



Abortamento

- 1 Introdução
- 2 Confirmação de vida fetal
- 3 Prevenção de abortamento
 - 3.1 Repouso no leito e hospitalização
 - 3.2 Hormônios
 - 3.2.1 *Dietilestilbestrol*
 - 3.2.2 *Progestogênios*
 - 3.2.3 *Gonadotrofina coriônica humana*
 - 3.2.4 *Agonistas do hormônio de liberação do hormônio luteinizante*
 - 3.3 Imunoterapia
 - 3.4 Intervenções em mulheres com distúrbios auto-ímmunes
 - 3.5 Outros medicamentos
- 4 Cuidados após abortamento espontâneo ou aborto retido
 - 4.1 Conduta expectante *versus* evacuação cirúrgica
 - 4.2 Evacuação clínica *versus* evacuação cirúrgica
 - 4.3 Evacuação cirúrgica
 - 4.3.1 *Analgesia versus anestesia geral*
 - 4.3.2 *Aspiração versus curetagem convencional*
 - 4.3.3 *Antibióticos profiláticos*
- 5 Conclusões

1 Introdução

O abortamento é a perda espontânea de uma gravidez antes que o feto seja viável. Algumas vezes, os profissionais e a família podem não considerar essa perda tão trágica quanto a morte fetal na gravidez mais adiantada, mas freqüentemente resulta em grau semelhante de sofrimento psicológico e angústia para a mulher e o cônjuge. O abortamento é comum. Uma em cada sete gestações clinicamente diagnosticadas será abortada, geralmente durante as primeiras 14 semanas de gravidez. Metade dos bebês abortados durante esse período tem uma anormalidade cromossômica. Outros fatores que influenciam o risco de abortamento incluem idade materna acima de 35 anos, gravidez múltipla, ovários policísticos, distúrbios auto-ímmunes, diabetes mal controlado e dois ou mais abortamentos prévios.

O abortamento precoce recorrente ocorre em 1-2% dos casais. Várias intervenções foram propostas e usadas nas tentativas de evitar o abortamento, particularmente nas mulhe-

res consideradas sob risco maior que a média. As principais foram a prescrição de repouso no leito, em casa ou no hospital e o uso de vários hormônios. Em cada mulher, a escolha do tratamento deve depender de demonstrações de efetividade e da sua preferência pessoal.

O apoio psicológico para mulheres sob alto risco de abortamento precoce não foi formalmente avaliado em estudos randomizados. Entretanto, comparações não-randomizadas sugerem que esse apoio isoladamente pode estar associado a melhora do resultado da gravidez. Portanto, a avaliação apropriada de outras intervenções é particularmente importante para o tratamento dessas mulheres.

2 Confirmação de vida fetal

A ultra-sonografia tem a capacidade de estabelecer com rapidez e precisão se um feto está vivo ou morto, e de prever a probabilidade de uma gravidez continuar quando há hemorragia (ameaça de abortamento). Essa capacidade racionalizou o atendimento a mulheres com ameaça de abortamento no início da gravidez. O saco gestacional pode ser visualizado com 6 semanas de idade menstrual, e o feto, com 7 semanas. Assim que for possível identificar o feto por ultra-sonografia, este pode ser medido e sua viabilidade confirmada por detecção do movimento cardíaco. A vida fetal é confirmada por observação da pulsação cardíaca, e a morte fetal, por sua ausência. Exceto na gravidez muito inicial, não deve haver dúvida sobre o diagnóstico. Os ovos cegos, que representam o maior grupo de fracassos nas gestações iniciais, são diagnosticados pela incapacidade de se detectar um feto ao exame cuidadoso. Quando o saco é pequeno, a gravidez anembrionada deve ser diferenciada da gravidez normal muito inicial repetindo-se a ultra-sonografia. O aborto retido pode ser diagnosticado por ausência de movimentos cardíacos. Não se pode prever com certeza por ultra-sonografia o pequeno grupo de gestações nas quais o embrião está vivo, mas destinado a ser abortado. Esses constituem menos de 15% do número total de abortamentos. Embora a redução do volume de líquido amniótico, a diminuição da atividade fetal ou a presença de grandes hematomas intra-uterinos possam sugerir um prognóstico sombrio, não há características específicas à ultra-sonografia.

