



Actualizações clínicas em saúde reprodutiva

2021

Favor utilizar e difundir amplamente:
www.ipas.org/actualizacoesclinicas

Também disponível em inglês:
www.ipas.org/clinicalupdates

Para obter mais informações, envie um email para:
clinicalupdates@ipas.org

© 2021 Ipas.

Produzido nos Estados Unidos da América.

Citação sugerida:

Ipas. (2021). *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva*. Kapp N. (Ed.). Chapel Hill, NC: Ipas.

Ipas trabalha a nível mundial para melhorar o acesso aos serviços de aborto seguro e contraceção para que todas as mulheres e adolescentes possam decidir o seu próprio futuro. Em toda a África, Ásia e América Latina, trabalhamos com parceiros para tornar os serviços de aborto seguro e contraceção amplamente disponíveis, para conectar as mulheres com informações vitais de modo que possam aceder a serviços seguros e defender o aborto seguro e legal.

Fotos de capa, da esquerda para a direita: © Ipas; © Richard Lord; © Benjamin Porter

Ipas é uma organização sem fins lucrativos registada em 501(c)(3). Todas as contribuições para o Ipas deduzem impostos na medida do permitido por lei.

Para mais informações ou para doações ao Ipas:

Ipas

P.O. Box 9990

Chapel Hill, NC 27515, USA.

1-919-967-7052

www.ipas.org

Actualizações clínicas em saúde reprodutiva

2021

Editora e Directora Médica: Nathalie Kapp

Equipa de consultores clínicos:

Babatunde Adelekan, Nigéria

Sangeeta Batra, Índia

Abiyot Belai, Etiópia

Deeb Shrestha Dangol, Nepal

Claudia Martinez Lopez, México

Guillermo Ortiz, Estados Unidos

Bill Powell, Estados Unidos

AGRADECIMENTOS

Expressamos os nossos mais sinceros agradecimentos a todos aqueles que contribuíram para a elaboração desta e das versões anteriores das *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva*, nomeadamente:

Rebecca Allen
Lynn Borgatta
Dalia Brahmi
Anne Burke
Catherine Casino
Talemoh Dah
Gillian Dean
Alison Edelman
Courtney Firestine
Mary Fjerstad
Bela Ganatra
Vinita Goyal
Joan Healy
Emily Jackson
Bliss Kaneshiro
Ann Leonard
Radha Lewis
Patricia Lohr
Steve Luboya
Alice Mark (editora fundadora)
Lisa Memmel
Karen Padilla
Regina Renner
Cristião Rosas
Laura Schoedler

Os temas das *Actualizações clínicas* são determinados através de questões reunidas nas acções de formação e programas apoiados pelo Ipas nos sectores público e privado de saúde. Pelos seus conhecimentos técnicos e contribuições, agradecemos aos formadores clínicos e ao pessoal local dos programas do Ipas em África, na Ásia e América Latina, bem como à Fundação para o Desenvolvimento da Índia.

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG – American College of Obstetricians and Gynecologists [Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas], EUA

AINE – Anti-inflamatório não esteróide

AMIU – aspiração manual intra-uterina

D&E – dilatação e evacuação/esvaziamento

DIU – dispositivo intra-uterino

DUM – data da última menstruação

FIGO – Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia

GRADE – Classificação da Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações [Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation]

hCG – gonadotrofina coriônica humana

IC – intervalo de confiança

IM – intramuscular

IV – intravenoso/a

kg – quilograma

mcg – micrograma

mg – miligrama

ml – mililitro

MOOSE – Meta-Análise de Estudos Observacionais em Epidemiologia [Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology]

OMS – Organização Mundial da Saúde

PRISMA – Itens Preferenciais a Reportar em Revisões Sistemáticas e Meta-Análises [Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses]

RCOG – Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas], Reino Unido

RR – risco relativo

SC – subcutâneo/a

UI – unidades internacionais

ÍNDICE

Introdução	6
Apresentação das recomendações do Ipas	6
1. Recomendações gerais para os serviços de aborto	
1.1 Resumo dos regimes recomendados para o aborto medicamentoso	9
1.2 Esvaziamento intra-uterino: substituir a curetagem por aspiração ou medicamentos.....	11
1.3 Antibióticos profiláticos para a aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação.....	13
1.4 Antibióticos profiláticos para o aborto medicamentoso	17
1.5 Contra-indicações e precauções para o aborto medicamentoso	20
1.6 Qualidade do misoprostol	24
2. Controlo da dor	
2.1 Controlo da dor para o aborto medicamentoso antes da 13. ^a semana de gestação	27
2.2 Controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13. ^a semana de gestação	30
2.3 Controlo da dor para a aspiração intra-uterina	33
2.4 Controlo da dor para a dilatação e evacuação	39
2.5 Bloqueio paracervical.....	43
3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação	
3.1 Adolescentes: segurança e eficácia	47
3.2 Provedores de saúde de nível médio: segurança e eficácia	51
3.3 Cálculo da idade gestacional	54
3.4 Rastreio da gravidez ectópica	59
3.5 Aspiração intra-uterina	
3.5.1 Segurança e eficácia	62
3.5.2 Preparação cervical.....	65
3.5.3 Exame bimanual	68
3.5.4 Exame dos produtos da concepção	70
3.5.5 Processamento dos aspiradores Ipas AMIU Plus e de válvula simples.....	72
3.6 Aborto medicamentoso	
3.6.1 Segurança e eficácia	74
3.6.2 Risco de malformações fetais	80
3.6.3 Mifepristona e misoprostol: regime recomendado	82
3.6.4 Misoprostol isolado: regime recomendado.....	86
3.6.5 Uso domiciliário de medicamentos até a 11. ^a semana de gestação	89
3.6.6 Confirmação do sucesso.....	94
3.6.7. Resultados da ecografia no acompanhamento	99
4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação	
4.1 Quem se submete a um aborto durante ou após a 13. ^a semana de gestação?.....	102

4.2	Comparação entre os diferentes métodos.....	106
4.3	Cálculo da idade gestacional.....	109
4.4	Indução de morte fetal.....	113
4.5	Acompanhamento.....	116
4.6	Dilatação e evacuação	
4.6.1	Preparação cervical.....	117
4.7	Aborto medicamentoso	
4.7.1	Segurança e eficácia.....	123
4.7.2	Mifepristona e misoprostol: regime recomendado.....	127
4.7.3	Misoprostol isolado: regime recomendado.....	131
4.7.4	Presença de cicatriz uterina: regime recomendado.....	134

5. Assistência pós-aborto

5.1	Tratamento de aborto incompleto e aborto retido: regime de medicamentos recomendado para tamanho uterino inferior a 13 semanas.....	136
5.2	Tratamento de aborto incompleto e indução de morte fetal intra-uterina: regime de medicamentos recomendado para tamanho uterino de 13 semanas ou superior.....	140
5.3	Contraceção pós-aborto: quando e de que tipo.....	142
5.4	Uso de DIU pós-aborto: segurança e momento adequado.....	148
5.5	Hemorragia pós-aborto: Prevenção e tratamento.....	153
5.6	Tratamento de perfuração uterina.....	157

Anexos

Anexo A:	Tabela de medicamentos para a dor.....	161
Anexo B:	Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia.....	167
Anexo C:	Bloqueio paracervical, auxiliar de trabalho.....	169
Anexo D:	Processamento do aspirador Ipas AMIU Plus e das cânulas Ipas EasyGrip®, cartaz.....	170
Anexo E:	Protocolos para aborto medicamentoso, cartão de bolso.....	171
Anexo F:	Recomendação: Uso de antibióticos profiláticos nos serviços de aborto seguro, incluindo assistência pós-aborto, cartão de bolso.....	172
Anexo G:	Etapas para a realização de aspiração manual intra-uterina, cartaz.....	173

INTRODUÇÃO

As *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva* do Ipas contêm recomendações clínicas actualizadas e baseadas na evidência sobre serviços de cuidados completos de aborto, com novos temas e recursos adicionados regularmente. As *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva* fornecem informação concisa e fácil de ler sobre os serviços de aborto, combinando a evidência mais recente com as lições aprendidas dos profissionais de saúde a nível mundial para produzir recomendações clínicas relevantes.

Quem deve usar este recurso

Publicadas pela primeira vez em 2013, as *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva* foram concebidas originalmente como um recurso clínico actualizado e baseado na evidência para o pessoal do Ipas. Ao longo do tempo, a publicação também foi útil para:

- **profissionais clínicos** que prestam serviços de aborto
- **profissionais clínicos e de saúde pública** que trabalham com protocolos de cuidados de saúde ao paciente em sistemas de saúde públicos e privados
- **defensores do aborto seguro e formuladores de políticas** que criam leis e políticas que garantem o direito das mulheres e adolescentes à saúde

O que há de novo nesta revisão

Nesta edição das *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*, apresentam-se recomendações actualizadas e baseadas na evidência sobre mais de 40 temas relacionados aos serviços de aborto. Durante a actualização de 2021, revimos a literatura recentemente publicada sobre os componentes do bloqueio paracervical antes da manipulação uterina, avaliação da idade gestacional antes da prestação de serviços de aborto, taxas de eficácia e continuação de gravidez após o aborto medicamentoso entre 10-13 semanas, taxas de complicações após o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana, tratamento cirúrgico de aborto incompleto e satisfação das pacientes com os serviços de contracepção no momento do aborto medicamentoso. Actualizámos as nossas recomendações adequadamente. Para além disso, usámos dados comprovados e informativos para actualizar as secções sobre qualidade do misoprostol, controlo da dor, triagem para gravidez ectópica, regimes recomendados para mifepristona e misoprostol, uso domiciliário de medicamentosos para aborto, indução de morte fetal antes do aborto durante ou após a 13.^a semana, preparação cervical antes da D&E e controlo da hemorragia pós-aborto.

A versão online das *Actualizações Clínicas* (www.ipas.org/actualizacoesclinicas) contém as recomendações incluídas neste manual juntamente com menus suspensos fáceis de usar para ajudar os leitores a navegar rapidamente para a informação de que precisam. Ambas as versões online e impressa/PDF estão também disponíveis em espanhol, francês e português.

Também actualizámos muitas das nossas ferramentas clínicas e materiais de trabalho que foram extraídos da evidência e recomendações contidas nas *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva*, que também se encontram disponíveis online em www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

APRESENTAÇÃO DAS RECOMENDAÇÕES DO IPAS

O Ipas esforça-se para incorporar a melhor evidência científica nos seus programas clínicos. Esta secção documenta a metodologia que o Ipas utiliza para apresentar as suas recomendações clínicas.

Uso da evidência para corroborar as recomendações

As recomendações clínicas são baseadas na evidência relevante publicada e revista por pares. Para cada tema clínico contido nas *Actualizações Clínicas em Saúde Reprodutiva*,

realizamos revisões sistemáticas da literatura usando uma metodologia elaborada a partir das diretrizes dos Itens Preferenciais a Reportar em Revisões Sistemáticas e Meta-Análises (PRISMA) e Meta-análise de Estudos Observacionais em Epidemiologia (MOOSE) (Moher, Liberati, Tetzlaff, Altman e the PRISMA Group, 2009; Stroup, Berlin e Morton, 2000).

Processo para apresentação de recomendações

O Ipas aplica o sistema de *Classificação de Análise, Desenvolvimento e Avaliação de Recomendações* (GRADE) para a formulação das suas recomendações (Guyatt et al., 2008b). O sistema GRADE fornece uma estrutura para avaliar a qualidade da evidência disponível e traduzir essa evidência numa recomendação apropriada para o contexto. Para cada recomendação nas *Actualizações clínicas*, tanto a qualidade da evidência como a força da recomendação baseadas nessa evidência são indicadas.

QUALIDADE DA EVIDÊNCIA

As fontes de evidência clínica variam de estudos clínicos grandes e bem desenhados que minimizaram o viés até observações clínicas não controladas, séries de casos ou relatórios. Quando não há evidência disponível, pode usar-se a opinião de especialistas. No sistema GRADE, a qualidade da evidência relacionada com um determinado tema clínico é definida como a extensão a que alguém pode estar confiante de que uma estimativa do efeito está correcta e a medida na qual a evidência disponível se relaciona com o contexto específico onde está a ser aplicada (Guyatt et al., 2008a). Ao avaliar a qualidade da evidência, consideram-se os seguintes critérios (Guyatt et al., 2008a):

- o desenho do estudo
- as limitações do estudo e o risco de viés
- a consistência dos resultados entre os diferentes estudos disponíveis
- a precisão dos resultados (intervalos de confiança largos ou estreitos)
- a aplicabilidade em relação às populações, intervenções e locais onde a intervenção proposta pode ser usada
- a probabilidade de viés de publicação

As determinações de qualidade da evidência são indicadas da seguinte forma (Balshem et al., 2011):

- Um grau **elevado**: estamos muito confiantes de que o efeito real se situa próximo da estimativa do efeito.
- Um grau **moderado**: estamos moderadamente confiantes na estimativa do efeito. O efeito real provavelmente estará próximo da estimativa do efeito, mas existe a possibilidade de que seja substancialmente diferente.
- Um grau **baixo**: a confiança na estimativa do efeito é limitada. O efeito real pode ser substancialmente diferente da estimativa.
- Um grau **muito baixo**: estamos pouco confiantes na estimativa do efeito. É provável que o efeito real seja substancialmente diferente da estimativa.

Por exemplo, aos ensaios aleatorizados é inicialmente atribuído um grau elevado, enquanto os estudos observacionais são inicialmente classificados como tendo uma baixa qualidade.

FORÇA DA RECOMENDAÇÃO

A força da recomendação é definida como o grau a que alguém pode estar confiante de que as consequências desejáveis de uma recomendação superam as consequências indesejáveis (Andrews et al., 2013). Os efeitos desejáveis incluem melhores resultados de saúde, menos encargos para provedores de serviços e sistemas de saúde, bem como maior poupança. Os efeitos indesejáveis incluem danos aos pacientes, inconveniência ou incómodo e

maior utilização de recursos.

- As recomendações **fortes** são feitas quando os efeitos desejáveis de uma intervenção desejada superam claramente os efeitos indesejáveis (Guyatt et al., 2008b). A maioria das pessoas faria a escolha recomendada para uma intervenção (Andrews et al., 2013).
- As recomendações **fracas** são feitas quando a evidência sugere que os efeitos desejáveis de uma intervenção recomendada provavelmente superam os efeitos indesejáveis, mas há pequenos benefícios ou benefícios que podem não valer os custos (Guyatt et al., 2008b). Embora a maioria das pessoas informadas escolhesse o plano de acção recomendado, um número substancial não o escolheria (Andrews et al., 2013).

É possível ter uma recomendação forte baseada em evidência de baixa qualidade?

Resposta: Sim. Existem muitos factores que influenciam a força de uma recomendação.

Por exemplo, embora haja evidência limitada sobre o exame bimanual antes da aspiração intra-uterina, vários factores aumentam a força da recomendação de que o exame bimanual deve ser realizado pelo médico que irá fazer o procedimento: 1) o benefício potencial para as pacientes, 2) o baixo risco de danos associados ao exame bimanual e 3) o custo reduzido, bem como potenciais poupanças quando se evitam complicações. Todos ou quase todos os provedores de saúde e as mulheres, quando informados do equilíbrio entre efeitos desejáveis e indesejáveis, optarão por incluir um exame bimanual antes dos procedimentos intra-uterinos.

Manutenção das Actualizações clínicas

As *Actualizações clínicas* são revistas anualmente. A data da “última revisão” para cada tema indica que toda a literatura relevante publicada até essa data foi considerada e incluída, sempre que necessário. Novos temas e revisões propostas para o documento vieram dos utilizadores finais, de um representante do Grupo de Consultores Clínicos das Actualizações Clínicas a nível regional e das observações feitas durante a monitoria periódica de qualidade de serviços clínicos em programas apoiados pelo Ipas. A Autora Principal, a Editora Médica e a Directora Médica reviram todas as actualizações propostas. As novas recomendações ou recomendações substancialmente revistas podem ser objecto de um processo de revisão interna por pares. O processo de revisão, incluindo a revisão sistemática da literatura, documentação do conjunto de evidências, formulação e revisão de recomendações e as alterações resultantes nas *Actualizações clínicas em saúde reprodutiva*, encontra-se documentado e arquivado.

Referências

- Andrews, J., Guyatt, G., Oxman, A., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., ..., Schunemann, H. J. (2013). GRADE Guidelines: 14. Going from evidence to recommendations: The significance and presentation of recommendations. *Journal of Clinical Epidemiology*, *66*, 719-725.
- Balshem, H., Helfand, M., Schunemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., ..., Guyatt, G. H. (2011). GRADE Guidelines: 3. Rating the quality of the evidence. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*, 401-406.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y. & Schünemann, H. J. (2008a). What is “quality of evidence” and why is it important to clinicians? *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7651), 995-998.
- Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. & Schünemann, H. J. (2008b). GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ: British Medical Journal*, *336*(7650), 924-926.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & the PRISMA Group. (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, *339*, b2535.
- Stroup, D. F., Berlin, J. A., Morton, S. C., Olkin, I., Williamson, G. D., Rennie, D. ... for the Meta-analysis Of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE) Group. (2000). Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology: A proposal for reporting. *JAMA*, *283*(15), DOI:10.1001/jama.283.15.2008.

RESUMO DOS REGIMES RECOMENDADOS PARA O ABORTO MEDICAMENTOSO

1.1



Aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol

- Até à 10.^a semana de gestação (70 dias desde a data da última menstruação (DUM))
 - 200 mg de mifepristona por via oral
 - 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, 1-2 dias após mifepristona
- 10-13 semanas de gestação:
 - 200 mg de mifepristona por via oral
 - 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou 800 mcg por via vaginal, 1-2 dias após mifepristona, depois 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão
 - Como alternativa, podem utilizar-se 200 mg de mifepristona oralmente seguida 1-2 dias mais tarde por 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal. A dose de misoprostol pode ser repetida para conseguir um aborto bem-sucedido.
- Durante ou após a 13.^a semana de gestação (13-24 semanas):
 - 200 mg de mifepristona por via oral
 - 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, 1-2 dias após mifepristona, depois a cada três horas, até à expulsão fetal e placentária
 - Se a mulher estiver estável e for conveniente fazê-lo, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas, depois da expulsão fetal, para ela expelir a placenta.

Aborto medicamentoso com misoprostol isolado

- Antes da 13.^a semana de gestação:
 - 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal, a cada três horas, até à expulsão.
- Durante ou após a 13.^a semana de gestação (13-24 semanas):
 - 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão fetal e placentária. A dose vaginal é mais eficaz do que a dose sublingual para mulheres nulíparas.
 - Se a mulher estiver estável e for conveniente fazê-lo, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas, depois da expulsão fetal, para ela expelir a placenta.

Tratamento medicamentoso de aborto incompleto, aborto retido ou morte fetal intra-uterina (assistência pós-aborto)

- Tamanho uterino inferior a 13 semanas:
 - Aborto incompleto:
 - 600 mcg de misoprostol por via oral em dose única ou 400 mcg em dose única por via sublingual ou (na ausência da hemorragia vaginal), por via vaginal

- Aborto retido:
 - 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou (na ausência de sangramento vaginal), 800 mcg por via vaginal, a cada três horas, até à expulsão (geralmente 1-3 doses)
 - Onde disponível, adicionar pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral, 1-2 dias antes de misoprostol
- Tamanho uterino de 13 semanas ou superior:
 - Aborto incompleto:
 - 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou (na ausência de sangramento vaginal), por via vaginal a cada três horas até à expulsão
 - Morte fetal intra-uterina (até às 24 semanas):
 - 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada 4-6 horas até à expulsão.
 - Onde disponível, adicionar pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral, 1-2 dias antes de misoprostol.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

ESVAZIAMENTO INTRA-UTERINO: SUBSTITUIR A CURETAGEM POR ASPIRAÇÃO OU MEDICAMENTOS

1.2
▼

Recomendação

A aspiração intra-uterina ou aborto medicamentoso devem substituir a curetagem (também conhecida como dilatação e curetagem [D&C]) para o tratamento de aborto e assistência pós-aborto.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 22 de Janeiro de 2021

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) determinam que os regimes de aborto baseados na aspiração intra-uterina ou em medicamentos devem substituir a curetagem (FIGO, 2011; OMS, 2012). Em locais onde não existam serviços de esvaziamento intra-uterino, a aspiração intra-uterina e o aborto medicamentoso devem ser introduzidos.

Uma revisão da Cochrane, em 2010, mostrou que a aspiração intra-uterina é tão eficaz quanto a curetagem no tratamento de aborto incompleto, reduzindo o tempo do procedimento, a perda de sangue e a dor (Tuncalp, Gulmezoglu e Souza, 2010) e que é exequível introduzi-la em serviços que utilizam D&E (Kakinuma et al 2020). Numa série retrospectiva de casos de 80.437 mulheres que procuraram o aborto induzido, a aspiração intra-uterina foi associada a menos da metade da taxa de complicações de maior e menor dimensão em comparação com a curetagem (Grimes, Schulz, Cates Jr. e Tyler Jr., 1976). Numa série mais recente, incluindo mais de 100.000 procedimentos de aborto, constatou-se que a curetagem realizada sozinha ou em combinação com a aspiração intra-uterina tinha uma probabilidade significativamente mais elevada de estar associada a complicações, particularmente para o aborto incompleto, do que a aspiração intra-uterina sem curetagem (Sekiguchi, Ikeda, Okamura e Nakai, 2015).

Vários estudos sobre o aborto induzido e assistência pós-aborto mostraram que pelo facto de a aspiração intra-uterina poder ser realizada por médicos ou provedores de saúde de nível médio em ambulatório sem anestesia geral, os custos para o sistema de saúde e para as mulheres são significativamente menores (Benson, Okoh, KrennHrubec, Lazzarino e Johnston, 2012; Choobun, Khanuengkitkong e Pinjaroen, 2012; Farooq, Javed, Mumtaz e Naveed, 2011; Johnston, Akhter e Oliveras, 2012).

Embora não existam ensaios de comparação entre a curetagem e o tratamento medicamentoso do aborto induzido, incompleto ou retido, a segurança e a tolerabilidade dos regimes medicamentosos para o esvaziamento intra-uterino estão bem documentados e parecem ser tão eficazes como a aspiração intra-uterina na gestão de casos de aborto incompleto (Kulier et al., 2011; Neilson, Gyte, Hickey, Vazquez e Dou, 2013).

O uso de curetagem para tratar casos de aborto incompleto ou retido pode ser associado a síndrome de Asherman (aderências intra-uterinas). Uma revisão retrospectiva dos resultados de um centro de cuidados terciários reportou um número de 884 mulheres, submetidas à curetagem, aspiração intra-uterina ou misoprostol para perda gestacional precoce (Gilman Barber, Rhone e Fluker, 2014). No acompanhamento, 1,2% das mulheres que tinham sido tratadas com curetagem tiveram síndrome de Asherman (6 em 483 mulheres), ao passo que não se identificaram casos em 401 mulheres tratadas com a aspiração intra-uterina ou misoprostol.

Referências

- Benson, J., Okoh, M., KrennHrubec, K., Lazzarino, M. A., & Johnston, H. B. (2012). Public hospital costs of treatment of abortion complications in Nigeria. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 60012-60015.
- Choobun, T., Khanuengkitkong, S., & Pinjaroen, S. (2012). A comparative study of cost of care and duration of management for first-trimester abortion with manual vacuum aspiration (MVA) and sharp curettage. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 286(5), 1161-1164.
- Farooq, F., Javed, L., Mumtaz, A., & Naveed, N. (2011). Comparison of manual vacuum aspiration, and dilatation and curettage in the treatment of early pregnancy failure. *Journal of Ayub Medical College Abbottabad*, 23(3), 28-31.
- FIGO. (2011). Consensus statement on uterine evacuation. Retrieved from <https://www.figo.org/news/new-down-load-uterine-evacuation-figo-consensus-statement-0014150>
- Gilman Barber, A. R., Rhone, S. A., & Fluker, M. R. (2014). Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re-) learn? *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 36(11), 997-1001.
- Grimes, D. A., Schulz, K. F., Cates Jr, W., & Tyler, C. W., Jr. (1976). *The Joint Program for the Study of Abortion/ CDC: A Preliminary Report*. Paper presented at the Abortion in the Seventies: Proceeding of the Western Regional Conference on Abortion, Denver, Colorado.
- Johnston, H. B., Akhter, S., & Oliveras, E. (2012). Quality and efficiency of care for complications of unsafe abortion: A case study from Bangladesh. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118(2), 60013-60017.
- Kakinuma, T., Kakinuma, K., Sakamoto, Y., Kawarai, Y., Saito, K., Ihara, M., Matsuda, Y., Sato, I., Ohwada, M., Yanagida, K., & Tanaka, H. (2020). Safety and efficacy of manual vacuum suction compared with conventional dilatation and sharp curettage and electric vacuum aspiration in surgical treatment of miscarriage: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16;20(1), 695.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9(11).
- Neilson, J. P., Gyte, G. M., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou, L. (2013). Medical treatments for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 28(3).
- Organização Mundial da Saúde. (2012). *Abortamento seguro: orientação técnica e de políticas para sistemas de saúde (segunda edição)*. Geneva: Publicações da OMS.
- Sekiguchi, A., Ikeda, T., Okamura, K., & Nakai, A. (2015). Safety of induced abortions at less than 12 weeks of pregnancy in Japan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 129(1), 54-57.
- Tuncalp, O., Gulmezoglu, A. M., & Souza, J. P. (2010). Surgical procedures for evacuating incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(9).

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

1. Recomendações gerais para os serviços de aborto

ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS PARA A ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA E DILATAÇÃO E EVACUAÇÃO

1.3



Recomendação

- Administrar antibióticos profiláticos antes da aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação (D&E).
- Podem ainda oferecer-se procedimentos de aspiração intra-uterina em locais onde os antibióticos não estejam disponíveis.
- Administrar doses de tratamento com antibiótico às pessoas que apresentem sinais ou sintomas de infecções de transmissão sexual; os parceiros de pessoas com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento. O tratamento não deve adiar o esvaziamento intra-uterino.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Aspiração intra-uterina: Alta
- D&E: Muito Baixa
- Aborto incompleto ou retido: Moderada

Última revisão: 22 de Janeiro de 2021

Risco de infecção

Quando se usam medidas objectivas para diagnosticar a infecção pós-aborto depois da realização de aspiração intra-uterina antes da 13.^a semana de gestação, a taxa de infecção varia de 0,01% a 2,44% (Achilles e Reeves, 2011). Em estudos realizados nos Estados Unidos antes do uso rotineiro da profilaxia antibiótica, as taxas de infecção reportadas após D&E variaram de 0,8% a 1,6% (Achilles e Reeves, 2011).

Evidência para profilaxia antibiótica

Uma meta-análise da *Cochrane* de 19 ensaios clínicos aleatorizados controlados mostrou que a administração de antibióticos profiláticos no momento da aspiração intra-uterina para o aborto induzido antes da 13.^a semana de gestação reduz significativamente o risco de infecção (Low, Mueller, Van Vliet e Kapp, 2012). A evidência para apoiar o uso de antibióticos profiláticos antes da D&E é limitada; no entanto, devido ao benefício demonstrado dos antibióticos profiláticos antes da aspiração intra-uterina, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), a Sociedade de Planeamento Familiar (Achilles e Reeves, 2011), o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG, 2018) e o Colégio Real de Obstetras e Ginecologistas (RCOG, 2015) recomendam antibióticos profiláticos para todas as mulheres submetidas à aspiração intra-uterina ou D&E.

Cinco ensaios aleatorizados examinaram o uso de antibióticos profiláticos antes da aspiração intra-uterina ou curetagem para o aborto incompleto ou retido (assistência pós-aborto) (Lissauer et al., 2019; Prieto, Eriksen e Blanco, 1995; Ramin et al., 1995; Seeras, 1989; Titipant e Cherdchoogiat, 2012). Um grande estudo aleatorizado multinacional que examinou os antibióticos profiláticos actualmente recomendados constatou que menos mulheres no grupo de antibióticos profiláticos desenvolveram infecção pós-aborto do que aquelas no grupo do placebo, quando se utilizaram critérios estritos de diagnóstico internacional para infecção pélvica (Lissauer et al., 2019; Serwadda, 2019). Uma análise secundária deste estudo descobriu que a profilaxia com antibióticos é económica, estimando que a profilaxia de rotina poderia economizar 8,5 milhões de dólares em duas regiões da África Subsaariana e Sul da Ásia (Goranitis et al., 2019). Os quatro outros estudos não encontraram nenhuma diferença estatisticamente significativa nas taxas de infecção pós-aborto entre os grupos que receberam profilaxia antibiótica e aqueles que receberam placebo ou nenhum tratamento; porém, todos estes estudos revelaram graves falhas metodológicas incluindo amostras pequenas, doses de antibióticos inadequadas ou baixa adesão ao protocolo do estudo (Prieto, Eriksen, & Blanco, 1995; Ramin et al., 1995; Seeras, 1989; Titipant & Cherdchoogiat, 2012).

Dar antibióticos profiláticos é mais eficaz do que examinar todas as mulheres e tratar apenas aquelas que apresentam evidência de infecção (Levallois e Rioux, 1988). Dado que o risco global de infecção com procedimentos de aborto é muito baixo, a incapacidade de oferecer antibióticos não deve limitar o acesso ao aborto (OMS, 2014).

Regime

Muitos estudos analisaram regimes antibióticos para profilaxia antes do aborto, mas o antibiótico, a dose e o horário de administração ideais não foram determinados (Achilles e Reeves, 2011; Low et al. 2012). Geralmente utilizam-se tetraciclina (doxiciclina) e nitroimidazóis (metronidazol e tinidazol) por causa da sua eficácia, facilidade de administração oral, baixo custo e baixo risco de reacções alérgicas (Achilles e Reeves, 2011; O'Connell, Jones, Lichtenberg e Paul, 2008). Embora os estudos sobre o aborto sejam limitados (Caruso et al., 2008), a evidência da literatura obstétrica (Costantine et al., 2008), ginecológica (Mittendorf et al., 1993) e cirurgia geral (Classen et al., 1992) apoiam a prática de administração de antibióticos antes do procedimento para reduzir o risco de infecções. Os regimes de antibióticos não precisam ser continuados após o procedimento de aborto (Achilles e Reeves, 2011; Levallois & Rioux, 1988; Caruso, et al, 2008; Lichtenberg e Shott, 2003).

A tabela a seguir ilustra os regimes recomendados por organizações profissionais com base na evidência clínica e opiniões de especialistas.

Tabela 1.3.1 Regimes de antibióticos profiláticos

REGIMES COMUNS	RECOMENDADO POR
200 mg de doxiciclina, por via oral antes do procedimento <i>ou</i> 500 mg de azitromicina, por via oral, antes do procedimento <i>ou</i> 500 mg de metronidazol, por via oral, antes do procedimento	Planned Parenthood Federation of America (PPFA, 2016)

REGIMES COMUNS	RECOMENDADO POR
200 mg de doxiciclina, por via oral, não mais que 2 horas antes do procedimento ou 500 mg de azitromicina, por via oral não mais que 2 horas antes do procedimento	Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015)
200 mg de doxiciclina por via oral dentro de uma hora antes do procedimento	American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2018)

Antibióticos com dilatadores osmóticos

Apesar de não ter sido devidamente estudado, a preparação cervical com dilatadores osmóticos não parece aumentar o risco de infecção (Fox e Krajewski, 2014; Jonasson, Larsson, Bygdeman e Forsum, 1989). Alguns provedores de saúde iniciam antibióticos no momento da colocação do dilatador osmótico, não obstante a inexistência de estudos que avaliem o benefício desta prática (White et al., 2018).

Antibióticos terapêuticos

As mulheres com elevado risco devem ser examinadas quanto à presença de infecções de transmissão sexual, para além de receberem antibióticos profiláticos. As mulheres que apresentam sinais e sintomas de infecções de transmissão sexual devem receber serviços de aborto sem demora e com o tratamento antibiótico adequado, de acordo com regimes baseados na evidência (OMS, 2014; OMS, 2005). Os parceiros das mulheres com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento (OMS, 2016).

Referências

- Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83(4), 295-309.
- American College of Obstetrics and Gynecology. (2018). Practice Bulletin No. 195: Prevention of infection after gynecologic procedures. *Obstetrics & Gynecology*, 131(6), e172-e189.
- Caruso, S., Di Mari, L., Cacciatore, A., Mammana, G., Agnello, C., & Cianci, A. (2008). [Antibiotic prophylaxis with prulifloxacin in women undergoing induced abortion: A randomized controlled trial]. *Minerva Ginecologica*, 60(1), 1-5.
- Classen, D. C., Evans, R. S., Pestotnik, S. L., Horn, S. D., Menlove, R. L., & Burke, J. P. (1992). The timing of prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical-wound infection. *The New England Journal of Medicine*, 326(5), 281-286.
- Costantine, M. M., Rahman, M., Ghulmiyah, L., Byers, B. D., Longo, M., Wen, T., & Saade, G. R. (2008). Timing of perioperative antibiotics for cesarean delivery: A meta-analysis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 199(3), 301-306.
- Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*, 89(2), 75-82.
- Goranitis, I., Lissauer, D. M., Coomarasamy, A., Wilson, A., Daniels, J., Middleton, L., ... & Roberts, T. E. (2019). Antibiotic prophylaxis in the surgical management of miscarriage in low-income countries: a cost-effectiveness analysis of the AIMS trial. *The Lancet Global Health*, 7(9), e1280-e1286.
- Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 68(5), 405-410.
- Levallois, P., & Rioux, J. E. (1988). Prophylactic antibiotics for suction curettage abortion: Results of a clinical controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(1), 100-105.

