

17  
Protocolos Febrasgo

Obstetrícia | nº 17 | 2024

**Abortamento espontâneo:  
classificação, diagnóstico e conduta**

3ª edição

**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia



## Diretoria da Febrasgo 2024 / 2027

**Maria Celeste Osório Wender**

Presidente

**Roseli Mieko Yamamoto Nomura**

Diretor Administrativo

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

Diretor Científico

**Marcelo Luís Steiner**

Diretor Financeiro

**Lia Cruz Vaz da Costa Damasio**

Diretor de Defesa e Valorização  
Profissional

**Maria Auxiliadora Budib**

*Vice-Presidente*

Região Centro-Oeste

**Olímpio Barbosa de Moraes Filho**

*Vice-Presidente*

Região Nordeste

**Hilka Flavia Barra do Espírito**

**Santo Alves Pereira**

*Vice-Presidente*

Região Norte

**Sérgio Podgaec**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Alberto Trapani Junior**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal

2024 / 2027

### Presidente

Lílian de Paiva Rodrigues Hsu

### Vice-Presidente

Eliana Martorano Amaral

### Secretária

Adriana Gomes Luz

### Membros

Eugenia Glaucy Moura Ferreira

Joeline Maria Cleto Cerqueira

Giuliane Jesus Lajos

Julio Elito Junior

Sigrid Maria Loureiro de Queiroz Cardoso

Elvira Maria Mafaldo Soares

Jorge de Rezende Filho

Eura Martins Lage

Debora Farias Batista Leite

Monica Lopes Vazquez

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal. Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta. 3ª ed. São Paulo - FEBRASGO, 2024. (Protocolos FEBRASGO, Obstetria, no. 17).

iv, 13p.

1. Aborto espontâneo 2. Curetagem a vácuo 3. Misoprostol I. Autor

ISBN 978-85-94091-20-8

NLM - WQ 225

2024/2025 (3a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Agnaldo Lopes da Silva Filho  
2021/2022 (2a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. César Eduardo Fernandes  
2018 (1a edição) - Responsável científico: Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá

Coordenador Editorial

**Bruno Henrique Sena Ferreira**

Revisora Ortográfica e Gramatical

**Viviane Zeppelini**

Normatização/ Normalização

**Edna Terezinha Rother**

Diagramação e Projeto Gráfico

**Adriano Aguina**

# Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta

## Palavras-chave

Aborto espontâneo; Recidiva; Misoprostol; Curetagem a vácuo; Curetagem

## Como citar?

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO). Abortamento espontâneo: classificação, diagnóstico e conduta. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. (Protocolo FEBRASGO-Obstetria, n. 17/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

## Highlights

1. O abortamento apresenta alta incidência em países em desenvolvimento e representa um sério problema de saúde pública.
2. Abortamento ainda é uma importante causa de mortalidade materna no mundo.
3. O aborto espontâneo é um evento relativamente comum, afetando cerca de 10% das gestações confirmadas clinicamente, no entanto nem sempre notificável.
4. A maioria dos abortamentos ocorre no primeiro trimestre de gravidez e estima-se que cerca de 60% decorrem de alterações genéticas, sendo a trissomia autossômica a disfunção mais frequente.
5. Os fatores etiológicos relacionados ao abortamento são idade materna, diabetes não controlada, tireoidopatias, síndrome dos ovários

\*Este protocolo foi elaborado pela Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal e validado pela Diretoria Científica como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetria, n. 17. Acesso: <https://www.febRASGO.org.br/>

policísticos, infecções maternas, sinéquias intrauterinas, miomas intramurais e submucosos, trombofilias, tabagismo, álcool e traumas graves.

6. O diagnóstico de aborto espontâneo inclui histórico clínico da paciente, exame físico, ultrassonografia e exames laboratoriais.
7. A perda gestacional espontânea pode ser diagnosticada por meio de sinais e sintomas (sangramento, dor e febre), exame físico ginecológico (exame especular e o de orifício interno do colo uterino) e exames complementares (exames de sangue e ultrassonografia).
8. Os tipos de abortamento são: inevitável, completo, incompleto, infectado, retido, recorrente ou ameaça.
9. O tratamento do aborto deve ser individualizado, de acordo com a gravidade de cada caso, idade gestacional e tipo de abortamento.
10. Embora nem todos os abortos espontâneos possam ser prevenidos, o cuidado pré-natal adequado, a identificação precoce de fatores de risco e a oferta de apoio e tratamento adequado podem ajudar a minimizar o risco e melhorar os resultados da gravidez.