3 Prevenção de abortamento

3.1 Repouso no leito e hospitalização

O repouso no leito é recomendado freqüentemente para mulheres cujas gestações são complicadas por diversos problemas, incluindo história de abortamento recorrente ou hemorragia no início da gravidez atual. As mulheres com esses problemas podem ser aconselhadas a repousar no leito em casa e em alguns casos podem ser internadas para facilitar o repouso e permitir investigação mais cuidadosa e o acompanhamento da gravidez.

O grau de aconselhamento das mulheres a repousar no leito varia consideravelmente, mas essa recomendação é muito comum em alguns lugares. A intervenção não é inócua. O repouso no leito e a imobilização podem aumentar o risco de doença tromboembólica. Tanto o confinamento no leito em casa quanto a hospitalização durante a gravidez podem resultar em grandes custos financeiros e sociais para as gestantes e suas famílias, principalmente aquelas com crianças. A hospitalização pré-natal freqüentemente é uma experiência perturbadora e estressante, que envolve a separação das mulheres de suas famílias em momento de grande ansiedade. Além disso, a adoção dessa política traz grandes custos para os serviços de saúde.

A única tentativa descrita de realizar qualquer forma de avaliação controlada da efetividade do repouso no leito no tratamento da ameaça de abortamento ocorreu há mais de 45 anos. Os resultados desse estudo não apóiam a visão de que uma política de recomendação de repouso no leito reduz o risco de abortamento após hemorragia no início da gravidez.

Algumas vezes é aconselhado repouso no leito por muitos dias se o *spotting* ou sangramento for persistente, e isso pode causar considerável perturbação familiar. Porém, em uma percentagem significativa dessas gestações, o feto já está morto. A presença de uma gravidez inviável pode ser demonstrada por ultra-sonografia, e nenhuma forma de tratamento pode preservar essas gestações.

Mesmo com um embrião viável, não há fundamento válido para se recomendar repouso no leito. Portanto, as preferências individuais da mulher devem ser o fator decisivo para determinar o repouso ou não, e este não precisa ser no leito. Algumas mulheres podem desejar repousar. As mulheres devem ser incentivadas a fazer o que consideram ser melhor, embora pareça prudente advertir contra a imobilização prolongada.

3.2 Hormônios

Nos últimos cinquenta anos, vários hormônios foram administrados a mulheres grávidas na tentativa de evitar o abortamento,

assim como a morte fetal, o parto pré-termo e outros resultados adversos da gravidez. Estudos realizados em meados da década de 1930 sugerem uma relação entre níveis anormais de hormônio e complicações da gravidez. A conclusão de que a secreção inadequada de hormônio indicava a necessidade de administração de outros hormônios é um exemplo clássico do risco de se aplicar o raciocínio fisiopatológico à prática clínica sem avaliação apropriada.

3.2.1 *Dietilestilbestrol*

O hormônio sintético dietilestilbestrol foi administrado a gestantes em grande escala por mais de trinta anos. De acordo com estudos realizados em animais e em observações não-controladas em seres humanos, acreditava-se que ele seria efetivo na prevenção de vários resultados adversos. Essa hipótese pareceu ser apoiada por estudos que utilizam dados de observação, mas estudos com controles atuais não comprovaram os supostos efeitos benéficos. Em meados da década de 1950, esses estudos controlados, individual e coletivamente, indicaram que o dietilestilbestrol não reduziu o risco de abortamento, pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascimento, parto pré-termo, natimortos e morte neonatal, nem aumentou a probabilidade de a gravidez resultar em lactente vivo.

Assim, havia fortes indícios em meados da década de 1950 para desafiar as alegações sobre o benefício do dietilestilbestrol. O medicamento deveria ter sido abandonado naquela época, ou prescrito apenas no contexto de outros estudos. Apesar da ausência de constatações de seu benefício, os obstetras continuaram a usar o dietilestilbestrol até a década de 1970, quando foram descritos vários casos de adenocarcinoma vaginal (uma forma muito rara de câncer em mulheres com menos de 50 anos de idade) em mulheres jovens cujas mães haviam recebido dietilestilbestrol na gravidez.