- Lichtenberg, E. S., & Shott, S. (2003). A randomized clinical trial of prophylaxis for vacuum abortion: 3 versus 7 days of doxycycline. *Obstetrics & Gynecology*, 101(4), 726-731.
- Lissauer, D., Wilson, A., Hewitt, C.A., Middleton, L., Bishop, J.R.B., Daniels, J., ... Coomarasamy, A. (2019). A randomized trial of prophylactic antibiotics for miscarriage surgery. *The New England Journal of Medicine*, 380(11), 1012-1021.
- Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3), CD005217.
- Mittendorf, R., Aronson, M. P., Berry, R. E., Williams, M. A., Kupelnick, B., Klickstein, A., & Chalmers, T. C. (1993). Avoiding serious infections associated with abdominal hysterectomy: A meta-analysis of antibiotic prophylaxis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 169(5), 1119-1124.
- Planned Parenthood Federation of America. (2016). *Manual of Medical Standards and Guidelines*. Washington, D.C.: Planned Parenthood Federation of America.
- Prieto, J. A., Eriksen, N. L., & Blanco, J. D. (1995). A randomized trial of prophylactic doxycycline for curettage in incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 85(5), 692-696.
- Ramin, K. D., Ramin, S. M., Hemsell, P. G., Nobles, B. J., Heard, M. C., Johnson, V. B., & Hemsell, D. L. (1995). Prophylactic antibiotics for suction curettage in incomplete abortion. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 2(5), 213-217.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Seeras, R. (1989). Evaluation of prophylactic use of tetracycline after evacuation in abortion in Harare Central Hospital. *East African Medical Journal*, 66(9), 607-610.
- Serwadda, D. M. (2019). To give or not to give prophylactic antibiotics for miscarriage surgery? *The New England Journal of Medicine*, 380(11), 1075-1076.
- Titapant, V., & Cherdchoogiat, P. (2012). Effectiveness of cefoxitin on preventing endometritis after uterine curettage for spontaneous incomplete abortion: A randomized controlled trial study. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 95(11), 1372-1377.
- White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception*, 98, 95-99.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2016). *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2005). *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS PARA O ABORTO MEDICAMENTOSO

Recomendação

- Não se recomenda o uso rotineiro de antibióticos para as mulheres submetidas ao aborto medicamentoso.
- As pessoas que apresentam sinais ou sintomas de transmissão sexual devem receber doses de tratamento com antibióticos. Os parceiros de pessoas com infecções de transmissão sexual também precisam de ser tratados. O tratamento não deve atrasar o aborto medicamentoso.

Força da recomendação

Fraca

Qualidade da evidência

Muito Baixa

Última revisão: 22 de Janeiro de 2021

Risco de infecção

O risco geral de infecção detectado em estudos prospectivos de aborto medicamentoso com o uso de mifepristona e uma prostaglandina antes da 13.^a semana de gestação é de aproximadamente 0,01% a 0,5% (Aquiles e Reeves, 2011; Chen e Creinin, 2015; Upadhyay et. al, 2015). As infecções graves que necessitam de hospitalização são muito pouco frequentes, com taxas variando entre os 0,03% e os 0,09%, segundo grandes estudos retrospectivos nos Estados Unidos (Fjerstad, Trussel, Sivin, Lichtenberg e Cullins, 2009; Henderson, Hwang, Harper e Stewart, 2005).

As taxas de infecção para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação são mais difíceis de determinar uma vez que a febre é um efeito secundário frequente de doses repetidas de prostaglandinas. Os dados disponíveis reportam taxas de infecção de 1% a 3% após o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação (Achilles e Reeves, 2011).

Mortalidade por infecções

Ocorreram nove casos de septicemia por *Clostridium* fatal na América do Norte após abortos medicamentosos com mifepristona e misoprostol antes da 13.^a semana de gestação (Cohen et al., 2007; Fischer et al., 2005; Meites, Zane e Gould, de 2010; Sinave, Le Templier, Blouin, Leveille e Deland, 2002). Uma morte causada por *Streptococcus* do grupo A foi reportada na Austrália e uma morte devido a *Clostridium sordelli* foi reportada em Portugal (Reis et al., 2011) em mulheres que usaram mifepristona e misoprostol. Embora as mortes sejam motivo de preocupação, a taxa de mortalidade geral por infecções relacionadas com aborto medicamentoso permanece muito baixa, em cerca de 0,58 por 100.000 abortos medicamentosos (Meites et al, 2010).

Antibióticos profiláticos

Não houve nenhum ensaio controlado aleatorizado a examinar o efeito da profilaxia anti-biótica nos resultados do aborto medicamentoso (Achilles e Reeves, 2011; Low, Mueller, Van Vliet e Kapp, 2012). Dado o elevado número de mulheres que precisariam de tomar antibióticos para prevenir uma infecção simples, associado aos custos e efeitos secundários dos antibióticos, o American College of Obstetricians and Gynecologists (2014), a Society of Family Planning (Achilles e Reeves, 2011), o Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2015) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) não recomendam o uso rotineiro de antibióticos antes do aborto medicamentoso.

Antibióticos terapêuticos

As mulheres com elevado risco devem ser examinadas quanto à presença de infecções de transmissão sexual. As mulheres que apresentem sinais e sintomas de infecções de transmissão sexual devem receber serviços de aborto sem demora e tratamento antibiótico adequado de acordo com regimes baseados na evidência (OMS, 2014; OMS, 2005). Os parceiros das mulheres com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento (OMS, 2016).

Referências

- Achilles, S. L., & Reeves, M. F. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 20102: Prevention of infection after induced abortion. *Contraception*, 83(4), 295-309.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice Bulletin No. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 676-692.
- Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Cohen, A. L., Bhatnagar, J., Reagan, S., Zane, S. B., D'Angeli, M. A., Fischer, M., ... McDonald, L. C. (2007). Toxic shock associated with *Clostridium sordellii* and *Clostridium perfringens* after medical and spontaneous abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1027-1033.
- Fischer, M., Bhatnagar, J., Guarner, J., Reagan, S., Hacker, J. K., Van Meter, S. H., & Zaki, S. R. (2005). Fatal toxic shock syndrome associated with *Clostridium sordellii* after medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 353(22), 2352-2360.
- Fjerstad M., Trussell J., Sivin I., Lichtenberg E.S., & Cullins V. (2009). Rates of serious infection after changes in regimens for medical abortion. *New England Journal of Medicine*, 361(2), 145-51.
- Henderson, J. T., Hwang, A. C., Harper, C. C., & Stewart, F. H. (2005). Safety of mifepristone abortions in clinical use. *Contraception*, 72(3), 175-178.
- Low, N., Mueller, M., Van Vliet, H., & Kapp, N. (2012). Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD005217.
- Meites, E., Zane, S., & Gould, C. (2010). Fatal *Clostridium sordellii* infections after medical abortions. *New England Journal of Medicine*, 363(14), 1382-1383.
- Reis, T., Chaves, C., Soares, A., Moreira, M., Boaventura, L., & Ribiero, G. (2011). A *Clostridium sordellii* fatal toxic shock syndrome post-medical-abortion in Portugal. Paper presented at the 21st *European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ECCMID)*.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Sinave, C., Le Templier, G., Blouin, D., Leveille, F., & Deland, E. (2002). Toxic shock syndrome due to *Clostridium sordellii*: A dramatic postpartum and postabortion disease. *Clinical Infectious Diseases*, 35(11), 1441-1443.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-83.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2016). *Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021*. Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2005). *Sexually transmitted and other reproductive tract infections: A guide to essential practice*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

CONTRA-INDICAÇÕES E PRECAUÇÕES PARA O ABORTO MEDICAMENTOSO

Recomendação

	REGIME DE MIFEPRISTONA E MISOPROSTOL	REGIME DE MISOPROSTOL ISOLADO
Contra-indicações	Antecedentes de reacção alérgica à mifepristona ou ao misoprostol Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica Porfíria hereditária Insuficiência supra-renal crónica	Antecedentes de reacção alérgica à mifepristona ou ao misoprostol Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica
Precauções	DIU inserido Problemas de saúde graves/ não estabilizados, incluindo mas não limitado a distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas e anemia grave Asma grave não controlada ou terapia prolongada com corticosteróides	DIU inserido Problemas de saúde graves/ não estabilizados, incluindo mas não limitado a distúrbios hemorrágicos, doenças cardíacas e anemia grave

Força da recomendação

Fraca

Qualidade da evidência

Classificada para cada contra-indicação ou precaução específica abaixo apresentada

Última revisão: 22 de Janeiro de 2021

Definições

Contra-indicações: Se uma mulher tiver qualquer destas condições específicas, não deve receber aborto medicamentoso com o regime especificado. Deve oferecer-se a aspiração intra-uterina, dilatação e evacuação ou tratamento para a gravidez ectópica, consoante o caso.

Precauções: Se uma mulher tiver qualquer destas condições específicas, o aborto medicamentoso com o regime especificado pode ter riscos mais elevados que o normal. Devem considerar-se os riscos, benefícios e as alternativas ao aborto medicamentoso. A realização de aborto medicamentoso para mulheres com essas condições pode exigir um grau mais elevado de julgamento, aptidão e acompanhamento clínico. Nestes casos, a referência

para uma unidade sanitária de nível superior ou tratamento alternativo podem ser apropriados.

Contra-indicações

Antecedentes de reacção alérgica a um dos medicamentos envolvidos: Foram reportadas reacções alérgicas após o uso de mifepristona e misoprostol (Bene et al., 2014; Cruz et al., 2009; Hauseknecht, 2003; Sahraei, Mirabzadeh e Eshraghi, 2016; Schoen, Campbell, Maratas e Cheung, 2014; Zhang, Qian, Hong, & Lu, 2019). *Qualidade da evidência: Alta.*

Suspeita ou confirmação de gravidez ectópica: A mifepristona e o misoprostol não tratam a gravidez ectópica e o uso de medicamentos pode adiar o diagnóstico e o tratamento desta condição que representa risco de morte. *Qualidade da evidência: Alta.*

Porfíria hereditária: As porfírias são distúrbios metabólicos raros nos quais as mutações genéticas alteram a produção de heme pelo organismo. Teoricamente, a mifepristona pode agravar a manifestação da porfíria (Ventura, Cappellini, e Rochi, 2009). *Qualidade da evidência: Muito Baixa. Não existem estudos em seres humanos, mas os modelos animais apresentam o efeito da mifepristona* (Cable, Pepe, Donohue, Lambrecht e Bonkovsky, 1994).

Insuficiência supra-renal crónica: A mifepristona é um antagonista do receptor de glucocorticoide (Spitz e Bardin, 1993). A mifepristona bloqueia mecanismos de retroalimentação negativa que controlam a secreção de cortisol. Nas mulheres com insuficiência supra-renal a fazer terapêutica prolongada com corticosteróides, a exposição à mifepristona pode agravar a condição subjacente (Sitruk-Ware e Spitz, 2003). *Qualidade da evidência: muito baixa. Não existem dados sobre uso da mifepristona em mulheres grávidas com insuficiência supra-renal, mas existem dados experimentais em animais que suportam a recomendação.*

Precauções

DIU inserido: Uma mulher que esteja grávida com um DIU inserido corre um risco significativamente elevado de ter uma gravidez ectópica (Barnhart, 2009) e deve ser avaliada para diagnosticar a presença de gravidez ectópica. Se a gravidez for intra-uterina, o DIU deve ser removido antes de iniciar o aborto medicamentoso devido ao risco teórico de perfuração uterina causada pelas contrações durante o aborto medicamentoso e ao potencial risco de infecção (Danco, 2016; Davey, 2006). *Qualidade de evidência: Muito Baixa. Não existem estudos para verificar se ter um DIU inserido constitui um verdadeiro risco durante o aborto medicamentoso.*

Graves problemas de saúde: Os estudos sobre o aborto medicamentoso geralmente excluem mulheres com anemia grave ou graves problemas de saúde (Christin-Maitre, Bouchard e Spitz, 2000, Sitruk-Ware e Spitz, 2003). Existe um caso reportado (Hou, 2016) de um aborto medicamentoso bem-sucedido numa paciente com hemofilia ligeira; esta paciente recebeu medicação específica adicional para minimizar o risco de sangramento. Três relatos de casos documentam vasoespasmos da artéria coronária induzido por misoprostol, e um dos casos exigiu a colocação de stent (endoprótese) na artéria coronária (Illa, Bannasar, Berge, Font, & Palacio, 2010; Mazhar, Sultana, & Akram, 2018; Munoz-Franco, Lacunza-Ruiz, Vazquez-Andres, & Rodriguez-Hernandez, 2019). A decisão de fazer aborto medicamentoso a mulheres com estas condições médicas dependerá do julgamento clínico, monitoria e opções disponíveis para os serviços de aborto seguro. *Qualidade da evidência: Muito Baixa.*

Asma grave não controlada ou terapêutica prolongada com corticosteróides: A mifepristona é um antagonista do receptor de glucocorticoide (Spitz e Bardin, 1993). A mifepristona bloqueia os mecanismos negativos de retroalimentação negativa que controlam a secreção de

cortisol. Em mulheres a fazer terapêutica prolongada com corticosteróide para asma grave não controlada, a mifepristona pode agravar a condição subjacente (Sitruk-Ware e Spitz, 2003). Não há estudos directos sobre aborto medicamentoso em mulheres a fazer tratamento com corticosteróides, mas uma revisão sugeriu que o aumento da dose de medicamentos esteróides pode neutralizar o efeito dessensibilizante do cortisol sobre a mifepristona (Davey, 2006).

O aborto medicamentoso em mulheres asmáticas que precisam de corticosteróides sistémicos ainda não foi estudado visto que administrar mifepristona a estas mulheres implica o risco de agravamento da asma. Uma revisão sugere um elevado nível de cuidado ao administrar mifepristona a esse tipo de mulheres e apenas fazê-lo se a asma estiver bem controlada (Davey, 2006). A dose de glucocorticóide deve ser aumentada durante vários dias antes e após a mifepristona. Outros especialistas recomendam que as mulheres com asma grave, inadequadamente controlada, submetidas a terapêutica prolongada com corticosteróides não devem tomar mifepristona devido ao risco de morte relacionado com o agravamento da asma (Couto-Maitre et al, 2000; Creinin e Gemzell Danielsson, 2009; Sitruk-Ware, 2006).

Os corticosteróides inalados para a asma não são sistemicamente absorvidos e não são uma contra-indicação ao uso de mifepristona. Alguns especialistas recomendam que devem disponibilizar-se mifepristona e misoprostol às mulheres com asma quando estas não estiverem a fazer terapêutica prolongada com esteróides sistémicos (Creinin e Gemzell Danielsson, 2009). *Qualidade da evidência: Muito Baixa.*

Referências

- Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
- Bene, J., Alarcon, P., Faucon, M., Auffret, M., Delfosse, F., Becker, T., ... Gautier, S. (2014). Anaphylactic shock after misoprostol in voluntary termination pregnancy - a case report. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 182, 260-261.
- Cable, E. E., Pepe, J. A., Donohue, S. E., Lambrecht, R. W., & Bonkovsky, H. L. (1994). Effects of mifepristone (RU-486) on heme metabolism and cytochromes P-450 in cultured chick embryo liver cells, possible implications for acute porphyria. *European Journal of Biochemistry*, 225(2), 651-657.
- Christin-Maitre, S., Bouchard, P., & Spitz, I. M. (2000). Medical termination of pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 342(13), 946-956.
- Creinin, M. & Gemzell Danielsson K. (2009). Medical abortion in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy*. West Sussex UK: Wiley-Blackwell.
- Cruz, M. J., Duarte, A. F., Baudrier, T., Cunha, A. P., Barreto, F., & Azevedo, F. (2009). Lichenoid drug eruption induced by misoprostol. *Contact Dermatitis*, 61, 240-242.
- Danco Laboratories, LLC. (2016). Mifeprex® Prescribing Information. Retrieved from: www.earlyoptionpill.com
- Davey, A. (2006). Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: Contraindications for use, reasons, and rationale. *Contraception*, 74(1), 16-20.
- Hausknecht, R. (2003). Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*, 67(6), 463-465.
- Hou, M. Y. (2016). Uncomplicated abortion with mifepristone and misoprostol in hemophilia A carrier. *Contraception*, 94(2), 187-189.
- Illa, M., Bannasar, M., Berge, R., Font, C., & Palacio, M. (2010). Acute coronary artery vasospasm associated with misoprostol for termination of pregnancy. *Fetal Diagnosis and Therapy*, 27, 174-177.
- Mazhar, F., Sultana, J., & Akram, S. (2018). Misoprostol-induced acute coronary syndrome in a premenopausal woman: A case report with literature review. *Current Drug Safety*, 13(1), epub ahead of print.

Munoz-Franco, F. M., Lacunza-Ruiz, F. J., Vazquez-Andres, D. J., & Rodriguez-Hernandez, J. R. (2019). Coronary artery vasospasm after misoprostol treatment for incomplete abortion: A case report. *Contraception*, 100(6), 498-501.

Sahraei, Z., Mirabzadeh, M., & Eshraghi, A. (2016). Erythema multiforme associated with misoprostol: A case report. *American Journal of Therapeutics*, 23(5), e1230-1233.

Schoen, C., Campbell, C., Maratas, A., & Cheung, K. (2014). Anaphylaxis to buccal misoprostol for labor induction. *Obstetrics & Gynecology*, 124(2, Part 2, Supplement 1), 466-468.

Sitruk-Ware, R. (2006). Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*, 74(1), 48-55.

Sitruk-Ware, R. & Spitz, I. M. (2003). Pharmacological properties of mifepristone: Toxicology and safety in animal and human studies. *Contraception*, 68(6), 409-20.

Spitz, I. M. & Bardin, C. W. (1993). Mifepristone (RU-486)—A modulator of progestin and glucocorticoid action. *New England Journal of Medicine*, 329(6), 404-12.

Ventura, P., Cappellini M. D., & Rochi, E. (2009). The acute porphyrias: A diagnostic and therapeutic challenge in internal and emergency medicine. *Internal and Emergency Medicine*, 4(4), 297-308.

Zhang, L., Qian, M., Hong, L., & Wu, Q. (2020). First case report of acute generalized exanthematous pustulosis (AGEP) caused by mifepristone. *Contact Dermatitis*, 82(3), 177-179.

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

QUALIDADE DO MISOPROSTOL

Recomendação

- Os provedores de serviços de saúde devem estar a par das taxas de sucesso do aborto medicamentoso para ajudar a garantir que estejam a usar um produto eficaz.
- Deve adquirir-se o misoprostol em embalagens blister de alumínio duplo e conservar o misoprostol na embalagem de origem; verificar se a embalagem não foi aberta antes de usar. Deve evitar-se a compra de embalagens blister de cloreto de polivinilo (PVC) ou cloreto de polivinideleno (PVDC)/alumínio.
- Conservar o misoprostol em local seco e fresco.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 22 de Janeiro de 2021

Fabrico e qualidade do misoprostol

As Boas Práticas de Fabrico representam um sistema para garantir que os medicamentos são consistentemente produzidos de acordo com os mais altos padrões de qualidade (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Existem pelo menos 30 a 40 fabricantes de misoprostol em todo o mundo e alguns fabricantes subcontratam a produção do medicamento, o que torna difícil a aplicação de Boas Práticas de Fabrico e a garantia de qualidade em todas as marcas (Hall e Tagontong, 2016). As marcas de misoprostol aprovadas pelas agências de regulamentação rigorosas (como a Agência Europeia de Medicamentos ou pela Food and Drug Administration dos Estados Unidos) ou pré-qualificadas pela OMS (OMS-PQ) cumprem com as Boas Práticas de Fabrico e são de boa qualidade (Hagen, Bizimana, Kayumba, Khylyza e Heide, 2020a).

A exposição ao calor e humidade durante a produção, embalagem, transporte ou armazenamento pode comprometer a estabilidade e a qualidade do misoprostol (Cayman Chemical, 2012; Hagen et al., 2020a). A degradação reduz a eficácia do misoprostol, levando à diminuição das taxas de sucesso do aborto medicamentoso e ao insucesso no tratamento de aborto incompleto e hemorragia pós-parto.

Três estudos examinaram a qualidade do misoprostol obtido em países de baixo e médio rendimento. Um estudo de 2016 analisou 215 amostras de misoprostol de vários países espalhados pelo mundo (Hall e Tagontong, 2016). Quando as amostras foram testadas em termos de conteúdo e pureza, 5% continham mais misoprostol do que o esperado (110% a 121% do conteúdo indicado no rótulo, para permitir deterioração), 55% estavam dentro das especificações de acordo com a Farmacopeia Internacional, o que significa que conti-

nam entre 90% e 100% do conteúdo indicado do rótulo e 40% estavam abaixo das especificações, contendo menos de 90% do conteúdo indicado no rótulo. Das 85 amostras que estavam abaixo das especificações, 14 nem continham misoprostol. Um estudo de 2018 testou a qualidade de 166 amostras de misoprostol obtidas a partir de uma variedade de provedores de serviços de saúde na Nigéria, desde centros médicos federais e hospitais estatais a vendedores de medicamentos patenteados e exclusivos (Anyakora et al., 2018). Embora todas as amostras tenham passado por uma inspeção visual, 34% das amostras não cumpriam com as especificações acima definidas. Um estudo semelhante no Malawi verificou que 23 de 30 amostras de centros de saúde e farmácias de todo o país estavam em conformidade com as especificações do misoprostol; todas as amostras que cumpriam as especificações encontravam-se embaladas em blisters de alumínio-alumínio (Hagen, Kuhlza e Heide, 2020b). Uma revisão sistemática e meta-análise da qualidade dos medicamentos, incluindo oxitócicos, em países de baixo e médio rendimento incluiu estes três estudos e constatou que 39% de todas as amostras do misoprostol não cumpriam as especificações (Torloni, Bonet, Betran, Ribeiro-do-Valle e Widmer, 2020).

Há três factores que influenciam a integridade do misoprostol:

- Impacto da humidade em todas as etapas desde a produção até à paciente
- Produção e qualidade do ingrediente farmacêutico activo
- Embalagem

Uso clínico e armazenamento

Mesmo o misoprostol fabricado em boas condições e devidamente embalado pode deteriorar-se se for transportado ou armazenado em condições que o expõem ao calor ou à humidade por longos períodos de tempo. O misoprostol de qualidade é estável quando armazenado adequadamente em condições de temperatura ambiente (25°C e 60% de humidade). Ainda não há grandes estudos de campo sobre a estabilidade do misoprostol quando armazenado em climas tropicais, mas os estudos laboratoriais demonstraram que misoprostol é menos estável quando exposto ao calor ou humidade (Chu, Wang, Pang e Rogers, 2007; OMS, 2009).

O misoprostol embalado em embalagens blister de alumínio duplo (alumínio na parte superior e inferior) retém o ingrediente mais activo; passado um ano, 100% dos comprimidos embalados em embalagens blister simples de plástico e alumínio degradar-se-ão ao longo do tempo, em comparação com 28% do misoprostol embalado em embalagens blister de alumínio duplo (Hall e Tagontong, 2016). A integridade das embalagens blister de alumínio duplo deve ser preservada para manter a potência do medicamento (Hagen et al., 2020a). Se a embalagem for aberta ou perfurada inadvertidamente, mesmo em condições normais de temperatura ambiente, a potência dos comprimidos degrada-se em 48 horas e continua a degradar-se ao longo do tempo (Berard et al., 2014; Hagen et al., 2020a).

Garantia de qualidade

Se os provedores de serviços de saúde notarem uma diminuição nas taxas de sucesso do aborto medicamentoso relativamente às taxas iniciais, devem descartar o lote de misoprostol que estiverem a usar actualmente e começar a usar um novo lote. Os provedores de saúde devem consultar aos fornecedores ou fabricantes dos comprimidos para verificar se não houve a retirada do lote afectado. Os provedores de saúde devem consultar a Base de Dados de Produtos para Aborto Medicamentoso (www.medab.org) para avaliar a qualidade dos produtos disponíveis nos seus locais (Hagen et al., 2020b). Em alguns casos, os provedores podem precisar de consultar-se uns aos outros para determinar que marcas de miso-

prostitol locais são mais eficazes. Conservar o misoprostol em local seco com temperatura igual ou inferior a 25 °C (77 °F) (Pfizer, 2016).

Referências

Anyakora, C., Oni, Y., Ezedinachi, U., Adekoya, A., Ali, I., Nwachukwu, C., ... Nwokike, J. (2018). Quality medicines in maternal health: Results of oxytocin, misoprostol, magnesium sulfate and calcium gluconate quality audits. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 44.

Berard, V., Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Instability of misoprostol tablets stored outside the blister: A potential serious concern for clinical outcome in medical abortion. *PLoS ONE*, 9(12), e112401.

Cayman Chemical. (2012). Product Information: Misoprostol. Retrieved November 14, 2012, from <https://www.caymanchem.com/pdfs/13820.pdf>

Chu, K. O., Wang, C. C., Pang, C. P., & Rogers, M. S. (2007). Method to determine stability and recovery of carboprost and misoprostol in infusion preparations. *Journal of Chromatography B*, 857(1), 83-91.

Hall, P. E., & Tagontong, N. (2016). Quality of misoprostol products. *WHO Drug Information*, 30(1), 35-39.

Hagen, N., Bizimana, T., Kayumba, P.C., Khuluza, F., & Heide, L. (2020a). Stability of misoprostol tablets collected in Malawi and Rwanda: Importance of intact primary packaging. *PLoS ONE* 15(9), e0238628.

Hagen, N., Khuluza, F., & Heide, L. (2020b). Quality, availability and storage conditions of oxytocin and misoprostol in Malawi. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20, 184.

Pfizer. (2016). Cytotec product label. Retrieved January 26, 2018, from <http://labeling.pfizer.com/showlabeling.aspx?id=559>

Torloni, M.R., Bonet, M., Betra'n, A.P., Ribeiro-do-Valle, C.C., & Widmer, M. (2020). Quality of medicines for life-threatening pregnancy complications in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS ONE* 15(7), e0236060.

World Health Organization. (2009). *Application to include Misoprostol for prevention of postpartum hemorrhage in WHO Model List of Essential Medicines: comments from Departments of Making Pregnancy Safer & Reproductive Health and Research*. Retrieved from http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/application/WHO_Misoprostol.pdf

World Health Organization. (2014). *WHO good manufacturing practices for pharmaceutical products: Main principles* (Annex 2, WHO Technical Report Series 986). Geneva, Switzerland: WHO Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

CONTROLO DA DOR PARA O ABORTO MEDICAMENTOSO ANTES DA 13ª SEMANA DE GESTAÇÃO

Recomendação

- Todas as mulheres submetidas ao aborto medicamentoso devem receber sempre medicamentos de controlo da dor
- Recomendam-se os anti-inflamatórios não esteróides (AINE), administrados de forma profiláctica ou no momento em que as cólicas começam.
- Medidas não farmacológicas de controlo da dor podem ser úteis.
- Os analgésicos narcóticos não demonstraram ser eficazes no alívio da dor durante o processo de aborto medicamentoso e não são recomendados para uso rotineiro.
- Não deve usar-se paracetamol, a menos que exista uma alergia ou contra-indicação para o uso de AINE.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 24 de Janeiro de 2021

Dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.ª semana de gestação

A dor é o efeito secundário mais comum do aborto medicamentoso (Fiala et al., 2014). Num estudo com 6755 mulheres que fizeram um aborto medicamentoso até aos 63 dias de gestação, 78,4% reportaram dor e cólicas moderadas ou intensas (Goldstone, Michelson e Williamson, 2012). Igualmente, uma revisão sistemática, realizada em 2006, de cinco grandes séries de casos britânicos e americanos de uso de analgesia durante o aborto medicamentoso concluiu que 75% das mulheres sofreram de dor suficientemente forte para necessitar de analgesia narcótica (Penney, 2006). Um estudo qualitativo da experiência das mulheres com dor no aborto medicamentoso realizado no Nepal, África do Sul e Vietname descobriu que as mulheres descreveram a dor como mais intensa do que a que experimentaram durante a menstruação e se manifestava em quatro padrões distintos: dor mínima ou inexistente; dor intensa breve, normalmente logo antes da expulsão; dor intermitente, semelhante a contracções; e dor constante por uma ou várias horas (Grossman et al., 2019). A dor normalmente atinge o pico de 2.5 a 4 horas após o uso do misoprostol e dura cerca de uma hora (Colwill et al., 2019). As características das pacientes associadas com mais dor incluem o aumento da idade gestacional, idade mais jovem da paciente, nuliparidade, nenhum parto vaginal anterior e história de dismenorreia (Kemppainen, Mentula, Palkama e Heikinheimo, 2020; Suhonen, Tikka, Kivinen e Kauppila, 2011; Teal, Dempsey-Fanning e Westhoff, 2007; Westhoff, Dasmahapatra, Winikoff e Clarke, 2000).

Há poucos ensaios a avaliar a eficácia das estratégias de controlo da dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação. Nem a dor nem o seu tratamento são sistematicamente reportados em ensaios clínicos de aborto medicamentoso; onde esses dados são reportados, usaram-se vários regimes e protocolos de tratamento, tornando-se difícil a sua comparação (Fiala et al., 2014; Fiala et al, 2019; Jackson e Kapp, 2011).

Medicamentos para controlo da dor

Dois pequenos ensaios aleatorizados controlados indicam que o ibuprofeno é mais eficaz do que o placebo (Avraham, Gat, Duvdevani, Haas e Frenkel, 2012) ou acetaminofeno (Livshits et al., 2009) no alívio da dor do aborto em mulheres com gravidez de menos de sete semanas de gestação. O pré-tratamento com ibuprofeno não é melhor para o tratamento da dor do que o tratamento após as cólicas começarem (Raymond et al., 2013). Em mulheres com gravidezes até às 10 semanas de gestação, um ensaio aleatorizado controlado constatou que pregabalina (um análogo do ácido gama-aminobutírico) não reduziu os níveis máximos de dor quando tomado no momento de administração de misoprostol; no entanto, as mulheres que receberam pregabalina tiveram menor probabilidade de necessitar de ibuprofeno ou medicamentos analgésicos narcóticos e maior probabilidade de reportar satisfação com a analgesia do que as mulheres que receberam placebo (Friedlander et al., 2018). Um estudo aleatorizado não encontrou nenhuma diferença na quantidade ou duração da dor experimentada pelas mulheres que receberam um medicamento opióide oral (oxicodona) para controlar a dor do aborto medicamentoso, em comparação com o placebo (Colwill et al., 2019). Os autores do estudo concluíram que, embora o fornecimento de medicamentos opióides de forma rotineira seja desnecessário, é razoável dar quatro ou menos comprimidos de oxicodona às mulheres que os solicitarem.

Controlo não farmacológico da dor

Num ensaio aleatorizado, a estimulação eléctrica transcutânea de alta frequência (TENS de 80Hz) aplicada ao abdómen e nas costas quando as cólicas começaram reduziu a dor do aborto das mulheres em comparação com placebo (Goldman, Porsch, Hintermeister e Dragoman, 2020). Outras estratégias não farmacológicas de controlo da dor para o aborto medicamentoso antes de 13 semanas de gestação não foram objecto de ensaios comparativos. No entanto, os especialistas recomendam medidas não farmacológicas adjuvantes para melhorar o conforto das mulheres durante um aborto medicamentoso, incluindo um esclarecimento exaustivo sobre dor e sangramento esperados (Teal, Dempsey-Fanning e Westhoff, 2007), um ambiente favorável/encorajador e a aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre (Akin, et al., 2001). Estes métodos devem ser usados como complemento, e não como substitutos, dos medicamentos (fármacos) para controlo da dor.

Referências

- Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.
- Avraham, S., Gat, I., Duvdevani, N., Haas, J., & Frenkel, Y. (2012). Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: A double-blind, randomized, controlled study. *Fertility and Sterility*, 97, 612-615.
- Colwill, A. C., Bayer, L. L., Bednarek, P., Garg, B., Jensen, J., & Edelman, A. (2019). Opioid analgesia for medical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, 134(6), 1163-1170.
- Fiala, C., Agostini, T., Bombas, S., Cameron, R., Lertxundi, M., Lubusky, M., ... & Gemzell-Danielsson, K. (2019). Management of pain associated with up-to-9-weeks medical termination of pregnancy (MToP) using mifepristone-misoprostol regimens: Expert consensus based on a systematic literature review. *Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1-11.

