsão for incompleta. Comprimidos por via oral são usados para administração intravaginal.

» Pacientes com sangramento vaginal intenso ou as que continuam a apresentar sangramento após um esvaziamento uterino manual devem receber misoprostol, um análogo de prostaglandina, mesmo se o tecido gestacional prematuro tiver sido removido da parte superior da vagina ou do canal cervical. Esse procedimento ajudará o esvaziamento completo da cavidade uterina.[87]

adjunto **imunoglobulina anti-D**

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia. A dose é diferente de uma marca para outra.

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro

Agudo

trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

■ **tecido gestacional prematuro não visualizado na ultrassonografia transvaginal ou abdominal: sombra heterogênea no interior da cavidade uterina <15 mm**

1a

manejo conservador

» Um número significativo de mulheres prefere o manejo conservador (ou expectante), que permite a expulsão espontânea do tecido gestacional prematuro. Essa conduta pode ser adotada enquanto houver desejo da paciente e não houver sinais de infecção, como corrimento

Agudo

vaginal, sangramento excessivo, pirexia ou dor abdominal.

» Ultrassonografias de acompanhamento podem ser programadas em intervalos de 2 semanas até que se faça o diagnóstico de aborto espontâneo completo.

» Prefere-se a ultrassonografia para confirmar perda gestacional precoce. O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que a intervenção cirúrgica não é necessária em mulheres assintomáticas que apresentam espessamento da faixa endometrial após tratamento de perda gestacional.[88]

mais

combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

adjunto

imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não

Agudo

sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

2a esvaziamento uterino clínico com misoprostol

Opções primárias

Agudo

» **misoprostol**: 800 microgramas por via intravaginal em dose única; repetir uma vez no dia 3 se a expulsão for incompleta. Comprimidos por via oral são usados para administração intravaginal.

» Os medicamentos usados para facilitar ou efetuar o esvaziamento uterino podem ter um papel nos casos em que o sangramento vaginal for razoavelmente leve.^{[102] [103] [104]}

» A principal terapia medicamentosa para o manejo não cirúrgico do aborto espontâneo é o misoprostol, um análogo de prostaglandina. Entretanto, a paciente precisa ser informada de que a opção cirúrgica ainda pode ser necessária se o sangramento se tornar mais intenso ou se for persistente depois de um tempo razoável. O sangramento vaginal após a terapia com misoprostol parece ser mais prolongado e volumoso, mas raramente exige transfusão sanguínea, em comparação com o que ocorre após o esvaziamento uterino cirúrgico.^[97]

mais

combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

adjunto

imunoglobulina anti-D

Opções primárias

Agudo

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o

Agudo

- tecido gestacional prematuro não visualizado na ultrassonografia transvaginal ou abdominal: sombra heterogênea no interior da cavidade uterina >15 mm

1a

médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

esvaziamento uterino por sucção ± antibióticos

Opções primárias

com risco elevado de infecção por Clamídia

» **doxiciclina**: 200 mg por via oral uma hora antes da cirurgia, seguidos por 100 mg por via oral duas vezes ao dia por 10 dias após a cirurgia

OU

com risco elevado de infecção por Clamídia

» **azitromicina**: 1 g por via oral em dose única uma hora antes da cirurgia

OU

sem risco elevado de infecção por Clamídia

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: 1.2 g por via intravenosa em dose única uma hora antes da cirurgia, seguido por 250 mg por via oral a cada 8 horas por 3 dias após a cirurgia. A dose intravenosa consiste em 1 g de amoxicilina associado a 0.2 g de ácido clavulânico. A dose oral refere-se unicamente ao componente de amoxicilina.

OU

sem risco elevado de infecção por Clamídia

» **metronidazol**: 1 g por via retal em dose única de preferência 1 hora antes do esvaziamento uterino

» Uma cânula plástica flexível ou rígida é conectada a uma saída de sucção controlada. É importante determinar o eixo do útero antes de inserir a cânula.

» Uma vez que o esvaziamento uterino por sucção é executado com algum tipo de anestesia regional ou parenteral/geral, os riscos de perfuração são elevados. As principais providências para a proteção contra esse fato são determinar o eixo cérvico-uterino e avaliar o comprimento aproximado da cavidade cérvico-uterina.

Agudo

» O uso rotineiro de antibiótico profilático em mulheres com aborto espontâneo incompleto e sem sinais de infecção é controverso.[106]

» Mulheres com aborto espontâneo incompleto que apresentam uma ou mais das características: corrimento vaginal malcheiroso, febre, calafrios, dor na parte inferior do abdome ou indisposição podem se beneficiar de um ciclo pré-operatório de antibióticos, a ser administrado pelo menos 1 hora antes do esvaziamento uterino.[107] Podem ser prescritos antibióticos orais por pelo menos 3 dias após a cirurgia. Em um estudo, a administração pré-operatória de antibióticos intravenosos mostrou que os antibióticos orais podem não ser necessários depois de 48 horas de melhora clínica.[108]

» Antibióticos devem ser prescritos de acordo com as diretrizes locais.

mais combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha. Em comparação com mulheres submetidas ao esvaziamento uterino clínico com misoprostol, as que foram submetidas à aspiração manual a vácuo tiveram índices de dor mais elevados, embora apresentassem menos efeitos colaterais.[121]

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

Agudo

adjunto oxitócicos

Opções primárias

» **oxitocina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

-e-

» **ergometrina**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

OU

» **misoprostol**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Podem ser usados para facilitar ou para efetuar o esvaziamento uterino nas pacientes submetidas ao esvaziamento uterino cirúrgico e para reduzir o sangramento pós-procedimento.

adjunto imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia

A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em

Agudo

gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

1a esvaziamento uterino clínico com misoprostol

Opções primárias

» **misoprostol**: 800 microgramas por via intravaginal em dose única; repetir uma vez no dia 3 se a expulsão for incompleta. Comprimidos por via oral são usados para administração intravaginal.

» Os medicamentos usados para facilitar ou efetuar o esvaziamento uterino podem ter um papel nos casos em que o sangramento vaginal for razoavelmente leve.[102] [103] [104]

» A principal terapia medicamentosa para o manejo não cirúrgico do aborto espontâneo é o misoprostol, um análogo de prostaglandina. Entretanto, a paciente precisa ser informada de que a opção cirúrgica ainda pode ser necessária se o sangramento se tornar mais intenso ou se for persistente depois de um tempo razoável.

mais combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

Agudo

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

adjunto imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir

Agudo

de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subseqüentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subseqüentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

1a manejo conservador

» Um número significativo de mulheres prefere o manejo conservador, que permite a expulsão espontânea do tecido gestacional prematuro. Essa conduta pode ser adotada enquanto a paciente desejar e se não houver sinais de infecção, como corrimento vaginal, forte sangramento, pirexia ou dor na parte inferior do abdome.

» Ultrassonografias de acompanhamento podem ser programadas em intervalos de 2 semanas até que se faça o diagnóstico de aborto espontâneo completo.