As coortes randomizadas de mulheres e seus filhos registrados em três estudos foram acompanhadas durante 20 a 40 anos após a administração de dietilestilbestrol ou placebo. Os dados sugerem que pode haver um aumento do risco de câncer de mama nas mulheres, e demonstram claramente aumento da incidência de doença psiquiátrica e anormalidades urogenitais nas crianças de ambos os sexos. Essas anormalidades incluem tumores benignos, adenose vaginal, septos vaginais/cervicais, esfregaços cervicais anormais, amenorréia/oligomenorréia e infertilidade nas filhas e baixa densidade de espermatozóides e outras anormalidades urogenitais nos homens. Os efeitos adversos a longo prazo do uso de dietilestilbestrol na gravidez que depois se tornaram evidentes poderiam ter sido minimizados se fosse dada mais atenção aos resultados dos estudos controlados que mostraram a ineficácia da droga.

3.2.2 Progestogênios

O abortamento nos primeiros 3 meses está associado a baixo nível sérico de progesterona. Uma possível explicação para isso é que o baixo nível de progesterona causa abortamento; outra é que uma gravidez com problemas causa redução dos níveis de progesterona. Vários estudos randomizados avaliaram o uso de progestogênios no início da gravidez. Não há indicações sugestivas de que eles reduzam o risco de abortamento, natimortos ou morte neonatal, em mulheres com hemorragia (ameaça de abortamento) ou com história de abortamento recorrente. Entretanto, os estudos não foram suficientemente grandes para excluir um efeito importante, em qualquer direção (aumento ou diminuição do risco de abortamento), e em muitos dos estudos não foram realizadas ultra-sonografias. Estas poderiam ter mostrado que o feto já estava morto, de forma que poderiam ser poucas as gestações nas quais os progestogênios poderiam ter sido efetivos.

Um pequeno estudo avaliou o uso de progesterona e estrogênio associados em mulheres submetidas a fertilização *in vitro*, a partir do momento de transferência do embrião. Entretanto, esse estudo só relatou o resultado durante os 3 primeiros meses de gravidez.

Embora os estudos de acompanhamento do progestogênio tenham sido amplamente baseados em observações casuais e não-controlados, houve sugestões de alguns estudos de que a exposição fetal a drogas pode aumentar o risco de atresia esofágica, malformações cardíaca, neurológica, do tubo neural e outras grandes malformações, e masculinização feminina, ou comportamento masculino em meninas. Outros estudos, entretanto, não detectaram esses efeitos adversos, e portanto a segurança dos progestogênios, como seus supostos benefícios, ainda é uma questão em aberto.

3.2.3 Gonadotrofina coriônica humana

Dados dos vários estudos controlados que examinaram os efeitos da gonadotrofina coriônica humana sobre o risco de abortamento em mulheres com história prévia de abortamento precoce repetido sugerem que esse tratamento pode ser efetivo na prevenção de abortamento recorrente.

Os resultados desses estudos devem ser interpretados com muito cuidado devido a falhas metodológicas. Eles devem ser reproduzidos em estudos randomizados de boa qualidade antes que se possa recomendar o uso de gonadotrofina coriônica humana na prática.

3.2.4 Agonistas do hormônio de liberação do hormônio luteinizante

Altos níveis de hormônio luteinizante estão associados a abortamento precoce. Portanto, no caso de mulheres que sofreram

abortamentos precoces repetidos, é plausível que a supressão da secreção de hormônio luteinizante com um agonista do hormônio de liberação do hormônio luteinizante possa reduzir o risco de abortamento. Um estudo comparou a supressão da secreção do hormônio luteinizante, associada à indução da ovulação com baixa dosagem, com a ovulação espontânea. Esse estudo foi pequeno demais para chegar a conclusões fidedignas sobre o efeito no abortamento.