- Fiala, C., Cameron, S., Bombas, T., Parachini, M., Saya, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). Pain during medical abortion, the impact of the regimen: A neglected issue? A review. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6), 404-419.
- Friedlander, E. B., Soon, R., Salcedo, J., Davis, J., Tschann, M., & Kaneshiro, B. (2018). Prophylactic pregabalin to decrease pain during medication abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 132(3), 612-618.
- Goldman, A.R., Porsch, L., Hintermeister, A., & Dragoman, M. (2020). Transcutaneous electrical nerve stimulation to reduce pain with medication abortion. *Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1097/AOG.0000000000004208.
- Goldstone, P., Michelson, J., & Williamson, E. (2012). Early medical abortion using low-dose mifepristone followed by buccal misoprostol: A large Australian observational study. *Medical Journal of Australia*, 197(5), 282-286.
- Grossman, D., Raifman, S., Bessenaar, T., Dung, D. L., Tamang, A., & Dragoman, M. (2019). Experiences with pain of early medical abortion: Qualitative results from Nepal, South Africa, and Vietnam. *BMC Women's Health*, 19(1), 118.
- Jackson, E., & Kapp, N. (2011). Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: A systematic review. *Contraception*, 83(2), 116-126.
- Kemppainen, V., Mentula, M., Paklama, V., & Heikinheimo, O. (2020). Pain during medical abortion in early pregnancy in teenage and adult women. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*; 99,1603-1610.
- Livshits, A., Machtinger, R., David, L. B., Spira, M., Moshe-Zahav, A., & Seidman, D. S. (2009). Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: A double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*, 91(5), 1877-1880.
- Penney, G. (2006). Treatment of pain during medical abortion. *Contraception*, 74, 45-47.
- Raymond, E.G., Weaver, M.A., Louie, K.S., Dean, G., Porsch, L., Lichtenberg, E.S., ... Arnesen, M. (2013). Prophylactic compared with therapeutic ibuprofen analgesia in first-trimester medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 122(3), 558-564.
- Suhonen, S., Tikka, M., Kivinen, S., & Kauppila, T. (2011). Pain during medical abortion: Predicting factors from gynecologic history and medical staff evaluation of severity. *Contraception*, 83, 357-361.
- Teal, S. B., Dempsey-Fanning, A., & Westhoff, C. (2007). Predictors of acceptability of medication abortion. *Contraception*, 75, 224-229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., Winikoff, B., & Clarke, S. (2000). Predictors of analgesia use during supervised medical abortion. The Mifepristone Clinical Trials Group. *Contraception*, 61(3), 225-229.
- Westhoff, C., Dasmahapatra, R., & Schaff, E. (2000). Analgesia during at-home use of misoprostol as part of a medical abortion regimen. *Contraception*, 62(6), 311-314.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

CONTROLO DA DOR PARA O ABORTO MEDICAMENTOSO DURANTE OU APÓS A 13.^a SEMANA DE GESTAÇÃO

Recomendação

- Oferecer medicamentos para a dor a todas as mulheres submetidas ao aborto medicamentoso.
- Recomenda-se anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e deve-se iniciar com misoprostol.
- Para além dos AINE, devem oferecer-se analgésicos narcóticos e ansiolíticos.
- As medidas de controlo da dor não farmacológicas podem ser úteis.
- Pode oferecer-se anestesia regional e anestesia controlada pela paciente caso haja disponibilidade.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Muito Baixa

Última revisão: 26 de Janeiro de 2021

Dor durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana

Em vários estudos de coortes de aborto medicamentoso usando análogos da prostaglandina E1 (misoprostol, gemeprost) durante ou após a 13.^a semana de gestação, a maioria das mulheres necessitou de medicamentos para dor (Ashok, Templeton, Wagaarachchi e Flett, 2004; Gemzell-Danielsson e Östlund, 2000; Hamoda, Ashok, Flett e Templeton, 2004; Rose, Shand e Simmons, 2006). Factores como a idade gestacional avançada, maior número de doses de misoprostol e intervalos entre a indução e o aborto mais longos estão associados ao aumento da dor durante o aborto medicamentoso (Hamoda et al., 2004; Louie et al., 2017). A dor raramente começa após a administração de mifepristona. As cólicas normalmente começam após a administração de misoprostol e normalmente atingem o ponto máximo com a expulsão (Mentula, Kalso e Heikinheimo, 2014).

Medicamentos para controlo da dor

Existem evidências limitadas relativas ao regime medicamentoso ideal para o controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação (Jackson e Kapp, 2020). Um ensaio aleatorizado de 74 mulheres durante ou após a 13.^a semana de gestação, submetidas ao aborto com mifepristona e misoprostol tratou as pacientes profilacticamente com um AINE (diclofenac) ou com paracetamol mais codeína no momento da administração de misoprostol. Não houve nenhuma diferença na dor reportada entre os dois grupos, mas o pré-tratamento com AINE reduziu a necessidade de opiáceos intrave-

nosos subsequentes (Fiala, Swahn, Stephansson e Gemzell-Danielsson, 2005). Um segundo ensaio aleatorizou 54 mulheres submetidas a aborto entre as 14-24 semanas de gestação para receberem o AINE celecoxib ou um placebo no momento de administração de misoprostol. As mulheres do grupo de AINE tiveram níveis de dor significativamente inferiores no momento do aborto; no entanto, quase metade das mulheres de ambos os grupos reportaram dor intensa e não houve diferença no uso de analgesia adicional entre os dois grupos (Tintara, Voradithi e Choobun, 2018).

No maior estudo de coortes disponível, foi oferecida a 1002 mulheres submetidas ao aborto com mifepristona e misoprostol durante ou após a 13.^a semana de gestação uma combinação de analgésicos narcóticos orais e parentéricos e AINE para o controlo da dor (Ashok et al., 2004). Os autores do estudo reportaram a proporção de mulheres que não usaram analgesia (18%) e aquelas que usaram paracetamol mais di-hidrocodona (70%), morfina parentérica (7%) ou AINE (5%) para alívio da dor; a dor das mulheres ou a satisfação com o controlo da dor não foram reportados. O Ipas recomenda um regime combinado envolvendo AINE profiláticos administrados no momento do uso do misoprostol, além de analgésicos narcóticos orais e/ou parentéricos (Edelman e Mark, 2017). A anestesia regional (epidural) e controlada pela paciente são métodos seguros e eficazes de controlo da dor. Podem ser oferecidas se estiverem disponíveis o pessoal, monitoria e equipamento necessários (Maggiore et al., 2016; Smith et al., 2016).

Dois pequenos estudos que examinaram o uso do bloqueio paracervical durante aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação não encontraram nenhuma melhoria na dor das mulheres com este método (Andersson, Benson, Christensson e Gemzell-Danielsson, 2016; Winkler, Wolters, Funk e Rath, 1997).

Controlo não farmacológico da dor

Não existem ensaios comparativos que avaliem o benefício das estratégias não farmacológicas de controlo da dor para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação. No entanto, os especialistas recomendam medidas não farmacológicas adjuvantes para melhorar o conforto das mulheres durante um aborto medicamentoso, incluindo um esclarecimento exaustivo sobre a dor e sangramento esperados, um ambiente favorável e aplicação da compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre (Akin et al., 2001). Estes métodos são complementares, não substitutos, dos medicamentos de controlo da dor.

Referências

- Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, *97*, 343-349.
- Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction*, *31*(1), 67-74.
- Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P., & Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, *69*(1), 51-58.
- Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical abortion reference guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Fiala, C., Swahn, M., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2005). The effect of non-steroidal anti-inflammatory drugs on medical abortion with mifepristone and misoprostol at 13–22 weeks gestation. *Human Reproduction*, *20*(11), 3072-3077.
- Gemzell-Danielsson, K., & Östlund, E. (2000). Termination of second trimester pregnancy with mifepristone and gemeprost. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *79*(8), 702-706.

- Hamoda, H., Ashok, P., Flett, G., & Templeton, A. (2004). Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(9), 996-1000.
- Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 127, 1348-1357.
- Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
- Maggiore, U. L. R., Silanos, R., Carlevaro, S., Gratarola, A., Venturini, P.L., Ferrero, S., & Pelosi, P. (2016). Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: A prospective, double-blind, randomized trial. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 25, 37-44.
- Mentula, M., Kalso, E., & Heikinheimo, O. (2014). Same-day and delayed reports of pain intensity in second-trimester medical termination of pregnancy: A brief report. *Contraception*, 90(6), 609-11.
- Rose, S. B., Shand, C., & Simmons, A. (2006). Mifepristone- and misoprostol-induced mid-trimester termination of pregnancy: A review of 272 cases. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 46(6), 479-485.
- Smith, R. L., Siddiqui, N., Henderson, T., Teresi, J., Downey, K., & Carvalho, J. C. (2016). Analgesia for medically induced second trimester termination of pregnancy: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(2), 147-153.
- Tintara, H., Voradithi, P., & Choobun, T. (2018). Effectiveness of celecoxib for pain relief and antipyresis in second trimester medical abortions with misoprostol: a randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 297(3), 709-715.
- Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie*, 119, 621-624.
- World Health Organization. (2014). *Clinical handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

Recomendação

- Recomenda-se uma combinação de bloqueio paracervical e medicamentos anti-inflamatórios não-esteróides (AINE) para controlo da dor antes do procedimento para todas as mulheres
- Medidas adicionais tais como analgésicos narcóticos, ansiolíticos e medidas não farmacológicas de controlo da dor podem ser úteis.
- Pode oferecer-se sedação intravenosa, caso haja disponibilidade.
- O paracetamol não é eficaz para o controlo da dor na aspiração intra-uterina.
- A anestesia geral não é rotineiramente recomendada para o controlo da dor na aspiração intra-uterina.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 26 de Janeiro de 2021

Dor durante a aspiração intra-uterina

A maioria das mulheres submetidas a aspiração intra-uterina sentirá dor (Borgatta e Nickinovich, 1997). A depressão ou perturbação emocional pré-procedimento, bem como idade gestacional superior a 10 semanas, estão associadas a mais dor durante a aspiração intra-uterina (Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford, & Goldberg, 2006; Belanger, Melzack, & Lauzon, 1989; Duros et al., 2018), enquanto ter tido um parto normal anteriormente está associado a menos dor (Borgatta e Nickinovich, 1997). Os clínicos subestimam consistentemente a intensidade da dor que as mulheres sentem durante o aborto (Oviedo, Ohly, Guerrero, & Castano, 2018; Singh et al., 2008; Tschann, Salcedo, Soon, & Kaneshiro, 2018).

Métodos de controlo da dor

Para a aspiração intra-uterina antes da 13.^a semana de gestação, uma combinação de bloqueio paracervical com anestesia local, analgésicos e medidas não farmacológicas normalmente garantem o alívio da dor para a maior parte das mulheres (OMS, 2014; Renner, Jensen, Nichols e Edelman, 2010). Também pode oferecer-se sedação intravenosa.

Anestesia local

Mostrou-se que o bloqueio paracervical realizado antes da dilatação do colo do útero reduz a dor durante a dilatação e aspiração intra-uterina (Acmaç, Aksoy, Ozoglu, Aksoy e Albayrak, 2013; Renner, Nichols, Jensen, Li e Edelman, 2012; Renner et al., 2016). O bloqueio para-

cervical é um procedimento de baixo risco que pode ser realizado com segurança pelos médicos e provedores de saúde de nível médio (Warriner et al., 2006). Para mais informações, consulte a secção 2.5 Bloqueio Paracervical.

Medicamentos

Dois pequenos estudos que examinaram o uso de AINE apenas por via oral para a dor da aspiração intra-uterina não encontraram nenhum benefício (Acmaç et al., 2013; Li, Wong, Chan e Ho, 2003). No entanto, em estudos nos quais as mulheres também receberam bloqueio paracervical para alívio da dor, constatou-se que o tratamento com AINE antes do procedimento reduz a dor durante e após o procedimento (Renner et al., 2010; Romero, Turok e Gilliam, 2008; Suprpto e Reed, 1984; Wiebe e Rawling, 1995); a administração de AINE é eficaz quer por via oral quer por via intramuscular (Braaten, Hurwitz, Fortin e Goldberg, 2013). Não existem estudos que avaliem o benefício adicional de AINE quando se usa a sedação intravenosa moderada para alívio da dor; com base nos resultados de três pequenos ensaios aleatorizados, não é claro se os AINE proporcionam benefícios adicionais quando se utilizam níveis mais profundos de sedação intravenosa (Khazin et al., 2011; Lowenstein et al., 2006; Roche, Li, James, Fechner e Tilak, 2012).

Desconhece-se o benefício dos analgésicos narcóticos para aliviar a dor durante a aspiração intra-uterina. Num ensaio aleatorizado controlado, a adição de hidrocodona-acetaminofeno por via oral a um regime de controlo da dor de bloqueio paracervical, ibuprofeno e lorazepam não melhorou o controlo da dor durante a aspiração intra-uterina quando comparado com um placebo (Micks et al., 2012). Num outro ensaio aleatorizado, constatou-se que a adição de fentanilo por via intravenosa ao mesmo regime de controlo da dor melhorou significativamente a dor durante o procedimento (Rawling e Weibe, 2001). Dois ensaios aleatorizados mostraram que os AINE por via oral e rectal são mais eficazes do que o tramadol no alívio da dor pós-procedimento (Lowenstein et al., 2006; Romero et al., 2008); contudo, um terceiro ensaio aleatorizado mostrou que o tramadol por via rectal era mais eficaz do que os AINE (Khazin et al., 2011).

Os ansiolíticos, tais como lorazepam ou midazolam, reduzem a ansiedade relacionada com o procedimento e podem causar amnésia em algumas mulheres, mas não afectam os níveis de dor (Allen, et al., 2006; Bayer et al., 2015; Wiebe, Podhradsky e Dijak, 2003).

Apenas um estudo avaliou a eficácia do pré-tratamento com paracetamol na dor durante a aspiração intra-uterina realizada sem bloqueio paracervical e não constatou nenhuma diferença entre o grupo de paracetamol e o grupo de controlo (Acmaç et al., 2013). Em dois estudos onde as mulheres também receberam sedação profunda ou anestesia geral, a administração de paracetamol não melhorou a dor pós-procedimento (Cade e Ashley, 1993; Lowenstein et al., 2006).

Um ensaio aleatorizado comparou o efeito da gabapentina pré-procedimento ao placebo em mulheres que também receberam lorazepam oral, ibuprofeno, oxicodona e acetaminofeno e não encontraram diferença nos níveis de dor entre os dois grupos (Gray et al., 2019). Um ensaio subsequente comparou gabapentina pré-procedimento com placebo entre mulheres com aspiração intra-uterina sob anestesia local com bloqueio paracervical e ibuprofeno oral e não encontrou diferenças na pontuação de dor intra-operatória ou pós-operatória (Hailstorks et al., 2020).

Sedação intravenosa

A sedação intravenosa usando uma combinação de narcóticos e ansiolíticos é uma forma eficaz de controlo da dor e melhora a satisfação com o procedimento de aborto (Allen,

Fitzmaurice, Lifford, Lasic e Goldberg, 2009; Allen et al., 2006; Wells, 1992; Wong, Ng, Ngai e Ho, 2002). A administração intravenosa de narcóticos e ansiolíticos é mais eficaz do que a administração oral para controlo da dor durante a aspiração intra-uterina (Allen et al., 2009). Em mulheres que recebem sedação para o controlo da dor, não é claro se há benefício adicional em fazer um bloqueio paracervical (Kan, Ng e Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wong et al., 2002). A sedação intravenosa é segura quando administrada por pessoal devidamente formado e com a monitoria apropriada. Um estudo retrospectivo de coortes, em 2017, que incluiu mais de 20.000 mulheres com peso normal, excesso de peso ou obesas que receberam sedação intravenosa para aspiração intra-uterina, constatou que a taxa de qualquer evento adverso relacionado com a anestesia era muito baixa (0,2%) (Horwitz et al., 2018). No entanto, a sedação intravenosa aumenta os custos, a complexidade e os possíveis riscos de um procedimento de aborto e requer um provedor de cuidados qualificado e equipamento para a monitoria da paciente. O incremento de monitoria necessária para a sedação intravenosa segura requer investimentos das unidades sanitárias em termos de formação de pessoal e equipamento. Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B (Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia).

Anestesia geral

Embora seja eficaz para o controlo da dor, a anestesia geral aumenta os custos, a complexidade e os possíveis riscos associados ao aborto e não é recomendada para procedimentos de rotina (Atrash, Cheek e Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015). Ao usar a anestesia geral, não é claro se a administração de medicamentos para a dor antes do procedimento afecta a dor pós-procedimento (Ali, Shamim, e Chughtai, 2015; Liu et al., 2005; Mustafa-Mikhail et al., 2017) e não há benefício adicional em fazer um bloqueio paracervical (Hall, Ekblom, Persson e Irestedt, 1997; Renner et al., 2010). Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B (Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia).

Controlo não farmacológico da dor

Um ensaio controlado aleatorizado de 2018, que examinou o uso de acupuntura auricular em combinação com bloqueio paracervical e AINE pré-procedimento, constatou que as mulheres no grupo de intervenção reportaram significativamente menos dor e ansiedade quando comparadas com as mulheres que receberam placebo ou cuidados normais (Ndubisi, Danvers, Gold, Morrow, & Westhoff, 2019). O uso de estimulação eléctrica transcutânea associada a acupuntura como forma de reduzir a dor do aborto é uma área de investigação activa, mas ainda não se pode fazer recomendações com base nos estudos existentes (Feng et al., 2016; Wang et al., 2018).

Os medicamentos e bloqueio paracervical devem ser complementados por técnicas de apoio para reduzir a dor e ansiedade (Allen e Singh, 2018). As abordagens úteis incluem educar as pacientes sobre o que esperar durante o procedimento; realizar o procedimento num ambiente limpo e privado com provedores que dão apoio; dar apoio verbal; usar uma técnica cuidadosa e eficiente; e aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre na sala de recobro (Akin et al., 2001). Uma revisão sistemática de 2016 de terapias adjuvantes não farmacológicas para controlar a dor incluiu estudos de hipnose, aromaterapia, música, relaxamento e exercícios de imagens e uso de doulas. Embora a revisão tenha constatado que nenhuma destas intervenções apresentou uma redução estatisticamente significativa na dor ou ansiedade, as mulheres classificaram as intervenções não farmacológicas como boas e recomendaram a sua utilização, particularmente aquelas que incluem pessoal de apoio dedicado (Tschann, Salcedo, e Kaneshiro, 2016; Wilson, Gur-

ney, Sammel e Schreiber, 2016). Dois ensaios aleatorizados subsequentes não encontraram diferença na dor reportada por mulheres que receberam terapia musical pré-procedimento (Belloeil et al., 2020) ou terapias adjuvantes não farmacológicas para controle da dor de sua preferência (música ambiente, meditação baseada em imagens ou respiração controlada, entre outras) e as mulheres que receberam cuidados normais (Tschann et al, 2018).

Referências

- Acmaç, G., Aksoy, H., Ozoglu, N., Aksoy, U., & Albayrak, E. (2013). Effect of paracetamol, dexketoprofen trometamol, lidocaine spray, and paracervical block application for pain relief during suction termination of first-trimester pregnancy. *BioMed Research International*, 2013, 869275.
- Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97, 343-349.
- Allen, R. H., & Singh, R. (2018). Society of Family Planning clinical guidelines pain control in surgical abortion part 1 - local anesthesia and minimal sedation. *Contraception*, 97(6), 471-477.
- Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 113(2Pt1), 276-283.
- Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.
- Ali, M. A., Shamim, F., & Chughtai, S. (2015). Comparison between intravenous paracetamol and fentanyl for intraoperative and postoperative pain relief in dilatation and evacuation: Prospective, randomized interventional trial. *Journal of Anaesthesiology and Clinical Pharmacology*, 31(1), 54-58.
- Atrash, H. K., Cheek, T. G., & Hogue, C. J. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 158(2), 420-424.
- Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 103, 729-739.
- Bayer, L. L., Edelman, A. B., Fu, R., Lambert, W. E., Nichols, M. D., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2015). An evaluation of oral midazolam for anxiety and pain in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 37-46.
- Belanger, E., Melzack, R., & Lauzon, P. (1989). Pain of first-trimester abortion: A study of psychosocial and medical predictors. *Pain*, 36(3), 339-350.
- Belloeil, V., Cazeneuve, C.T., Leclercq, A., Mercier, M.B., Legendre, G., & Corroenne, R. (2020). Impact of music therapy before first-trimester instrumental termination of pregnancy: a randomized controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127, 738-745.
- Borgatta, L., & Nickinovich, D. (1997). Pain during early abortion. *Journal of Reproductive Medicine*, 42(5), 287-293.
- Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, 89(2), 116-121.
- Cade, L., & Ashley, J. (1993). Prophylactic paracetamol for analgesia after vaginal termination of pregnancy. *Anaesthesia and Intensive Care*, 21(1), 93.
- Duros, S., Joueidi, Y., Nyangoh Timoh, K., Boyer, L., Lemeut, P., Tavenard, A., . . . Lavoue, V. (2018). A prospective study of the frequency of severe pain and predictive factors in women undergoing first-trimester surgical abortion under local anaesthesia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 221, 123-128.
- Feng, X., Ye, T., Wang, Z., Chen, X., Cong, W., Chen, Y., ... Xie, W. (2016). Transcutaneous acupoint electrical stimulation pain management after surgical abortion: a cohort study. *International Journal of Surgery*, 30, 104-108.
- Gray, B. A., Hagey, J. M., Crabtree, D., Wynn, C., Weber, J. M., Pieper, C. F., & Haddad, L. B. (2019). Gabapentin for perioperative pain management for uterine aspiration: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, 134(3), 611-619.

- Hailstorks, T.P., Cordes, S.M.D., Cwiak, C.A., Gray, B.A., Ge, L.M.A., Moore, R.H., & Haddad, L.B., (2020). Gabapentin as an adjunct to paracervical block for perioperative pain management for first-trimester uterine aspiration: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 223, 884.e1-10.
- Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 868-872.
- Horwitz, G., Roncari, D., Braaten, K. P., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. (2018). Moderate intravenous sedation for first trimester surgical abortion: A comparison of adverse outcomes between obese and normal-weight women. *Contraception*, 97(1), 48-53.
- Kan, A. S. Y., Ng, E. H. Y., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 70, 159-163.
- Khazin, V., Weitzman, S., Rozenzvit-Podles, E., Ezri, T., Debby, A., Golan, A., & Evron, S. (2011). Postoperative analgesia with tramadol and indomethacin for diagnostic curettage and early termination of pregnancy. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 20(3), 236-239.
- Li, C. F. I., Wong, C. Y. G., Chan, C. P. B., & Ho, P. C. (2003). A study of co-treatment of nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) with misoprostol for cervical priming before suction termination of first trimester pregnancy. *Contraception*, 67, 101-105.
- Liu, W., Loo, C. C., Chiu, J. W., Tan, H. M., Ren, H. Z., & Lim, Y. (2005). Analgesic efficacy of pre-operative etoricoxib for termination of pregnancy in an ambulatory centre. *Singapore Medical Journal*, 46(8), 397-400.
- Lowenstein, L., Granot, M., Tamir, A., Glik, A., Deutsch, M., Jakobi, P., & Zimmer, E. Z. (2006). Efficacy of suppository analgesia in postabortion pain reduction. *Contraception*, 74(4), 345-348.
- Oviedo, J. D., Ohly, N. T., Guerrero, J. M., & Castano, P. M. (2018). Factors associated with participant and provider pain rating during office-based first-trimester vacuum aspiration. *Contraception*, 97(6), 497-499.
- Micks, E. A., Edelman, A. B., Renner, R. M., Fu, R., Lambert, W. E., Bednarek, P. H., ... Jensen, J. T. (2012). Hydrocodone-acetaminophen for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1060-1069.
- Ndubisi, C., Danvers, A., Gold, M. A., Morrow, L., & Westhoff, C. L. (2018). Auricular acupuncture as an adjunct for pain management during first trimester abortion: A randomized, double-blinded, three arm trial. *Contraception*. 99(3), 143-147.
- Rawling, M. J., & Wiebe, E. R. (2001). A randomized controlled trial of fentanyl for abortion pain. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 185, 103-107.
- Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 94(5), 461-466.
- Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H., & Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.
- Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2012). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*, 85(3), 299-303.
- Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56-59.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Singh, R. H., Ghanem, K. G., Burke, A. E., Nichols, M. D., Rogers, K., & Blumenthal, P. D. (2008). Predictors and perception of pain in women undergoing first trimester surgical abortion. *Contraception*, 78(2), 155-161.
- Suprpto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000-1001.

- Tschann, M., Salcedo, J., & Kaneshiro, B. (2016). Nonpharmacological pain control adjuncts during first-trimester aspiration abortion: A review. *Journal of Midwifery Women's Health*, 61(3), 331-338.
- Tschann, M., Salcedo, J., Soon, R., & Kaneshiro, B. (2018). Patient choice of adjunctive nonpharmacologic pain management during first-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Contraception*, 98(3), 205-209.
- Wang, Z., Chen, Y., Chen, C., Zhao, L., Chen, P., Zeng, L., & Xie, W. (2018). Pain management of surgical abortion using transcutaneous acupoint electrical stimulation: An orthogonal prospective study. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 44(7), 1235-1242.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.
- Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1050-1056.
- Wiebe, E., Podhradsky, L., & Dijak, V. (2003). The effect of lorazepam on pain and anxiety in abortion. *Contraception*, 67(3), 219-221.
- Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 50(1), 41-46.
- Wilson, S. F., Gurney, E. P., Sammel, M. D., & Schreiber, C. A. (2016). Doulas for surgical management of miscarriage and abortion: a randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 216(1), 44.e1-44.e6.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222-1225.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

Recomendação

- Recomenda-se uma combinação de bloqueio paracervical, anti-inflamatórios não esteróides (AINE) e analgésicos narcóticos, com ou sem ansiolíticos.
- Deve oferecer-se sedação intravenosa, se disponível.
- Devem ponderar-se os riscos acrescidos de anestesia geral relativamente aos benefícios.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 26 de Janeiro de 2021

Dor durante a dilatação e evacuação

Há uma falta de evidência publicada sobre o nível de dor que as mulheres sentem durante a D&E, porém, os especialistas geralmente concordam que os procedimentos de aborto se tornam mais dolorosos à medida que a gravidez avança. Em gestações mais avançadas, D&E requer mais dilatação cervical pré-operatória e operatória, um tempo de procedimento mais longo e manipulação uterina mais profunda.

Métodos de controlo da dor

Em grande parte, faltam estudos comparativos sobre o controlo da dor durante D&E. Os estudos existentes examinam o efeito dos medicamentos adjuvantes na dor pós-procedimento entre mulheres que recebem anestesia geral ou sedação profunda intravenosa, ou focam-se, em vez disso, nas estratégias de segurança de controlo da dor durante a D&E. As declarações de consenso internacional geralmente focam-se na quantidade mínima de anestesia a que uma D&E pode ser realizada para assegurar o acesso em unidades sanitárias de nível mais baixo (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015; Organização Mundial da Saúde, 2014).

Em estudos que reportam sobre programas de D&E, o controlo da dor geralmente consiste na sedação intravenosa com uma combinação de narcóticos e ansiolíticos e um bloqueio paracervical (Altman, Stubblefield, Schlam, Loberfeld e Osathanondh, 1985; Castleman, Oanh, Hyman, Thuy e Blumenthal, 2006; Jacot et al., 1993). O Ipas recomenda uma combinação de bloqueio paracervical, AINE e analgésicos narcóticos, com ou sem ansiolíticos (Edelman e Kapp, 2017). Em locais onde haja disponibilidade, deve-se oferecer AINE, bloqueio paracervical e sedação intravenosa (Jackson e Kapp, 2020).

Anestesia local

Consulte a secção 2.5 Bloqueio Paracervical.

Medicamentos

Não há estudos de avaliação da eficácia dos medicamentos para a dor por via oral, intramuscular ou intravenosa durante o procedimento de D&E. Um estudo revelou que mulheres que receberam o AINE ceterolaco por via intravenosa em combinação com sedação profunda intravenosa ou anestesia geral durante o seu procedimento de D&E reportaram dor pós-procedimento significativamente menor do que mulheres que não receberam a medicação (Liu e Flink-Bochacki, 2020). Estes dados devem ser interpretados com cautela, pois o estudo não foi concebido para abordar esta comparação. No entanto, estudos sobre aspiração intra-uterina constataram, de forma consistente, que a administração de AINE por via oral ou intramuscular pré-procedimento reduz a dor das mulheres durante e após o procedimento (Braaten, Hurwitz, Fortin e Goldberg, 2013; Renner, Jensen, Nichols e Edelman, 2010; Romero, Turok e Gilliam, 2008; Suprpto e Reed, 1984; Wiebe e Rawling, 1995).

Sedação intravenosa

Apenas um ensaio aleatorizado avaliou a eficácia da sedação moderada intravenosa durante a D&E, revelando que a sedação moderada com fentanilo e midazolam foi significativamente mais eficaz do que o óxido nítrico inalado para o controlo da dor em mulheres entre 12-16 semanas de gestação que também receberam ibuprofeno pré-procedimento e bloqueio paracervical (Thaxton et al, 2018). Dados adicionais dos estudos de avaliação da eficácia da sedação intravenosa para controlo da dor durante a D&E. Contudo, estudos sobre aspiração intra-uterina constataram que a sedação intravenosa usando uma combinação de narcóticos e ansiolíticos é um método eficaz de controlo da dor e melhora a satisfação com o procedimento de aborto (Allen, Fitzmaurice, Lifford, Lasic e Goldberg, 2009; Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford e Goldberg, 2006; Wells, 1992; Wong, Ng, Ngai e Ho, 2002). Os estudos que avaliaram a segurança da sedação intravenosa com fentanilo e midazolam em combinação com bloqueio paracervical durante D&E constataram taxas de grandes complicações relacionadas ao procedimento inferiores a 1% (Racek, Chen e Creinin, 2010) e nenhum evento adverso adicional relacionado com a anestesia (Gokhale, Lappen, Waters e Perriera, 2016; Wilson, Chen e Creinin, 2009; Wiebe, Byczko, Kaczorowski e McLane, 2013). A sedação profunda intravenosa com propofol e sem intubação é segura e tem poucas complicações em ambulatório, sem risco de aspiração pulmonar (Aksel et al., 2018; Dean, Jacobs, Goldstein, Gervitz e Paul, 2011; Gokhale et al., 2016; Mancuso et al., 2017).

Administrar sedação intravenosa aumenta os custos, a complexidade e os riscos potenciais de um procedimento de aborto e requer um provedor de cuidados com formação adequada e equipamento para a monitoria da paciente. O incremento de monitoria necessária para a sedação intravenosa segura requer investimento das unidades sanitárias em termos de pessoal, formação e equipamento. Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B (Contínuo de profundidade da sedação: Definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia).

Anestesia geral

Embora eficaz para controlo da dor durante o procedimento, a anestesia geral aumenta os custos, a complexidade e os riscos potenciais associados ao aborto e não se recomenda para procedimentos de rotina (Atrash, Cheek e Hogue, 1988; Bartlett et al., 2004; MacKay, Schulz e Grimes, 1985; OMS, 2014). Para mais informação sobre a definição dos níveis de sedação, incluindo anestesia geral, consulte o Anexo B (Contínuo de profundidade da sedação: definição de anestesia geral e níveis de sedação/analgesia).

Controlo não farmacológico da dor

Os medicamentos para a dor e o bloqueio paracervical devem ser suplementados com técnicas de apoio para reduzir a dor e a ansiedade. Abordagens úteis podem incluir educar as pacientes sobre o que esperar durante o procedimento; realizar o procedimento num ambiente limpo e privado com provedores que dêem apoio; dar apoio verbal; usar uma técnica cuidadosa e eficiente; e aplicação de uma compressa quente ou botija de água quente no baixo-ventre na sala de recobro (Akin et al., 2001).

Referências

- Akin, M. D., Weingard, K. W., Hengehold, D. A., Goodale, M. B., Hinkle, R. T., & Smith, R. P. (2001). Continuous low-level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, *97*, 343-349.
- Aksel, S., Lang, L., Steinauer, J. E., Drey, E. A., Lederle, L., Sokoloff, A., & Carlisle, A. S. (2018). Safety of Deep Sedation Without Intubation for Second-Trimester Dilatation and Evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, *132*(1), 171-178.
- Allen, R.H., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., Lasic, M., & Goldberg, A. (2009). Oral compared with intravenous sedation for first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *113*(2Pt1), 276-283.
- Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, *74*(5), 407-413.
- Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine*, *30*(8), 601-606.
- Atrash, H., Cheek, T., & Hogue, C. (1988). Legal abortion mortality and general anesthesia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *158*(2), 420.
- Bartlett, L. A., Berg, C. J., Shulman, H. B., Zane, S. B., Green, C. A., Whitehead, S., & Atrash, H. K. (2004). Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, *103*, 729-739.
- Braaten, K.P., Hurwitz, S., Fortin, J., & Goldberg, A.B. (2014). Intramuscular ketorolac versus oral ibuprofen for pain relief in first-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, *89*(2), 116-121.
- Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilatation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*, *74*, 272-276.
- Dean, G., Jacobs, A. R., Goldstein, R. C., Gevirtz, C. M., & Paul, M. E. (2011). The safety of deep sedation without intubation for abortion in the outpatient setting. *Journal of Clinical Anesthesia*, *23*, 437-442.
- Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation and evacuation (D&E) reference guide: Induced abortion and post-abortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Gokhale, P., Lappen, J. R., Waters, J. H., & Perriera, L. K. (2016). Intravenous Sedation Without Intubation and the Risk of Anesthesia Complications for Obese and Non-Obese Women Undergoing Surgical Abortion: A Retrospective Cohort Study. *Anesthesia and Analgesia*, *122*(6), 1957-1962.
- Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *168*(2), 633-637.
- Jackson, E., & Kapp, N. (2020). Pain management for medical and surgical termination of pregnancy between 13 and 24 weeks of gestation: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *127*, 1348-1357.
- Liu, S.M, & Flink-Bochacki, R. (2020). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.11.014>. Epub ahead of print.
- MacKay, H. T., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1985). Safety of local versus general anesthesia for second-trimester dilatation and evacuation abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *66*, 661-665.