## Introdução

O abortamento é um problema de saúde pública com grande incidência nos países em desenvolvimento e é uma importante causa de mortalidade materna no mundo.

Abortamento é a interrupção da gravidez antes que o produto da concepção tenha alcançado viabilidade. Por aborto entende-se o produto biológico do abortamento. A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera abortamento a expulsão ou extração fetal antes de 20 a 22 semanas de idade gestacional ou peso fetal menor que 500g.<sup>(1)</sup> Pode ser classificado como precoce ou tardio, quanto à cronologia; como espontâneo ou induzido, conforme a intenção; ou seguro ou inseguro, quanto às técnicas e condições empregadas.

## Incidência

Abortamento é uma das complicações mais frequentes da gravidez, acontecendo muitas vezes antes mesmo do atraso menstrual.

### Primeiro trimestre

A incidência de perda precoce da gravidez é estimada em 31%, embora ela diminua para aproximadamente 10% quando se consideram apenas as perdas que ocorrem em gestações clinicamente reconhecidas.<sup>(2,3)</sup>

### Segundo trimestre

A incidência de perdas no segundo trimestre até as 20 semanas de gestação é inferior a 1%.<sup>(4)</sup>

## Limitações dos dados

A real incidência da perda de gravidez é difícil de determinar, uma vez que muitas perdas ocorrem antes da gravidez clinicamente reconhecida.

## Fatores de risco e etiologia

Os fatores de risco comuns incluem aumento da idade materna; condições médicas, como endocrinopatias, obesidade, distúrbios metabólicos, síndrome antifosfolípide, infecções; anomalias uterinas; uso de medicamentos e/ou substâncias ilícitas; estresse crônico, trauma e exposições ambientais.<sup>(4-6)</sup>

Fatores genéticos, principalmente anomalias cromossômicas, são a causa mais comum de aborto espontâneo precoce (50 a 60%). Essas anomalias podem envolver um ou mais cromossomos autossomos, cromossomos sexuais e ambos simultaneamente e são identificadas por meio de métodos citogenéticos convencionais baseados em microscopia de luz<sup>(7)</sup>

## Apresentação clínica

A história clínica e o exame físico constituem partes importantes da avaliação da paciente com suspeita de abortamento. O diagnóstico deve ser considerado quando uma mulher em idade reprodutiva, com vida sexual ativa, apresenta atraso menstrual e sangramento vaginal acompanhado de cólicas. Outros sintomas vão ocorrer dependendo da gravidade do caso, como fraqueza, tonturas, sudorese e perda da consciência. A depender do volume de sangramento, poderão estar presentes sinais de hipovolemia, como palidez, taquicardia, hipotensão arterial, agitação, torpor e choque. Se houver infecção, poderá haver também hipertermia, taquipneia e dor à palpação uterina. O exame especular permite a avaliação da quantidade e local de sangramento. O toque vaginal possibilita a determinação do volume uterino e dilatação cervical.<sup>(6)</sup>

O abortamento infectado é frequentemente relacionado a aborto induzido por técnicas inadequadas e inseguras. As infecções são geralmente polimicrobianas e provocadas por bactérias do trato genital. Com a progressão da infecção, no exame ginecológico, a mulher pode referir bastante dor e apresentar sinais de peritonismo, estado geral comprometido, náuseas e vômitos, queda do nível de consciência e sinais de choque séptico (calafrios, cianose, desidratação, hipotensão, taquicardia e pulso filiforme).

O quadro 1 resume os principais achados e a conduta em cada forma clínica de abortamento.