3.3 Imunoterapia

Durante a gravidez, o sistema imune de uma mulher é modificado para permitir que seu corpo aceite o feto que cresce, e não o rejeitar como tecido estranho. A ausência dessa resposta, por qualquer razão, é uma causa possível, mas não comprovada, de abortamento precoce. Os testes laboratoriais imunológicos não prevêm o sucesso da gravidez, e devem ser abandonados. A imunoterapia foi sugerida como possível tratamento para algumas mulheres com história inexplicada de abortamento recorrente: aquelas sem causa identificável e o mesmo parceiro em todas as gestações. A forma mais usada de imunoterapia é a injeção dos leucócitos do parceiro nas mulheres. Também foram usados leucócitos de terceiro, membrana do trofoblasto e imunoglobulina.

Estudos não-controlados iniciais de imunoterapia para abortamento recorrente sugeriram um efeito benéfico. Até hoje, entretanto, esses benefícios não foram confirmados em estudos com controles apropriados. Embora o uso de leucócitos paternos possa causar pequena redução do risco de abortamento, ele precisa ser comparado aos possíveis efeitos adversos graves, que não foram adequadamente quantificados. Esses possíveis riscos incluem choque anafilático, reações de transfusão e hepatite. Além disso, a imunoterapia é dispendiosa, e assim, mesmo que outros estudos confirmem um benefício que valha a pena, sua utilidade será limitada pelo custo elevado.

3.4 Intervenções em mulheres com distúrbios auto-ímunes

Cerca de 15% das mulheres com abortamento recorrente possuem anticorpos contra algumas de suas próprias células, fatores auto-ímunes. Estes incluem anticorpos antifosfolípidos, anticoagulante lúpico e anticorpos anticardiolipina. Em contraste, os fatores auto-ímunes estão presentes em 2% das mulheres com história obstétrica normal. As mulheres com auto-anticorpos correm risco muito elevado de sofrer outro abortamento, e foram experimentadas várias intervenções na esperança de se aumentar a sua chance de ter um bebê saudável.

Teoricamente, os corticosteróides poderiam aumentar a chance de essas mulheres terem um bebê saudável. Os dois estudos que avaliaram o tratamento com esteróides, com ou sem aspirina, foram pequenos demais para conclusões firmes a respeito do efeito sobre um bebê nascido vivo, mas sugerem um aumento do risco de parto pré-termo e de complicações para a mãe.

Dois estudos avaliaram a heparina em baixa dosagem, injetada por via subcutânea (sob a pele), e aspirina nas mulheres com auto-anticorpos e história de abortamentos recorrentes. Os resultados desses estudos são promissores em termos de aumento das chances de ter um bebê nascido vivo, embora o risco de complicações da gravidez, particularmente de parto pré-termo, tenha permanecido alto. É necessário confirmação em estudos maiores antes que se possa fazer qualquer recomendação sobre a efetividade geral e a segurança do tratamento com heparina para mulheres com abortamento recorrente.

3.5 Outros medicamentos

O uso de indometacina na ameaça de abortamento foi testado em um pequeno estudo, e não foi demonstrado efeito sobre a taxa de abortamento. Pequenos estudos que avaliam medicamentos tocolíticos e antiespasmódicos sugerem redução da taxa de abortamento, mas falhas metodológicas nesses estudos significam que esses resultados devem ser interpretados com cuidado.

4 Cuidados após abortamento espontâneo ou aborto retido

Quando ocorre nas primeiras semanas de gravidez, geralmente o abortamento é completo, sendo o saco gestacional expelido intacto, e raramente requer internação hospitalar ou qualquer intervenção. Após 6 semanas há um risco crescente de que alguns produtos da concepção sejam retidos no útero, causando aumento do risco de hemorragia contínua e infecção. A ultra-sonografia é amplamente usada para confirmar ou refutar a presença de produtos retidos. Embora isso não tenha sido avaliado em estudos, a impressão geral é de que a ultra-sonografia ajudará a reduzir a necessidade de intervenção.

Durante muitas décadas mulheres com suspeita de produtos retidos da concepção, incluindo aborto retido, foram rotineiramente internadas para evacuação cirúrgica do útero. Recentemente, essa conduta foi questionada, e agora há três opções para mulheres com produtos retidos da concepção durante o primeiro trimestre: uma conduta expectante; eva-

cuação clínica ou curetagem cirúrgica. Algumas mulheres têm fortes preferências por uma ou outra opção.