- Mancuso, A. C., Lee, K., Zhang, R., Hoover, E. A., Stockdale, C., & Hardy-Fairbanks, A. J. (2017). Deep sedation without intubation during second trimester surgical termination in an inpatient hospital setting. *Contraception*, 95, 288-291.
- Racek, C. M., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2010). Complication rates and utility of intravenous access for surgical abortion procedures from 12 to 18 weeks of gestation. *Contraception*, 82, 286-290.
- Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A.B. (2010). Pain control in first-trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.
- Romero, I., Turok, D., & Gilliam, M. (2008). A randomized trial of tramadol versus ibuprofen as an adjunct to pain control during vacuum aspiration abortion. *Contraception*, 77(1), 56-59.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.
- Siddiqui, K. M., & Chohan, U. (2007). Tramadol versus nalbuphine in total intravenous anaesthesia for dilatation and evacuation. *Journal of the Pakistani Medical Association*, 57(2), 67-70.
- Suprpto, K., & Reed, S. (1984). Naproxen sodium for pain relief in first-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 150(8), 1000-1001.
- Thaxton, L., Pitotti, J., Espey, E., Teal, S., Sheeder, J. & Singh, R.H. (2018). Nitrous oxide compared with intravenous sedation for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 132, 1182-7.
- Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1050-1056.
- Wiebe, E. R., Byczko, B., Kaczorowski, J., & McLane, A. L. (2013). Can we safely avoid fasting before abortions with low-dose procedural sedation? A retrospective cohort chart review of anesthesia-related complications in 47,748 abortions. *Contraception*, 87, 51-54.
- Wiebe, E. R., & Rawling, M. (1995). Pain control in abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 50(1), 41-46.
- Wilson, L. C., Chen, B. A., & Creinin, M. D. (2009). Low-dose fentanyl and midazolam in outpatient surgical abortion up to 18 weeks of gestation. *Contraception*, 79, 122-128.
- Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17(5), 1222-1225.
- World Health Organization. (2014). *Clinical handbook for safe abortion care*. Geneva: World Health Organization.

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.



Recomendação

- O bloqueio paracervical com anestesia local é um método eficaz de tratamento da dor e deve fazer parte de todos os procedimentos de aspiração intra-uterina, colocação do dilatador osmótico e dilatação e evacuação (D&E).
- Os provedores de serviços de saúde de nível médio podem dar anestesia paracervical com segurança e eficácia.
- O bloqueio paracervical não é eficaz para controlar a dor associada à expulsão fetal durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação.
- Recomenda-se um bloqueio paracervical com 20 ml de lidocaína a 1%, injectados a uma profundidade de 3 cm. Se não estiver disponível lidocaína a 1%, pode-se substituir por 10 ml de lidocaína a 2%, embora a evidência que corrobora o uso de lidocaína a 2% seja escassa. Deve usar-se uma técnica de injeção paracervical de dois pontos ou de quatro pontos.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 26 de Janeiro de 2021

Anestesia local para controlo da dor

ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA

Uma revisão sistemática, realizada em 2013, que avaliou o bloqueio paracervical para procedimentos ginecológicos que precisavam de dilatação cervical, incluindo aborto por aspiração antes da 13.^a semana de gestação e esvaziamento intra-uterino para aborto incompleto, constatou que o bloqueio paracervical reduziu as dores durante a dilatação cervical e intervenções intra-uterinas sem, no entanto, reduzir a dor pós-procedimento, quando comparado com o placebo ou nenhuma anestesia (Tangsiriwatthana, Sangkomkamhang, Lumbiganon, & Laopaiboon, 2013). No estudo de maior qualidade disponível sobre o uso de bloqueio paracervical durante a aspiração intra-uterina, 120 mulheres submetidas a um aborto antes da 11.^a semana de gestação foram aleatorizadas para receber um bloqueio paracervical – contendo 20 ml de lidocaína a 1% tamponada com bicarbonato de sódio e injectada em quatro pontos paracervicais a uma profundidade de três centímetros – ou uma injeção simulada, onde uma agulha tapada foi colocada em contacto com a junção cervicovaginal para imitar a administração do bloqueio paracervical. As mulheres que receberam o bloqueio paracervical tiveram menos dor durante a dilatação e aspiração em comparação com as mulheres que receberam a injeção simulada (Renner, Nichols, Jensen, Li e Edelman, 2012). A injeção mais profunda de anestésico (3 cm) melhora o controlo da dor

em comparação com a injeção superficial (1,5 cm) (Cetin e Cetin, 1997; Renner, Jensen, Nichols e Edelman, 2010). Um ensaio aleatorizado controlado subsequente verificou que a adição de bicarbonato de sódio (1 ml de bicarbonato de sódio a 8,4% a cada 10 ml de solução anestésica) a um bloqueio paracervical contendo lidocaína a 1% não diminui a pontuação de dor no momento da injeção ou da dilatação cervical em comparação com a lidocaína apenas. (Chin et al., 2020). Não é claro se a técnica de injeção de quatro pontos é superior à técnica de injeção de dois pontos. Num ensaio aleatorizado, a técnica de quatro pontos foi superior à técnica de dois pontos, mas mesmo assim as diferenças na dor que as mulheres sentiram foram pequenas (Renner et al., 2016). Num ensaio aleatorizado diferente, não foram observadas diferenças na dor entre as técnicas de dois e quatro pontos (Glantz e Shomento, 2001). Não é necessário um período de espera entre a injeção e a dilatação cervical visto que isso não melhora o controlo da dor (Phair, Jensen e Nichols, 2002; Renner et al., 2016; Wiebe e Rawling, 1995).

Não existem ensaios que comparem directamente um bloqueio composto de 20 ml de lidocaína a 1% com um que contenha 10 ml de lidocaína a 2% durante o aborto. Não é claro se o volume de anestésico administrado influencia ou não o alívio da dor; dois estudos mostraram que as mulheres que receberam um bloqueio com 20 ml reportaram menos dores do que as que receberam um bloqueio com 10 ml (Allen, Kumar, Fitzmaurice, Lifford, & Goldberg, 2006; Wiebe, 1992). Contudo, factores de confusão, como diferentes doses de anestésico e diferentes técnicas de injeção entre os grupos de estudo podem ter influenciado os resultados. Ao usar um bloqueio paracervical composto por 10 ml de lidocaína a 2%, os provedores devem evitar injeções intravasculares inadvertidas para limitar a possível toxicidade relacionada com a dose da lidocaína (Lau, Lo, Tam, & Yuen, 1999); adicionalmente, devem considerar o uso da técnica de injeção de dois pontos em vez da técnica de quatro pontos.

Não é claro se há benefícios adicionais em administrar o bloqueio paracervical a mulheres que recebam sedação profunda para o controlo da dor (Kan, Ng e Ho, 2004; Renner et al., 2010; Wells, 1992; Wong, Ng, Ngai e Ho, 2002). Quando as mulheres recebem anestesia geral, não há benefício adicional em administrar o bloqueio paracervical (Hall, Ekblom, Persson e Irestedt, 1997; Renner et al., 2010)

DILATAÇÃO E EVACUAÇÃO

Não há estudos de avaliação do bloqueio paracervical para o controlo da dor durante os procedimentos de D&E sem sedação ou anestesia concomitante. Um ensaio aleatorizado examinou o uso do bloqueio paracervical durante D&E quando as mulheres também recebiam sedação profunda ou anestesia geral; a adição de bloqueio paracervical não melhorou o controlo da dor pós-operatória (Lazenby, Fogelson e Aeby, 2009). A recomendação para realizar o bloqueio paracervical para D&E foi extrapolada a partir de dados de estudos de aspiração intra-uterina e de um ensaio aleatorizado controlado envolvendo 41 mulheres submetidas a D&E, em que se observou uma diminuição significativa da dor durante a colocação do dilatador osmótico quando se usou o bloqueio paracervical (Soon, Tschann, Salcedo, Stevens, Ahn e Kaneshiro, 2017).

ABORTO MEDICAMENTOSO

Não há estudos de avaliação do uso de bloqueio paracervical para o controlo da dor durante o aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação. Dois estudos que examinaram o uso de bloqueio paracervical durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana não verificaram nenhuma melhoria na dor das mulheres (Andersson, Benson, Christensson e Gemzell-Danielsson, 2016; Winkler, Wolters, Funk e Rath, 1997).

Provedores de saúde de nível médio

Num estudo aleatorizado multicêntrico e internacional que examinou 2894 procedimentos, os provedores de saúde de nível médio apresentaram taxas de complicações similares aos médicos na realização da aspiração intra-uterina com bloqueio paracervical (Warriner et al., 2006). Os provedores de saúde de nível médio não tiveram complicações relacionadas com o uso do bloqueio paracervical.

Técnica

Pode encontrar mais informações sobre a técnica de bloqueio paracervical no Anexo C: Bloqueio paracervical, auxiliar de trabalho.

Referências

- Allen, R. H., Kumar, D., Fitzmaurice, G., Lifford, K. L., & Goldberg, A. B. (2006). Pain management of first-trimester surgical abortion: Effects of selection of local anesthesia with and without lorazepam or intravenous sedation. *Contraception*, 74(5), 407-413.
- Andersson, I. M., Benson, L., Christensson, K., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Paracervical block as pain treatment during second-trimester medical termination of pregnancy: An RCT with bupivacaine versus sodium chloride. *Human Reproduction*, 31(1), 67-74.
- Cetin, A., & Cetin, M. (1997). Effect of deep injections on local anesthetics and basal dilatation of cervix in management of pain during legal abortions. A randomized, controlled study. *Contraception*, 56, 85-87.
- Chin, J., Kaneshiro, B., Elia, J., Raidoo, S., Savala, M. & Soon R. (2020). Buffered lidocaine for paracervical blocks in first-trimester abortions: a randomized controlled trial. *Contraception X*, 18(2), 100044.
- Glantz, J. C., & Shomento, S. (2001). Comparison of paracervical block techniques during first trimester pregnancy termination. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 72, 171-8.
- Hall, G., Ekblom, A., Persson, E., & Irestedt, L. (1997). Effects of prostaglandin treatment and paracervical blockade on postoperative pain in patients undergoing first trimester abortion in general anesthesia. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 76, 868-872.
- Kan, A. S., Ng E. H., & Ho, P. C. (2004). The role and comparison of two techniques of paracervical block for pain relief during suction evacuation for first-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 70, 159-163.
- Lau, W. C., Lo, W. K., Tam, W. H., & Yuen, P. M. (1999). Paracervical anesthesia in outpatient hysteroscopy: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106(4), 356-9.
- Lazenby, G. B., Fogelson, N. S., & Aeby, T. (2009). Impact of paracervical block on postabortion pain in patients undergoing abortion under general anesthesia. *Contraception*, 80(6), 578-582.
- O'Connell, K., Jones, H. E., Simon, M., Saporta, V., Paul, M., & Lichtenberg, E. S. (2009). First-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception*, 79: 385-392.
- Phair, N., Jensen, J. T., & Nichols, M. (2002). Paracervical block and elective abortion: The effect on pain of waiting between injection and procedure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186, 1304-1307.
- Renner, R.M., Jensen, J.T., Nichols, M.D., & Edelman, A. (2010). Pain control in first trimester surgical abortion: A systematic review of randomized controlled trials. *Contraception*, 81, 372-388.
- Renner, R. M., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Li, H., & Edelman, A. B. (2012). Paracervical block for pain control in first-trimester surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 119(5), 1030-1037.
- Renner, R. M., Edelman, A. B., Nichols, M. D., Jensen, J. T., Lim J. Y., & Bednarek, P. H. (2016). Refining paracervical block techniques for pain control in first trimester surgical abortion: A randomized controlled noninferiority trial. *Contraception*, 95(5), 461-466.
- Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn, H. J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 130, 387-392.

Tangsiriwatthana, T., Sangkomkamhang, U.S., Lumbiganon, P., & Laopaiboon, M. (2013). Paracervical local anesthesia for cervical dilatation and uterine intervention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 9, CD005056.

Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N. T., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.

Winkler, M., Wolters, S., Funk, A., & Rath, W. (1997). Second trimester abortion with vaginal gemeprost-improvement by paracervical anesthesia? *Zentralblatt fur Gynakologie*, 119, 621-624.

Wells, N. (1992). Reducing distress during abortion: A test of sensory information. *Journal of Advanced Nursing*, 17(9), 1050-1056.

Wong, C. Y., Ng, E. H., Ngai, S. W., & Ho, P. C. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study to investigate the use of conscious sedation in conjunction with paracervical block for reducing pain in termination of first trimester pregnancy by suction evacuation. *Human Reproduction*, 17, 1222-1225.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

ADOLESCENTES: SEGURANÇA E EFICÁCIA

3.1



Recomendação

- A aspiração intra-uterina e o aborto medicamentoso são seguros e eficazes para adolescentes e devem ser oferecidos como métodos para o aborto induzido.
- A preparação cervical antes da aspiração intra-uterina deve ser uma hipótese a considerar para adolescentes.
- As adolescentes devem ter acesso a serviços de aborto seguro sem demora.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 26 de Janeiro de 2021

As adolescentes e o aborto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescentes como pessoas de 10 a 19 anos de idade e mulheres jovens como pessoas de 20 a 24 anos de idade. As adolescentes enfrentam barreiras de acesso aos serviços de aborto seguro e apresentam-se numa situação de aborto em idades gestacionais superiores às das mulheres adultas (Jatlaoui et al, 2017; Sowmini, 2013). As adolescentes têm maior risco de complicações de aborto inseguro devido a demora na procura de assistência, procura de serviços em provedores não qualificados e a falta de acesso aos serviços quando surgem complicações (Ney, Kaya, Ferguson e AbouZahr, 2001). A OMS estima que três milhões de adolescentes entre os 15 e 19 anos de idade se submetem anualmente a abortos inseguros (OMS, 2014a). Aumentar o acesso ao aborto seguro pode beneficiar particularmente mulheres adolescentes e jovens.

Quando as adolescentes recebem serviços de aborto seguro, sofrem menos complicações do que as mulheres mais adultas. Num grande estudo de coortes retrospectivo baseado nos Estados Unidos que captou todas as complicações dentro de seis semanas de um total de 54.911 abortos cirúrgicos e medicamentosos, as adolescentes apresentaram a menor taxa de complicações relacionadas com o aborto, 1,5%, de todas as faixas etárias (Upadhyay et al., 2015). Os resultados não foram estratificados pelo método de esvaziamento intra-uterino, por trimestre ou por tipo de complicação.

Aspiração intra-uterina

EFICÁCIA

As taxas de sucesso para aspiração intra-uterina não foram separadas por idade. Em estudos que relatam dados para adolescentes e mulheres de idade superior conjuntamente, as taxas de aborto incompleto e falha de aborto foram inferiores a 1% (Upadhyay et al., 2015;

Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). Uma revisão sistemática de 2014, que incluiu 25 ensaios aleatorizados e observacionais documentando os serviços de aborto para adolescentes e mulheres jovens, concluiu que o aborto, incluindo a aspiração intra-uterina, é seguro e eficaz, embora não tenham sido reportadas taxas de eficácia específicas (Renner, de Guzman e Brahmi, 2014).

SEGURANÇA

Um grande estudo de coortes, prospectivo e multicêntrico, nos Estados Unidos, que incluiu 164.000 mulheres submetidas a aborto legal, das quais 50.000 eram adolescentes, constatou que as taxas de mortalidade e morbidade eram menores nas adolescentes em comparação com as mulheres de idade superior (Cates Jr., Schulz e Grimes, 1983). A taxa de mortalidade foi de 1,3 por cada 100.000 em mulheres com idade inferior a 20 anos comparativamente a 2,2 por cada 100.000 em mulheres com idade igual ou superior a 20 anos. Eventos adversos graves, incluindo grande cirurgia, hemorragia necessitando de transfusão e perfuração uterina foram menos comuns em mulheres com idade inferior a 20 anos. No entanto, a idade de 17 anos ou menos foi associada a taxas mais elevadas de lesão cervical, mesmo após o controle de nuliparidade (5,5 por cada 1000 em comparação com 1,7 por cada 1000 em mulheres com idade igual ou superior a 30 anos, risco relativo de 1,9, IC 95% 1,2, 2,9) (Cates et al., 1983; Renner et al., 2014; Schulz, Grimes e Cates, 1983;). Para reduzir este risco, pode considerar-se a preparação cervical antes da aspiração intra-uterina para adolescentes (Allen e Goldberg, 2016; OMS, 2014b).

ACEITABILIDADE

Há falta de dados estratificados por idade sobre a aceitabilidade da aspiração intra-uterina nas adolescentes (Renner et al., 2014).

Aborto medicamentoso

EFICÁCIA

Ensaio clínico e estudos de coortes mostraram que as mulheres jovens têm taxas de sucesso iguais (Haimov-Kochman et al., 2007; Heikinheimo, Leminen e Suhonen, 2007) ou superiores (Niinimäki et al., 2011; Shannon et al., 2006) ao usar mifepristona e misoprostol para aborto medicamentoso em comparação com mulheres de idade superior. Um grande estudo de coortes, retrospectivo com cidadãs finlandesas, que comparou 3024 adolescentes e 24.006 mulheres adultas até à 20.ª semana gestacional, constatou que o risco de esvaziamento cirúrgico após o aborto medicamentoso foi significativamente inferior nas adolescentes (Niinimäki et al., 2011).

Num estudo de coortes prospectivo que incluiu mulheres jovens, a taxa de sucesso de aborto medicamentoso com misoprostol isolado foi igual para mulheres jovens e mulheres de idade superior (Bugalho et al., 1996). Dois estudos de coortes prospectivos de aborto com misoprostol isolado incluíram somente adolescentes; a eficácia em ambos os estudos foi equivalente à reportada em ensaios envolvendo somente mulheres adultas (Carbonell et al., 2001; Visser et al., 2000).

SEGURANÇA

O estudo de coortes retrospectivo com cidadãs finlandesas, acima referido, constatou que as taxas de complicações após o aborto medicamentoso nas adolescentes eram semelhantes ou inferiores às das mulheres adultas, mesmo controlando a nuliparidade. Neste estudo, as adolescentes tiveram uma incidência significativamente inferior de hemorragia, aborto incompleto e necessidade de esvaziamento intra-uterino cirúrgico. A infecção pós-aborto

teve taxas similares nas adolescentes e mulheres de idade superior, apesar das taxas mais elevadas de infecção por clamídia das adolescentes na população (Niinimäki, et al., 2011). Em estudos de aborto medicamentoso com uso de misoprostol isolado que incluem adolescentes, constatou-se que estas não apresentam taxas mais elevadas de resultados adversos do que as mulheres adultas (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000).

ACEITABILIDADE

Num pequeno estudo não comparativo de 28 adolescentes, com idades compreendidas entre 14 a 17 anos, usando mifepristona e misoprostol para aborto medicamentoso, constatou-se que 96% das adolescentes consideraram o aborto medicamentoso como aceitável e 79% disseram estar satisfeitas com o procedimento às quatro semanas de acompanhamento (Phelps, Schaff e Fielding, 2001).

Resultados perinatais subsequentes

Três estudos examinaram resultados perinatais em gravidezes de adolescentes e mulheres jovens que tiveram uma experiência anterior de aborto — um estudo de coortes retrospectivo nos Estados Unidos, que comparou 654 partos de adolescentes nulíparas com 102 partos de adolescentes que fizeram um aborto anteriormente (van Veen, Haeri e Baker, 2015), um estudo de coortes retrospectivo realizado na Alemanha, incluindo 7845 partos de adolescentes nulíparas e 211 partos de adolescentes que tiveram um aborto induzido antes (Reime, Schucking e Wenzlaff, 2008) e um estudo de caso-controlo realizado em Hong Kong comparando 118 partos de adolescentes que tiveram um ou mais abortos anteriormente com 118 controlos para a idade e paridade (Lao e Ho, 1998). Nos estudos dos Estados Unidos e de Hong Kong não se constatou nenhuma diferença nos resultados perinatais adversos entre os grupos em estudo. Após o ajuste para factores de confusão, no estudo realizado na Alemanha constatou-se um risco aumentado de recém-nascidos de muito baixo peso nas adolescentes que tiveram uma experiência anterior de aborto. Em nenhum destes estudos se especificou o método de aborto nem se a preparação cervical pré-operatória havia sido realizada ou não.

Referências

- Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, 93(4), 277-291.
- Bugalho, A., Faundes, A., Jamisse, L., Usfa, M., Maria, E., & Bique, C. (1996). Evaluation of the effectiveness of vaginal misoprostol to induce first trimester abortion. *Contraception*, 53(4), 243-246.
- Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, 309(11), 621-624.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Haimov-Kochman, R., Arbel, R., Sciaky-Tamir, Y., Brzezinski, A., Laufer, N., & Yagel, S. (2007). Risk factors for unsuccessful medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 86(4), 462-466.
- Heikinheimo, O., Leminen, R., & Suhonen, S. (2007). Termination of early pregnancy using flexible, low-dose mifepristone-misoprostol regimens. *Contraception*, 76(6), 456-460.
- Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(24), 1-48.
- Lao, T. T., & Ho, L. F. (1998). Induced abortion is not a cause of subsequent preterm delivery in teenage pregnancies. *Human Reproduction*, 13(3), 758-761.

- Niinimäki, M., Suhonen, S., Mentula, M., Hemminki, E., Heikinheimo, O., & Gissler, M. (2011). Comparison of rates of adverse events in adolescent and adult women undergoing medical abortion: A population register based study. *BMJ: British Medical Journal*, *342*, d2111.
- Olukoya, A., Kaya, A., Ferguson, B., & AbouZahr, C. (2001). Unsafe abortion in adolescents. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *75*(2), 137-147.
- Phelps, R. H., Schaff, E. A., & Fielding, S. L. (2001). Mifepristone abortion in minors. *Contraception*, *64*(6), 339-343.
- Reime, B., Schucking, B. A., & Wenzlaff, P. (2008). Reproductive outcomes in adolescents who had a previous birth or an induced abortion compared to adolescents' first pregnancies. *BioMed Central Pregnancy and Childbirth*, *8*(4).
- Renner, R. M., de Guzman, A., & Brahmi, D. (2014). Abortion care for adolescent and young women. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *126*, 1-7.
- Schulz, K., Grimes, D., & Cates, W. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, *321*(8335), 1182-1185.
- Shannon, C., Wiebe, E., Jacot, F., Guilbert, E., Dunn, S., Sheldon, W., & Winikoff, B. (2006). Regimens of misoprostol with mifepristone for early medical abortion: A randomised trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *113*(6), 621-628.
- Sowmini, S.V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, *21*(41), 243-250.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *125*(1), 175-83.
- van Veen, T. R., Haeri, S., & Baker, A. M. (2015). Teen pregnancy: Are pregnancies following an elective termination associated with increased risk for adverse perinatal outcomes? *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *28*, 530-532.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *5*, 227-233.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication with first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, *368*(9551), 1965-1972.
- Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, *103*(3), 454-461.
- World Health Organization. (2014a). *Adolescent pregnancy fact sheet*. Geneva: World Health Organization Press. Retrieved on 12/20/2017 from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/>
- World Health Organization. (2014b). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

PROVEDORES DE SAÚDE DE NÍVEL MÉDIO: SEGURANÇA E EFICÁCIA

3.2



Informações essenciais

Muitos tipos de profissionais de saúde podem realizar a aspiração intra-uterina e o aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação com a mesma segurança e eficácia que os médicos.

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 28 de Janeiro de 2021

O que é um provedor de saúde de nível médio?

“Provedor de saúde de nível médio” é um termo geral usado para descrever vários tipos de profissionais de saúde devidamente qualificados, tais como enfermeiros, enfermeiras-parceiras, oficiais clínicos, profissionais clínicos de prática avançada e assistentes médicos. Expandir a base de provedores de cuidados de aborto para incluir provedores de saúde de nível médio aumenta o acesso aos serviços de aborto seguro e de assistência pós-aborto.

Aspiração intra-uterina

Uma revisão sistemática de 2015 compilou dados de cinco estudos, um ensaio aleatorizado controlado e quatro estudos de coortes, que compararam serviços de aborto por aspiração prestados por provedores de saúde de nível médio e por médicos (Barnard, Kim, Park e Ngo, 2015). Os estudos incluídos eram da Índia, África do Sul, Estados Unidos e Vietname. Os dados combinados não constataram nenhuma diferença no risco geral de complicações entre médicos e provedores de saúde não médicos (risco relativo [RR] 1,36, IC a 95% 0,86, 2,14). Ao examinar separadamente o risco de aborto incompleto, os dados observacionais (três estudos, incluindo 13.715 mulheres), indicaram um risco aumentado de aborto incompleto quando realizado por provedores de saúde de nível médio (RR 2,25, IC a 95% 1,38, 3,68) (Goldman, Occhuito, Peterson, Zapka e Palmer, 2004; Jejeebhoy et al., 2011; Weitz et al., 2013); este risco aumentado não foi observado em dados de ensaios aleatorizados controlados (um estudo, 2789 mulheres, RR 2,97, IC a 95% 0,21, 41,82) (Warriner et al., 2006). Um estudo mostrou que a aspiração intra-uterina realizada por provedores de saúde de nível médio era tão aceitável quanto a realizada por médicos (Jejeebhoy et al., 2011).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que os médicos não especialistas (generalistas), profissionais clínicos auxiliares e associados, parceiras e enfermeiras podem ser capacitados para fazer a aspiração intra-uterina para o aborto induzido (OMS, 2015). Em locais onde existem mecanismos estabelecidos para incluir as enfermeiras e enfermeiras-parceiras auxiliares em serviços obstétricos básicos de emergência ou de assistência pós-aborto, estes profissionais também podem realizar a aspiração intra-uterina. Onde os médicos de medicina complementar participem noutras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva, também podem realizar a aspiração intra-uterina. A OMS não reco-

menda a prestação de aspiração intra-uterina por farmacêuticos, trabalhadores de farmácias ou trabalhadores de saúde leigos.

Aborto medicamentoso

Uma revisão sistemática e meta-análise de 2017 comparando a realização de aborto medicamentoso por provedores de saúde de nível médio e médicos (Sjostrom, Dragoman, Fonhus, Ganatra e Gemzell-Danielsson, 2017) incluiu três ensaios aleatorizados controlados, reportando resultados para 3670 mulheres do México, Nepal e Suécia. Os provedores de saúde de nível médio incluídos nesses estudos eram enfermeiras, enfermeiras-parceiras auxiliares, médicos e parceiras ayurvédicos (tradicionalistas). A revisão constatou que a eficácia, aferida como taxa de interrupção completa de gravidez, foi equivalente entre os grupos de médicos e não médicos (RR 1,0, IC a 95% 0,99, 1,02). Em todos os estudos incluídos, apenas foi reportado um evento adverso grave — uma hemorragia intensa que necessitou de aspiração intra-uterina. Os autores concluíram que, embora a raridade de tais eventos restrinja a capacidade de analisar estatisticamente sua probabilidade com base no tipo de provedor de serviços de saúde, a taxa global baixa foi tranquilizadora. As mulheres classificam consistentemente o aborto prestado por provedores de saúde de nível médio como altamente aceitável (Kopp Kallner et al., 2014; Olavarrieta et al., 2015; Tamang et al., 2017).

A OMS indica que, além dos médicos especialistas e não especialistas, os profissionais clínicos gerais e associados, as parceiras, enfermeiras, enfermeiras-parceiras auxiliares podem ser formados para prestar serviços de aborto medicamentoso. Onde os médicos de medicina complementar participem em outras tarefas relacionadas com a saúde materna e reprodutiva, também podem realizar o aborto medicamentoso. Para farmacêuticos ou trabalhadores de saúde leigos, a OMS recomenda que a realização de tarefas médicas complementares, especialmente as de avaliação da elegibilidade das mulheres ao aborto medicamentoso, administração de medicamentos e gestão de processos e efeitos secundários, bem como a avaliação do sucesso do aborto e a necessidade de acompanhamento clínico sejam feitas dentro do contexto de uma investigação rigorosa. A OMS não recomenda a realização de abortos medicamentosos por farmacêuticos ou trabalhadores de farmácias (2015).

Referências

- Barnard, S., Kim, C., Park, M. H., & Ngo T. D. (2015). Doctors or mid-level providers for abortion? *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD011242.
- Goldman, M. B., Occhuito, J. S., Peterson, L. E., Zapka, J. G., & Palmer, R. H. (2004). Physician assistants as providers of surgically induced abortion services. *Research and Practice*, 94(8), 1352-1357.
- Jejeebhoy, S., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J., & Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 84(6), 615-621.
- Kopp Kallner, H., Gomperts, R., Salomonsson, E., Johansson, M., Marions, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2014). The efficacy, safety and acceptability of medical termination of pregnancy provided by standard care by doctors or by nurse-midwives: A randomized controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 122(4), 510-7.
- Olavarrieta, C. D., Ganatra, B., Sorhaindo, A., Karver, T. S., Seuc, A., Villalobos, A., ... & Sanhueza, P. (2015). Nurse versus physician-provision of early medical abortion in Mexico: a randomized controlled non-inferiority trial. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(4), 249-58.
- Sjostrom, S., Dragoman, M., Fonhus, M. S., Ganatra, B., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Effectiveness, safety, and acceptability of first-trimester medical termination of pregnancy performed by non-doctor providers: A systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124, 1928-1940.

Tamang, A., Shah, I. H., Shrestha, P., Warriner, I. K., Wang, D., Thapa, K., . . . Meirik, O. (2017). Comparative satisfaction of receiving medical abortion service from nurses and auxiliary nurse-midwives or doctors in Nepal: results of a randomized trial. *Reproductive Health*, 14(1), 176.

Warriner, I., Meirik, O., Hoffman, M., Morrioni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.

Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. R., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.

World Health Organization. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.3

CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Recomendação

- Deve-se calcular a idade gestacional antes da prestação de serviços de aborto.
- Para uma mulher que tem certeza das datas da sua última menstruação (DUM), a idade gestacional pode ser calculada usando apenas DUM.
- Para mulheres com datas incertas de DUM, a idade gestacional deve ser calculada usando a data da última menstruação (DUM) estimada, combinada com exame bimanual; a ecografia pode ser útil quando a idade gestacional não for clara ou quando houver discrepância entre as duas estimativas.
- Não é necessário o uso rotineiro da ecografia para determinação da idade gestacional.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 28 de Janeiro de 2021

Importância da avaliação da idade gestacional

A idade gestacional tem de ser avaliada antes dos serviços de aborto seguro para determinar o método apropriado de esvaziamento intra-uterino e o regime de medicação. Se um provedor de cuidados for incapaz de avaliar a idade gestacional através da combinação da DUM, história clínica e exame bimanual, um médico/clínico mais experiente deverá fazer um exame bimanual ou a mulher deve ser encaminhada para uma ecografia.

DUM combinada com exame bimanual

A avaliação do provedor de cuidados baseada em informações da mulher sobre a sua data da última menstruação (DUM) combinadas com o exame bimanual é um meio exacto de determinação da idade gestacional antes do aborto (Bracken et al., 2011; Fielding, Schaff e Nam, 2002; Kaneshiro et al., 2011). Os dois maiores ensaios comparando o uso da DUM e exame bimanual com a ecografia antes do aborto medicamentoso até às 9 semanas de gestação constataram que se fosse usada DUM e exame bimanual para determinar a idade gestacional o aborto medicamentoso teria sido inadequadamente oferecido além do limite da idade gestacional a menos de 2% das quase 5000 mulheres incluídas no ensaio (Bracken et al., 2011; Fielding et al., 2002).

Dois pequenos estudos de coortes examinaram a exactidão do exame bimanual comparativamente à ecografia para o cálculo da idade gestacional antes da aspiração intra-uterina (Kulier e Kapp, 2011). Num estudo com 120 mulheres, 81% dos cálculos de idade gesta-

cionais feitos com base na avaliação do provedor de cuidados foram concordantes com a ecografia e outros 13% apresentavam uma diferença de, no máximo, duas semanas relativamente às estimativas da ecografia (Fakih, Barnea, Yarkoni e DeCherney, 1986). Um segundo estudo incluindo 245 mulheres constatou que os provedores experientes que usaram só o exame bimanual para avaliar a idade gestacional apresentaram uma diferença de, no máximo, duas semanas relativamente às estimativas da ecografia em 92% das vezes, enquanto os provedores inexperientes apresentavam uma diferença de, no máximo, duas semanas apenas 75% das vezes (Nichols, Morgan e Jensen, 2002).