No quadro 2 estão descritos os critérios ultrassonográficos que apresentam alta especificidade para diagnóstico de abortamento retido.<sup>(8)</sup>

## Quadro 1. Formas clínicas de aborto

	Amescla de abortamento	Abortamento completo	Abortamento incompleto	Abortamento retido	Abortamento infectado ou séptico	Abortamento inevitável
Sangramento	Discreto	Ausente ou discreto	Presente e, por vezes, abundantes	Ausente ou muito discreto	Variável	Presente e por vezes abundante
Dor	Discreta ou ausente	Ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Intensa e contínua	Cólicas sempre presentes
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Exame especular	Sem alterações	Sem alterações	Saída de tecido	Sem alterações	Secreção purulenta	Sangramento pelo orifício do colo; visibilização de membranas ovulares ou embrião através do colo
Colo uterino	Fechado	Fechado	Pérvio	Fechado	Pérvio e doloroso a mobilização	Entreaterto
US	Embrião/feto com vitalidade ou achados de gestação inicial ainda sem embrião. Pode haver área de deslocamento ovular	Útero vazio ou com coágulos. US é conduzida bastante apropriada para ratificar o diagnóstico	Conteúdo intrauterino amorfo e heterogêneo. Se o colo fica impermeável, ao exame digital, o US pode ser necessário para esclarecer o diagnóstico e orientar a conduta quanto ao esvaziamento dos restos placentários	Saco gestacional com embrião sem atividade cardíaca ou gestação anembrionada em 2 exames com intervalo de 15 dias	Restos ovulares, saco gestacional ou coágulos	Ovo deformado. Hematoma retro-ovular. Ovo muito baixo. É importante destacar que o US pérvico não é necessário para o diagnóstico e não pode retardar o tratamento
Conduta	Analgésia, expectante	Expectante	Reposição volêmica. Analgesia. AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto	Expectante por até 4 semanas após, AMIU ou curetagem se não houver resolução espontânea	Reposição volêmica, analgesia. Clindamicina 600mg EV a cada 6 horas (ou metronidazol 500mg EV a cada 8 horas) + gentamicina 3 a 5 mg/kg/24horas* AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto. As pacientes deverão permanecer com terapia endovenosa por 48 horas após o último pico febril e melhora clínica <sup>46</sup>	Reposição volêmica. Analgesia. AMIU ou curetagem, por técnica convencional, após a expulsão do feto

\* Na ausência de resposta, inclui-se no esquema ampicilina 1g EV a cada 6 horas ou penicilina 5 000.000 UI EV a cada 6 horas.

US: ultrassonografia; AMIU: aspiração manual intrauterina; EV: endovenoso.

## Quadro 2. Critérios ultrassonográficos para diagnóstico de aborto retido

Saco gestacional sem vesícula vitelínica ou embrião e com diâmetro médio  $\geq 25$ mm  
Embrião com comprimento crânio-nádegas  $\geq 7$ mm e sem atividade cardíaca  
Ausência de embrião com batimento cardíaco 2 semanas após um exame demonstrando saco gestacional vazio  
Ausência de embrião com batimento cardíaco 11 ou mais dias após exame demonstrando o saco gestacional com vesícula vitelínica

Fonte: Adaptado a partir de Doubilet et al.<sup>(8)</sup>

## Tratamento

### Medidas gerais

A conduta deve ser individualizada de acordo com a gravidade de cada caso, idade gestacional e tipo de abortamento.

### Técnicas de esvaziamento uterino

O esvaziamento uterino é o procedimento indicado e pode ser realizado de forma farmacológica ou mecânica.<sup>(9)</sup> Em condições excepcionais, nas quais esses procedimentos falhem, é possível a realização de uma microcesárea como último recurso.<sup>(9)</sup>

### Método farmacológico

A forma mais efetiva da promoção do abortamento farmacológico é o uso do misoprostol em comprimidos para uso vaginal de 25, 100 e 200µg, em ambiente hospitalar.<sup>(9)</sup> Como principais vantagens do uso do misoprostol, citam-se: ausência da possibilidade de perfuração uterina e formação de sinéquias, redução dos riscos de sequelas inerentes à dilatação mecânica do colo uterino e não demanda de procedimento anestésico. Como desvantagens, têm-se o maior tempo de resolução (às vezes, dias); a maior prevalência de alguns sintomas, como cólicas, sangramento, náuseas, febre e calafrios; a necessidade eventual de complementação cirúrgica e de hemotransfusão e a ansiedade da mulher pela espera.<sup>(10)</sup>

## Abortamento no primeiro trimestre

A International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) e a OMS recomendam a administração de 800mcg via vaginal (quatro comprimidos de 200mcg), com um intervalo de 3 a 12 horas.<sup>(11-13)</sup> No caso de mulheres com sangramento genital intenso, sepse de foco uterino, com contraindicações ao uso do misoprostol ou com comorbidades que necessitam de um modo monitorado de evacuação uterina em ambiente hospitalar, o esvaziamento uterino mecânico (ou cirúrgico) está indicado como método de primeira escolha.<sup>(14,15)</sup>