4.1 Conduta expectante *versus* evacuação cirúrgica

Nas mulheres com idade gestacional estimada inferior a 12-13 semanas e evidências clínicas de produtos retidos, a conduta expectante conservadora foi comparada à evacuação cirúrgica. Em geral, nesses estudos, cerca de 20% das mulheres tratadas com a conduta expectante necessitaram de evacuação cirúrgica. Houve dados insuficientes para se chegar a conclusões fidedignas a respeito de qualquer efeito diferencial sobre a infecção pélvica, mas seguindo a conduta expectante pareceu haver menos complicações. Nos dois estudos que descrevem a fertilidade subsequente, não houve indício de qualquer diferença. Quando foram avaliadas as opiniões das mulheres, elas parecem preferir a conduta expectante.

Nenhum estudo avaliou a conduta expectante para mulheres com aborto retido (ver Cap. 27).

4.2 Evacuação clínica *versus* evacuação cirúrgica

Após a introdução bem-sucedida de métodos hormonais para interromper a gravidez no início do primeiro trimestre, esses fármacos agora são usados para o tratamento de mulheres com abortamento espontâneo. As drogas mais usadas são prostaglandinas e antiprogesteronas, freqüentemente associadas. Estas foram comparadas à evacuação cirúrgica em alguns estudos. Em um pequeno estudo que avaliou uma única dose de uma prostaglandina, a maioria das mulheres com evacuação clínica foi submetida a evacuação cirúrgica depois, em geral devido à persistência da hemorragia. Essa tendência não foi confirmada em outros estudos.

Um estudo no Reino Unido sugeriu que a evacuação clínica é mais barata se o tempo livre for bem utilizado. Se o tempo adicional não for usado, o tratamento clínico será mais dispendioso que a evacuação cirúrgica. Esse estudo também sugere que aproximadamente metade das mulheres com abortamento espontâneo terá uma forte preferência pela evacuação clínica ou cirúrgica.

Dois grandes estudos contínuos com três ramificações estão comparando a conduta expectante com a evacuação clínica e cirúrgica.

4.3 Evacuação cirúrgica

A evacuação cirúrgica foi o tratamento padrão do abortamento incompleto e do aborto retido no primeiro trimestre durante a maior parte do século XX. Portanto, é surpreendente que pouquíssimos aspectos desse procedimento tenham sido avaliados em estudos adequadamente controlados.

4.3.1 Analgesia versus anestesia geral

Um estudo comparou a analgesia sistemática na enfermaria com a anestesia geral na sala de cirurgia. As mulheres que receberam analgésico sistêmico foram menos propensas a necessitar de transfusão sanguínea, e a cirurgia foi mais rápida.

4.3.2 Aspiração versus curetagem convencional

Outro estudo comparou a evacuação por aspiração com a curetagem convencional. As mulheres submetidas a evacuação por aspiração tiveram menor perda de sangue. Esse procedimento também foi mais rápido e menos doloroso.

4.3.3 Antibióticos profiláticos

Um estudo avaliou o uso de doxiciclina profilática durante evacuação cirúrgica em um hospital onde o risco de infecção após abortamento incompleto era pequeno. Não houve efeito aparente sobre a infecção pélvica pós-operatória. Outro estudo realizado no Zimbábue avaliou o uso de tetraciclina oral durante 1 semana após a cirurgia. O risco de infecção foi alto, mas novamente não houve efeito. Entretanto, a má adesão foi considerada um fator nesse estudo.

5 Conclusões

A hospitalização durante a gravidez é dispendiosa e perturbadora para muitas famílias. A discussão individual com as mulheres deixará claro que uma prescrição de repouso, seja em casa ou no hospital, algumas vezes seria bem-vinda. Como não há fortes evidências de que isso tende a apresentar efeitos prejudiciais, deve-se levar em conta a opinião das mulheres. Da mesma forma, as mulheres com sangramento no início da gravidez não devem ser forçadas a repousar em casa ou no hospital contra a sua vontade.

De acordo com o conhecimento atual, a administração de hormônio de qualquer tipo durante a gravidez só deve ser usada em estudos randomizados até que seja estabelecida mais claramente a relação entre benefícios e riscos. Estudos futuros devem incluir apenas aquelas mulheres submetidas à ultrasonografia para confirmar que o feto está vivo. Uma advertência semelhante deve ser feita em relação à indometacina, aos tocolíticos e antiespasmódicos.