» Prefere-se a ultrassonografia para confirmar perda gestacional precoce. O American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que a intervenção cirúrgica não é necessária em mulheres assintomáticas que apresentam espessamento da faixa endometrial após tratamento de perda gestacional.[88]

mais combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

Agudo

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

adjunto imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose é diferente de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que

Agudo

têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).

» A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

aborto espontâneo completo

1a combinação de tratamento analgésico e aconselhamento

Opções primárias

» **paracetamol**: 500-1000 mg a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 4000 mg/dia

» Analgésicos são obrigatórios na presença de dor e desconforto, sendo aconselhável evitar anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). Paracetamol é o analgésico de escolha.

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. Deve ser mencionada a probabilidade

Agudo

adjunto

extremamente baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro. Dependendo da política do hospital ou da instituição de saúde, o tecido gestacional prematuro removido pode ser enviado para histopatologia após a obtenção do consentimento dos pais e da oferta de aconselhamento.

imunoglobulina anti-D

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
A dose varia de uma marca para outra

» Nos EUA, o American College of Obstetricians and Gynecologists recomenda que as mulheres que são rhesus negativas e não sensibilizadas recebam imunoglobulina anti-D imediatamente após o tratamento cirúrgico do aborto espontâneo ou até 72 horas após o diagnóstico de aborto espontâneo no primeiro trimestre, se houver planejamento de tratamento clínico ou conduta expectante.[88]

» A orientação no Reino Unido difere, com o National Institute for Health and Care Excellence recomendando que a imunoglobulina anti-D seja oferecida a todas as mulheres negativas para rhesus que forem submetidas a um procedimento cirúrgico para o manejo de um aborto espontâneo. Não precisa ser oferecido a mulheres que receberam apenas tratamento clínico, apresentaram um aborto espontâneo ou completo ou ameaça de aborto espontâneo, ou uma gestação com localização desconhecida.[65] A imunoglobulina anti-D também deve ser oferecida a mulheres que têm um grupo sanguíneo rhesus negativo e que tenham sofrido um aborto espontâneo ou ameaça de aborto espontâneo a partir de 12 semanas de gestação, para evitar a isoimunização rhesus, que pode afetar os resultados subsequentes da gestação. Em gestações <12 semanas, é indicado apenas após sangramento uterino repetido, intenso ou associado à dor abdominal.[117] Caso não haja necessidade de evacuar o útero em uma gestação com <12 semanas, a administração de rotina de imunoglobulina anti-D não é recomendada.[118] [117]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

Agudo

- » É recomendada sua administração o quanto antes, após o aborto espontâneo (ou seja, em até 72 horas).
- » A dose depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia. As doses intramusculares de imunoglobulina anti-D são melhor administradas no músculo deltoide e não no músculo glúteo, uma vez que a absorção pode ser retardada se atingir apenas os tecidos subcutâneos e não o músculo.[117] É aconselhável que o médico verifique cuidadosamente as doses, preparações e diretrizes locais ou regionais aplicáveis, em caso de dúvida.

Em curso

abortamento habitual

1a tratamento específico de causa subjacente

- » Embora 1 em 5 mulheres com história de abortamento habitual possam ter novos eventos de perda gestacional, a outra proporção tem bom prognóstico, mesmo sem qualquer intervenção. A European Society for Human Reproduction and Gynaecology forneceu recomendações para o tratamento de abortamento habitual.[111]
- » Nenhuma intervenção é aconselhada em mulheres com aborto espontâneo inexplicável.[122]
- » A suplementação com multivitamínicos e ácido fólico não têm benefício confirmado e não são recomendados como tratamento; no entanto, se as pacientes perguntarem sobre o uso de suplementos, devem ser informadas quais são seguros durante a gestação, já que alguns suplementos estão associados a possíveis danos. Os progestogênios não têm nenhum benefício claro na prevenção de abortos recorrentes. A cerclagem cervical pode ser benéfica a pacientes que sofreram abortamentos habituais do segundo trimestre, possivelmente explicados por incompetência, insuficiência ou fraqueza cervical.
- » Nem anticoagulantes nem aspirina demonstraram ajudar na prevenção da perda gestacional precoce em mulheres com trombofilias (exceto aquelas com síndrome antifosfolípídica).[111] [88]

Em curso

» Pacientes com síndrome antifosfolipídica ou trombofilias hereditárias múltiplas têm sido tratadas com aspirina em baixas doses. Essas pacientes também podem necessitar de terapia com heparina após um teste de gravidez positivo, até o parto. A adição de heparina não fracionada à aspirina é mais efetiva na redução da perda gestacional em comparação com a adição de heparina de baixo peso molecular.

» No que se refere à imunoterapia no tratamento de aborto espontâneo inexplicado, a imunização com células paternas, leucócitos de terceiros doadores, membranas trofoblásticas e imunoglobulina intravenosa não mostraram efeitos benéficos significativos na melhora das proporções de nascidos vivos em relação ao placebo.^[116]

» Existem evidências conflitantes acerca da redução das taxas de aborto espontâneo em algumas mulheres com doença do ovário policístico em tratamento com metformina.^[111]

» É bom lembrar que a avaliação clínica de tratamentos potenciais para abortamento habitual é mais bem executada no contexto de ensaios clínicos controlados. Se o médico oferecer tratamento empírico, deve ficar claro para a paciente que esta conduta não corresponde à prática clínica ideal.^[3]

mais

aconselhamento

» Deve-se oferecer aconselhamento às mães (ou casais). Também deve-se fornecer uma ficha informativa à paciente. Algumas pacientes podem precisar de suporte psicológico ou psiquiátrico prolongado. Algumas mulheres podem sentir culpa associada ao luto.

» O encaminhamento para uma unidade especializada frequentemente é indicado, mesmo que não se obtenha uma gestação bem-sucedida no final.

Novidades

Progesterona

Houve um ressurgimento no interesse do uso de progesterona na ameaça de aborto espontâneo.[123] Estudos adicionais são claramente necessários para identificar as mulheres para as quais a progesterona é indicada e aquelas para as quais ela não é melhor que placebo. O ensaio clínico PROMISE, um estudo multicêntrico, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, avaliou se a terapia com progesterona no primeiro trimestre poderia reduzir o risco de aborto espontâneo em mulheres com uma história de aborto recorrente inexplicada.[124] O estudo constatou que não há evidência de que a terapia com progesterona melhore os desfechos, sendo o desfecho primário de nascidos vivos superior a 24 semanas completas de gestação; no entanto, o estudo não avaliou o efeito do tratamento durante a fase lútea do ciclo menstrual. Mais pesquisas se fazem necessárias.

Misoprostol: vias de administração oral e sublingual

O misoprostol pode ser administrado por via sublingual. Apesar das diferenças em frequência e intensidade de efeitos colaterais, os desfechos comparativos gerais com a via de administração intravaginal são semelhantes.[125] Estudos iniciais também sugerem que o tratamento com 400 microgramas de misoprostol sublingual e 600 microgramas de misoprostol oral parece ter alta aceitação e satisfação por parte da paciente.[126] O esquema terapêutico com dose mais baixa previsivelmente tem menos efeitos colaterais e implicações de custo associadas.