## Abortamento no segundo trimestre

A possibilidade da presença de ossos fetais no abortamento de segundo trimestre torna o tratamento farmacológico, seguido do cirúrgico, preferencial em relação ao cirúrgico exclusivo.<sup>(13)</sup> Nas gestações entre 13 e 24 semanas, a FIGO e a OMS recomendam posologia de 400mcg de misoprostol, via vaginal, repetidas a cada 3 horas.<sup>(12,13)</sup> Mulheres com cicatriz uterina têm risco de 0,28% de rotura uterina durante abortamento farmacológico no segundo trimestre. Por isso, em caso de cicatriz uterina anterior (cesárea ou miomectomia), a dose de misoprostol não deve ser maior que 200mcg vaginal a cada 6 horas.<sup>(16)</sup>

## Método mecânico/cirúrgico

Os dois métodos mais utilizados para esvaziamento uterino no abortamento são a aspiração intrauterina (manual ou elétrica) e a curetagem. A aspiração intrauterina deve ser priorizada em relação à curetagem uterina para esvaziamento no primeiro trimestre, por apresentar menor morbimortalidade materna.<sup>(12,13,17)</sup> A OMS e a FIGO recomendam que a curetagem seja usada apenas se a aspiração intrauterina não for disponível.<sup>(12,13)</sup>

## Aspiração intrauterina

Se o colo uterino estiver fechado, a utilização de 400mcg de misoprostol, via vaginal, 3 a 4 horas, antes do esvaziamento mecânico, facilita o procedimento,

sendo uma alternativa aos dilatadores mecânicos.<sup>(13)</sup> A aspiração intrauterina é o procedimento de eleição para esvaziamento uterino antes da 12ª semana. Esse procedimento possibilita, em situações bastante favoráveis, a substituição da anestesia geral ou bloqueio locorregional por analgésicos, sedação ou, ainda, por bloqueio paracervical com lidocaína 1% sem vasoconstrictor, resultando em encurtamento da permanência hospitalar e maior agilidade no atendimento.<sup>(17)</sup>

## Curetagem uterina

A curetagem uterina é o método de escolha nos casos de abortamentos do segundo trimestre.<sup>(14)</sup> Nas gestações com feto intrauterino após a 12ª semana, se houver condições maternas estáveis, deve-se promover a indução farmacológica com misoprostol e somente após a expulsão fetal, se faz a curetagem uterina.<sup>(9,12,14)</sup>

## Complicações dos métodos de esvaziamento intrauterino

No caso de hemorragia, após se atestar que a causa não é resto ovular, uterotônicos podem ser utilizados. Além disso, coagulopatia de base pode ser aventada. Se a complicação for perfuração uterina, na maioria das vezes, a conduta é expectante, com vigilância da paciente devido às possibilidades de sangramento abdominal e infecção.<sup>(9,12-14)</sup>

## Prevenção da aloimunização Rh-D

É importante lembrar da profilaxia da aloimunização anti-Rh D de mulheres Rh D-negativas com quadros clínicos de abortamento.<sup>(14)</sup> No primeiro trimestre, a dose de 50mcg de imunoglobulina hiperimune anti-Rh-D é efetiva, embora não haja contraindicação ao uso da dose padrão de 300mcg, que é mais amplamente disponível. Após 12 semanas, recomenda-se a dose de 300mcg.<sup>(18)</sup>

## Abortamento recorrente

Não existe consenso quanto à definição de abortamento recorrente (AR). O conceito clássico é de quando há três ou mais perdas espontâneas sucessivas.<sup>(19)</sup> No entanto, a American Society for Reproductive Medicine (ASRM) já considera recorrente quando há duas perdas clinicamente reconhecidas (gestação confirmada por imagem ultrassonográfica ou por estudo anatomopatológico).<sup>(20)</sup>

As perdas recorrentes comprometem 1% dos casais. Quanto maiores o número de abortamentos e a idade materna, menor a chance de se alcançar uma gestação viável.<sup>(21)</sup> Sua etiologia é variável, podendo ser consequente à alteração cromossômica (anormalidades estruturais balanceadas de um dos genitores), inflamatória e imunológica (síndrome do anticorpo antifosfolípide, lúpus e doença celíaca), anatômica (malformações uterinas e insuficiência istmocervical) e endocrinológicas (hiperprolactinemia, insuficiência de corpo lúteo, diabetes ou tireoidopatia descompensados), entre outras.<sup>(19)</sup> Apesar de investigação cuidadosa, sua causa não é identificável em 40 a 50% dos casais.<sup>(20)</sup>