O uso de imunoterapia nas mulheres com história inexplicada de abortamento recorrente também deve ser restrito àquelas que participam de estudos randomizados. A injeção de leucócitos paternos na mãe parece ser mais promissora, mas também pode estar associada a sérios riscos. Uma maior compreensão da base teórica da imunoterapia pode ajudar a guiar outras pesquisas nesse campo.

No caso de mulheres com auto-anticorpos, o tratamento com associação de heparina e aspirina parece promissor, mas é necessário avaliação adicional dos possíveis riscos e dos efeitos prolongados antes que possa ser recomendado para uso clínico.

Após abortamento espontâneo com produtos retidos da concepção, a evacuação cirúrgica provavelmente é necessária se o tamanho do útero for maior que 12-13 semanas. Se o tamanho do útero for menor que isso e houver evidências clínicas e ultra-sonográficas de produtos retidos, as opções são a conduta expectante, a evacuação clínica ou a curetagem cirúrgica. As mulheres podem ter fortes preferências, e estas devem ser levadas em conta na escolha da forma de tratamento. Uma conduta expectante significará que 80% das mulheres evitarão a necessidade de cirurgia. O papel da evacuação clínica ainda é obscuro e aguarda outros dados sobre os agentes ideais e seus efeitos em diferentes gestações. Os antibióticos profiláticos após evacuação cirúrgica podem desempenhar um papel em áreas com alto risco de infecção pós-operatória.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Crowther, C. and Chalmers, I., Bed-rest and hospitalization during pregnancy.

Goldstein, P.A., Sachs, H. and Chalmers, T.C., Hormone administration for the maintenance of pregnancy.

Neilson, J. and Grant, A., Ultrasound in pregnancy.

Biblioteca Cochrane

Scott, J.R., Human chorionic gonadotrophin for recurrent miscarriage. Immunotherapy for recurrent miscarriage

Revisões pré-Cochrane

Prendiville, W.J., Progesterons to prevent miscarriage and preterm birth.

Tocolytics/antispasmodics for threatened miscarriage.

17alpha-hydroxyprogesterone caproate in pregnancy.

Progesterons in pregnancy.

Progesterons for threatened miscarriage.

Indomethacin for threatened miscarriage.

Progesteron/estrogen prophylaxis in early normal pregnancy.

Outras fontes

Clifford, K., Rai, R., Watson, H., Franks, S. and Regan L. (1996). Does suppressing luteinising hormone secretion reduce the miscarriage rate? Results of a randomised controlled trial. *BMJ*, 312, 1508-11.

de Jonge, E.T., Makin, J.D., Manefeldt, E., De Wet, G.H. and Pattinson, R.C. (1995). Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *BMJ*, 311, 662.

Laskin, C.A., Bombardier, C., Hannah, M.E., Mandel, F.P., Ritchie, J.W., Farewell, V. *et al.* (1997). Prednisone and aspirin in women with autoantibodies and unexplained recurrent fetal loss. *N. Eng. J. Med.*, 337, 148–53.

Nielson, S. and Hahlin, M. (1995). Expectant management of first trimester spontaneous abortion. *Lancet*, 345, 84–6.

Prieto, J.A., Eriksen, N.L. and Blanco, J.D. (1995). A randomised trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstet. Gynecol.*, 85, 692–6.

Rai, R., Cohen, H., Dave, M. and Regan, L. (1997). Randomised

controlled trial of aspirin and aspirin plus heparin in pregnant women with recurrent miscarriage associated with phospholipid antibodies (or antiphospholipid antibodies). *BMJ*, 314, 253–7.

Silver, R.K., MacGregor, S.N., Sholl, J.S., Hobart, J.M., Neerhof, M.G. and Ragin, A. (1993). Comparative trial of prednisone plus aspirin versus aspirin alone in the treatment of anticardiolipin antibody-positive obstetric patients. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 169, 1411–7.

Verkuyl, D.A. and Crowther, C. (1993). Suction v conventional curettage in incomplete abortion. A randomised controlled trial. *S. Afr. Med. J.*, 83, 13–5.