Agonistas dopaminérgicos

Agonistas dopaminérgicos foram estudados em mulheres com hiperprolactinemia idiopática que têm uma história de aborto recorrente. No entanto, uma revisão de um único ensaio clínico randomizado constatou que há evidências insuficientes para avaliar a eficácia desses medicamentos.[127]

Recomendações

Monitoramento

Um único episódio de aborto espontâneo sem complicações não exige qualquer acompanhamento, recomendação ou monitoramento específico, afora o aconselhamento, conforme necessário. Entretanto, foi relatado que as mulheres que apresentam sangramento no primeiro trimestre da primeira gestação têm risco elevado de complicações na fase mais avançada da gravidez (descolamento de placenta, parto muito prematuro [28 a 31 semanas], parto prematuro [32 a 36 semanas]) e de sangramento recorrente no primeiro trimestre e complicações similares na gestação subsequente.[128]

Instruções ao paciente

As informações à paciente após o evento devem incluir a menção sobre a necessidade de monitoramento embrionário, fetal e materno e vigilância sobre as pacientes com aborto espontâneo, mesmo se a paciente se recuperar bem. Isso deve ser afirmado claramente e com empatia, mas sem a finalidade de causar alarme, já que o desfecho é favorável em muitas gestações. Em pacientes com um primeiro aborto espontâneo, deve ser mencionada a probabilidade baixa de aborto espontâneo repetido se forem expressas preocupações quanto ao futuro.

A paciente deverá ser informada de que, embora as recomendações atuais sobre um intervalo aceitável entre as gestações não sejam claras, os estudos não mostram risco elevado da ocorrência de outro aborto espontâneo em gestações iniciadas em até 3 meses depois de um aborto espontâneo.[139] Foi também relatado um desfecho favorável de gestação ocorrida 3 semanas após o esvaziamento uterino (após um aborto espontâneo).[140]

Embora 1 em 5 mulheres com história de abortamento habitual possam ter novos eventos de perda gestacional, a outra proporção tem bom prognóstico, mesmo sem qualquer intervenção.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
esvaziamento incompleto do útero	curto prazo	baixa
O tecido gestacional prematuro no interior da cavidade uterina ocasiona sangramento vaginal e dor suprapúbica.		
sangramento uterino pós-esvaziamento	curto prazo	baixa
Pode ocorrer um sangramento vivo após o completo esvaziamento uterino. A primeira manobra é a compressão bimanual do útero. Às vezes é necessário administrar oxitocina ou análogos de prostaglandina para reduzir as probabilidades de sangramento após o aborto espontâneo.		
seps	curto prazo	baixa
Pode ocorrer antes ou depois do aborto espontâneo. Caracterizada por febre, calafrios e dor abdominal.		
perfuração uterina ou do colo	curto prazo	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<p>Pode ocorrer durante o esvaziamento cirúrgico do útero. Pode causar sangramento intenso e choque, exigindo transfusões sanguíneas.</p> <p>Medicamentos para amadurecimento cervical (por exemplo, mononitrato ou dinitrato de isossorbida, misoprostol) ou dilatadores mecânicos são frequentemente usados para amolecer e dilatar o colo uterino antes do esvaziamento cirúrgico para diminuir o risco de lesão ao colo uterino e útero, e melhorar a realização do procedimento. Entretanto, uma revisão Cochrane constatou que não há evidências de que essas terapias reduzem o risco de lesão, apesar de se aconselhar cautela ao interpretar os resultados dessa revisão porque esses desfechos são muito raros. Os dilatadores mecânicos são considerados tão eficazes quanto os químicos.[137]</p>		
abortamento habitual	longo prazo	baixa
<p>Abortamentos habituais de gestações com o mesmo parceiro afetam 1% a 2% das mulheres saudáveis.</p>		
síndrome de Asherman	longo prazo	baixa
<p>Sucedo um procedimento de curetagem com trauma no revestimento endometrial. Acarreta aderências na cavidade uterina que podem obstruí-la. Pode causar infertilidade, abortamentos habituais e gestações de alto risco.</p> <p>É uma consequência rara de um uso supostamente "zeloso em excesso" da cureta como ferramenta de esvaziamento uterino para aborto induzido, aborto espontâneo incompleto ou tecido gestacional prematuro retido após o parto. Não está claro se isso é menos provável após o uso de uma ferramenta plástica de sucção para o mesmo procedimento. As pacientes tipicamente se queixam de hipermenorreia (redução relativa no volume de sangramento menstrual) ou subfertilidade. A histeroscopia e/ou histerografia geralmente mostra "sinéquias".</p>		
disfunção psicológica	variável	média
<p>A intensidade varia para cada paciente. Deve ser oferecido suporte psicológico a todas as pacientes. A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. A paciente pode sentir culpa associada ao luto.</p>		
sangramento vaginal após ameaça de aborto espontâneo	variável	baixa
<p>Sangramento vaginal, decorrente de descolamento da placenta e causando coagulação intravascular disseminada, foi relatado após um aborto espontâneo tardio.[138] Pode ser aconselhável uma previsão do risco antes do esvaziamento uterino e uma estratégia de resposta planejada nessas pacientes selecionadas. Pode ser aconselhável tratar a paciente para descolamento de placenta se a dor for de início abrupto recente e a altura do fundo do útero for muito mais intensa que a esperada com um hematócrito inesperadamente baixo.</p>		

Prognóstico

Em curto prazo

Após a 12ª semana, até 90% das gestações em que ocorreu sangramento vaginal no primeiro trimestre serão levadas a termo. Entretanto, é importante que se faça vigilância específica durante o restante da gestação, pois as mulheres que apresentam sangramento no primeiro trimestre da primeira gestação têm risco elevado de complicações na fase mais avançada da gravidez (descolamento de placenta, parto muito prematuro [28 a 31 semanas], parto prematuro [32 a 36 semanas]) e de sangramento recorrente no primeiro trimestre e complicações similares na gestação subsequente. [128]

Se for necessária a evacuação do útero, aproximadamente 97% das mulheres voltarão a menstruar em 6 semanas. A ocorrência de amenorreia após o esvaziamento uterino por aborto espontâneo é rara. A maioria dos espécimes cirúrgicos enviados para confirmação histológica de gravidez é normal e provavelmente não é custo-efetivo examinar cada espécime de aborto espontâneo histologicamente. Os médicos devem sempre considerar enviar o tecido obtido para exame histológico a fim de confirmar a gestação e descartar diferenciais. [129] A persistência de sangramento vaginal ou de sangramento mínimo deve aumentar a possibilidade de doença trofoblástica gestacional, particularmente se o exame histológico do tecido gestacional prematuro expelido ou evacuado não for realizado rotineiramente.

Acompanhamento e aconselhamento devem fazer parte do plano de manejo geral [130] [131] O clínico geral da paciente deve ser imediatamente informado sobre a perda da gestação para evitar perguntas incômodas sobre uma suposta gestação em curso. O parceiro da paciente também pode ser emocionalmente afetado pelo evento. [132] [133] A perda de uma gestação prematura pode afetar casais de maneira tão significativa quanto uma morte neonatal. A paciente pode sentir culpa associada ao luto.