## Investigação

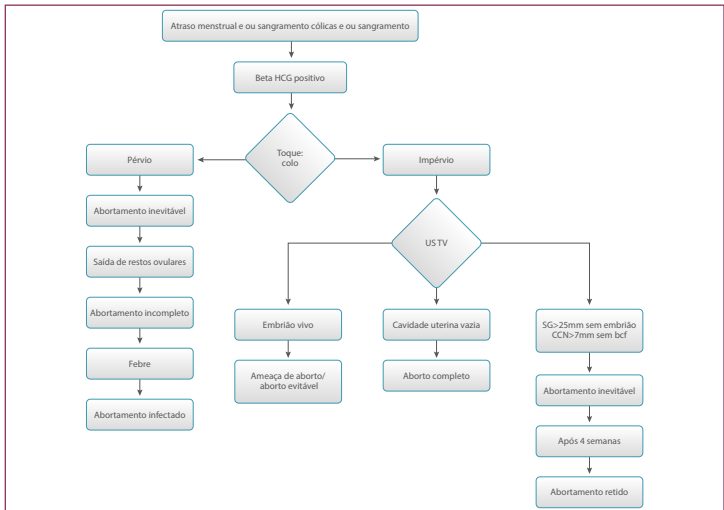
A história clínica deve conter dados detalhados das perdas anteriores, dos ciclos menstruais, se há galactorreia, história familiar de anormalidades congênitas ou cariotípicas, exposição a toxinas ambientais ou relatos sugestivos de síndrome antifosfolípide. A avaliação complementar inclui ultrassonografia/histerossonografia, pesquisa de síndrome antifosfolípide e avaliação da função tireoidiana. O cariótipo do casal pode ser avaliado, mas é baixa a probabilidade de uma alteração.

## Tratamento

Quando a causa do AR for identificada, o tratamento será específico. Quando a causa for indefinida, algumas condutas são sugeridas:

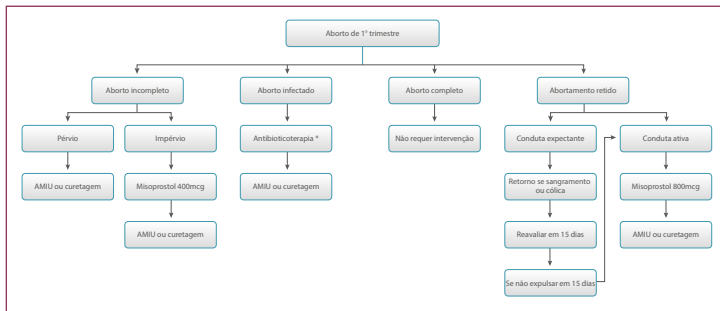
- Modificação no estilo de vida: eliminar o uso de tabaco, do álcool e da cafeína e emagrecer, para as mulheres obesas, podem aumentar o potencial de fertilidade, embora não tenham sido definitivamente testadas em ensaios randomizados.
- Progestagênicos: a didrogesteronona oral, na dose de 10mg duas ou três vezes ao dia, parece ser segura e apresentou resultados positivos em um estudo clínico randomizado.<sup>(22,23)</sup> O uso de ácido acetilsalicílico, heparinas, gonadotrofina coriônica humana, citrato de clomifeno, imunoglobulina endovenosa e glicocorticoides são condutas não recomendadas, por serem inefetivas ou não comprovadas.<sup>(24)</sup>

## Fluxograma de conduta



Fonte: elaboração própria.

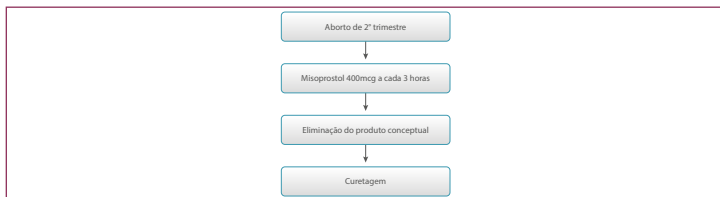
US: ultrassonografia; TV: transvaginal; SG: saco gestacional; CCN: comprimento cabeça-nádegas; bcf: batimento cardíaco fetal.