Apenas DUM

A maioria das mulheres consegue lembrar-se razoavelmente bem da data da última menstruação (DUM), independentemente do seu grau de escolaridade ou de se elas geralmente registam ou não as datas da sua última menstruação, ou DUM (Averbach, Puri, Blum, & Rocca, 2018; Harper, Ellertson e Winikoff, 2002; Wegienka e Baird, 2005). Vários estudos reportam a exactidão da DUM para determinar a idade gestacional comparativamente à ecografia antes do aborto medicamentoso (Blanchard et al., 2007; Bracken et al., 2011; Constant, Harries, Moodley e Myer, 2017; Schonberg, Wang, Bennet, Gold e Jackson 2014). Dois estudos que incluíram um total combinado de 833 mulheres constataram que 12% das mulheres elegíveis para o aborto medicamentoso com base na sua DUM estavam além do limite da idade gestacional conforme determinado pela ecografia (Blanchard et al., 2007; Constant et al., 2017). No entanto, no maior estudo disponível apenas 3,3% de 4257 mulheres se enquadraram nesta categoria quando foi utilizado o limite de 63 dias de elegibilidade para o aborto medicamentoso; um número ainda menor de mulheres (1,2%) determinadas quanto à elegibilidade através da DUM estavam além dos 70 dias de gestação (Bracken et al., 2011). Este estudo também examinou a exactidão da avaliação da idade gestacional feita pelo provedor de cuidados usando a DUM e exame bimanual (ver acima) e constatou-se que, quando este método de cálculo gestacional foi usado, a taxa de mulheres que estavam incorrectamente determinadas a ser elegíveis para o aborto medicamentoso reduziu de 3,3% para 1,6%. Um estudo de 660 mulheres que procuraram o aborto medicamentoso no Nepal comparou a idade gestacional determinada pela DUM com a DUM mais exame bimanual sem comparação com ecografia (Averbach et al., 2018). Os investigadores observaram um alto nível de concordância (99%) entre as duas medidas de cálculo da idade gestacional.

Dois estudos de coortes prospectivos que reportaram a eficácia da telemedicina para a prestação de cuidados de aborto medicamentoso durante a pandemia de COVID-19 utilizaram apenas a data da última menstruação (DUM) reportada pelas mulheres para determinar a idade gestacional e elegibilidade para o aborto medicamentoso (Aiken, Lohr, Lord, Ghosh e Starling, 2021; Reynolds-Wright, Johnstone, McCabe, Evans e Cameron, 2021). Um estudo, realizado em Inglaterra, comparou uma coorte de 22 158 mulheres que receberam um aborto medicamentoso tradicional pré-pandemia, que incluía avaliação pessoal e ecografia de rotina, com uma coorte de mulheres que receberam um aborto por telemedicina (se tivessem um baixo risco de gravidez ectópica e a data da sua última menstruação (DUM) auto-reportada fosse consistente com uma idade gestacional de menos de 10 semanas (n = 18.435)) ou um aborto medicamentoso tradicional se elas não atendessem a estes critérios (n = 11.549) (Aiken et al., 2021). O sucesso do tratamento, eventos adversos graves e incidência de gravidez ectópica não diferiram entre as duas coortes; constatou-se que 11 mulheres (0,04%) na coorte de telemedicina apresentavam uma idade gestacional superior às 10 semanas esperadas; todas foram capazes de completar o aborto em casa sem incidentes. Um estudo de coortes escocês, de menor dimensão, seguiu um protocolo de telemedicina semelhante, mas incluiu mulheres com até 12 semanas de gestação por DUM auto-reportada (Reynolds-Wright et al., 2021). Das 663 mulheres incluídas na coorte, a idade gestacional foi determinada usando apenas a data da última menstruação (DUM) em 79%; a ecografia foi realizada para idade gestacional incerta em 14% e para confirmar gravidez

intra-uterina em 5%. O aborto completo ocorreu em 98% dos casos e a continuação da gravidez ocorreu em menos de 1% das mulheres; 2,4% das mulheres procuraram cuidados adicionais, mas não foi reportado nenhum evento adverso grave.

Embora geralmente consigam lembrar-se da sua DUM, uma minoria das avaliações das mulheres discorda das avaliações feitas pelos seus provedores de cuidados, quando lhes é pedido que determinem a idade gestacional ou a elegibilidade para o aborto medicamentoso com base nessa DUM. Três estudos compararam os cálculos de idade gestacional feitos usando a DUM com as determinadas pela avaliação do provedor de cuidados (Andersen et al., 2017; Ellertson et al., 2000; Shellenberg, Antobam, Griffin, Edelman e Voetagbe, 2017); os três estudos também avaliaram a capacidade das mulheres em auto-determinar a sua elegibilidade para aborto medicamentoso com base na sua DUM. No primeiro desses estudos (Ellertson et al., 2000), 10% de 173 mulheres na Índia que usaram uma tabela e sua DUM para determinar a idade gestacional pensavam ser elegíveis para o aborto medicamentoso, enquanto os provedores determinaram que suas gestações estavam para além do limite de 56 dias. No Nepal, 13% das 3091 mulheres que usaram a sua DUM e uma roda de cálculo da idade gestacional modificada para determinar a sua elegibilidade para o aborto medicamentoso, usando como limite 63 dias, estavam incorrectas quando comparadas com as avaliações feitas pelos provedores de cuidados (Andersen et al., 2017). Por último, no Gana, 770 mulheres usaram uma roda de cálculo da idade gestacional modificada e a DUM para determinar se sua gravidez estava antes ou depois da 13.^a semana de gestação (Shellenberg et al., 2017); quando comparado com a avaliação do provedor de cuidados, 3,6% das mulheres pensava incorrectamente que a sua gestação era de menos de 13 semanas. Dessas mulheres, uma gravidez era de 13 semanas (0,1% de 770), 15 eram de 14 semanas (1,9%), sete eram de 16 semanas (0,9%), duas eram de 18 semanas e 22 semanas (0,3% cada) e uma era de 28 semanas (0,1%).

Ecografia

A ecografia tem uma margem de erro inerente de 3 a 5 dias antes da 12.^a semana de gestação; esta margem de erro aumenta à medida que a gravidez avança (Hadlock, Shah, Kanon e Lindsey, 1992). Em estudos realizados em locais com poucos recursos e com acesso limitado à ecografia – como Índia, Nepal, Vietname e Tunísia – a falta de disponibilidade de ecografia não teve impacto nas taxas de sucesso ou segurança do aborto (Coyaji et al., 2001; Mundle, Elul, Anand, Kalyanwala e Ughade, 2007; Ngoc et al., 1999; Warriner et al., 2011). A ecografia pode ser útil para determinar a idade gestacional quando esta não pode ser estimada por outros métodos, para confirmar uma gravidez intra-uterina e para identificar malformações uterinas (Clark, Gold, Grossman e Winikoff, 2007; Kulier e Kapp, 2011). A dependência da ecografia de rotina para a determinação da idade gestacional pode limitar o acesso aos serviços de aborto seguro e esta não é necessária para uma avaliação exacta da idade gestacional (Kaneshiro, Edelman, Sneeringer e Gómez Ponce de León, 2011; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014).

Referências

- Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Published online 18 February 2021. Doi: 10.1111/1471-0528.16668.
- Andersen, K., Fjerstad, M., Basnett, I., Neupane, S., Acre, V., Sharma, S. K., & Jackson, E. (2017). Determination of medical abortion eligibility by women and community health volunteers in Nepal: A toolkit evaluation. *PLoS ONE*, 12(9), e0178248.
- Averbach, S., Puri, M., Blum, M., & Rocca, C. (2018). Gestational dating using last menstrual period and bimanual exam for medication abortion in pharmacies and health centers in Nepal. *Contraception*, 98(4), 296-300.

- Blanchard, K., Cooper, D., Dickson, K., Cullingworth, L., Mavimbela, N., Von Mollendorf, C., & Winikoff, B. (2007). A comparison of women's, providers' and ultrasound assessments of pregnancy duration among termination of pregnancy clients in South Africa. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 114(5), 569-575.
- Bracken, H., Clark, W., Lichtenberg, E., Schweikert, S., Tanenhaus, J., Barajas, A., & Winikoff, B. (2011). Alternatives to routine ultrasound for eligibility assessment prior to early termination of pregnancy with mifepristone-misoprostol. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(1), 17-23.
- Clark, W. H., Gold, M., Grossman, D., & Winikoff, B. (2007). Can mifepristone medical abortion be simplified? A review of the evidence and questions for future research. *Contraception*, 75(4), 245-250.
- Constant, D., Harries, J., Moodley, J., & Myer, L. (2017). Accuracy of gestational age estimation from last menstrual period among women seeking abortion in South Africa, with a view to task sharing: A mixed methods study. *Reproductive Health*, 14(100).
- Coyaji, K., Elul, B., Krishna, U., Otiv, S., Ambardekar, S., Bopardikar, A., & Winikoff, B. (2001). Mifepristone abortion outside the urban research hospital setting in India. *The Lancet*, 357(9250), 120-122.
- Ellertson, C., Elul, B., Ambardekar, S., Wood, L., Carroll, J., & Coyaji, K. (2000). Accuracy of assessment of pregnancy duration by women seeking early abortions. *The Lancet*, 355(9207), 877-881.
- Fakih, M. H., Barnea, E. R., Yarkoni, S., & DeCherney, A. H. (1986). The value of real time ultrasonography in first trimester termination. *Contraception*, 33(6), 533-538.
- Fielding, S. L., Schaff, E. A., & Nam, N. (2002). Clinicians' perception of sonogram indication for mifepristone abortion up to 63 days. *Contraception*, 66(1), 27-31.
- Hadlock, F., Shah, Y., Kanon, D., & Lindsey, J. (1992). Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high-resolution real-time US. *Radiology*, 182(2), 501-505.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Harper, C., Ellertson, C., & Winikoff, B. (2002). Could American women use mifepristone-misoprostol pills safely with less medical supervision? *Contraception*, 65(2), 133-142.
- Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201.
- Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83, 30-33.
- Mundle, S., Elul, B., Anand, A., Kalyanwala, S., & Ughade, S. (2007). Increasing access to safe abortion services in rural India: Experiences with medical abortion in a primary health center. *Contraception*, 76, 66-70.
- Nichols, M., Morgan, E., & Jensen, J. T. (2002). Ultrasound measurement for assessment of gestational age in the first trimester of pregnancy. *Journal of Reproductive Medicine*, 47(10), 825-828.
- Ngoc, N. T. N., Winikoff, B., Clark, S., Ellertson, C., Am, K. N., Hieu, D. T., & Elul, B. (1999). Safety, efficacy and acceptability of mifepristone-misoprostol medical abortion in Vietnam. *International Family Planning Perspectives*, 25(1), 10-14, 33.
- Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks' gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Published online first 4 February 2021. Doi: 10.1136/bmjshr-2020-200976.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best Practice Paper No. 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Schonberg, D., Wang, L.F., Bennett, A.H., Gold, M., & Jackson, E. (2014). The accuracy of using last menstrual period to determine gestational age for first trimester medication abortion: A systematic review. *Contraception*, 90(5), 480-487.
- Shellenberg, K. M., Antobam, S. K., Griffin, R., Edelman, A., & Voetagbe, G. (2017). Determining the accuracy of pregnancy-length dating among women presenting for induced abortions in Ghana. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 139, 71-77.

Warriner, I., Wang, D., Huong, N., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., & Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *The Lancet*, 377(9772), 1155-1161.

Wegienka, G., & Baird, D. D. (2005). A comparison of recalled date of last menstrual period with prospectively recorded dates. *Journal of Women's Health*, 14(3), 248-252.

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

RASTREIO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA

3.4



Recomendação

O diagnóstico de uma gravidez ectópica deve ser excluído em mulheres que tenham uma história clínica ou exame preocupante.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Epidemiologia

Há escassez de dados de locais com poucos recursos relativos às taxas de gravidez ectópica; nos Estados Unidos e Reino Unido, as taxas reportadas variam de 1% a 2% das gravidezes (Stulberg, Cain, Dahlquist e Lauderdale, 2013; Tao, Patel e Hoover, 2016; Trabert, Holt, Yu, Van den Eeden e Scholes, 2011; Webster, Eadon, Fishburn e Kumar, 2019). Nos Estados Unidos, a gravidez ectópica é responsável por cerca de 2,7% das mortes relacionadas com a gravidez (Creanga, Syverson, Seed e Callaghan, 2017). A gravidez ectópica é também responsável por aproximadamente 1% das mortes relacionadas com a gravidez em locais com poucos recursos onde outras causas de morte materna são mais prevalentes (Khan, Wojdyla, Say, Gulmezoglu e Van Look, 2006).

Factores de risco

Os maiores factores de risco associados à gravidez ectópica em mulheres grávidas são apresentados na tabela abaixo:

FACTOR DE RISCO	RISCO DE GRAVIDEZ ECTÓPICA NA GRAVIDEZ ACTUAL
Gravidez ectópica anterior	10-25%
Antecedentes de cirurgia às trompas, incluindo esterilização	25-50%
Dispositivo intra-uterino (DIU) inserido	25-50%

(American College of Obstetricians and Gynecologists [ACOG], 2018; Ankum, Mol, Van der Veen, & Bossuyt, 1996; Barnhart, 2009; Gaskins et al., 2018; Jacob, Kalder, & Kostev, 2017).

Outros factores de risco incluem antecedentes de infertilidade e tecnologia reprodutiva assistida, antecedentes de infecções pélvicas, múltiplos parceiros sexuais, idade precoce na primeira relação sexual, idade precoce de uso de primeiro contraceptivo oral e tabagismo (ACOG, 2018; Ankum et al., 1996; Barnhart, 2009; Gaskins et al., 2018; Olamijulo et al., 2020).

Rastreio

Metade das gravidezes ectópicas ocorrem em mulheres sem factores de risco e com uma apresentação clínica benigna em países de rendimentos elevados (Stovall, Kellerman, Ling e Buster, 1990), enquanto em países de baixo e médio rendimento, as mulheres são mais susceptíveis de apresentar características clínicas agudas, incluindo instabilidade hemodinâmica (Olamijulo et al., 2020). Os provedores de saúde devem fazer o rastreio das mulheres quanto aos factores de risco de gravidez ectópica durante a apresentação do histórico médico e exame físico da mulher, incluindo antecedentes relevantes, tais como a gravidez ectópica anterior, laqueação das trompas, cirurgia às trompas ou um DIU inserido. O exame também deve incluir sintomas e sinais de gravidez ectópica encontrados durante a história clínica e exame físico, tais como massa anexial ou dor no exame ou sangramento vaginal.

Algumas mulheres apresentam-se para cuidados de aborto muito cedo na gravidez, antes de haver provas definitivas de uma gestação intra-uterina por ecografia. Uma revisão sistemática realizada em 2020, incluindo três estudos comparativos de coortes, retrospectivos, de 5315 mulheres que solicitaram aborto medicamentoso ou por aspiração numa fase precoce, constatou que não houve aumento na incidência de diagnóstico incorrecto de gravidez ectópica ou aborto incompleto quando o aborto foi iniciado antes da prova de gravidez intra-uterina por ecografia em mulheres que não apresentavam sinais ou sintomas de uma gravidez ectópica (Schmidt-Hansen, Cameron, Lord e Hasler, 2020).

Tratamento de mulheres de alto risco

A ecografia e teste de hCG são frequentemente utilizados para ajudar a avaliar a localização da gravidez (Fields e Hathaway, 2017). Em alguns casos, a maneira mais rápida de confirmar uma gravidez intra-uterina é realizar a aspiração intra-uterina; a presença de produtos da concepção no aspirado uterino confirma que esta era intra-uterina. Uma mulher com sinais e sintomas suspeitos ou um exame físico preocupante deve ser diagnosticada e tratada o mais cedo possível ou transferida imediatamente para uma unidade sanitária que possa tratar gravidez ectópica. O diagnóstico precoce e tratamento antecipado da gravidez ectópica podem ajudar a preservar a fertilidade e salvar a vida das mulheres.

Rastreio pós-procedimento

Para as mulheres submetidas a aspiração intra-uterina, o aspirado deve ser recolhido e examinado para confirmar a presença de produtos da concepção (consulte “3.5.4 Exame dos produtos da concepção”). Se não forem observados produtos da concepção, deve considerar-se um diagnóstico de gravidez ectópica.

Referências

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). Practice bulletin No 193: Tubal ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 131, e91-e103.
- Ankum, W. M., Mol, B. W. J., Van der Veen, F., & Bossuyt, P. M. M. (1996). Risk factors for ectopic pregnancy: A meta-analysis. *Fertility and Sterility*, 60(6), 1093-9.
- Barnhart, K. T. (2009). Clinical practice. Ectopic pregnancy. *New England Journal of Medicine*, 361(4), 379-387.
- Creanga, A. A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. M. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 366-373.
- Fields, L., & Hathaway, A. (2017). Key concepts in pregnancy of unknown location: Identifying ectopic pregnancy and providing patient-centered care. *Journal of Midwifery and Womens Health*, 62(2), 172-179.
- Gaskins, A. J., Missmer, S. A., Rich-Edwards, J. W., Williams, P. L., Souter, I., & Chavarro, J. E. (2018). Demographic, lifestyle, and reproductive risk factors for ectopic pregnancy. *Fertility and Sterility*, 110(7), 1328-1337.

Jacob, L., Kalder, M., & Kostev, K. (2017). Risk factors for ectopic pregnancy in Germany: a retrospective study of 100,197 patients. *German Medical Science*, 15, Doc19.

Khan, K. S., Wojdyla, D., Say, L., Gulmezoglu, A. M., & Van Look, P. F. (2006). WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *The Lancet*, 367(9516), 1066-1074.

Olamijulo, J.A., Okusanya, B.O., Adenekan, M.A., Ugwu, A.O., Olorunfemi, G., & Okojie, O. (2020). Ectopic pregnancy at the Lagos University Teaching Hospital, Lagos, South-Western Nigeria: Temporal trends, clinical presentation and management outcomes from 2005 to 2014. *Nigerian Postgraduate Medical Journal*, 27, 177-83.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lord, J., & Hasler, E. (2020). Initiation of abortion before there is definitive ultrasound evidence of intrauterine pregnancy: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 99, 451-458.

Stovall, T. G., Kellerman, A. L., Ling, F. W., & Buster, J. E. (1990). Emergency department diagnosis of ectopic pregnancy. *Annals of Emergency Medicine*, 19(10), 1098-1103.

Stulberg, D., Cain, L. R., Dahlquist, I., & Lauderdale, D. S. (2013). Ectopic pregnancy rates in the Medicaid population. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 208(4), 274.e1-7.

Tao, G., Patel, C., & Hoover, K. W. (2016). Updated estimates of ectopic pregnancy among commercially and Medicaid-insured women in the United States, 2002-2013. *Southern Medical Journal*, 110(1), 18-24.

Trabert, B., Holt, V. L., Yu, O., Ven Den Eeden, S. K., & Scholes, D. (2011). Population-based ectopic trends, 1993-2007. *American Journal of Preventative Medicine*, 40(5), 556-560.

Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S., & Kumar, G. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *British Medical Journal*, 367, 16283.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.5

ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA 3.5.1 SEGURANÇA E EFICÁCIA

Informações essenciais

A aspiração intra-uterina é eficaz e segura, com taxas de sucesso acima de 98% e taxas de complicações importantes abaixo de 1%.

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 28 de Janeiro de 2021

Eficácia

Uma aspiração intra-uterina bem-sucedida não requer nenhuma intervenção adicional para esvaziar o útero. Num grande estudo realizado nos Estados Unidos baseado na observação de 11.487 abortos por aspiração nos primeiros três meses de gravidez, realizada por médicos, enfermeiras, parteiras e assistentes clínicos certificados, constatou-se que a necessidade de repetição da aspiração devido ao aborto incompleto era de apenas 0,28% e que a taxa de continuação da gravidez era de 0,16% (Weitz et al., 2013).

Segurança

Uma revisão sistemática realizada em 2015 analisou 57 estudos apresentando dados para 337.460 abortos por aspiração realizados antes da 14.^a semana de gestação na América do Norte, Europa Ocidental, Escandinávia e Austrália/Nova Zelândia (White, Carroll e Grossman, 2015). Complicações importantes que necessitaram de intervenções (tais como hemorragia requerendo transfusão ou perfuração necessitando de reparação) ocorreram em $\leq 0,1\%$ dos procedimentos; sendo necessário o internamento hospitalar em $\leq 0,5\%$ dos casos. Estudos abrangendo os diferentes quadros de provedores de saúde (assistentes clínicos, enfermeiras, parteiras, etc.) noutros locais apresentaram resultados similares (Hakim-Elahi, Tovell e Burnhill, 1990; Jejeebhoy et al, 2011; Warriner et al., 2006; Weitz et al., 2013). Em dois estudos que compararam provedores de saúde de nível médio recentemente formados com médicos experientes (Jejeebhoy et al., 2011; Weitz et al., 2013), não se observou nenhuma diferença nas taxas de sucesso ou complicações de aborto.

Um estudo de coortes retrospectivo realizado nos Estados Unidos comparou as taxas de complicações processuais durante aborto com aspiração intra-uterina realizado em ambulatório (sem internamento) até às 13 semanas e seis dias de gestação em mulheres com pelo menos uma comorbilidade médica (diabetes, hipertensão, obesidade, HIV, epilepsia, asma, doença da tiróide e perturbações hemorrágicas/de coagulação) com as das mulheres sem comorbilidades. A taxa geral de complicações — que incluíram perfuração uterina, perda sanguínea superior a 100 ml, laceração cervical e produtos da concepção retidos que necessitaram de repetição da aspiração — foi de 2,9%; não se verificou nenhuma diferença entre os dois grupos (Guiahi, Schiller, Sheeder e Teal, 2015). Dois estudos de coorte retrospectivos, que incluíram conjuntamente 5288 procedimentos de aborto por aspiração realizados

antes da 13.^a semana de gestação, não constatarem diferenças nas taxas de complicações entre mulheres obesas ou com excesso de peso e peso normal (Benson, Micks, Ingalls e Prager, 2016; Mark et al., 2017).

Mortalidade

Nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade em abortos legais induzidos entre 2008-2013 foi de 0,62 óbitos por 100.000 abortos reportados; as taxas de mortalidade desagregadas pelo tipo de aborto ou duração da gravidez não estão disponíveis (Jatlaoui et al., 2017). Em comparação, durante o período de 2011-2013, a taxa de mortalidade dos partos com nados vivos nos Estados Unidos foi de 17 mortes por cada 100.000 nados-vivos (Creanga, Syver-son, Seed e Callaghan, 2017). Uma análise secundária de dados que comparou as taxas de mortalidade associadas aos partos com nados-vivos com as dos abortos legais induzidos nos Estados Unidos constatou que o risco de morte por parto era 14 vezes maior do que o risco de morte por aborto (Raymond e Grimes, 2012).

Na revisão sistemática acima referida, realizada em 2015, sobre a segurança da aspiração intra-uterina em vários países, não se reportou nenhuma morte (White et al., 2015).

Tabela 3.5.1 Taxas de complicações da aspiração intra-uterina, por estudo

	UPA-DHYAY, 2015	WEITZ, 2013	JEJEEBHOY, 2011	WARRINER, 2006	HAKIM-ELAHI, 1990
Número de mulheres	34.744	11.487	897	2789	170.000
Local	EUA	EUA	India	África do Sul e Vietnam	EUA
Tipo de provedor de serviços de saúde	Não especificado	Médicos e enfermeiras recém-formados, parteiras e assistentes clínicos certificados	Médicos e enfermeiros recém-formados	Médicos, parteiras e assistentes clínicos experientes	Médicos experientes
Período de tempo	2009-2010	2007-2011	2009-2010	2003-2004	1971-1987
Total de taxa de complicações menores	1,1%	1,3%	1% (todos casos reportados como aborto incompleto)	1%	0,85%
Aborto incompleto	0,33%	0,3%	1%	0,9%	Não reportado (0.35 taxa de repetição da aspiração)
Continuação da gravidez	0,04%	0,16%	Não reportado	Não reportado	0%
Pequena infecção	0,27%	0,12%	Não reportado	0,1%	0,5%

	UPA-DHYAY, 2015	WEITZ, 2013	JEJEEBHOY, 2011	WARRINER, 2006	HAKIM-ELAHI, 1990
Total da taxa de complicações importantes	0,16%	0,05% (6 complicações: 2 perfurações, 3 infecções e 1 hemorragia)	0,12% (1 complicação: 1 febre alta)	0%	0,07% (hospitalizações por causa de perfuração, gravidez ectópica, hemorragia, septicemia ou aborto incompleto)
Mortes	0%	0%	0%	0%	0%

Referências

- Benson, L. S., Micks, E. A., Ingalls, C., & Prager, S. W. (2016). Safety of outpatient surgical abortion for obese patients in the first and second trimesters. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1065-1070.
- Cates Jr, W., Schulz, K. F., & Grimes, D. A. (1983). The risks associated with teenage abortion. *New England Journal of Medicine*, 309(11), 621-624.
- Creanga, A., Syverson, C., Seed, K., & Callaghan, W. (2017). Pregnancy-related mortality in the United States, 2011-2013. *Obstetrics & Gynecology*, 130, 366-373.
- Guiahi, M., Schiller, G., Sheeder, J., & Teal, S. (2015). Safety of first-trimester uterine evacuation in the outpatient setting for women with common chronic conditions. *Contraception*, 92(5), 453-457.
- Hakim-Elahi, E., Tovell, H., & Burnhill, M. (1990). Complications of first-trimester abortion: A report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 76(1), 129-135.
- Jatloui, T. C., Shah, J., Mandel, M. G., Krashin, J. W., Suchdev, D. B., Jamieson, D. J., & Pazol, K. (2017). Abortion surveillance-United States, 2014. *MMWR Surveillance Summaries*, 66(24), 1-48.
- Jejeebhoy, S. J., Kalyanwala, S., Zavier, A., Kumar, R., Mundle, S., Tank, J., & Jha, N. (2011). Can nurses perform manual vacuum aspiration (MVA) as safely and effectively as physicians? Evidence from India. *Contraception*, 84(6), 615-621.
- Mark, K. S., Bragg, B., Talaie, T., Chawla, K., Murphy, L., & Terplan, M. (2017). Risk of complication during surgical abortion in obese women. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, DOI: 10.1016/j.ajog.2017.10.018. Epub ahead of print.
- Raymond, E. G & Grimes, D. A. (2012). The comparative safety of legal induced abortion and childbirth in the United States. *Obstetrics & Gynecology*, 119, 215-219.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125(1), 175-83.
- Warriner, I. K., Meirik, O., Hoffman, M., Morroni, C., Harries, J., My Huong, N., & Seuc, A. H. (2006). Rates of complication in first-trimester manual vacuum aspiration abortion done by doctors and midlevel providers in South Africa and Vietnam: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 368(9551), 1965-1972.
- Weitz, T. A., Taylor, D., Desai, S., Upadhyay, U. D., Waldman, J., Battistelli, M. F., & Drey, E. A. (2013). Safety of aspiration abortion performed by nurse practitioners, certified nurse midwives, and physician assistants under a California legal waiver. *American Journal of Public Health*, 103(3), 454-461.
- White, K., Carroll, E., & Grossman, D. (2015). Complications from first-trimester aspiration abortion: A systematic review of the literature. *Contraception*, 92, 422-438.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA

3.5.2 PREPARAÇÃO CERVICAL

3.5

Recomendação

- A preparação cervical é recomendada rotineiramente após a 12.^a a 14.^a semana de gestação. Antes da 12.^a a 14.^a semana de gestação, pode oferecer-se a preparação cervical, mas não de forma rotineira.
- Os métodos recomendados para a preparação cervical incluem:
 - 400 mcg de misoprostol, por via sublingual 1 a 3 horas antes do procedimento.
 - 400 mcg de misoprostol, por via vaginal ou bucal 3 horas antes do procedimento.
 - Dilatadores osmóticos colocados no colo do útero 6 a 24 horas antes do procedimento.
 - 200 mg de mifepristona, por via oral 1 ou 2 dias antes do procedimento.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Benefícios da preparação cervical

Uma meta-análise de 51 ensaios clínicos aleatorizados controlados de preparação cervical até às 13 semanas de gestação verificou que o tempo do procedimento foi mais reduzido com preparação cervical, mas não houve nenhuma diferença em termos de complicações graves, tais como laceração cervical ou perfuração uterina em mulheres submetidas a preparação cervical comparativamente ao placebo (Kapp, Lohr, Ngo e Hayes, 2010). No maior ensaio aleatorizado controlado e multicêntrico envolvendo 4972 mulheres que receberam 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou placebo três horas antes da aspiração intra-uterina, não se verificou nenhuma diferença nas taxas de laceração cervical, perfuração ou infecção entre os dois grupos (Meirik, Huong, Piaggio Bergel e von Hertzen, 2012). No entanto, observou-se uma redução significativa no risco de aborto incompleto naquelas que receberam misoprostol para preparação cervical (<1%) em comparação com o grupo de placebo (2%), mas os efeitos secundários foram mais frequentes em mulheres que receberam misoprostol. Para as mulheres em maior risco de complicações durante a dilatação cervical (mulheres jovens, mulheres com anomalias cervicais ou antecedentes de cirurgia cervical) ou para provedores inexperientes, pode haver um benefício da preparação cervical antes da 12.^a a 14.^a semana de gestação (Allen e Goldberg, 2016; Grimes, Schulz e Cates, 1984; Kaunitz, Rovira, Grimes e Schulz, 1985).

Efeitos secundários da preparação cervical

No maior ensaio aleatorizado controlado de misoprostol para a preparação cervical, 55% das mulheres que receberam misoprostol queixaram-se de dor abdominal pré-procedimento e 37% das mulheres tiveram sangramento vaginal, em comparação com 22% e 7% no grupo de placebo (Meirik et al., 2012). Além disso, a preparação cervical aumenta os custos, a complexidade e o tempo de um aborto, visto que as mulheres devem dirigir-se à clínica um dia antes do procedimento para obterem dilatadores osmóticos ou receber mifepristona, ou têm de esperar no centro de saúde para o misoprostol começar a produzir efeito. Uma vez que o aborto antes da 13.^a semana de gestação é muito seguro, a idade gestacional na qual os benefícios da preparação cervical de rotina superam os efeitos secundários não é conhecida (Kapp et al., 2010). Não se estudou sistematicamente a satisfação das mulheres com a preparação cervical em ensaios aleatorizados controlados; no entanto, é uma consideração importante para a qualidade e prestação dos cuidados (Kapp et al., 2010).

Escolha dos métodos

A escolha de misoprostol, mifepristona ou dilatadores osmóticos para a preparação cervical depende da disponibilidade, custos, conveniência e preferência. O misoprostol por via sublingual tem eficácia superior, mas mais efeitos secundários gastrointestinais do que o misoprostol por via vaginal (Kapp et al., 2010; Saav, Kopp Kallner, Fiala e Gemzell-Danielsson, 2015; Saxena, Sarda, Salhan e Nanda, 2008). A mifepristona administrada 24 horas antes do aborto é mais eficaz do que o misoprostol, mas adiciona tempo e custos ao procedimento de aborto (Ashok, Flett e Templeton, 2000; Kapp et al., 2010). O misoprostol e os dilatadores osmóticos têm a mesma eficácia, mas a colocação do dilatador está associada ao aumento da dor, aumento do tempo de procedimento e à redução da satisfação das mulheres (Bartz, et al., 2013; Burnett, Corbett e Gertenstein, 2005; Maclsaac, Grossman, Balistreri e Darney, 1999).

Mulheres jovens

As adolescentes podem beneficiar da preparação cervical devido ao seu maior risco de lesão cervical durante o aborto (Allen e Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). Este risco é independente da nuliparidade (Meirik et al., 2014); as adolescentes têm um colo do útero fisiologicamente imaturo, que pode ser mais difícil de dilatar independentemente do histórico obstétrico (Allen e Goldberg, 2016; Schulz et al., 1983). Não existem ensaios clínicos que avaliem o uso de preparação cervical nesta população de pacientes.

Referências

- Allen, R., & Goldberg, A. (2016). Society of Family Planning Clinical Guideline 20071: Cervical dilation before first trimester surgical abortion (< 14 weeks gestation). *Contraception*, 93(4), 277-291.
- Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2000). Mifepristone versus vaginally administered misoprostol for cervical priming before first-trimester termination of pregnancy: A randomized, controlled study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 183(4), 998-1002.
- Bartz, D., Maurer, R., Allen, R., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122, 57-63.
- Burnett, M. A., Corbett, C. A., & Gertenstein, R. J. (2005). A randomized trial of laminaria tents versus vaginal misoprostol for cervical ripening in first trimester surgical abortion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 27(1), 38-42.
- Grimes, D. A., Schulz, K. F., & Cates, W. J., Jr. (1984). Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *Journal of American Medical Association*, 251(16), 2108-2111.

Kapp, N., Lohr, P. A., Ngo, T. D., & Hayes, J. L. (2010). Cervical preparation for first trimester surgical abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2), CD007207.

Kaunitz, A. M., Rovira, E. Z., Grimes, D. A., & Schulz, K. F. (1985). Abortions that fail. *Obstetrics & Gynecology*, 66(4), 533-537.

Maclsaac, L., Grossman, D., Balistreri, E., & Darney, P. (1999). A randomized controlled trial of laminaria, oral misoprostol, and vaginal misoprostol before abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 93(5 Pt 1), 766-770.

Meirik, O., Huong, N. T., Piaggio, G., Bergel, E., & von Hertzen, H. (2012). Complications of first-trimester abortion by vacuum aspiration after cervical preparation with and without misoprostol: A multicentre randomised trial. *The Lancet*, 379(9828), 1817-1824.