Em longo prazo

O transtorno psicológico após um evento de aborto espontâneo não é incomum, mas a intensidade é variável. [134] O papel da personalidade pré-mórbida da paciente pode ser crítico. A síndrome do aniversário também pode seguir a perda gestacional prematura, na qual a paciente pode estar transtornada, triste ou em um estado de pesar de intensidade variável, no aniversário da perda gestacional. As mulheres mais angustiadas após a perda gestacional podem apresentar morbidade psicológica até um ano após o evento. [135] Esse achado pode ser específico para cada cultura.

A hipermenorreia persistente deve aumentar a possibilidade de síndrome de Asherman, mas outras causas de hipermenorreia devem ser excluídas. A síndrome de Asherman é uma consequência rara de um uso supostamente "zeloso em excesso" da cureta como ferramenta de esvaziamento uterino para aborto induzido, aborto espontâneo incompleto ou tecido gestacional prematuro retido após o parto. Não está claro se isso é menos provável após o uso de uma ferramenta plástica de sucção para o mesmo procedimento. As pacientes tipicamente se queixam de hipermenorreia (redução relativa no volume de sangramento menstrual) ou subfertilidade. A histeroscopia e/ou histerografia geralmente mostra "sinéquias". [136]

Uma revisão sistemática de 14 estudos publicados encontrou índices elevados de hemorragia anteparto de origem indeterminada (razão de chances [RC] 2.47), mortalidade perinatal (RC 2.15), parto prematuro (RC 2.05) e bebês de baixo peso ao nascer (RC 1.83) em mulheres com ameaça de aborto espontâneo no primeiro trimestre. [86]

Estudos sobre o desempenho reprodutivo após um aborto espontâneo são variáveis, dependendo do trimestre em que o evento ocorreu ou da identificação da causa. Foi mostrado que as taxas de gestação autorrelatada e de natalidade 5 anos após o manejo principal de aborto espontâneo em 762 mulheres eram comparáveis entre mulheres que escolheram métodos expectantes, clínicos ou cirúrgicos. Uma história prévia de aborto espontâneo e o aumento da idade materna foram fatores subsequentes de prognósticos adversos. [96]

Abortamentos habituais de gestações com o mesmo parceiro afetam 1% a 2% das mulheres saudáveis. Essas pacientes necessitarão de uma avaliação completa para identificar a causa.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Pregnancy loss

Publicado por: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

Última publicação em: 2016

Recurrent miscarriage, investigation and treatment of couples

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em: 2011

América do Norte

Ultrasound evaluation of first trimester complications of pregnancy

Publicado por: The Canadian Task Force on Preventive Health Care

Última publicação em: 2016

ACR appropriateness criteria: abnormal vaginal bleeding

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em: 2014

Diretrizes de tratamento

Europa

Pregnancy loss

Publicado por: Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français

Última publicação em: 2016

BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn

Publicado por: British Society for Haematology

Última publicação em: 2014

Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em: 2012

Recurrent miscarriage, investigation and treatment of couples

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em: 2011 (reviewed 2017)

Europa

Clinical guidelines for immunoglobulin use (2nd ed update)

Publicado por: Department of Health (UK)

Última publicação em:
2011

Laparoscopic cerclage for prevention of recurrent pregnancy loss due to cervical incompetence

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2007

Haemorrhage during pregnancy (including miscarriage and ectopic pregnancy)

Publicado por: University of Warwick, Joint Royal Colleges Ambulance Liaison Committee

Última publicação em:
2006

América do Norte

ACR appropriateness criteria: first trimester vaginal bleeding

Publicado por: American College of Radiology

Última publicação em:
2017

Recursos online

1. [RCOG: surgical management of miscarriage and removal of persistent placental or fetal remains](#)
(*external link*)
-

Artigos principais

- World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund. Vaginal bleeding in early pregnancy. In: Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors - 2nd edition. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Kim C, Barnard S, Neilson JP, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223. [Texto completo](#)
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin: early pregnancy loss. May 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(9):CD001993. [Texto completo](#)
- European Society of Human Reproduction and Embryology. Guideline on the management of recurrent pregnancy loss. November 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Duckitt K, Qureshi A. Recurrent miscarriage. BMJ Clin Evid. 2015 [internet publication].

Referências

1. World Health Organization, UNICEF, United Nations Population Fund. Vaginal bleeding in early pregnancy. In: Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors - 2nd edition. 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
2. Centers for Disease Control and Prevention. Facts about stillbirth. October 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent miscarriage, investigation and treatment of couples. Green-top guideline no. 17. April 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
4. Hutchon DJ. Understanding miscarriage or insensitive abortion: time for more defined terminology? Am J Obstet Gynecol. 1998 Aug;179(2):397-8.
5. Association of Early Pregnancy Units. AEPU organisational, clinical and supportive guidelines. 2007 [internet publication]. [Texto completo](#)
6. Makrydimas G, Sebire NJ, Lolis D, et al. Fetal loss following ultrasound diagnosis of a live fetus at 6-10 weeks of gestation. Ultrasound Obstet Gynecol. 2003 Oct;22(4):368-72. [Texto completo](#)
7. Ellish NJ, Saboda K, O'Connor J, et al. A prospective study of early pregnancy loss. Hum Reprod. 1996 Feb;11(2):406-12.
8. Regan L, Rai R. Epidemiology and the medical causes of miscarriage. Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2000 Oct;14(5):839-54.

9. Moore J, Shillito TJ, Walker JJ. Current issues in management of miscarriage and early pregnancy bleeding. *Hosp Med*. 2002 Mar;63(3):134-5.
10. Farr SL, Schieve LA, Jamieson DJ. Pregnancy loss among pregnancies conceived through assisted reproductive technology, United States, 1999-2002. *Am J Epidemiol*. 2007 Jun 15;165(12):1380-8.
11. Wilcox AJ, Weinberg CR, O'Connor JF, et al. Incidence of early loss of pregnancy. *N Engl J Med*. 1988 Jul 28;319(4):189-94.
12. Topping J, Farquharson RG. Spontaneous miscarriage. In: Edmonds DK, ed. *Dewhurst's textbook of obstetrics and gynaecology*. Oxford, UK: Blackwell Publishing. 2007:94-9.
13. Ventura SJ, Abma JC, Mosher WD, et al. Estimated pregnancy rates for the United States, 1990-2000: an update. *Natl Vital Stat Rep*. 2004 Jun 15;52(23):1-9.
14. Blohm F, Friden B, Milsom I. A prospective longitudinal population-based study of clinical miscarriage in an urban Swedish population. *BJOG*. 2008 Jan;115(2):176-82;discussion 183. [Texto completo](#)
15. Buckett W, Regan L. Sporadic and recurrent miscarriage. In: Shaw RW, Soutter WP, Stanton SL, eds. *Gynaecology*. 3rd ed. London, UK: Churchill Livingstone/ Elsevier Science; 2003:343-59.
16. Vitzthum VJ, Spielvogel H, Thornburg J. A prospective study of early pregnancy loss in humans. *Fertil Steril*. 2006 Aug;86(2):373-9. [Texto completo](#)
17. Morales C, Sanchez A, Bruquera J, et al. Cytogenetic studies of spontaneous abortions using semi-direct analysis of chorionic villi samples detects the broadest spectrum of chromosome abnormalities. *Am J Med Genet A*. 2008 Jan 1;146A(1):66-70.
18. Vidal F, Rubio C, Simon C, et al. Is there a place for preimplantation genetic diagnosis screening in recurrent miscarriage patients? *J Reprod Fertil Suppl*. 2000;55:143-6.
19. Sullivan AE, Lewis T, Stephenson M, et al. Pregnancy outcome in recurrent miscarriage patients with skewed X chromosome inactivation. *Obstet Gynecol*. 2003 Jun;101(6):1236-42.
20. Pasquier E, Bohec C, De Saint Martin L, et al. Strong evidence that skewed X-chromosome inactivation is not associated with recurrent pregnancy loss: an incident paired case-control study. *Hum Reprod*. 2007 Nov;22(11):2829-33.
21. Miskovic S, Culic V, Konjevoda P, et al. Positive reproductive family history for spontaneous abortion: predictor for recurrent miscarriage in young couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012 Apr;161(2):182-6.
22. Ugwumadu A. Chorioamnionitis and mid-trimester pregnancy loss. *Gynecol Obstet Invest*. 2010;70(4):281-5.
23. Leitch H, Kiss H. Asymptomatic bacterial vaginosis and intermediate flora as risk factors for adverse pregnancy outcome. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2007 Jun;21(3):375-90.