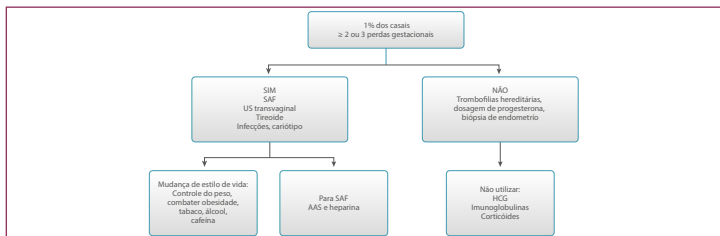
Fonte: elaboração própria.

\*Gentamicina + clindamicina ou penicilina + metronidazol.

AMIU: aspiração manual intrauterina.



## Abortamento de repetição



Fonte: elaboração própria.

SAF: síndrome do anticorpo antifosfolípide; US: ultrassonografia; AAS: ácido acetilsalicílico; HCG: hormônio gonadotrofina coriônica.

## Recomendações finais

Alguns exames podem ser necessários, como o hemograma, na avaliação da magnitude do sangramento e na possibilidade de processo infeccioso associado. A contagem de plaquetas e as provas de coagulação podem auxiliar em situações de coagulopatia. O conhecimento do tipo sanguíneo é obrigatório, na prevenção da aloimunização Rh e pela eventual necessidade de hemotransfusões. As sorologias, principalmente da sífilis, são importantes na avaliação das causas, podendo ser incluído o teste rápido para HIV e hepatites. No caso dos abortamentos infectados, alguns exames complementares são necessários para melhor avaliação e seguimento, como o hemograma com contagem de plaquetas; coagulograma; hemocultura; raios X abdominal; ultrassonografia pélvica e/ou de abdome total e tomografia, em alguns casos, para definir coleções intracavitárias.<sup>(9)</sup>

Acolher a paciente e os acompanhantes, sem impor valores pessoais e crenças, informando apropriadamente, é componente essencial em qualquer atendimento médico relacionado ao abortamento. Sempre devem ser apresentados os métodos disponíveis para o tratamento do abortamento e alívio de dor. A correta orientação reduz a ansiedade e auxilia a lidar com o luto da perda.<sup>(12,14)</sup>

O produto conceptual (feto e/ou anexos fetais) devem ser analisados macro e microscopicamente. Por isso, devem ser enviados sempre para exame histopatológico.<sup>(12,24)</sup>