Saav, I., Kopp Kallner, H., Fiala, C., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Sublingual versus vaginal misoprostol for cervical dilatation 1 or 3 h prior to surgical abortion: A double blinded RCT. *Human Reproduction*, 30(6), 1314-1322.

Saxena P., Sarda, N., Salhan, S., & Nandan, D. (2008). A randomised comparison between sublingual, oral and vaginal route of misoprostol for pre-abortion cervical ripening in first-trimester pregnancy termination under local anesthesia. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(1), 101-6.

Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Cates, W., Jr. (1983). Measures to prevent cervical injury during suction curettage abortion. *The Lancet*, 1(8335), 1182-1185.

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.5

ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA

3.5.3 EXAME BIMANUAL

Recomendação

- O exame bimanual deve ser realizado antes de qualquer procedimento que envolva a introdução de instrumentos no útero, tais como a aspiração intra-uterina e inserção do dispositivo intra-uterino.
- O exame bimanual tem de ser realizado pelo profissional clínico que faz o procedimento.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Importância do exame bimanual

O exame bimanual é uma etapa de rotina que se cumpre antes de procedimentos intra-uterinos e é recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014). Este fornece informações sobre o conforto da paciente, estado de gravidez, idade gestacional, presença de infecções, anomalias anatómicas e posição do útero; todos afectam a tomada de decisão durante os procedimentos intra-uterinos. A ecografia pode ser realizada adicionalmente, porém, não substitui o exame bimanual antes dos procedimentos intra-uterinos.

Determinação do tamanho do útero

O exame bimanual, quando acompanhado pelo relato da mulher da data da sua última menstruação, permite uma avaliação exacta da idade gestacional (Ver secção 3.3 “Recomendações para aborto antes da 13.^a semana de gestação: Cálculo da idade gestacional”). Os regimes médicos de serviços de aborto e assistência pós-aborto mudam com base na idade gestacional ou no tamanho uterino. As técnicas de aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação (D&E), incluindo a escolha do instrumento e a necessidade de preparação cervical, dependem do conhecimento exacto do tamanho uterino.

Determinação da posição do útero

A posição do útero na pélvis, orientação do fundo em relação ao colo do útero e a firmeza do útero determinam-se com o exame bimanual. O conhecimento da posição do útero ajuda os provedores de cuidados a evitarem complicações, principalmente a perfuração, durante os procedimentos (Chen, Lai, Lee e Leong, 1995; Mittal e Misra, 1985; Nathanson, 1972).

Referências

- Chen, L. H., Lai, S. F., Lee, W. H., & Leong, N. K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 13-year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1): 63-67.
- Mittal, S., & Misra, S. L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 23(1): 45-50.
- Nathanson, B. (1972). Management of uterine perforations suffered at elective abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 114(8): 1054-9.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Actualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.5

ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA

3.5.4 EXAME DOS PRODUTOS DA CONCEPÇÃO

Recomendação

- Os profissionais clínicos que realizam a aspiração intra-uterina devem examinar os produtos da concepção imediatamente após a aspiração intra-uterina.
- Não se recomenda o envio dos produtos da concepção para avaliação histopatológica de rotina.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Inspecção visual dos produtos da concepção

A inspecção visual dos produtos da concepção é uma etapa rotineira da aspiração intra-uterina conforme recomendado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014), pelo Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015) do Reino Unido e pela National Abortion Federation (NAF, 2017) dos EUA. A presença de produtos da concepção na inspecção visual confirma que a gravidez era intra-uterina e é consistente com um aborto bem-sucedido (Westfall, Sophocles, Burggraf e Ellis, 1998). Se não forem observados produtos da concepção, a mulher não deve abandonar a unidade sanitária até que sejam feitos planos para seguir as directrizes locais para exclusão de diagnóstico de gravidez ectópica. O exame imediato dos produtos da concepção acelera o diagnóstico de gravidez ectópica e reduz a morbidade e a mortalidade (Goldstein, Danon e Watson, 1994). Nos casos em que há suspeita de patologia anormal, pode usar-se a histopatologia para além da inspecção visual.

O envio de produtos da concepção para o exame histopatológico de rotina não afecta os resultados clínicos e aumenta os custos do aborto (Heath, Chadwick, Cooke, Manek e MacKenzie, 2000; Paul, Lackie, Mitchell, Rogers e Fox, 2002).

As instruções de visualização dos produtos da concepção são apresentadas no manual do Ipas intitulado *Woman-Centered Comprehensive Abortion Care: Reference Guide*, 2.^a edição, página 177 (Ipas, 2013).

Referências

Goldstein, S. R., Danon, M., & Watson, C. (1994). An updated protocol for abortion surveillance with ultrasound and immediate pathology. *Obstetrics & Gynecology*, 83(1), 55-58.

Heath, V., Chadwick, V., Cooke, I., Manek, S., & MacKenzie, I. Z. (2000). Should tissue from pregnancy termination and uterine evacuation routinely be examined histologically? *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 107(6), 727-730.

Ipas. (2013). *Woman-centered, comprehensive abortion care: Reference manual* (second ed.) K. L. Turner & A. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.

National Abortion Federation. (2017). *Clinical Policy Guidelines*. Washington, DC: National Abortion Federation.

Paul, M., Lackie, E., Mitchell, C., Rogers, A., & Fox, M. (2002). Is pathology examination useful after early surgical abortion? *Obstetrics & Gynecology*, 99(4), 567-571.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

Westfall, J. M., Sophocles, A., Burggraf, H., & Ellis, S. (1998). Manual vacuum aspiration for first-trimester abortion. *Archives of Family Medicine*, 7(6), 559-62.

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization.

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.5



ASPIRAÇÃO INTRA-UTERINA

3.5.5 PROCESSAMENTO DOS ASPIRADORES IPAS AMIU PLUS E DE VÁLVULA SIMPLES

Recomendação

Todos os aspiradores e adaptadores multi-uso do Ipas têm de ser colocados de molho (em imersão), limpos e passar por desinfecção de alto nível (DAN) ou ser esterilizados antes de serem usados na paciente seguinte.

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Importância de preparar correctamente os instrumentos

Durante o uso, o cilindro do aspirador manual intra-uterino (AMIU) enche-se de sangue da paciente. Existe um risco potencial de contaminantes de uma paciente anterior serem transmitidos a uma outra paciente se o aspirador para AMIU não for devidamente processado (passar por esterilização ou DAN) para o uso na próxima paciente.

Etapas

ETAPA 1: PREPARAÇÃO NO PONTO DE USO

Após o uso, não deixe o dispositivo secar. Mergulhe, enxagúe ou pulverize o dispositivo com água ou spray enzimático. Não use solução de cloro nem solução salina.

ETAPA 2: LIMPEZA

Desmonte o aspirador e o adaptador (se for usado) e limpe com água quente e um detergente usando uma escova macia.

ETAPA 3: ESTERILIZAÇÃO OU DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL

Todos os aspiradores e adaptadores devem passar por esterilização ou desinfecção de alto nível após uso.

OPÇÕES DE ESTERILIZAÇÃO	OPÇÕES DE DESINFECÇÃO DE ALTO NÍVEL
Esterilizar os instrumentos com autoclave a vapor a temperatura de 121°C (250°F) com pressão de 106 kpa (15 lbs/in ²) durante 30 minutos*	Ferver* os instrumentos durante 20 minutos
Glutaraldeído** coloque de molho durante o tempo recomendado pelo fabricante—a maioria recomenda 10 horas***	Glutaraldeído** coloque de molho (em imersão) durante o tempo recomendado pelo fabricante— as recomendações variam de 20 a 90 minutos***
Sporox II* coloque na solução durante 6 horas***	Sporox II* coloque na solução durante 30 minutos***
	Coloque em solução de cloro a 0,5% durante 20 minutos***

* O ASPIRADOR DE VÁLVULA SIMPLES DO IPAS NÃO PODE SER FERVIDO NEM AUTOCLAVADO.

** Visto que há vários produtos de glutaraldeído disponíveis com diferentes recomendações em termos de tempo de processamento, procure sempre seguir as recomendações dadas pelo fabricante da sua marca de glutaraldeído.

*** Se forem usados agentes químicos na preparação, as peças do aspirador e adaptadores (se usados) devem ser completamente enxaguados em água limpa potável.

ETAPA 4: ARMAZENAR ADEQUADAMENTE OU USAR IMEDIATAMENTE

Os aspiradores e adaptadores podem ser secados, o *O-ring* lubrificado e o dispositivo montado novamente e armazenado em local limpo e seco. O aspirador não precisa permanecer desinfetado a alto nível ou esterilizado no momento de uso e pode ser colocado em local seguro ou armazenado de acordo com as normas locais.

Os instrumentos preparados através de métodos húmidos devem ser reprocessados diariamente.

Estes métodos validados para o processamento de instrumentos não afectam negativamente o aspirador de AMIU durante pelo menos 25 ciclos de reutilização (Powell & Kapp, 2019). As informações detalhadas sobre a preparação do aspirador para AMIU e outras opções de processamento são apresentadas no manual do Ipas intitulado *Woman-Centered Comprehensive Abortion Care: Reference Manual*, 2ª edição, página 150, (Ipas, 2013).

Referências

Curless, M. S., Ruparelia, C. S., Thompson, E., & Trexler, P. A. (Eds.) (2018). *Infection Prevention and Control: Reference Manual for Health Care Facilities with Limited Resources*. Jhpiego: Baltimore, MD.

Ipas. (2013). *Woman-centered comprehensive abortion care: Reference manual, 2nd edition*. Turner, K. L. & Huber, A., eds. Chapel Hill, North Carolina: Ipas.

Powell, B., & Kapp, N. (2019). Validation of instrument reprocessing methods for the Ipas manual vacuum aspiration devices. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 147(1), 89-95.

World Health Organization and Pan American Health Organization. (2016). *Decontamination and Reprocessing of Medical Devices for Health-care Facilities*. Geneva: World Health Organization and Pan American Health Organization.

Todas as Actualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.6

ABORTO MEDICAMENTOSO 3.6.1 SEGURANÇA E EFICÁCIA

Informações essenciais:

- Um regime combinado de mifepristona e misoprostol é eficaz e seguro, com taxas de sucesso superiores a 95%, taxas de continuação da gravidez inferiores a 2% e taxas de complicações inferiores a 1% até às 10 semanas de gestação.
- Entre a 10.^a e 13.^a semana, a taxa de sucesso da mifepristona combinada com misoprostol é superior a 95%, com taxa de continuação da gravidez de cerca de 2% e taxa de complicações de 3%.
- Recomenda-se um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o aborto medicamentoso; em locais onde a mifepristona não esteja disponível, pode usar-se o regime de misoprostol isolado.
- O regime de misoprostol isolado tem taxas de sucesso inferiores, de aproximadamente 80-85%, com taxas de continuação da gravidez de 3% a 10% e taxas de complicações de 1% a 4% até a 13.^a semana de gestação.

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Contextualização

Recomenda-se um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o aborto medicamentoso, uma vez que é mais eficaz do que o uso de misoprostol isolado (Abubeker, Lavelanet, Rodriguez e Kim, 2020; Blum et al., 2012; Kapp, Eckersberger, Lavelanet e Rodriguez, 2018; Kulier et al., 2011; Ngoc et al., 2011; Raymond, Harrison e Weaver, 2019; World Health Organization [WHO], 2018). Em locais onde a mifepristona não esteja disponível, pode usar-se o regime de misoprostol isolado.

Mifepristona e misoprostol

EFICÁCIA

O sucesso do aborto medicamentoso é definido como um aborto completo que não precisa de intervenção adicional. Uma revisão sistemática realizada em 2015 apresentou dados de 20 estudos com um total de 33.846 mulheres em processo de aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol por via bucal até 70 dias de gestação (Chen e Creinin, 2015). A taxa de sucesso geral foi de 96,6% e a taxa de continuação da gravidez foi de 0,8%. Dois estudos de coortes prospectivos examinaram mifepristona combinada com 400 mcg ou 600 mcg de misoprostol por via sublingual até 70 dias de gestação, e constataram taxas de sucesso de 93% a 99% e taxas de continuação da gravidez de menos do que 2% (Bracken et al., 2014; Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich e Winikoff, 2016). Um estudo de coorte prospectivo (Gouk et al., 1999) e uma série de casos retrospectivos (Hsia, Lohr, Taylor e Creinin, 2020) examinaram o uso de mifepristona combinada com misoprostol 800 mcg por

via vaginal em mulheres com gravidez de 63 a 70 dias de gestação, constatou-se em ambos uma taxa de sucesso de 95%; um reportou ainda uma taxa de continuação da gravidez de 3,4% (Hsia et al., 2020). Foi encontrada uma eficácia comparável em diversos contextos; uma revisão sistemática do aborto medicamentoso com 200 mg de mifepristona e 800 mcg de misoprostol até às 9 semanas de gestação em países de baixo e médio rendimento incluiu 52 estudos e encontrou uma taxa média de sucesso de 95% (Ferguson e Scott, 2020).

Apenas um estudo disponível, um estudo de coortes retrospectivo, envolvendo 1076 mulheres entre a 10.^a e a 13.^a semana de gestação, utilizou o regime actualmente recomendado de 200 mg de mifepristona seguido de 36 a 48 horas mais tarde por misoprostol (800 mcg por via vaginal ou 600 mcg por via sublingual) e, em seguida, doses repetidas de 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual a cada três horas para duas doses adicionais (Hamoda, Ashok, Flett e Templeton, 2005). A taxa de sucesso para este regime foi de 95,8%, com uma taxa de continuação da gravidez de 1,5%. Um estudo de menor dimensão de coorte prospectivo envolvendo 254 mulheres, usou um regime similar e reportou uma taxa de sucesso de 91,7% e uma taxa de continuação da gravidez inferior a 1% (Lokeland et al., 2010).

Três grandes estudos de coortes, envolvendo um total de 260 256 mulheres submetidas a aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol até às nove semanas de gestação (Cleland et al., 2013; Gatter, Cleland, & Nucatola, 2015; Goldstone, Walker, & Hawtin, 2017), constataram taxas de aborto incompleto de 2,3% - 4,8%. Entre a 10.^a e a 13.^a semana, as taxas reportadas de aspiração intra-uterina por qualquer razão variam de 4% - 8% (Hamoda et al., 2005; Lokeland et al., 2010). Um estudo de coortes dinamarquês que incluiu 86 437 abortos medicamentosos com mifepristona e misoprostol antes das nove semanas concluiu que o aumento da idade gestacional estava mais fortemente associado à necessidade de intervenção cirúrgica (Meaidi, Friedrich, Gerds, & Lidegaard, 2019).

SEGURANÇA

Nos três estudos de coortes mencionados acima, as taxas de complicações observadas durante o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol até nove semanas de gestação foram inferiores a 1% (Cleland et al., 2013; Gatter, Cleland & Nucatola, 2015; Goldstone, Walker, & Hawtin, 2017). Entre a 10.^a e 13.^a semana de gestação, as taxas de complicações foram de cerca de 3% (Hamoda et al., 2005). Um grande estudo de coortes retrospectivo, realizado nos Estados Unidos, de 11.319 abortos medicamentosos no primeiro trimestre, avaliou todas as complicações de abortos registadas no estado da Califórnia de 2009-2010 (Upadhyay et al., 2015). Os investigadores avaliaram as complicações que surgem no momento do aborto, bem como as complicações diagnosticadas quando as pacientes procuraram cuidados adicionais em locais diferentes do local onde o aborto foi realizado, tais como departamentos de emergência. A taxa global de complicações durante as seis semanas após o aborto medicamentoso foi de 5,2%; apenas 0,3% foram complicações importantes — definidas como necessitando de hospitalização, cirurgia ou transfusão sanguínea. As complicações incluem aborto incompleto (0,87%), falha de aborto (0,13%), hemorragia (0,14%), infecção (0,23%) e complicações indeterminadas/outras (3,82%).

Tabla 3.6.1 Complicações do aborto medicamentoso, por estudo

	GOLDSTONE, 2017	CLELAND, 2013	GATTER, 2015
Número de mulheres	13.078	233.805	13.373
Idade gestacional	≤ 63 dias	≤ 63 dias	≤ 63 dias
Local/organização	MSI Australia	Planned Parenthood USA	Planned Parenthood USA
Período	2013-2015	2009-2010	2006-2011
Aborto incompleto, requerendo aspiração	4,84%	Não reportado	2,3%
Gravidez ectópica não diagnosticada	Não reportado	0,007%	Não reportado
Continuação da gravidez	0,76%	0,5%	0,5%
Transusão	0,13%	0,05%	0,03%
Infecção	0,11%	0,02%	0,01%
Morte	< 0,01% (1 morte causada por pneumonia, provavelmente não relacionada)	0,0004% (1 morte causada por gravidez ectópica não diagnosticada)	Nenhuma morte

Misoprostol isolado

Os dados sobre a segurança e eficácia do aborto medicamentoso com misoprostol isolado são bastante limitados. Não há disponibilidade de grandes séries de casos retrospectivos que documentem as taxas de sucesso e complicações. As diferenças em regimes, idade gestacional, prazos para aferir o sucesso do aborto e o relato de complicações tornam difícil a comparação entre as taxas de sucesso e de complicações em estudos de aborto medicamentoso com misoprostol isolado.

EFICÁCIA

O maior ensaio aleatorizado utilizando o regime recomendado de misoprostol isolado, com doses repetidas de 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual, incluiu 2046 mulheres com gestação de sete semanas ou menos (von Hertzen et al., 2007). O sucesso do aborto com misoprostol isolado foi de 84%. Estudos de menor dimensão usando regimes similares reportaram taxas de sucesso de 92% para gestações até oito semanas (Fekih, 2010), de 89% a 91% até nove semanas (Salakos et al., 2005; Velazco et al., 2000) e de 84% a 87% de 9 a 13 semanas (Carbonell, Varela, Velazco, Tanda e Sanchez, 1999; Carbonell Esteve et al., 1998; Carbonell et al., 2001). Uma revisão sistemática realizada em 2019 avaliou a eficácia de misoprostol isolado através da revisão de 42 estudos nos quais pelo menos um grupo de mulheres recebeu misoprostol isolado para induzir o aborto, embora os regimes de misoprostol fossem diferentes entre os estudos. A revisão, que incluiu 12.829 mulheres, constatou uma taxa global de sucesso de aborto de 78%; com 20% das mulheres a serem submetidas a esvaziamento intra-uterino cirúrgico subsequente por qualquer razão (Raymond et al, 2019). Os critérios para determinar quando era necessário proceder ao esvaziamento cirúrgico foram heterogêneos entre os estudos. A taxa de continuação da gravidez, disponível apenas para metade das mulheres submetidas ao esvaziamento intra-uterino cirúrgico, foi de 6%. Em estudos nos quais se utilizou o regime recomendado de misoprostol isolado ou regimes similares, a taxa de aspiração intra-uterina subsequente por qualquer razão varia

de 12% a 17%, com taxas de continuação da gravidez de 3% a 10% (Carbonell et al., 1999; Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000; von Hertzen et al., 2007).

Em geral, as taxas mais altas de sucesso com regimes de misoprostol isolado estão associadas a uma idade gestacional de menos de 7 semanas (von Hertzen et al., 2007; Zikopoulos et al., 2002), maior número de doses repetidas de misoprostol (Carbonell et al., 1999; Jain, Dutton, Harwood, Meckstroth e Mishell, 2002), maiores doses iniciais de misoprostol (Raymond et al, 2019), vias não orais de administração de misoprostol (Raymond et al, 2019), e um período de tempo mais longo antes do acompanhamento do provedor de cuidados para confirmar o sucesso do aborto (Bugalho, Mocumbi, Faundes e David, 2000). Porém, quanto maior é a duração do processo de aborto, menor é a satisfação das mulheres (Ngai, Tang, Chan, & Ho, 2000).

SEGURANÇA

Complicações são relatadas com pouca frequência: hemorragia que necessita de aspiração ocorre em 1% a 4% das mulheres (Velazco et al., 2000; Salakos et al., 2005; Carbonell et al., 1999; Carbonell Esteve et al., 1998), a transfusão é necessária em menos de 1% das mulheres (von Hertzen, et al., 2007; Carbonell et al., 1999), e são relatadas infecções em 1% a 4% das mulheres (Velazco et al., 2000; Carbonell et al., 2001; von Hertzen et al., 2007; Carbonell et al., 1999).

Referências

- Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health*, 20, 142.
- Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T., Chelli, H., Hajri, S., & Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, 166-171.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3):181-186.
- Bugalho, A., Mocumbi, S., Faundes, A., & David, E. (2000). Termination of pregnancies of <6 weeks gestation with a single dose of 800 microg of vaginal misoprostol. *Contraception*, 61(1), 47-50.
- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R., & Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Cleland, K., Creinin, M. D., Nucatola, D., Nshom, M., & Trussell, J. (2013). Significant adverse events and outcomes after medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(1), 166-171.
- Fekih, M., Fathallah, K., Regaya, L. B., Bouguizane, S., Chaieb, A., Bibi, M., & Khairi, H. (2010). Sublingual misoprostol for first trimester termination of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109, 67-70.
- Ferguson, I., & Scott, H. (2020). Systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of mifepristone and misoprostol for medical abortion in low-and middle-income countries. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 42(12), 1532-1542.

- Gatter, M., Cleland, K., & Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*, *91*(4), 269-73.
- Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *57*, 366-371.
- Gouk, E. V., Lincoln, K., Khair, A., Haslock, J., Knight, J., & Cruickshank, D. J. (1999). Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *106*, 535-539.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, *71*(5), 327-332.
- Hsia, J.K., Lohr, P.A., Taylor, J., & Creinin, M.D. (2019). Medical abortion with mifepristone and vaginal misoprostol between 64-70 days' gestation. *Contraception*, *100*(3), 178-181.
- Jain, J. K., Dutton, C., Harwood, B., Meckstroth, K. R., & Mishell, D. (2002). A prospective randomized, double-blinded, placebo-controlled trial comparing mifepristone and vaginal misoprostol to vaginal misoprostol alone for elective termination of pregnancy. *Human Reproduction*, *17*(6), 1477-1482.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, ePub ahead of print.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *11*, Art No.: CD002855. DOI: 10.1002/14651858.CD002855.pub4.
- Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., & Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, *115*(2), 962-968.
- Meaidi, A., Friedrich, S., Gerds, T. A., & Lidegaard, O. (2019). Risk factors for surgical intervention of early medical abortion. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, *220*, 478.e1-478.e15.
- Ngai, S. W., Tang, O. S., Chan, Y. M., & Ho, P. C. (2000). Vaginal misoprostol alone for medical abortion up to 9 weeks of gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, *15*(5), 1159-1162.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, *83*, 410-417.
- Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T., & Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *134*(3), 268-271.
- Raymond, E., Harrison, M., & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, *133*, 137-147.
- Salakos, N., Kountouris, A., Botsis, D., Rizos, D., Gregoriou, O., Detsis, G., & Creatsas, G. (2005). First-trimester pregnancy termination with 800mcg of vaginal misoprostol every 12 h. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *10*(4), 249-254.
- Upadhyay, U. D., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2015). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, *125*(1), 175-183.
- Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *5*, 227-233.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, *369*(9577), 1938-1946.
- World Health Organization. (2018). *Medical Management of Abortion*. Geneva: World Health Organization.
- Zikopoulos, K. A., Papanikolaou, E. G., Kalantaridou, S. N., Tsanadis, G. D., Plachouras, N. I., Dalkalitsis, N. A., & Paraskevaidis, E. A. (2002). Early pregnancy termination with vaginal misoprostol before and after 42 days gestation. *Human Reproduction*, *17*(12), 3079-3083.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

3.6

ABORTO MEDICAMENTOSO

3.6.2 RISCO DE MALFORMAÇÕES FETAIS

Recomendação

A exposição à mifepristona isolada não foi comprovada como uma causa de malformações fetais. A exposição ao misoprostol está associada a um risco ligeiramente maior de malformações se a mulher tiver continuação da gravidez e decidir não interromper. As mulheres com continuação da gravidez após o uso de misoprostol devem ser aconselhadas quanto ao risco de escolherem continuar com a gravidez.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Mifepristona: Muito Baixa
- Misoprostol: Muito Baixa

Última revisão: 29 de Janeiro de 2021

Contextualização

A taxa de malformações fetais esperada na população geral é de aproximadamente 3% (Dolk, Loane e Garne, 2010). A exposição a certos medicamentos, infecções, radiação ou consumo de drogas durante o desenvolvimento embrionário ou fetal pode resultar num maior risco de malformações se a gravidez continuar.

Mifepristona

Os dados sobre a continuação da gravidez após a exposição à mifepristona isolada, sem misoprostol, são limitados. O maior estudo prospectivo de 46 mulheres que continuaram uma gravidez depois de mifepristona resultou em oito abortos espontâneos e, nas gravidezes que continuaram, duas malformações importantes (5,3%). Pensa-se que ambas as malformações não tenham estado relacionadas com a exposição à mifepristona, mas possam ter resultado de outras condições médicas (Bernard et al., 2013).

Misoprostol

Relatórios de casos, estudos de coortes (da Silva Dal Pizzol et al, 2005; Vauzelle, Beghin, Cournot e Elephant, 2013) e estudos de caso-controlo (da Silva Dal Pizzol, Knop e Mengue, 2006), mostram que a incidência de malformações tem um pico com o uso de misoprostol entre 5 e 8 semanas após a data da última menstruação (DUM) da mulher e não está associado a anomalias pós-exposição 13 semanas após a DUM (Philip, Shannon e Winikoff, 2002). As malformações mais comuns associadas ao uso de misoprostol são a síndrome de Möbius, uma doença rara de paralisias de pares cranianos associada a anomalias dos membros, defeitos crânio-faciais e defeitos transversais terminais dos membros (da Silva Dal

Pizzol, et al., 2006). Apesar de não estar claramente estabelecido, o mecanismo proposto consiste na disrupção vascular a partir das contrações uterinas que levam a um desenvolvimento fetal desordenado (Gonzalez et al., 2005; Shepard, 1995).

Uma revisão sistemática de quatro estudos de caso-controle com 4899 casos de anomalias congênitas e 5742 controles mostrou uma maior taxa de exposição ao misoprostol nos casos com anomalias (da Silva Dal Pizzol, et al, 2006). A exposição ao misoprostol foi 25 vezes mais provável em casos de síndrome de Möbius e 12 vezes mais provável em casos de defeitos transversais terminais dos membros. Num estudo de coortes envolvendo 183 mulheres expostas ao misoprostol durante as primeiras 12 semanas de gravidez, a taxa de malformações importantes foi de 5,5%; metade destas foram consistentes com os padrões das malformações associadas ao misoprostol (Auffret et al., 2016). No entanto, um estudo prospectivo de acompanhamento comparando mulheres que usaram misoprostol antes da 12.^a semana de gravidez com mulheres que usaram anti-histamínicos não constatou diferença estatisticamente significativa na taxa de malformações fetais, apesar de três malformações (2%) no grupo de misoprostol serem consistentes com anomalias relacionadas com o misoprostol (Vauzelle, et al., 2013).

Embora a taxa de exposição ao misoprostol seja mais elevada em crianças nascidas com deficiências tais como síndrome de Möbius, as anomalias são tão raras que é muito pequeno o risco global de que uma mulher que tome misoprostol antes da 13.^a semana de gestação e decida continuar uma gravidez até o fim tenha uma criança nascida com malformações relacionadas com a exposição ao misoprostol. O risco de malformação fetal relacionada com exposição ao misoprostol é inferior a 10 por cada 1000 exposições (Philip, et al., 2002).

Referências

- Auffret, M., Bernard-Phalippon, N., Dekemp, J., Carlier, P., Gervoise Boyer, M., Vial, T., & Gautier, S. (2016). Misoprostol exposure during the first trimester of pregnancy: Is the malformation risk varying depending on the indication? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 207, 188-192.
- Bernard, N., Elefant, E., Carlier, P., Tebacher, M., Barjhoux, C., Bos-Thompson, M., & Vial, T. (2013). Continuation of pregnancy after first-trimester exposure to mifepristone: An observational prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(5), 568-574.
- da Silva Dal Pizzol, T., Knop, F. P., & Mengue, S. S. (2006). Prenatal exposure to misoprostol and congenital anomalies: Systematic review and meta-analysis. *Reproductive Toxicology*, 22(4), 666-671.
- da Silva Dal Pizzol, T., Tierling, V. L., Schüler-Faccin, L., Sanseverino, M. T. V., & Mengue, S. S. (2005). Reproductive results associated with misoprostol and other substances utilized for interruption of pregnancy. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 61(1), 71-72.
- Dolk, H., Loane, M., & Garne, E. (2010). The prevalence of congenital anomalies in Europe. *Rare Diseases Epidemiology*, 349-364.
- Gonzalez, C. H., Vargas, F. R., Perez, A. B. A., Kim, C., Brunoni, D., Marques-Dias, M. J., & de Almeida, J. C. C. (2005). Limb deficiency with or without Möbius sequence in seven Brazilian children associated with misoprostol use in the first trimester of pregnancy. *American Journal of Medical Genetics*, 47(1), 59-64.
- Philip, N. M., Shannon, C., & Winikoff, B. (2002). *Misoprostol and teratogenicity: Reviewing the evidence*. New York: Population Council.
- Shepard, T. H. (1995). Möbius syndrome after misoprostol: A possible teratogenic mechanism. *The Lancet*, 346(8977), 780.
- Vauzelle, C., Beghin, D., Cournot, M.-P., & Elefant, E. (2013). Birth defects after exposure to misoprostol in the first trimester of pregnancy: Prospective follow-up study. *Reproductive Toxicology*, 36, 98-103.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.6

ABORTO MEDICAMENTOSO

3.6.3 MIFEPRISTONA E MISOPROSTOL: REGIME RECOMENDADO

Recomendação

- **Até às 10 semanas de gestação (70 dias desde a data da última menstruação (DUM)):** 200 mg de mifepristona por via oral seguida 1 ou 2 dias mais tarde por 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal.
- **De 10 a 13 semanas de gestação:** Após mifepristona, as mulheres normalmente precisam de duas doses de misoprostol para um aborto bem-sucedido (completo).
 - o 200 mg de mifepristona por via oral seguida 1 ou 2 dias mais tarde por 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou 800 mcg de misoprostol por via vaginal, depois 400 mcg por via sublingual ou por via vaginal de três em três horas até a expulsão.
 - o Como alternativa, pode-se usar 200 mg de mifepristona por via oral, seguida 1-2 dias depois por 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal; a dose de misoprostol pode ser repetida até o aborto ser bem-sucedido.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Até às 10 semanas de gestação: Alta
- De 10^a a 13 semanas de gestação: Baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Até 9 semanas (63 dias desde a DUM)

Vários ensaios clínicos aleatorizados controlados mostraram que a combinação de mifepristona e misoprostol é um regime de aborto medicamentoso eficaz com taxas de sucesso de cerca de 95% a 98% até às nove semanas de gestação (Abubeker et al, 2020; Chen e Creinin, 2015; Kapp, Baldwin e Rodriguez, 2018; Kulier et al., 2011; Raymond, Shannon, Weaver e Winikoff, 2012). O misoprostol administrado por via vaginal, bucal e sublingual é mais eficaz do que o administrado por via oral (Kulier et al., 2011). As doses administradas por via bucal (Middleton et al., 2005) e sublingual (Tang, Chan, Ng, Lee e Ho, 2003; von Hertzen et al, 2010) apresentam taxas mais elevadas de efeitos secundários gastrointestinais do que as doses por via vaginal. A dose administrada por via sublingual está associada a mais efeitos secundários do que a dose por via bucal (Chai, Wong e Ho, 2013). A diminuição da dose de misoprostol por via sublingual para 400 mcg reduziu os efeitos secundários, mas aumentou as taxas de aborto incompleto e continuação da gravidez (Bracken et al., 2014; Raghavan et al., 2013; von Hertzen et al., 2010); portanto, a dose recomendada de misoprostol por via sublingual continua a ser de 800 mcg. As doses administradas por via

bucal ou sublingual podem ser preferíveis em relação à dose por via vaginal para acomodar as preferências das mulheres ou restrições legais.

Doses simultâneas de mifepristona e misoprostol em mulheres com gestações até 63 dias apresentaram uma taxa de sucesso de aproximadamente 95%, em comparação com 97-98% quando o misoprostol é usado 24-48 horas após mifepristona (Creinin et al., 2007; Goel, Mittal, Taneja, Singal, & Attri, 2011; Lohr, Starling, Scott, & Aiken, 2018). Embora este método seja ligeiramente menos eficaz, pode ser preferível em certos locais, tais como nos casos em que a administração domiciliária de medicamentos para aborto seja restrita (Lohr et al., 2018).