24. Nelson DB, Bellamy S, Nachamkin I, et al. First trimester bacterial vaginosis, individual microorganism levels and risk of second trimester pregnancy loss among urban women. *Fertil Steril*. 2007 Nov;88(5):1396-403. [Texto completo](#)
25. Empson M, Lassere M, Craig J, et al. Prevention of recurrent miscarriage for women with antiphospholipid antibody or lupus anticoagulant. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD002859. [Texto completo](#)
26. Ernst E. Herbal medicinal products during pregnancy: are they safe? *BJOG*. 2002 Mar;109(3):227-35. [Texto completo](#)
27. Akolekar R, Bower S, Flack N, et al. Prediction of miscarriage and stillbirth at 11-13 weeks and the contribution of chorionic villus sampling. *Prenat Diagn*. 2011 Jan;31(1):38-45. [Texto completo](#)
28. Vailhe B, Dietl J, Kapp M, et al. Increased blood vessel density in decidua parietalis is associated with spontaneous human first trimester abortion. *Hum Reprod*. 1999;14:1628-1634.
29. Sherer DM, Abulafia O. Angiogenesis during implantation and placental and early embryonic development. *Placenta*. 2001;22:1-13.
30. Kwak-Kim JY, Chung-Bang HS, Ng SC, et al. Increased T helper 1 cytokine responses by circulating T cells are present in women with recurrent pregnancy losses, and infertile women with multiple implantation failure after IVF. *Hum Reprod*. 2003;18:767-773.
31. King K, Smith S, Chapman M, et al. Detailed analysis of peripheral blood natural killer (NK) cells in women with recurrent miscarriage. *Hum Reprod*. 2010;25:52-58. [Texto completo](#)
32. Teklenburg G, Salker M, Heijnen C, et al. The molecular basis of recurrent pregnancy loss: impaired natural embryo selection. *Mol Hum Reprod*. 2010;16:886-895. [Texto completo](#)
33. Nybo Andersen AM, Wohlfahrt J, Christens P, et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. *BMJ*. 2000 Jun 24;320(7251):1708-12. [Texto completo](#)
34. de la Rochebrochard E, Thonneau P. Paternal age and maternal age are risk factors for miscarriage: results of a multicentre European study. *Hum Reprod*. 2002 Jun;17(6):1649-56.
35. ESHRE Capri Workshop Group. Genetic aspects of female reproduction. *Hum Reprod Update*. 2008 Jul-Aug;14(4):293-307.
36. Garcia-Enguidanos A, Calle ME, Valero J, et al. Risk factors in miscarriage: a review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2002 May 10;102(2):111-9.
37. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. *Fertil Steril*. 2017 Sep;108(3):416-25. [Texto completo](#)
38. Nelen WL, Blom HJ, Steegers EA, et al. Hyperhomocysteinemia and recurrent early pregnancy loss: a meta-analysis. *Fertil Steril*. 2000 Dec;74(6):1196-9. [Texto completo](#)

39. Sun Y, Che Y, Gao E, et al. Induced abortion and risk of subsequent miscarriage. *Int J Epidemiol*. 2003 Jun;32(3):449-54.
40. Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *N Engl J Med*. 2007 Aug 16;357(7):648-53. [Texto completo](#)
41. Gray RH, Wu LY. Subfertility and risk of spontaneous abortion. *Am J Public Health*. 2000 Sep;90(9):1452-4. [Texto completo](#)
42. Axmon A, Hagmar L. Time to pregnancy and pregnancy outcome. *Fertil Steril*. 2005 Oct;84(4):966-74. [Texto completo](#)
43. Shi Q, Martin RH. Aneuploidy in human spermatozoa: FISH analysis in men with constitutional chromosomal abnormalities in infertile men. *Reproduction*. 2001 May;121(5):655-66. [Texto completo](#)
44. Nielsen GL, Skriver MV, Pedersen L, et al. Danish group reanalyses miscarriage in NSAID users. *BMJ*. 2004 Jan 10;328(7431):109. [Texto completo](#)
45. Li DK, Liu L, Odouli R. Exposure to non-steroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy and risk of miscarriage: population based cohort study. *BMJ*. 2003 Aug 16;327(7411):368. [Texto completo](#)
46. Anderson BL, Juliano LM, Schulkin J. Caffeine's implications for women's health and survey of obstetrician-gynecologists' caffeine knowledge and assessment practices. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009 Sep;18(9):1457-66.
47. Cnattigius S, Signorello LB, Anneren G, et al. Caffeine intake and the risk of first trimester spontaneous abortion. *N Engl J Med*. 2000 Dec 21;343(25):1839-45. [Texto completo](#)
48. Savitz DA, Chan RL, Herring AH, et al. Caffeine and miscarriage risk. *Epidemiology*. 2008 Jan;19(1):55-62.
49. Chen LW, Wu Y, Neelakantan N, et al. Maternal caffeine intake during pregnancy and risk of pregnancy loss: a categorical and dose-response meta-analysis of prospective studies. *Public Health Nutr*. 2016 May;19(7):1233-44. [Texto completo](#)
50. Henderson J, Gray R, Brocklehurst P. Systematic review of effects of low moderate alcohol exposure in pregnancy outcome. *BJOG*. 2007 Mar;114(3):243-52. [Texto completo](#)
51. Tolstrup JS, Kjaer SK, Munk C, et al. Does caffeine and alcohol intake before pregnancy predict the occurrence of spontaneous abortion? *Hum Reprod*. 2003 Dec;18(12):2704-10.
52. Nielsen A, Hannibal CG, Lindekilde BE, et al. Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(9):1057-65.
53. Venners SA, Wang X, Chen C, et al. Paternal smoking and pregnancy loss: a prospective study using a biomarker of pregnancy. *Am J Epidemiol*. 2004 May 15;159(10):993-1001.
54. Lashen H, Fear K, Sturdee DW. Obesity is associated with increased risk of first trimester and recurrent miscarriage: matched case-control study. *Hum Reprod*. 2004 Jul;19(7):1644-6.