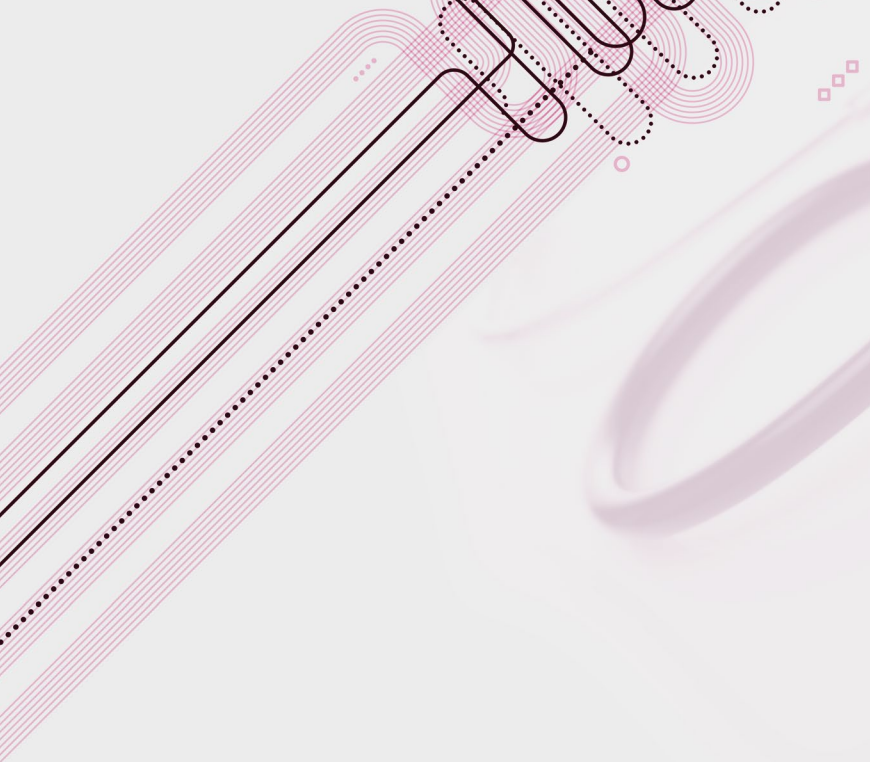
## Referências

1. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. Geneva: WHO; 2019 [cited 2024 Jul 13]. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en>
2. Magnus MC, Wilcox AJ, Morken NH, Weinberg CR, Håberg SE. Role of maternal age and pregnancy history in risk of miscarriage: prospective register-based study. *BMJ*. 2019;364:l869.
3. Dugas C, Slane VH. Miscarriage. StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020.
4. Wyatt PR, Owolabi T, Meier C, Huang T. Age-specific risk of fetal loss observed in a second trimester serum screening population. *Am J Obstet Gynecol* 2005;192:240.

5. Shahine L, Lathi R. Recurrent pregnancy loss: evaluation and treatment. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2015;42(1):117-34.
6. Alves C, Jenkins SM, Rapp A. Early pregnancy loss (spontaneous abortion) [Updated 2023 Oct 12]. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
7. Diejomaoh MF. Recurrent spontaneous miscarriage is still a challenging diagnostic and therapeutic quagmire. *Med Princ Pract.* 2015;24 (Suppl. 1):38-55.
8. Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M, Barnhart KT, Benacerraf BR, et al.; Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med.* 2013;369(15):1443-51.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Técnica: Atenção humanizada ao abortamento. 2a ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2011. Série de Direitos Sexuais Reprodutivos, caderno no. 4.
10. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ.* 2006;332(7552):1235-40.
11. International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO). Misoprostol ONLY Dosing Chart. FIGO: 2023 [cited 2024 Jul 13]. Available from: <https://www.figo.org/sites/default/files/2024-01/FIGO-Miso-Chart-11-2023%20FINAL%20%281%29%20%281%29.pdf>
12. World Health Organization (WHO). Medical management of abortion: evidence base. Geneva: WHO; 2018 [cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/278968/9789241550406-eng.pdf>
13. World Health Organization (WHO). Clinical Practice Handbook for Safe Abortion. Geneva: WHO; 2014 [cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/97415>
14. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins - Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 200: Early Pregnancy Loss. *Obstet Gynecol.* 2018;132(5):e197-e207.
15. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):676-92.
16. Morris JL, Winikoff B, Dabash R, Weeks A, Faundes A, Gemzell-Danielsson K, et al. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017;138(3):363-6.
17. Shih G, Wallace R. First-trimester pregnancy termination: Uterine aspiration. last updated: Mar 18, 2024. [cited 2024 Jun 25]. Available from: <https://medlib.ir/uupdate/show/3287>
18. Karanth L, Jaafar SH, Kanagasabai S, Nair NS, Barua A. Anti-D administration after spontaneous miscarriage for preventing Rhesus alloimmunisation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(3):CD009617.
19. Regan L, Rai R, Saravelos S, Li T-C, on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Recurrent Miscarriage: Green-top Guideline No. 17. *BJOG.* 2023; 130(12): e9-e39.
20. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Definitions of infertility and recurrent pregnancy loss: a committee opinion. *Fertil Steril.* 2013;99(1):63.
21. Ford HB, Schust DJ. Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. *Rev Obstet Gynecol.* 2009;2(2):76-83.
22. Lee HJ, Park TC, Kim JH. The influence of oral dydrogesterone and vaginal progesterone on threatened abortion: a systematic review and meta-analysis. *BioMed Res Int.* 2017;2017:3616875.
23. Kumar A, Beguin N, Prasad S, Aggarwal S, Sharma SH. Oral dydrogesterone treatment during early pregnancy to prevent recurrent pregnancy loss and its role in modulation of cytokine production: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Fert Steril.* 2014; 102:1354-7.
24. Henkel A, Shaw KA. Advances in the management of early pregnancy loss. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2018;30(6):419-24.







**febrasgo**  
Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetria

COMPORTAMENTO,  
SAÚDE E INFORMAÇÃO



FEITO PARA ELA