9-10 semanas (64-70 dias desde a DUM)

Uma revisão de 2015 relata dados de cinco estudos comparativos, envolvendo 801 mulheres com gestações entre 64 e 70 dias e 1163 com gestações de 57 a 63 dias (Abbas, Chong e Raymond, 2015). Em quatro estudos, as mulheres receberam uma dose de 200 mg de mifepristona seguida de 800 mcg de misoprostol por via bucal (Boersma, Meyboom-de Jong e Kleiverda, 2011; Peña et al, 2014; Sanhueza Smith et al, 2015; Winikoff et al, 2012) e num estudo as mulheres receberam mifepristona e 400 mcg de misoprostol por via sublingual (Bracken et al., 2014). Não houve nenhuma diferença nas taxas de sucesso entre os dois grupos gestacionais (93,9% aos 57 a 63 dias em comparação com 92,3% aos 64 a 70 dias). Para além disso, não houve nenhuma diferença nos eventos adversos graves, tais como internamentos ou transferências, entre os grupos (0,7% e 0,5% respectivamente). Um estudo observacional incluído na revisão reportou uma taxa de sucesso do aborto de 94,5% de 9 a 10 semanas, quando as mulheres usaram um regime de mifepristona seguido de 800 mcg de misoprostol por via vaginal (Gouk et al., 1999). Estudos adicionais publicados desde esta revisão usando misoprostol administrado por via sublingual (Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich, & Winikoff, 2016) ou por via bucal (Tan et al., 2018) após mifepristona apresentaram taxas de sucesso similares para a idade gestacional entre 9 e 10 semanas.

10-13 semanas

Um estudo de coortes retrospectivo com 1.076 mulheres mostrou que uma combinação de 200 mg de mifepristona seguida 36 a 48 horas mais tarde por misoprostol (800 mcg por via vaginal ou 600 mcg por via sublingual) e, posteriormente, doses repetidas de 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual a cada três horas para duas doses adicionais, é segura e eficaz entre 9 e 13 semanas (Hamoda, Ashok, Flett e Templeton, 2005). Todas as mulheres tomaram misoprostol na unidade sanitária. A taxa de sucesso para este regime foi alta, de 95,8%, com uma baixa taxa de eventos adversos graves. Um pequeno ensaio aleatorizou 211 mulheres com gravidezes entre 9-13 semanas para receberem misoprostol administrado por via vaginal ou sublingual, conforme descrito acima; todas as mulheres receberam pré-tratamento com mifepristona (Hamoda, Ashok, Flett e Templeton, 2005a). Em ambos os grupos as mulheres normalmente necessitaram de 2 doses de misoprostol para ter um aborto bem-sucedido; 3,4% das mulheres no grupo da administração por via vaginal necessitou de esvaziamento intra-uterino cirúrgico, em comparação com 2,9% no grupo da administração por via sublingual. As mulheres no grupo sublingual tiveram maior probabilidade de ter efeitos secundários. Um estudo de coorte prospectivo (Lokeland et al., 2010), que incluiu 254 mulheres, reportou uma taxa de sucesso do aborto de 91,7% usando um regime similar. Um pequeno estudo de coorte prospectivo analisou a eficácia de 200 mg de mifepristona por via oral seguida 36 a 48 horas mais tarde de 800 mcg de misoprostol por via vaginal em dose única (Gouk et al., 1999) e constatou uma taxa de sucesso de 95% entre 126 mulheres com gravidez entre 70 e 83 dias. Um ensaio prospectivo, aberto e de não-inferioridade comparou a eficácia de um regime de aborto medicamentoso com mifepristona 200 mg seguido de uma dose única de misoprostol 800 mcg em 362 mulheres com

64-70 dias de gestação com a eficácia do mesmo regime em 286 mulheres com 71-77 dias de gestação (Dzuba et al., 2020). A taxa de expulsão foi de 92% no grupo dos 64-70 dias, com uma taxa de continuação da gravidez de 4%, em comparação com 87% e 9% no grupo dos 71-77 dias, levando os investigadores a concluir que um regime de aborto com uma única dose de misoprostol após 70 dias é menos eficaz. Uma revisão sistemática de 2018 sobre aborto medicamentoso no final do primeiro trimestre concluiu que as taxas de sucesso do aborto são mais elevadas quando são administradas doses rotineiras e repetidas de misoprostol e quando a via vaginal é usada em detrimento da via oral (Kapp, Eckersberger, Lavelanet e Rodriguez, 2018).

Referências

- Abbas, D., Chong, E., & Raymond, E. G. (2015). Outpatient medical abortion is safe and effective through 70 days gestation. *Contraception*, 92(3), 197-199.
- Abubeker, F. A., Lavelanet, A., Rodriguez, M.I. & Kim, C. (2020). Medical termination for pregnancy in early first trimester (≤ 63 days) using combination of mifepristone and misoprostol alone: a systematic review. *BMC Women's Health*, 20, 142.
- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhea in a general practice in Curacao. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(2), 61-66.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3), 181-186.
- Chai, J., Wong, C. Y. G., & Ho, P. C. (2013). A randomized clinical trial comparing the short-term side effects of sublingual and buccal routes of misoprostol administration for medical abortions up to 63 days' gestation. *Contraception*, 87(4), 480-485.
- Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., Meyn, L. A., & Medical abortion at the same time (MAST) study group. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 109, 885-894.
- Goel, A., Mittal, S., Taneja, B. K., Singal, N., & Attri, S. (2011) Simultaneous administration of mifepristone and misoprostol for early termination of pregnancy: A randomized controlled trial. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283, 1409-13.
- Gouk, E. V., Lincoln, K., Khair, A., Haslock, J., Knight, J., & Cruickshank, D. J. (1999). Medical termination of pregnancy at 63-83 days gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 106, 535-539.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005). Medical abortion at 9-13 weeks' gestation: A review of 1076 consecutive cases. *Contraception*, 71(5), 327-332.
- Hamoda, H., Ashok, P. W., Flett, G. M., & Templeton, A. (2005a). A randomised controlled trial of mifepristone in combination with misoprostol administered sublingually or vaginally for medical abortion up to 13 weeks of gestation. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 1102-1108.
- Kapp, N., Baldwin, M. K., & Rodriguez, M. I. (2018). Efficacy of medical abortion prior to 6 gestational weeks: A systematic review. *Contraception*, DOI: 10.1016/j.contraception.2017.09.006.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2019). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, 99(2), 77-86.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.
- LLohr, P. A., Starling, J. E., Scott, J. G., & Aiken, A. R. A. (2018). Simultaneous compared with interval medical abortion regimens where home use is restricted. *Obstetrics & Gynecology*, 131(4), 635-641.
- Lokeland, M., Iverson, O. E., Dahle, G. S., Nappen, M. H., Ertzeid, L., & Bjorge, L. (2010). Medical abortion at 63 to 90 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 115(2), 962-968.

Middleton, T., Schaff, E., Fielding, S. L., Scahill, M., Shannon, C., Westheimer, E., & Winikoff, B. (2005). Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*, 72(5), 328-332.

Pena, M., Dzuba, I. G., Smith, P. S., Mendoza, L. J., Bousiequez, M., Martinez, M. L., ... Winikoff, B. (2014). Efficacy and acceptability of a mifepristone-misoprostol combined regimen for early induced abortion among women in Mexico City. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 127(1), 82-85.

Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T., & Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 268-271.

Raghavan, S., Tesereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ... Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(2), 104-111.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.

Sanhueza Smith, P., Pena, M., Dzuba, I. G., Garcia Martinez, M. L., Aranque Peraza, A. G., Bousiequez, M., ... Winikoff, B. (2015). Safety, efficacy and acceptability of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion through 70 days since last menstrual period in public sector facilities in Mexico City. *Reproductive Health Matters*, 22(44 Suppl 1), 75-82.

Tang, O.S., Chan, C.C.W., Ng, E., Lee, S.W.H., & Ho, P.C. (2003) A prospective, randomized, placebo-controlled trial on the use of mifepristone with sublingual or vaginal misoprostol for medical abortions of less than 9 weeks gestation. *Human Reproduction*, 18(11), 2315-2318.

von Hertzen, H., Huong, N. T., Piaggio, G., Bayalag, M., Cabezas, E., Fang, A. H., & Peregoudov, A. (2010). Misoprostol dose and route after mifepristone for early medical abortion: A randomised controlled noninferiority trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(10), 1186-1196.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., ... Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology*, 120(5), 1070-1076.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.6

ABORTO MEDICAMENTOSO

3.6.4 MISOPROSTOL ISOLADO: REGIME RECOMENDADO

Regime recomendado antes da 13.^a semana de gestação:

800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal a cada três horas até a expulsão.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Até 9 semanas de gestação: Moderada
- 9-13 semanas de gestação: Baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Aborto com misoprostol isolado até à 9.^a semana

O único ensaio aleatorizado controlado multicêntrico para comparar diferentes intervalos posológicos de misoprostol isolado demonstrou que as taxas de aborto completo são equivalentes quando misoprostol é administrado por via vaginal a cada 3 a 12 horas ou por via sublingual a cada três horas para três doses. A administração por via sublingual apresentou uma incidência mais elevada de efeitos secundários do que a dosagem por via vaginal (von Hertzen et al., 2007). Uma revisão sistemática de 2018, resumindo os dados sobre a eficácia do misoprostol isolado para o aborto medicamentoso, constatou que a administração vaginal, bucal e sublingual resulta em taxas semelhantes de intervenção cirúrgica, enquanto a administração oral resultou em taxas significativamente maiores (Raymond, Harrison, & Weaver, 2019). Um estudo que aleatorizou mulheres com gestações até às 10 semanas, que receberam misoprostol por via bucal ou sublingual (800 mcg a cada três horas para três doses), constatou que a administração sublingual levou a um número significativamente menor de continuações da gravidez no acompanhamento, 1,1% em comparação com 5,5% (Sheldon et al. al., 2019). As mulheres no grupo da administração sublingual experimentaram mais febre e calafrios do que as mulheres no grupo de administração bucal.

Aborto com misoprostol isolado entre a 9.^a e 13.^a semana

A evidência para recomendar um regime de misoprostol isolado entre a 9.^a e 13.^a semana é escassa. Os resultados de ensaios comparativos indicam que a administração por via vaginal e sublingual apresentam eficácia semelhante e são superiores à administração por via oral (Ganguly et al, 2010; Van Bogaert e Misra, 2010). Vários pequenos estudos de coortes confirmam a eficácia das vias vaginal e sublingual e maior sucesso quando são usadas doses múltiplas de misoprostol (Carbonell Esteve et al., 1998; Carbonell et al., 1999; Carbonell et al., 2001; Grapsas et al., 2008; Kapp, Eckersberger, Lavelanet, & Rodriguez, 2018; Tang, Miao, Lee e Ho, 2002). Existe uma forte evidência em ensaios aleatorizados controlados

de regimes de misoprostol isolado que apoiam o uso de um intervalo posológico por via vaginal a cada três horas para gestações acima da 13.^a semana (von Hertzen et al., 2009). Extrapolando a partir da evidência que sustenta doses repetidas de misoprostol por via sublingual ou vaginal em gestações tanto abaixo de 9 como acima de 13 semanas, o regime baseado na evidência recomendado para gestações abaixo de nove semanas pode ser usado para as gestações entre 9 e 13 semanas.

Mulheres jovens

A segurança e eficácia do aborto com misoprostol isolado foram demonstradas em adolescentes com gravidez até às nove semanas de gestação (Velazco et al., 2000) e entre a 9.^a e 12.^a semana (Carbonell et al., 2001). As taxas de sucesso de aborto com misoprostol isolado em mulheres jovens são semelhantes às observadas em estudos com mulheres de idade superior.

Referências

- Carbonell Esteve, J. L., Varela, L., Velazco, A., Cabezas, E., Tanda, R., & Sanchez, C. (1998). Vaginal misoprostol for late first trimester abortion. *Contraception*, 57(5), 329-333.
- Carbonell, J. L., Varela, L., Velazco, A., Tanda, R., & Sanchez, C. (1999). Vaginal misoprostol for abortion at 10-13 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4(1), 35-40.
- Carbonell, J. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., & Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6(1), 39-45.
- Ganguly, R. P., Saha, S. P., Mukhopadhyay, S., Bhattacharjee, N., Bhattacharyya, S. K., & Patra, K. K. (2010). A comparative study on sublingual versus oral and vaginal administration of misoprostol for later first and early second trimester abortion. *Journal of the Indian Medical Association*, 108(5), 283-286.
- Grapsas, X., Liberis, V., Vassaras, G., Tsikouras, P., Vlachos, G., & Galazios, G. (2008). Misoprostol and first trimester pregnancy termination. *Clinical and Experimental Obstetrics and Gynecology*, 35(1), 32-34.
- Kapp, N., Eckersberger, E., Lavelanet, A., & Rodriguez, M. I. (2018). Medical abortion in the late first trimester: a systematic review. *Contraception*, ePub ahead of print.
- Raymond, E., Harrison, M., & Weaver, M. (2019). Efficacy of misoprostol alone for first-trimester medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 133, 137-147.
- Sheldon, W. R., Durocher, J., Dzuba, I. G., Sayette, H., Martin, R., Velasco, M. C., & Winikoff, B. (2019). Early abortion with buccal versus sublingual misoprostol alone: A multicenter, randomized trial. *Contraception*, 99(5), 272-277.
- Tang O. S., Miao, B. Y., Lee, S. W. H., & Ho, P. C. (2002). Pilot study on the use of repeated doses of sublingual misoprostol in termination of pregnancy up to 12 weeks gestation: Efficacy and acceptability. *Human Reproduction*, 17(3), 654-658.
- Velazco A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5(4), 227-233.
- Van Bogaert, L. J., & Misra, A. (2010). Anthropometric characteristics and success rates of oral or vaginal misoprostol for pregnancy termination in the first and second trimesters. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 109(3), 213-215.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938-1946.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoiev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.

World Health Organization. (2018). *Medical Management of Abortion*. Geneva: World Health Organization.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

ABORTO MEDICAMENTOSO

3.6.5 USO DOMICILIÁRIO DE MEDICAMENTOS ATÉ À 11.^a SEMANA DE GESTAÇÃO

3.6



Recomendação

- As mulheres podem tomar mifepristona numa unidade sanitária ou em casa.
- O uso domiciliário de misoprostol após a administração de mifepristona ou num regime de misoprostol isolado pode ser feito até a 11.^a semana de gestação.
- Após a 11.^a semana de gestação, o misoprostol deve ser administrado numa unidade sanitária.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Até 70 dias de gestação: Moderada
- Mais de 70 dias de gestação: Muito Baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Regime combinado de mifepristona e misoprostol

Tradicionalmente, os provedores de cuidados de aborto oferecem mifepristona às mulheres na unidade sanitária para iniciar o processo de aborto. Em seguida, 1 ou 2 dias mais tarde, as mulheres podem administrar misoprostol na unidade sanitária, em casa ou noutro local seguro. Devido às preferências individuais das mulheres em termos de privacidade, apoio e momento adequado, estas devem ter opções sobre o local de uso de mifepristona e misoprostol.

USO DOMICILIÁRIO DE MIFEPRISTONA

Dois estudos de coortes prospectivos não aleatorizados e multicêntricos realizados nos Estados Unidos, que incluíram conjuntamente 701 mulheres, mostraram que entre um terço e metade das mulheres às quais se ofereceu o uso de mifepristona em casa ou em unidades sanitárias optou pelo uso domiciliário (Chong et al., 2015; Swica et al., 2012). As mulheres que usaram mifepristona em casa tiveram taxas de sucesso e necessidade de apoio telefónico ou de emergência semelhantes às das mulheres que administraram mifepristona na clínica e ficaram muito satisfeitas. Em estudos semelhantes realizados no Azerbaijão (Louie et al., 2014), Nepal (Conkling, Karki, Tuladhar, Bracken e Winikoff, 2015) e Cazaquistão (Platais, Tsereteli, Grebennikova, Lotarevich e Winikoff, 2016), 74%, 72% e 64% das mulheres, respectivamente, escolheram o uso domiciliário, citando como as razões mais comuns da sua opção a flexibilidade, a capacidade de agendar outras tarefas em torno do aborto, a presença dos parceiros e uma experiência mais privada. As taxas de sucesso de aborto foram iguais nos grupos de uso domiciliário e uso hospitalar. Quando uma mulher escolhe o uso

domiciliário de mifepristona, deve programar a medicação dentro de uma semana a contar da data de consulta em que recebeu a receita ou medicação, desde que a sua gravidez não ultrapasse a 11.^a semana de gestação nesse momento.

USO DOMICILIÁRIO DE MISOPROSTOL ATÉ 70 DIAS

Uma revisão sistemática de nove estudos de coortes comparativos e prospectivos, que incluiu 4.522 mulheres até aos 56 dias de gestação, demonstrou que as taxas de aborto completo e taxas de eventos adversos foram iguais para o uso domiciliário e hospitalar do misoprostol (Ngo, Park, Shakur e Free, 2011) como parte de um regime de mifepristona e misoprostol. As mulheres incluídas nos estudos consideraram o uso domiciliário tão aceitável como o uso hospitalar. Um ensaio comparativo não aleatorizado, que incluiu 731 mulheres indianas, rurais e urbanas, com até 63 dias de gestação não encontrou nenhuma diferença no sucesso de aborto ou eventos adversos entre a administração domiciliária ou hospitalar do misoprostol (Iyengar et al., 2016). Estudos observacionais de grande dimensão até aos 59 dias (Fjerstad et al., 2009) e 63 dias de gestação (Gatter, Cleland e Nucatola, 2015; Goldstone, Walker e Hawtin, 2017; Lokeland, Iversen, Engeland, Okland e Bjorge, 2014; Louie et al, 2014; Raghvan et al, 2013) também confirmaram a segurança e eficácia do uso domiciliário de misoprostol nestas idades gestacionais.

Um estudo de coortes prospectivo de 729 mulheres, realizado nos Estados Unidos, que comparou uma dose única de 800 mcg de misoprostol administrado por via bucal, em casa, por mulheres com gravidez de 57 a 63 dias e 64 a 70 dias de gestação como parte de um regime de mifepristona-misoprostol, não mostrou nenhuma diferença entre os grupos nas taxas de sucesso, continuação da gravidez ou eventos adversos (Winikoff et al., 2012). Um ensaio de coortes prospectivo, realizado na Índia, Geórgia, Tunísia e Ucrânia comparou resultados de 703 mulheres que receberam mifepristona seguida por 400 mcg de misoprostol administrado por via sublingual em casa para gravidezes de 57 a 63 dias ou de 64 a 70 dias de gestação (Bracken et al., 2014). As taxas de sucesso e taxas de continuação da gravidez não foram diferentes entre os grupos; porém, as mulheres no grupo de idade gestacional mais avançada foram mais propensas a receber uma dose adicional de misoprostol ou a necessitar de intervenção por causa de hemorragia. Estudos adicionais de menor dimensão mostraram resultados semelhantes (Boersma, Meyboom-de Jong e Kleiverda, 2011; Platais et al., 2016; Tan et al., 2018). Duas revisões sistemáticas confirmaram a segurança e eficácia do uso domiciliário de misoprostol até às nove semanas (Gambir, Kim, Necastro, Ganatra e Ngo, 2020) e 10 semanas de gestação (Schmidt-Hansen et al, 2020). Dois grandes estudos de coortes prospectivos do Reino Unido reportaram a segurança e eficácia da telemedicina para a prestação de cuidados de aborto medicamentoso durante a pandemia da COVID-19 (Aiken, Lohr, Lord, Ghosh e Starling, 2021; Reynolds-Wright, Johnstone, McCabe, Evans e Cameron, 2021). Nestes estudos, respectivamente, 52.142 mulheres (Aiken et al., 2021) e 642 mulheres (Reynolds-Wright et al., 2021) usaram misoprostol em casa até aos 70 dias de gestação; as taxas de aborto completo para ambos os estudos foram superiores a 98% e as taxas de complicações graves foram inferiores a 1%. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG, 2014) e a *National Abortion Federation* (NAF, 2017) recomendam o uso domiciliário de misoprostol até aos 70 dias de gestação.

USO DOMICILIÁRIO DE MISOPROSTOL A PARTIR DAS 10-13 SEMANAS

Embora a segurança e eficácia do uso domiciliário de misoprostol como parte de um regime combinado de mifepristona e misoprostol esteja bem estabelecido até aos 70 dias de gestação, o limite gestacional superior a que o misoprostol pode ser usado com segurança em casa não foi bem estabelecido. Um ensaio de não-inferioridade comparou a eficácia de um regime de aborto medicamentoso de mifepristona 200 mg seguido de misoprostol 800 mcg por via bucal administrado em casa 24-48 horas depois nas mulheres com gravidezes

de 64-70 dias com as que têm gravidezes de 71-77 dias (Dzuba et al., 2020). Os investigadores encontraram uma taxa de sucesso de 92% no grupo de idade gestacional inferior em comparação com 87% no grupo de idade gestacional superior, e uma continuação significativamente mais elevada das gravidezes no grupo de idade gestacional superior (9%) em comparação com 4% no grupo de idade gestacional inferior); a dor, sangramento e aceitabilidade entre os grupos foram semelhantes. Os investigadores não conseguiram concluir que o regime de aborto medicamentoso testado era não-inferior nos dois intervalos de idade gestacional, sugerindo que são necessárias doses adicionais de misoprostol em gestações de mais de 70 dias. Um estudo de coortes prospectivo, realizado na Escócia, que reportou a segurança e eficácia da telemedicina para o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol durante a pandemia de COVID-19 incluiu mulheres com gestações até às 12 semanas (Reynolds-Wright et al., 2021). Das 663 mulheres incluídas no estudo, apenas 21 (3%) apresentavam gestações entre as 10 e 12 semanas. Quase todas as mulheres (98%) tiveram um aborto bem-sucedido; houve nove falhas de aborto (1,4%), das quais apenas uma ocorreu após as 10 semanas. Um pequeno estudo de coorte retrospectivo comparou a segurança e a eficácia do uso domiciliário de misoprostol para aborto medicamentoso no período entre 57-63 dias de gestação ao uso domiciliário no período entre 64-76 dias de gestação (Larsson e Ronnberg, 2019). As mulheres receberam mifepristona na unidade sanitária e se auto-administraram uma dose única de 800mcg de misoprostol por via vaginal em casa, 36-48 horas depois, seguida de até quatro doses adicionais de 400mcg se o sangramento não ocorresse. As taxas de sucesso foram de 96% e 94% nos grupos gestacionais anteriores e posteriores, embora mais mulheres no grupo posterior tivessem uma continuação da gravidez (uma versus quatro). Não houve nenhuma diferença em termos de aborto incompleto, sangramento excessivo, intervenção cirúrgica ou retorno não programado à unidade sanitária entre os grupos. Não há dados comparativos sobre o uso domiciliário de misoprostol como parte de um regime combinado após 11 semanas de gestação. A Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que quando as mulheres têm acesso a uma fonte de informação precisa e a um provedor de cuidados de saúde, podem auto-gerir o processo de aborto até às 12 semanas de gestação, apesar desta falta de evidências. A OMS apela a uma investigação rigorosa para estabelecer a segurança, eficácia e aceitabilidade do aborto medicamentoso em regime ambulatorio para gravidez de 9-12 semanas de gestação (OMS, 2015; OMS, 2018).

Regime de misoprostol isolado

Nenhum estudo comparou directamente a segurança e eficácia do uso domiciliário de misoprostol num regime de misoprostol isolado com o uso hospitalar. No entanto, vários estudos sobre o uso de misoprostol isolado permitiram às mulheres auto-administrarem a medicação em casa até às nove semanas de gestação sem efeitos na segurança ou sucesso do aborto medicamentoso (Blum et al., 2012; Ngoc et al., 2011). Para além disso, três pequenos estudos de coortes prospectivos sobre aborto com misoprostol isolado realizados em Cuba permitiram o uso domiciliário da medicação até à 9.^a (Carbonell, Valera, Velazco, Fernandez e Sanchez, 1997; Velazco et al., 2000), ou entre a 9.^a e 12.^a semana de gestação (Carbonell et al., 2001) sem nenhum efeito na segurança ou sucesso. Em dois estudos que envolveram apenas adolescentes (Carbonell et al., 2001; Velazco et al., 2000), constataram-se taxas de náuseas e vômitos mais elevadas do que as observadas em estudos com mulheres adultas.

Referências

Aiken, A., Lohr, P.A., Lord, J., Ghosh, N., & Starling, J. (2021). Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion provided via telemedicine: a national cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*. Published online 18 February 2021. Doi: 10.1111/1471-0528.16668.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2014). Practice bulletin No. 143: Medical management of first-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(3), 676-692.

- Blum, J., Raghavan, S., Dabash, R., Ngoc, N. T. N., Chelli, H., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2012). Comparison of misoprostol-only and combined mifepristone-misoprostol regimens for home-based early medical abortion in Tunisia and Vietnam. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 118, 166-171.
- Boersma, A. A., Meyboom-de Jong, B., & Kleiverda, G. (2011). Mifepristone followed by home administration of buccal misoprostol for medical abortion up to 70 days of amenorrhoea in a general practice in Curacao. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 16(2), 61-66.
- Bracken, H., Dabash, R., Tsertsvadze, G., Posohova, S., Shah, M., Hajri, S., ... Winikoff, B. (2014). A two-pill sublingual misoprostol outpatient regimen following mifepristone for medical abortion through 70 days' LMP: A prospective comparative open-label trial. *Contraception*, 89(3), 181-186.
- Carbonell, J. L. L., Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, C., Barambio, S., ... Mari, J. (2001). Misoprostol for abortion at 9-12 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 6, 39-45.
- Carbonell, J. L. L., Varela, L., Velazco, A., Fernandez, C., & Sanchez, C. (1997). The use of misoprostol for abortion at ≤ 9 weeks' gestation. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2(3), 181-185.
- Chong, E., Frye, L. J., Castle, J., Dean, G., Kuehl, L., & Winikoff, B. (2015). A prospective, non-randomized study of home use of mifepristone for medical abortion in the US. *Contraception*, 92(3), 215-9.
- Conkling, K., Karki, C., Tuladhar, H., Bracken, H., & Winikoff, B. (2015). A prospective open-label study of home use of mifepristone for medical abortion in Nepal. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 128(3), 220-223.
- Dzuba, I.G., Chong, E., Hannum, C., Lichtenberg, S., Hernandez, E.M.L., Ngoc, N. ... & Winikoff, B. (2020). A non-inferiority study of outpatient mifepristone-misoprostol medical abortion at 64-70 days and 71-77 days of gestation. *Contraception*, 1014 302-308.
- Fjerstad, M., Sivin, I., Lichtenberg, S., Trussell, J., Cleland, K., & Cullins, V. (2009). Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*, 80(3), 282-286.
- Gambir, K., Kim, C., Necastro, K.A., Gantatra, B., & Ngo, T.D. (2020). Self-administered versus provider-administered medical abortion. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art No: CD013181.
- Gatter, M., Cleland, K., & Nucatola, D. L. (2015). Efficacy and safety of medical abortion using mifepristone and buccal misoprostol through 63 days. *Contraception*, 91(4), 269-73.
- Goldstone, P., Walker, C., & Hawtin, K. (2017). Efficacy and safety of mifepristone-buccal misoprostol for early medical abortion in an Australian setting. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57, 366-371.
- Iyengar, K., Klingberg-Allvin, M., Iyengar, S. D., Paul, M., Essen, B., & Gemzell-Danielsson, K. (2016). Home use of misoprostol for early medical abortion in a low resource setting: A secondary analysis of a randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(2), 173-181.
- Larsson, A., & Ronnberg, A. M. (2019). Expanding a woman's options to include home use of misoprostol for medical abortion up until 76 days: An observational study of efficacy and safety. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(6), 747-752.
- Lokeland, M., Iversen, O.E., Engeland, A., Okland, I., & Bjorge, L. (2014). Medical abortion with mifepristone and home administration of misoprostol up to 63 days gestation. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 93(7), 647-653.
- Louie, K.S., Tsereteli, T., Chong, E., Aliyeva, F., Rzayeva, G., & Winikoff, B. (2014). Acceptability and feasibility of mifepristone medical abortion in the early first trimester in Azerbaijan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19(6), 457-464.
- National Abortion Federation. (2017). *Clinical policy guidelines for abortion care*. Washington D. C.: National Abortion Federation.
- Ngo, T. D., Park, M. H., Shakur, H., & Free, C. (2011). Comparative effectiveness, safety and acceptability of medical abortion at home and in a clinic: A systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 89(5), 360-370.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Raghavan, S., Nga, N. T., Dabash, R., Diop, A., & Winikoff, B. (2011). Comparing two early medical abortion regimens: Mifepristone+misoprostol vs. misoprostol alone. *Contraception*, 83, 410-417.

Platais, I., Tsereteli, T., Grebennikova, G., Lotarevich, T., & Winikoff, B. (2016). Prospective study of home use of mifepristone and misoprostol for medical abortion up to 10 weeks of pregnancy in Kazakhstan. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 134(3), 268-271.

Raghavan, S., Tsereteli, T., Kamilov, A., Kurbanbekova, D., Yusupov, D., Kasimova, F., ... Winikoff, B. (2013). Acceptability and feasibility of the use of 400mcg of sublingual misoprostol after mifepristone for medical abortion up to 63 days since the last menstrual period: Evidence from Uzbekistan. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(2), 104-111.

Reynolds-Wright, J.J., Johnstone, A., McCabe, K., Evans, E., & Cameron, S. (2021). Telemedicine medical abortion at home under 12 weeks; gestation: A prospective observational cohort study during the COVID-19 pandemic. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, Published online first 4 February 2021. Doi: 10.1136/bmjsh-2020-200976.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2019). *Abortion care*. NICE Guideline, NG140. <https://www.nice.org.uk/guidance/NG140>. Accessed February 12, 2021.

Schmidt-Hansen, M., Pandey, A., Lohr, P.A., Nevill, M., Taylor, P., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Expulsion at home for early medical abortion: A systematic review with meta-analyses. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-9

Swica, Y., Chong, E., Middleton, T., Prine, L., Gold, M., Schreiber, C. A., & Winikoff, B. (2012). Acceptability of home use of mifepristone for medical abortion. *Contraception*, 88(1), 122-127.

Tan, Y. L., Singh, K., Tan, K. H., Gosavi, A., Koh, D., Abbas, D., & Winikoff, B. (2018). Acceptability and feasibility of outpatient medical abortion with mifepristone and misoprostol up to 70 days gestation in Singapore. *European Journal of Obstetrics, Gynecology and Reproductive Biology*, 229, 144-147.

Velazco, A., Varela, L., Tanda, R., Sanchez, S., Barambino, S., Chami, S., ... Carbonell, J. L. L. (2000). Misoprostol for abortion up to 9 weeks' gestation in adolescents. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 5, 227-233.

Winikoff, B., Dzuba, I. G., Chong, E., Goldberg, A. B., Lichtenberg, E. S., Ball, C., & Swica, Y. (2012). Extending outpatient medical abortion services through 70 days of gestational age. *Obstetrics & Gynecology*, 120, 1070-1076.

World Health Organization. (2015). *Health worker roles in providing safe abortion care and post-abortion contraception*. Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3.6

ABORTO MEDICAMENTOSO 3.6.6 CONFIRMAÇÃO DO SUCESSO

Recomendação

- A maioria das mulheres submetidas a um aborto medicamentoso com um regime combinado de mifepristona e misoprostol tem um aborto bem-sucedido; o acompanhamento de rotina não é necessário.
- As mulheres que usam um regime de misoprostol isolado para aborto medicamentoso precisam de acompanhamento médico para garantir que o aborto foi bem-sucedido.
- Os provedores de cuidados de aborto podem realizar uma avaliação clínica para auxiliar na confirmação de aborto bem-sucedido.
- A ecografia ou outros testes são apenas necessários nos casos em que o diagnóstico não é claro.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol

A taxa de sucesso de uso de mifepristona seguida por misoprostol para o aborto medicamentoso até à 10.^a semana de gestação é superior a 95%, com taxas de continuação da gravidez inferiores a 2% (Chen e Creinin, 2015; Kulier et al., 2011; Raymond, Shannon, Weaver e Winikoff, 2012). A Organização Mundial da Saúde (OMS) defende que o acompanhamento rotineiro depois do aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol não é necessário (2014). Várias estratégias foram analisadas para confirmar o sucesso do aborto medicamentoso e identificar rara continuação da gravidez quando se usa o regime de mifepristona e misoprostol.

AValiação das mulheres sobre o sucesso do aborto

As evidências indicam que as mulheres podem determinar com precisão quando o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol foi bem-sucedido—isto é, se a expulsão da gravidez ocorreu. Em estudos de comparação entre as avaliações das mulheres sobre a expulsão com base nos seus sintomas e as avaliações realizadas por clínicos (Cameron, Glasier, Johnstone, Dewart e Campbell, 2015; Clark et al., 2010; Perriera et al., 2010; Rossi, Creinin e Meyn, 2004) e por ecografia (Rossi et al., 2004), as mulheres provaram repetidamente ter uma exactidão quase tão grande quanto estas duas avaliações.

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Os provedores de serviços de saúde podem ajudar a confirmar o sucesso do aborto com mifepristona e misoprostol numa consulta de acompanhamento, revendo o histórico de uma paciente e realizando um exame bimanual, se indicado. Em estudos que compararam a avaliação clínica com a da ecografia (Rossi et al., 2004; Pymar, Creinin e Schwartz, 2001), os profissionais clínicos determinaram a expulsão da gravidez com elevados níveis de exactidão.

ECOGRAFIA

A ecografia pode ser usada para confirmar o aborto bem-sucedido, mas não é necessária e pode aumentar os custos e a complexidade do aborto medicamentoso, particularmente em locais onde os provedores de cuidados são inexperientes na leitura da ecografia pós-aborto medicamentoso (Kaneshiro, Edelman, Sneeringer e Gómez Ponce de León, 2011). A ecografia é útil nos casos em que existam dúvidas relativas à continuação da gravidez.