55. De Groot L, Abalovich M, Alexander EK, et al. Management of thyroid dysfunction during pregnancy and postpartum: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2012 Aug;97(8):2543-65. [Texto completo](#)
56. Lepoutre T, Debiève F, Gruson D, et al. Reduction of miscarriages through universal screening and treatment of thyroid autoimmune diseases. *Gynecol Obstet Invest*. 2012;74(4):265-73. [Texto completo](#)
57. Agnesi R, Valentini F, Fedeli U, et al. Maternal exposures and risk of spontaneous abortion before and after a community oriented health education campaign. *Eur J Public Health*. 2011;21:282-285. [Texto completo](#)
58. Balogun OO, da Silva Lopes K, Ota E, et al. Vitamin supplementation for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;(5):CD004073. [Texto completo](#)
59. Aleman A, Althabe F, Belizán JM, et al. Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;(2):CD003576.
60. Mattox KL, Goetzel L. Trauma in pregnancy. *Crit Care Med*. 2005 Oct;33(suppl 10):S385-9.
61. Hoey R, Allan K. Does speculum examination have a role in assessing bleeding in early pregnancy? *Emerg Med J*. 2004 Jul;21(4):461-3. [Texto completo](#)
62. Tong S, Wallace EM, Rombauts L. Association between low day 16 hCG and miscarriage after proven cardiac activity. *Obstet Gynecol*. 2006 Feb;107(2 Pt 1):300-4.
63. Condous G, Okaro E, Bourne T. The conservative management of early pregnancy complications: a review of the literature. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2003 Oct;22(4):420-30. [Texto completo](#)
64. Kadar N, Caldwell BV, Romero R. A method of screening for ectopic pregnancy and its indications. *Obstet Gynecol*. 1981 Aug;58(2):162-6.
65. National Institute for Health and Care Excellence. Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management. December 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
66. Duan L, Yan D, Zeng W, et al. Predictive power progesterone combined with beta human chorionic gonadotropin measurements in the outcome of threatened miscarriage. *Arch Gynecol Obstet*. 2011 Mar;283(3):431-5.
67. Barnhart KT, Simhan H, Kamelle SA. Diagnostic accuracy of ultrasound above and below the beta-hCG discriminatory zone. *Obstet Gynecol*. 1999 Oct;94(4):583-7.
68. Abdallah Y, Daemen A, Kirk E, et al. Limitations of current definitions of miscarriage using mean gestational sac diameter and crown-rump length measurements: a multicenter observational study. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2011 Nov;38(5):497-502. [Texto completo](#)
69. Bourne T, Bottomley C. When is a pregnancy nonviable and what criteria should be used to define miscarriage? *Fertil Steril*. 2012 Nov;98(5):1091-6. [Texto completo](#)

70. Preisler J, Kopeika J, Ismail L, et al. Defining safe criteria to diagnose miscarriage: prospective observational multicentre study. *BMJ*. 2015 Sep 23;351:h4579. [Texto completo](#)
71. Verhaegen J, Gallos ID, van Mello NM, et al. Accuracy of single progesterone test to predict early pregnancy outcome in women with pain or bleeding: meta-analysis of cohort studies. *BMJ*. 2012 Sep 27;345:e6077. [Texto completo](#)
72. Bottomley C, Van Belle V, Kirk E, et al. Accurate prediction of pregnancy viability by means of a simple scoring system. *Hum Reprod*. 2013 Jan;28(1):68-76.
73. Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2012 Nov;98(5):1103-11. [Texto completo](#)
74. Dhillon RK, Hillman SC, Morris RK, et al. Additional information from chromosomal microarray analysis (CMA) over conventional karyotyping when diagnosing chromosomal abnormalities in miscarriage: a systematic review and meta-analysis. *BJOG*. 2014 Jan;121(1):11-21. [Texto completo](#)
75. Yang J, Savitz DA, Dole N, et al. Predictors of vaginal bleeding during the first two trimesters of pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2005;19:276-283.
76. Gracia CR, Sammel MD, Chittams J, et al. Risk factors for spontaneous abortion in early symptomatic first-trimester pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2005;106:993-999.
77. Maconochie N, Doyle P, Prior S, et al. Risk factors for first trimester miscarriage-results from a UK-population-based case-control study. *BCOJ*. 2007;114:170-186.
78. Ouyang DW, Economy KE, Norwitz ER. Obstetric complication of fibroids. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2006;33:153-169.
79. Sagili H, Mohamed K. Pregnancy of unknown location: an evidence-based approach to management. *The Obstetrician and Gynaecologist*. 2008;10:224-230
80. Farquharson RG, Jauniaux E, Exalto N; ESHRE Special Interest Group for Early Pregnancy (SIGEP). Updated and revised nomenclature for description of early pregnancy events. *Hum Reprod*. 2005 Nov;20(11):3008-11.
81. Chittacharoen A, Herabutya Y. Slow fetal heart rate may predict pregnancy outcome in first trimester threatened abortion. *Fertil Steril*. 2004 Jul;82(1):227-9. [Texto completo](#)
82. Noble G, Harvey C, Napier C, et al. Preimplantation genetic screening in advanced maternal age: a systematic review. *Expert Rev Obstet Gynecol*. 2010;5:707-716.
83. Papaioannou GI, Syngelaki A, Maiz N, et al. Ultrasonographic prediction of early miscarriage. *Hum Reprod*. 2011;26:1685-1692. [Texto completo](#)
84. Edey K, Draycott T, Akande VA. Early pregnancy assessment units. *Clin Obstet Gynecol*. 2007 Mar;50(1):146-53.

85. Cahill DJ, Wardle PG. Bleeding and pain in early pregnancy. In: James DK, Steer PJ, Weiner CP, et al., eds. High risk pregnancy, management options. 3rd ed. Pennsylvania: Elsevier-Saunders; 2006:84-104.
86. Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, et al. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. BJOG. 2010 Feb;117(3):245-57. [Texto completo](#)
87. Kim C, Barnard S, Neilson JP, et al. Medical treatments for incomplete miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2017;(1):CD007223. [Texto completo](#)
88. American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice bulletin: early pregnancy loss. May 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)
89. Luise C, Jermy K, May C, et al. Outcome of expectant management of spontaneous first trimester miscarriage: observational study. BMJ. 2002 Apr 13;324(7342):873-5. [Texto completo](#)
90. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomized trial of surgical, medical and expectant management of first trimester miscarriage. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2005 Apr;45(2):122-7.
91. Rulin MC, Bornstein SG, Campbell JD. The reliability of ultrasonography in the management of spontaneous abortion, clinically thought to be complete: a prospective study. Am J Obstet Gynecol. 1993 Jan;168(1 Pt 1):12-5.
92. Ballagh SA, Harris HA, Demasio K. Is curettage needed for uncomplicated incomplete spontaneous abortion? Am J Obstet Gynecol. 1998 Nov;179(5):1279-82.
93. Sawyer E, Ofuasia E, Ofili-Yebovi D, et al. The value of measuring endometrial thickness and volume on transvaginal ultrasound scan for the diagnosis of incomplete miscarriage. Ultrasound Obstet Gynecol. 2007 Feb;29(2):205-9. [Texto completo](#)
94. Harwood B, Nansel T, National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. Quality of life and acceptability of medical versus surgical management of early pregnancy failure. BJOG. 2008 Mar;115(4):501-8. [Texto completo](#)
95. Nanda K, Lopez LM, Grimes DA, et al. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(3):CD003518. [Texto completo](#)
96. Smith LF, Ewings PD, Quinlan C. Incidence of pregnancy after expectant, medical or surgical management of spontaneous first trimester miscarriage: long-term follow-up of miscarriage treatment (MIST) randomised controlled trial. BMJ. 2009 Oct 8;339:b3827. [Texto completo](#)
97. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. Am J Obstet Gynecol. 2007 Jan;196(1):31;e1-7.
98. Casikar I, Bignardi T, Riemke J, et al. Expectant management of spontaneous first-trimester miscarriage: prospective validation of the '2-week rule'. Ultrasound Obstet Gynecol. 2010 Feb;35(2):223-7. [Texto completo](#)

99. Verkuyl DA, Crowther CA. Suction v. conventional curettage in incomplete abortion. A randomized controlled trial. *S Afr Med J*. 1993 Jan;83(1):13-5.
100. Tunçalp O, Gülmezoglu AM, Souza JP. Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;(9):CD001993. [Texto completo](#)
101. Sagili H, Divers M. Modern management of miscarriage. *TOG Obstetrician Gynaecologist*. 2007;9:102-8.
102. Creinin MD, Harwood B, Guido RS, et al. Endometrial thickness after misoprostol use for early pregnancy failure. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Jul;86(1):22-6. [Texto completo](#)
103. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical or surgical? Results of randomized controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ*. 2006 May 27;332(7552):1235-40. [Texto completo](#)
104. Ngoc NT, Blum J, Westheimer E, et al. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *Int J Gynaecol Obstet*. 2004 Nov;87(2):138-42.
105. Schreiber CA, Creinin MD, Atrio J, et al. Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *N Engl J Med*. 2018 Jun 7;378(23):2161-70. [Texto completo](#)
106. May W, Gülmezoglu AM, Ba-Thike K. Antibiotics for incomplete abortion. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007(4):CD001779. [Texto completo](#)
107. Achilles SL, Reeves MF; Society of Family Planning. Prevention of infection after induced abortion: release date October 2010: SFP guideline 20102. *Contraception*. 2011 Apr;83(4):295-309. [Texto completo](#)
108. Savaris RF, de Moraes GS, Cristovam RA, et al. Are antibiotics necessary after 48 hours of improvement in infected/septic abortions? A randomized controlled trial followed by a cohort study. *Am J Obstet Gynecol*. 2011 Apr;204(4):301;e1-5. [Texto completo](#)
109. Brigham SA, Conlon C, Farquharson RG. A longitudinal study of pregnancy outcome following idiopathic recurrent miscarriage. *Hum Reprod*. 1999 Nov;14(11):2868-71.
110. Saravelos SH, Li TC. Unexplained recurrent miscarriage: how can we explain it? *Hum Reprod*. 2012 Jul;27(7):1882-6.
111. European Society of Human Reproduction and Embryology. Guideline on the management of recurrent pregnancy loss. November 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
112. Tong L, Wei X. Meta-analysis of aspirin-heparin therapy for un-explained recurrent miscarriage. *Chin Med Sci J*. 2016 Nov 20;31(4):239-46.
113. Kaandorp SP, Goddijn M, van der Post JA, et al. Aspirin plus heparin or aspirin alone in women with recurrent miscarriage. *N Engl J Med*. 2010 Apr 29;362(17):1586-96. [Texto completo](#)

114. Greer IA. Antithrombotic therapy for recurrent miscarriage? N Engl J Med. 2010 Apr 29;362(17):1630-1.
115. Skeith L, Carrier M, Kaaja R, et al. A meta-analysis of low-molecular-weight heparin to prevent pregnancy loss in women with inherited thrombophilia. Blood. 2016 Mar 31;127(13):1650-5. [Texto completo](#)
116. Wong LF, Porter TF, Scott JR. Immunotherapy for recurrent miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(10):CD000112. [Texto completo](#)
117. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, et al. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. Transfus Med. 2014 Feb;24(1):8-20. [Texto completo](#)
118. Karanth L, Jaafar SH, Kanagasabai S, et al. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(3):CD009617. [Texto completo](#)
119. Swanson KM, Chen HT, Graham JC, et al. Resolution of depression and grief during the first year after miscarriage: A randomized controlled clinical trial of couples-focused interventions. J Womens Health (Larchmt). 2009 Aug;18(8):1245-57. [Texto completo](#)
120. Peel E. Pregnancy loss in lesbian and bisexual women: an online survey of experiences. Hum Reprod. 2010 Mar;25(3):721-7. [Texto completo](#)
121. Bique C, Ustá M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Sep;98(3):222-6.
122. Duckitt K, Qureshi A. Recurrent miscarriage. BMJ Clin Evid. 2015 [internet publication].
123. Duan L, Yan D, Zeng W, et al. Effect of progesterone treatment due to threatened abortion in early pregnancy for obstetric and perinatal outcomes. Early Hum Dev. 2010;86:41-43.
124. Coomarasamy A, Williams H, Truchanowicz E, et al. PROMISE: first-trimester progesterone therapy in women with a history of unexplained recurrent miscarriages - a randomised, double-blind, placebo-controlled, international multicentre trial and economic evaluation. Health Technol Assess. 2016;20:1-92. [Texto completo](#)
125. Tanha FD, Feizi M, Shariat M. Sublingual versus vaginal misoprostol for the management of missed abortion. J Obstet Gynaecol Res. 2010;36:525-532.
126. Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, et al. Two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: a randomized clinical trial. Contraception. 2009;79:456-462.
127. Chen H, Fu J, Huang W. Dopamine agonists for preventing future miscarriage in women with idiopathic hyperprolactinemia and recurrent miscarriage history. Cochrane Database Syst Rev. 2016; (7):CD008883. [Texto completo](#)

128. Lykke JA, Dideriksen KL, Lidegaard O, et al. First-trimester vaginal bleeding and complications later in pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2010 May;115(5):935-44.
129. Yael K, Lorenza P, Evelina S, et al. Incidental endometrial adenocarcinoma in early pregnancy: a case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*. 2009 Dec;19(9):1580-4.
130. Lee C, Slade P, Lygo V. The influence of psychological debriefing on emotional adaptation in women following early miscarriage: a preliminary study. *Br J Med Psychol*. 1996 Mar;69(Pt 1):47-58.
131. Nikcevic AV, Kuczmierczyk AR, Nicolaidis KH. The influence of medical and psychological interventions on women's distress after miscarriage. *J Psychosom Res*. 2007 Sep;63(3):283-90.
132. Murphy FA. The experiences of early miscarriage from a male perspective. *J Clin Nurs*. 1998 Jul;7(4):325-32.
133. Cumming GP, Klein S, Bolsover D, et al. The emotional burden of miscarriage for women and their partners: trajectories of anxiety and depression over 13 months. *BJOG*. 2007 Sep;114(9):1138-45. [Texto completo](#)
134. Neugebauer R, Kline J, Shrout P, et al. Major depressive disorder in the 6 months after miscarriage. *JAMA*. 1997 Feb 5;277(5):383-8.
135. Lok IH, Yip AS, Lee DT, et al. A 1-year longitudinal study of psychological morbidity after miscarriage. *Fertil Steril*. 2010 Apr;93(6):1966-75. [Texto completo](#)
136. Capella-Allouc S, Morsad F, Rongieres-Bertrand C, et al. Hysteroscopic treatment of severe Asherman's syndrome and subsequent fertility. *Hum Reprod*. 1999 May;14(5):1230-3.
137. Webber K, Grivell RM. Cervical ripening before first trimester surgical evacuation for non-viable pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(11):CD009954. [Texto completo](#)
138. Hodgson DT, Loftipour S, Fox JC. Vaginal bleeding before 20 weeks gestation due to placental abruption leading to disseminated intravascular coagulation and fetal loss after appearing to satisfy criteria for routine threatened abortion: a case report and brief review of the literature. *J Emerg Med*. 2007 May;32(4):387-92. [Texto completo](#)
139. Vlaanderen W, Fabriek LM, van Tuyll van Serooskerken C. Abortion risk and pregnancy interval. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1988;67(2):139-40.
140. Ali SM, Hecht BR. Attempting pregnancy after miscarriage and curettage - what is the minimum interval? *Int J Gynaecol Obstet*. 1994 Jun;45(3):275-9.
141. Go KJ, Patel JC, Cunningham DL. The role of assisted reproductive technology in the management of recurrent pregnancy loss. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2009;16:459-463.

Imagens

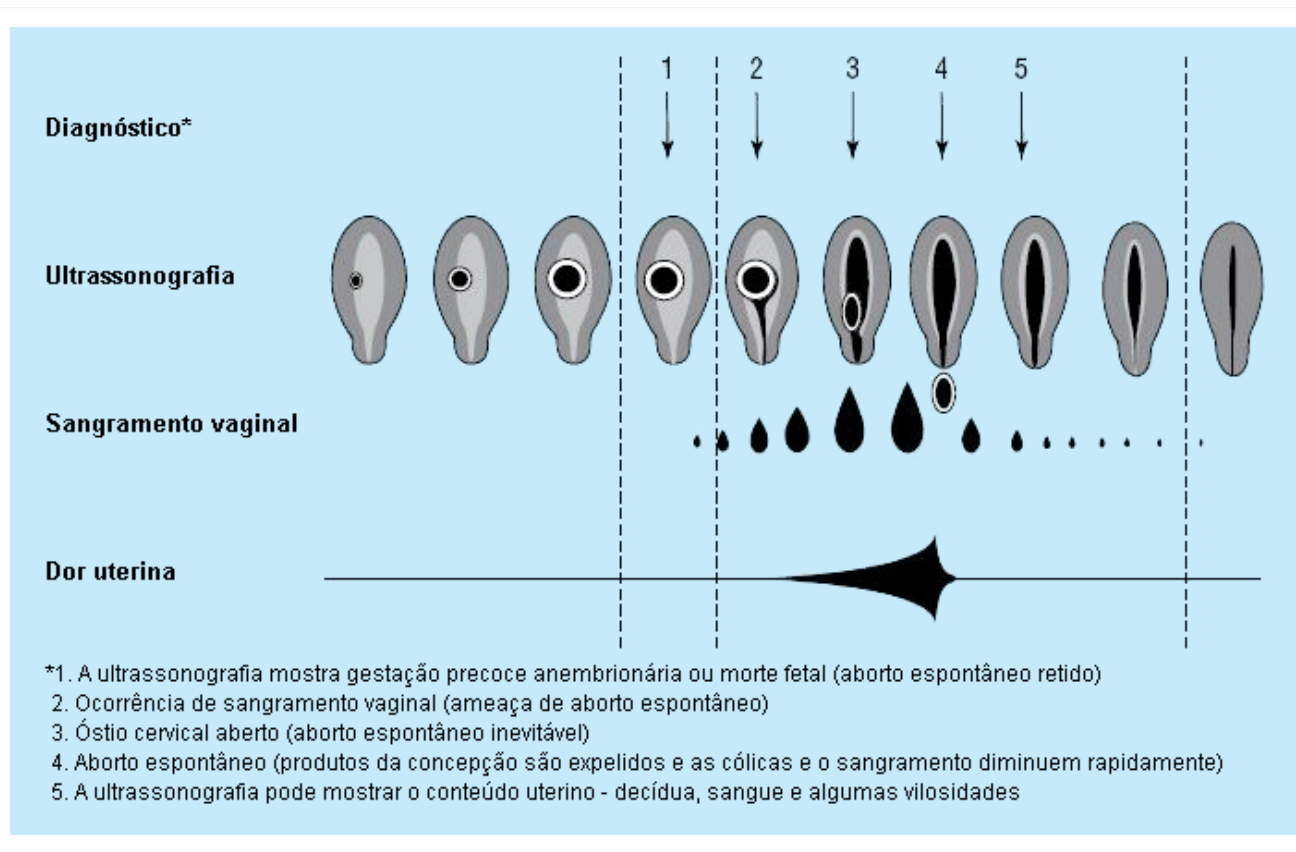


Figura 1: Evolução natural do aborto espontâneo

De: Ankum WM, Wieringa-de Ward M, Bindels PJE. BMJ,2001;322:1343-6.

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,00
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Ida Muslim, MBChB, MRCOG

Consultant Obstetrician & Gynaecologist
The Women's Centre, Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK
DIVULGAÇÕES: IM declares that she has no competing interests.

Jothi Doraiswamy, MBBS, MRCOG

Locum Consultant in Obstetrics and Gynaecology
Gloucestershire Royal Hospital, Gloucester, UK
DIVULGAÇÕES: JD declares that she has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Ida Muslim and Dr Jothi Doraiswamy would like to gratefully acknowledge Dr Isaac Babarinsa and Professor Tim Draycott, previous contributors to this topic. IB and TD declare that they have no competing interests.

// Colegas revisores:

Jo Trinder, MD

Consultant Obstetrician and Gynaecologist
St Michael's Maternity Wing, Bristol Royal Infirmary, Bristol, UK
DIVULGAÇÕES: JT is the primary author of one randomised controlled trial cited in this topic. This trial was funded by an NHS Research and Development Grant and a donation from Exelgyn, the manufacturer of misoprostol. JT has accepted honoraria for speaking to groups of midwives and doctors about miscarriage management.

John Bachman, MD

Consultant in Family Medicine
Parker D Sanders and Isabella Sanders Professor of Primary Care, Rochester, MN
DIVULGAÇÕES: JB declares that he has no competing interests.