TESTE SÉRICO DE GRAVIDEZ

O teste sérico de gravidez foi usado como uma alternativa à ecografia para diagnosticar a continuação da gravidez após mifepristona e misoprostol e compara-se favoravelmente à ecografia na redução de intervenções no momento do acompanhamento (Clark, Panton, Hann e Gold, 2007; Dayananda, Maurer, Fortin e Goldberg, 2013; Fiala, Safar, Bygdeman e Gemzell-Danielsson, 2003). O teste sérico de gravidez é mais útil quando tiver sido obtida uma pré-colheita de hCG para efeitos de comparação; a hCG diminui em mais de 90%, sete dias após a administração da mifepristona no caso de um aborto medicamentoso bem-sucedido (Pocius et al., 2016). Um nível sérico de hCG abaixo de 900 UI 14-21 dias após o aborto medicamentoso precoce (< 63 dias de gestação) exclui a continuação da gravidez (Le Lous et al., 2018).

TESTE URINÁRIO DE GRAVIDEZ

Um teste urinário de gravidez negativo é tranquilizador em como o aborto foi bem-sucedido. Contudo, embora raramente, acontecem casos em que um teste de gravidez é negativo mas a mulher continua grávida (falso negativo). Tanto os testes urinários de gravidez de alta sensibilidade como os de baixa sensibilidade podem ter resultados positivos, mesmo quando o aborto medicamentoso foi bem-sucedido (falso positivo) (Cameron, Glasier, Dewart, Johnstone e Burnside, 2012; Clark et al, 2010; Godfrey, Anderson, Fielding, Meyn e Creinin, 2007; Perriera et al., 2010). Vários estudos examinaram o uso de testes urinários de gravidez de baixa sensibilidade (Cameron et al., 2012; Cameron et al, 2015; Constant, Harries, Daskilewicz, Myer e Gemzell-Danielsson, 2017; Iyengar et al, 2015; Michie e Cameron, 2014) e semi-quantitativos ou multiníveis (Anger et al., 2019; Oppegaard et al, 2015; Raymond et al, 2017a; Raymond et al, 2017b), muitas vezes em combinação com uma lista de verificação de sintomas, para confirmar o sucesso do aborto medicamentoso ou identificar a continuação da gravidez sem regressar para o acompanhamento. Uma revisão sistemática de 2018 avaliou a exactidão do uso do teste de gravidez de baixa sensibilidade para identificar continuação de gravidez após o aborto medicamentoso (Raymond, Shocket, & Bracken, 2018a); constatou que um teste de gravidez de baixa sensibilidade positivo ou inválido teve apenas sensibilidade moderada para detectar a continuação de gravidez. Uma meta-análise realizada em 2017, que incluiu sete estudos que examinaram o uso de testes de gravidez multiníveis para confirmar o sucesso do aborto quando se usa o regime combinado até à 9.^a semana de gestação, constatou que os testes identificaram todas as gravidezes continuadas (21 de 1599 participantes, 1,3%) e que a maioria das mulheres consegue realizar os testes em casa com sucesso (Raymond et al., 2017a).

Duas revisões sistemáticas em 2019 compararam os resultados de mulheres que auto-avaliaram o sucesso do aborto medicamentoso domiciliário usando um teste urinário de gravidez de baixa sensibilidade ou semi-quantitativo em combinação com uma folha de instruções com ilustrações, lista de verificação de sintomas ou nenhuma lista de verificação com mulheres que receberam acompanhamento clínico de rotina (Baiju, Acharya, D'Antonio & Berg, 2019; Schmidt-Hansen, Cameron, Lohr & Hasler, 2019). Ambas as revisões incluíram quatro estudos e mais de 5000 mulheres e concordaram que não houve diferenças no sucesso do aborto, continuação da gravidez, necessidade de intervenção cirúrgica ou incidência de infecção ou hemorragia entre os grupos de auto avaliação e acompanhamento clínico. No entanto, um estudo de coortes prospectivo de 2018 observou que 14% das mulheres, quando receberam instruções para usar a análise de sintomas e o teste de gravidez multinível para determinar o sucesso do aborto, falhou em implementar essas medidas correctamente, embora nenhuma das mulheres tenha tido uma continuação de gravidez ou evento adverso grave (Raymond et al., 2018b).

Aborto medicamentoso com misoprostol isolado

Devido à taxa de sucesso mais baixa (80-85%) e à taxa de continuação da gravidez mais elevada após o regime de misoprostol isolado para induzir o aborto antes da 13.^a semana de gestação (von Hertzen et al., 2007), a OMS recomenda o acompanhamento clínico de rotina para todas as mulheres submetidas ao aborto medicamentoso com misoprostol isolado para garantir o sucesso do mesmo (OMS, 2014).

AVALIAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO

Não foram realizados estudos para examinar diferentes estratégias para determinar o sucesso do aborto quando se usa o regime de misoprostol isolado. As possíveis estratégias de acompanhamento, extrapoladas a partir dos estudos sobre o regime combinado (detalhado acima) e dados programáticos, incluem a história clínica e exame físico, exame bimanual, ecografia e/ou um teste sérico ou urinário de gravidez para excluir a possibilidade de continuação da gravidez.

Referências

- Anger, H., Dabash, R., Pena, M., Coutino, D., Bousiequez, M., Sanhueza, P., & Winikoff, B. (2019). Use of an at-home multilevel pregnancy test and an automated call-in system to follow-up the outcome of medical abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 144(1), 97-102.
- Baiju, N., Acharya, G., D'Antonio, F., & Berg, R. C. (2019). Effectiveness, safety and acceptability of self-assessment of the outcome of first-trimester medical abortion: A systematic review and meta-analysis. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(13), 1536-1544.
- Cameron, S. T., Glasier, A., Dewart, H., Johnstone, A., & Burnside, A. (2012). Telephone follow-up and self-performed urine pregnancy testing after early medical abortion: A service evaluation. *Contraception*, 86(1), 67-73.
- Cameron, S. T., Glasier, A., Johnstone, A., Dewart, H., & Campbell, A. (2015). Can women determine the success of early medical termination of pregnancy themselves? *Contraception*, 91, 6-11.
- Clark, W., Bracken, H., Tanenhaus, J., Schweikert, S., Lichtenberg, E. S., & Winikoff, B. (2010). Alternatives to a routine follow-up visit for early medical abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 115(2 Pt 1), 264-272.
- Clark, W., Panton, T., Hann, L., & Gold, M. (2007). Medication abortion employing routine sequential measurements of serum hCG and sonography only when indicated. *Contraception*, 75(2), 131-135.
- Chen, M. J., & Creinin, M. D. (2015). Mifepristone with buccal misoprostol for medical abortion: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 126(1), 12-21.
- Constant, D., Harries, J., Daskilewicz, K., Myer, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2017). Is self-assessment of medical abortion using a low-sensitivity pregnancy test combined with a checklist and phone text messages feasible in South African primary healthcare settings? A randomized trial. *PLoS One*, 12(6), e0179600. Doi: 10.1371/journal.pone.0179600.

Dayananda, I., Maurer, R., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2013). Medical abortion follow-up with serum human chorionic gonadotropin compared with ultrasonography: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 121(3), 607-613.

Fiala, C., Safar, P., Bygdeman, M., & Gemzell-Danielsson, K. (2003). Verifying the effectiveness of medical abortion; ultrasound versus hCG testing. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 109(2), 190-195.

Godfrey, E. M., Anderson, A., Fielding, S. L., Meyn, L., & Creinin, M. D. (2007). Clinical utility of urine pregnancy assays to determine medical abortion outcome is limited. *Contraception*, 75(5), 378-382.

Iyengar, K., Paul, M., Iyengar, S. D., Klingberg-Allvin, M., Essen, B., Bring, J., ... Gemzell-Danielsson, K. (2015). Self-assessment of the outcome of early medical abortion vs. clinic follow-up in India: A randomised, controlled, non-inferiority trial. *Lancet Global Health*, 3(9), e537-545.

Kaneshiro, B., Edelman, A., Sneeringer, R. K., & Gómez Ponce de León, R. (2011). Expanding medical abortion: Can medical abortion be effectively provided without the routine use of ultrasound? *Contraception*, 83(3), 194-201.

Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (11), CD002855.

Le Lous, M., Gallinand, A. C., Laviolle, B., Peltier, L., Nyangoh Timoh, K., & Lavoue, V. (2018). Serum hCG threshold to assess medical abortion success. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 23(6), 458-463.

Michie, L., & Cameron, S. T. (2014). Simplified follow-up after early medical abortion: 12 months experience of a telephone call and self-performed low sensitivity urine pregnancy test. *Contraception*, 89(5), 440-445.

Oppegaard, K. S., Qvigstad, R., Fiala, C., Heikinheimo, O., Benson, L., & Gemzell-Danielsson, K. (2015). Clinical follow-up compared with self-assessment of outcome after medical abortion: A multicentre, non-inferiority, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385(9969), 698-704.

Perriera, L. K., Reeves, M. F., Chen, B. A., Hohmann, H. L., Hayes, J., & Creinin, M. D. (2010). Feasibility of telephone follow-up after medical abortion. *Contraception*, 81(2), 143-149.

Pocius, K. D., Bartz, D., Maurer, R., Stenquist, A., Fortin, J., & Goldberg, A. B. (2016). Serum human chorionic gonadotropin (hCG) trend within the first few days after medical abortion: A prospective study. *Contraception*, 94(4), 394-395.

Pymar H., Creinin, M. D., Schwartz, J. L. (2001). Mifepristone followed on the same day by vaginal misoprostol for early abortion. *Contraception*, 64, 87-92.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2012). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.

Raymond, E. G., Shochet, T., Blum, J., Sheldon, W. R., Platais, I., Bracken, H., ... Winikoff, B. (2017a). Serial multilevel urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A meta-analysis. *Contraception*, 95(5), 442-448.

Raymond, E. G., Shochet, T., & Bracken, H. (2018a). Low-sensitivity urine pregnancy testing to assess medical abortion outcome: A systematic review. *Contraception*, 58, 30-35.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D. N., ... Weaver, M. A. (2017b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception*, DOI: 10.1016/j.contraception.2017.12.004. epub ahead of print.

Raymond, E. G., Tan, Y. L., Grant, M., Benavides, E., Reis, M., Sacks, D., ... Weaver, M. A. (2018b). Self-assessment of medical abortion outcome using symptoms and home pregnancy testing. *Contraception*, 97, 324-328.

Rossi, B., Creinin, M. D., & Meyn, L. A. (2004). Ability of the clinician and patient to predict the outcome of mifepristone and misoprostol medical abortion. *Contraception*, 70(4), 313-317.

Schmidt-Hansen, M., Cameron, S., Lohr, P. A., & Hasler, E. (2019). Follow-up strategies to confirm the success of medical abortion of pregnancies up to 10 weeks' gestation: A systematic review with meta-analyses. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(6):551-563.

von Hertzen, H., Piaggio, G., Huong, N. T., Arustamyan, K., Cabezas, E., Gomez, M., & Peregoudov, A. (2007). Efficacy of two intervals and two routes of administration of misoprostol for termination of early pregnancy: A randomised controlled equivalence trial. *The Lancet*, 369(9577), 1938-1946.

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Actualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

3. Recomendações para o aborto antes da 13.^a semana de gestação

ABORTO MEDICAMENTOSO

3.6.7 RESULTADOS DA ECOGRAFIA NO ACOMPANHAMENTO

3.6

Recomendação

Se os clínicos escolherem usar ecografia para efeitos do acompanhamento do aborto medicamentoso, o único resultado de ecografia que requer intervenção é uma continuação da gravidez viável.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Contextualização

Não é necessário usar a ecografia para prestar serviços de aborto (OMS, 2014), porém, esta pode ser comum nalguns locais. A ecografia para acompanhamento após aborto medicamentoso tem limitações de diagnóstico. Excepto para o caso de continuação de uma gravidez viável, as intervenções após um aborto medicamentoso devem basear-se em sintomas clínicos e não nos resultados da ecografia.

Resultados da ecografia no acompanhamento

Hiperplasia (espessamento) do endométrio: Após um aborto medicamentoso bem-sucedido, a espessura endometrial varia e pode estar associada a uma aparência complexa ou heterogénea.



Hiperplasia endometrial

Cortesia de Mary Fjerstad

Vários estudos de coortes retrospectivos e prospectivos mostraram que a espessura endometrial tem um intervalo muito alargado nas mulheres após o aborto medicamentoso,

com sobreposição significativa entre mulheres com aborto medicamentoso mal-sucedido ou bem-sucedido (Cowett, Cohen, Lichtenberg e Stika, 2004; Markovitch, Tepper, Klein, Fishman e Aviram, 2006; Parashar, Iversen, Midbøe, Myking e Bjørge, 2007; Rørbye, Nørsgaard e Nilas, 2004; Tzeng, Hwang, Au e Chien, 2013). Numa análise combinada de 2208 mulheres uma semana após o aborto medicamentoso, após a exclusão das mulheres com saco gestacional persistente, a média da espessura endometrial foi de 10,9 mm em mulheres que não necessitaram de mais intervenções e de 14,5 mm em 30 mulheres que necessitaram de intervenções (Reeves, Fox, Lohr e Creinin, 2009). Embora a média da espessura endometrial em mulheres que necessitam de intervenções tenda a ser mais elevada, por causa do intervalo e sobreposição entre abortos mal e bem-sucedidos, nenhum estudo constatou que existisse uma espessura superior à espessura que pode obter-se através de um diagnóstico de aborto medicamentoso mal-sucedido. A decisão de intervir deve ser feita com base nos sinais e sintomas clínicos, tais como sangramento contínuo ou intenso, e não com base nos resultados da ecografia.

Saco gestacional persistente: Um saco gestacional persistente, no qual o saco está presente, mas não existe nenhum tecido embrionário viável, ocorre em menos de 1% dos abortos medicamentosos com o regime recomendado de mifepristona e misoprostol. (Creinin et al., 2004; Creinin et al., 2007; Winikoff et al., 2008). Um saco gestacional persistente não é uma gravidez viável e pode tratar-se com aspiração, uma segunda dose de misoprostol ou gestão da mulher grávida de acordo com as preferências da mesma. Num estudo de mulheres com um saco gestacional persistente num prazo de 11 dias após aborto medicamentoso, constatou-se que uma segunda dose de misoprostol levaria à expulsão em 69% das mulheres (Reeves, Kudva e Creinin, 2008).



Saco gestacional persistente

Cortesia de Mary Fjerstad

Continuação da gravidez viável: A continuação da gravidez, na qual estão presentes um saco em crescimento e/ou embrião com actividade cardíaca, ocorre em menos de 1% dos casos de aborto medicamentoso com o regime recomendado de mifepristona e misoprostol (Von Hertzen et al., 2009; Winikoff et al. al., 2008). Algumas mulheres serão capazes de identificar este resultado sem precisar da ecografia devido à falta de sangramento ou sintomas de continuação da gravidez. A uma mulher que apresente continuação da gravidez deve disponibilizar-se o esvaziamento intra-uterino o mais cedo possível com aspiração intra-uterina ou uma segunda dose de misoprostol, dependendo da idade gestacional e do contexto local. A taxa de sucesso do misoprostol após a falha do aborto medicamentoso é de 36% (Reeves et al., 2008; OMS, 2014). Se a mulher escolher uma segunda dose de misoprostol, terá de receber acompanhamento para se certificar de que o aborto foi bem-sucedido.

Referências

- Cowett, A. A., Cohen, L. S., Lichtenberg, E. S., & Stika, C. S. (2004). Ultrasound evaluation of the endometrium after medical termination of pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 871-875.
- Creinin, M. D., Fox, M. C., Teal, S., Chen, A., Schaff, E. A., & Meyn, L. A. (2004). A randomized comparison of misoprostol 6 to 8 hours versus 24 hours after mifepristone for abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 103(5, Part 1), 851-859.
- Creinin, M. D., Schreiber, C. A., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M. S., & Meyn, L. A. (2007). Mifepristone and misoprostol administered simultaneously versus 24 hours apart for abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 109(4), 885-894.
- Markovitch, O., Tepper, R., Klein, Z., Fishman, A., & Aviram, R. (2006). Sonographic appearance of the uterine cavity following administration of mifepristone and misoprostol for termination of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 34(6), 278-282.
- Parashar, P., Iversen, O. E., Midbøe, G., Myking, O., & Bjørge, L. (2007). Medical abortion in the first trimester: The use of serum hCG and endometrial thickness as markers of completeness. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 12(4), 366-371.
- Reeves, M., Fox, M., Lohr, P., & Creinin, M. (2009). Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 34(1), 104-109.
- Reeves, M. F., Kudva, A., & Creinin, M. D. (2008). Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*, 78(4), 332-335.
- Rørbye, C., Nørgaard, M., & Nilas, L. (2004). Prediction of late failure after medical abortion from serial β -hCG measurements and ultrasonography. *Human Reproduction*, 19(1), 85-89.
- Tzeng, C.R., Hwang, J.L., Au, H.K., & Chien, L.W. (2013). Sonographic patterns of the endometrium in assessment of medical abortion outcomes. *Contraception*, 88(1), 153-9.
- Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Marions, L., My Huong, N., Tang, O., & Mittal, S. (2009). Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: A randomised factorial controlled equivalence trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 116(3), 381-389.
- Winikoff, B., Dzuba, I. G., Creinin, M. D., Crowden, W. A., Goldberg, A. B., Gonzales, J., . . . Shannon, C. S. (2008). Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 112(6), 1303-1310.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4.1



4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

QUEM SE SUBMETE A UM ABORTO DURANTE OU APÓS A 13.^a SEMANA DE GESTAÇÃO?

Informações essenciais

As mulheres que se apresentam para ser submetidas a um aborto durante ou após a 13.^a semana de gravidez têm uma maior probabilidade do que aquelas que se apresentam em etapas anteriores da gravidez de ser jovens ou vítimas de violência, ter detectado a sua gravidez mais tarde, ter sentimentos ambivalentes quanto à decisão de fazer um aborto e/ou ter barreiras financeiras e logísticas à prestação de cuidados. Além disso, as mulheres podem não ter indicações médicas ou fetais para um aborto que sejam aparentes antes da 13.^a semana de gestação. As razões para se apresentarem na 13.^a semana ou depois parecem ser semelhantes em vários países e culturas e afectam desproporcionalmente mulheres com poucos recursos.

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Epidemiologia do aborto durante ou após a 13.^a semana

Ainda que os abortos durante ou após a 13.^a semana de gestação constituam uma minoria (cerca de 10% a 15%) do total de abortos a nível mundial, são responsáveis pela maior parte das complicações graves relacionadas com o aborto (Harris e Grossman, 2011; Jatlaoui et al., 2019; Loeber e Wijzen, 2008). Em ambientes mais restritivos ou onde o acesso ao aborto seguro é limitado, a apresentação durante ou após a 13.^a semana de gestação para assistência pós-aborto é mais comum. No Camboja, 17% de mulheres que necessitam assistência pós-aborto apresentam-se durante ou após a 13.^a semana de gestação, na Etiópia 38% e no Quênia 41% (African Population and Health Research Center, Ministry of Health Kenya, Ipas Kenya e Guttmacher Institute, 2013; Fetters, Vonthanak, Picardo e Rathavy, 2008; Gebreselassie et al., 2010).

Por que as mulheres precisam de abortos durante ou após a 13.^a semana?

Idade jovem: As mulheres jovens têm uma probabilidade desproporcionada de procurar o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação. Nos Estados Unidos, 23,7% das adolescentes com menos de 15 anos e 12,4% das adolescentes de 15 a 19 anos que procuram serviços de aborto fazem-no após a 13.^a semana de gestação (Jatlaoui et al., 2019). Na Cidade do México, as adolescentes representavam 9% do total de mulheres que procuraram fazer um aborto entre 2007 e 2015; para além disso, representaram também 13% das mulheres que procuraram fazer um aborto depois da 12.^a semana de gestação (Saavedra-Avendano et al., 2018). Estudos mais pequenos de caso-controlo e de coortes na Etiópia, Índia, Nepal, Singapura e Estados Unidos consideraram que a idade jovem é um factor de risco para uma apresentação mais tardia (Bonnen, Tuijje e Rasch, 2014; Foster e Kimport, 2013; Lim, Wong, Yong e Singh, 2012; Sowmini, 2013).

Detecção tardia da gravidez: Um factor de risco comum em todos os estudos de mulheres que se apresentam para o aborto durante ou após a 13.^a semana é o reconhecimento tardio da gravidez. Ausência de sinais e sintomas de gravidez, irregularidade menstrual, uso de contraceptivos ou amenorreia após uma gravidez recente podem ocultar os sinais físicos da gravidez e atrasar o diagnóstico da gravidez (Constant, Kluge, Harries, & Grossman, 2019; Drey et al., 2006; Foster e Kimport, 2013; Gallo e Nghia, 2007; Harries, Orner, Gabriel e Mitchell, 2007; Ingham, Lee, Clements e Stone, 2008; Jones e Jerman, 2017; Purcell et al., 2014). Num estudo de caso-controlo nos Estados Unidos, as mulheres que procuraram fazer um aborto após a 20.^a semana de gestação tinham uma probabilidade muito mais elevada de já estarem grávidas há oito ou mais semanas no momento em que descobriram que estavam grávidas (68%), em comparação com as mulheres que fizeram aborto antes da 13.^a semana de gestação (12%) (Foster e Kimport, 2013).

Ambivalência e/ou dificuldade em tomar a decisão de abortar: Algumas mulheres precisam de tempo para tomar uma decisão devido a pressões sociais, receios, atitudes religiosas e mudanças no relacionamento. Para outras mulheres, novas circunstâncias (como abandono pelo parceiro) fazem com que algumas mulheres procurem um aborto depois de inicialmente planearem continuar a gravidez (Foster e Kimport, 2013; Gallo e Nghia, 2007; Harries et al., 2007). Família e amigos desencorajadores também podem atrasar a procura de serviços por parte da mulher (Waddington, Hahn e Reid, 2015).

Barreiras financeiras e logísticas: Estudos realizados nos Estados Unidos mostram que o desemprego e falta de seguros de saúde são os factores de risco para a apresentação durante ou após a 13.^a semana (Gonzalez, Quast, & Venanzi, 2019; Raidoo, Tschann, Kaneshiro e Sentell, 2020). A nível mundial, a pobreza (Usta, Mitchell, Gebreselassie, Brookman-Amisshah e Kwizera, 2008), estatuto de imigrante (González-Rabago, Rodríguez-Alvarez, Borrell e Martin, 2017; Loeber e Wijssen, 2008), residência em zonas rurais (Bonnen et al., 2014; Ushie, Izugbara, Mutua e Kabiru, 2018) e falta de emprego (Van de Velde, Van Eekert, Van Assche, Sommerland e Wouters, 2019) são factores de risco adicionais. Além disso, por se tratar de um aborto tardio e este ser muitas vezes mais caro, os atrasos podem estar relacionados com a angariação de dinheiro suficiente para cobrir o custo do procedimento (Foster e Kimport, 2013; Kiley, Yee, Niemi, Feinglass e Simon, 2010). Os serviços de aborto durante ou após a 13.^a semana são oferecidos num número limitado de unidades sanitárias e para muitas mulheres a logística da viagem pode ser difícil. Num estudo de caso-controlo de mulheres que se apresentaram nos serviços de aborto com mais de 20 semanas de gestação, foi muito mais provável que tivessem viajado mais de três horas para aceder aos serviços do que no caso das mulheres com gestações menos longas. (Foster e Kimport, 2013). As pacientes com gravidez de 13 ou mais semanas de gestação podem ser encaminhadas por outros provedores de saúde ou ter dificuldade em encontrar um provedor de cuidados de aborto antes de finalmente acederem aos cuidados (Drey et al., 2006; Harries et al., 2007). As mulheres também podem precisar de viajar para fora do seu próprio país para aceder ao aborto legal após a 13.^a semana de gestação (Cameron et al., 2016; Loeber e Wijssen, 2008).

Indicações fetais: O diagnóstico pré-natal de anomalias fetais ocorre normalmente após as primeiras 12 semanas de gravidez e as mulheres podem tomar a decisão de interromper a gravidez com base no diagnóstico (Lyus, Robson, Parsons, Fisher e Cameron, 2013).

Indicações maternas: Uma mulher pode ter uma condição médica que se agrave durante a gravidez ou pode surgir uma nova condição durante a gravidez que coloque em perigo a vida ou a saúde da mulher (Kiver, Altmann, Kamhieh-Milz e Weichert, 2019). A pré-eclâmpsia grave ou ruptura prematura de membranas podem exigir a interrupção da gravidez para salvar a vida da mulher (American College of Obstetrics and Gynecology, 2015).

Vítimas de violência: As vítimas de violência têm um risco mais elevado de se apresentarem tardiamente (Colarossi e Dean, 2014; Perry et al., 2015).

Falha de aborto: Embora as falhas sejam raras, é possível que as mulheres que apresentam continuação da gravidez após o aborto realizado antes da 13.^a semana não descobrirem que ainda estão grávidas até depois da 13.^a semana de gestação (Gallo e Nghia, 2007).

Crenças culturais: Em casos raros, existem crenças locais de que fazer um aborto durante ou após a 13.^a semana é mais seguro do que realizá-lo durante as primeiras 12 semanas de gravidez, fazendo com que as mulheres adiem a procura dos serviços (Marlow et al., 2014).

Referências

- African Population and Health Research Center, Ministry of Health Kenya, Ipas Kenya, & Guttmacher Institute. (2013). Incidence and complications of unsafe abortion in Kenya: Key findings of a national study. Retrieved from <https://www.guttmacher.org/pubs/abortion-in-Kenya.pdf>
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013, reaffirmed 2015). Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1394-1406.
- Bonnen, K. I., Tuijje, D. N., & Rasch, V. (2014). Determinants of first and second trimester induced abortion - results from a cross-sectional study taken place 7 years after abortion law revisions in Ethiopia. *BioMed Central Pregnancy & Childbirth*, 14(416), 014-0416.
- Cameron, S. T, Ridell, J., Brown, A., Thomson, A., Melville, C., Flett, G., ... Laird, G. (2016). Characteristics of women who present for abortion towards the end of the mid-trimester in Scotland: National audit 2013-2014. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(2), 183-188.
- Colarossi, L., & Dean, G. (2014). Partner violence and abortion characteristics. *Women Health*, 54(3), 177-193.
- Constant, D., Kluge, J., Harries, J., & Grossman, D. (2019). An analysis of delays among women accessing second-trimester abortion in the public sector in South Africa. *Contraception*, 100(3), 209-213.
- Drey, E. A., Foster, D. G., Jackson, R. A., Lee, S. J., Cardenas, L. H., & Darney, P. D. (2006). Risk factors associated with presenting for abortion in the second trimester. *Obstetrics and Gynecology*, 107(1), 128-135.
- Fetters, T., Vonthanak, S., Picardo, C., & Rathavy, T. (2008). Abortion-related complications in Cambodia. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(8), 957-968.
- Foster, D. G., & Kimport, K. (2013). Who seeks abortions at or after 20 weeks? *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 45(4), 210-218.
- Gallo, M. F., & Nghia, N. C. (2007). Real life is different: A qualitative study of why women delay abortion until the second trimester in Vietnam. *Social Science & Medicine*, 64(9), 1812-1822.
- Gebreselassie, H., Fetters, T., Singh, S., Abdella, A., Gebrehiwot, Y., Tesfaye, S., & Kumbi, S. (2010). Caring for women with abortion complications in Ethiopia: National estimates and future implications. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 36(1), 6-15.
- Gonzalez-Rabago, Y., Rodriguez-Alvarez, E., Borrell, L. N., & Martin, U. (2017). The role of birthplace and educational attainment on induced abortion inequalities. *BMC Public Health*, 17, 69.
- Gonzalez, F., Quast, T., & Venanzi, A. (2019). Factors associated with the timing of abortions. *Health economics*, 1-11.
- Harries, J., Orner, P., Gabriel, M., & Mitchell, E. (2007). Delays in seeking an abortion until the second trimester: A qualitative study in South Africa. *Reproductive Health*, 4(7), 13-26.
- Harris, L. H., & Grossman, D. (2011). Confronting the challenge of unsafe second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 115(1), 77-79.
- Ingham, R., Lee, E., Clements, S. J., & Stone, N. (2008). Reasons for second trimester abortions in England and Wales. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 18-29.
- Jatloui, T.C., Eckhaus, L., Mandel, M.G., Nguyen, A., Pduyebo, T., Petersen, E., Whiteman, M.K. (2019). Abortion surveillance-United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 68(11): 1-41.

- Jones, R. K., & Jerman, J. (2017). Characteristics and circumstances of women who obtain very early or second trimester abortions. *PLoS ONE*, DOI: 10.1371/journal.pone.0169969.
- Kiley, J. W., Yee, L. M., Niemi, C. M., Feinglass, J. M., & Simon, M. A. (2010). Delays in request for pregnancy termination: Comparison of patients in the first and second trimesters. *Contraception*, 81(5), 446-451.
- Kiver, V.I., Altmann, J., Kamhieh-Milz, J. & Weichert, A. (2019). A 17-year analysis of pregnancy termination \geq 14 weeks of gestation in a German level 1 perinatal center. *Journal of Perinatal Medicine*, 47(8): 847-856.
- Lim, L., Wong, H., Yong, E., & Singh, K. (2012). Profiles of women presenting for abortions in Singapore: Focus on teenage abortions and late abortions. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 160(2), 219-222.
- Loeber, O., & Wijisen, C. (2008). Factors influencing the percentage of second trimester abortions in the Netherlands. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 30-36.
- Lyus, R., Robson, S., Parsons, J., Fisher, J., & Cameron, M. (2013). Second trimester abortion for fetal abnormality. *BMJ: British Medical Journal*, 3(347).
- Marlow, H. M., Wamugi, S., Yegon, E., Fetters, T., Wanaswa, L., & Msipa-Ndebele, S. (2014). Women's perceptions about abortion in their communities: Perspectives from western Kenya. *Reproductive Health Matters*, 22(43), 149-158.
- Perry, R., Zimmerman, L., Al-Saden, I., Fatima, A., Cowett, A., & Patel, A. (2015). Prevalence of rape-related pregnancy as an indication for abortion at two urban family planning clinics. *Contraception*, 91(5), 393-397.
- Purcell, C., Cameron, S., Caird, L., Flett, G., Laird, G., Melville, C., & McDaid, L. M. (2014). Access to and experience of later abortion: Accounts from women in Scotland. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 46(2), 101-108.
- Raidoo, S., Tschann, M., Kaneshiro, B. & Sentell, T. (2020). Impact of insurance coverage for abortion in Hawaii on gestational age at presentation and type of abortion, 2010-2013. *Hawaii Journal of Health & Social Welfare*, 79(4): 117-122.
- Saavedra-Avendano, B., Schiavon, R., Sanhueza, P., Rios-Polanco, R., Garcia-Martinez, L., & Darney, B. G. (2018). Who presents past the gestational age limit for first trimester abortion in the public sector in Mexico City? *PLoS One*, 13(2), e0192547.
- Sowmini, C. V. (2013). Delay in termination of pregnancy among unmarried adolescents and young women attending a tertiary hospital abortion clinic in Trivandrum, Kerala, India. *Reproductive Health Matters*, 21(41), 243-250. DOI: 10.1016/s0968-8080(13)41700-7
- Ushie, B. A., Izugbara, C. O., Mutua, M. M., & Kabiru, C. W. (2018). Timing of abortion among adolescent and young women presenting for post-abortion care in Kenya: A cross-sectional analysis of nationally-representative data. *BMC Womens Health*, 18(1), 41.
- Usta, M. B., Mitchell, E. M., Gebreselassie, H., Brookman-Amisshah, E., & Kwizera, A. (2008). Who is excluded when abortion access is restricted to twelve weeks? Evidence from Maputo, Mozambique. *Reproductive Health Matters*, 16(31 Suppl), 14-17.
- Van de Velde, S., Van Eekert, N., Van Assche, K., Sommerland, N., & Wouters, E. (2019). Characteristics of women who present for abortion beyond the legal limit in Flanders, Belgium. *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, 51(3): 175-183.
- Waddington, A., Hahn, P. M., & Reid, R. (2015). Determinants of late presentation for induced abortion care. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(1), 40-45.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4.2



4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

COMPARAÇÃO ENTRE OS DIFERENTES MÉTODOS

Informações essenciais

- Dilatação e evacuação (D&E) e aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol ou com misoprostol isolado são métodos de aborto seguros e eficazes.
- Quando ambos os métodos (D&E e aborto medicamentoso) estiverem disponíveis e uma mulher for elegível, deve-se permitir que a mulher escolha.
- O aborto medicamentoso tem uma maior taxa de retenção de produtos da concepção, falha de aborto e eventos adversos menores.
- A D&E exige um provedor de cuidados de aborto qualificado, experiente e equipamento especializado.

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Comparação de métodos

No maior ensaio aleatorizado comparando métodos de aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação, 58 mulheres com gestações entre 13-20 semanas receberam D&E e 52 receberam aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol (Kelly, Suddes, Howel, Hewison e Robson, 2010). As taxas globais de complicações foram iguais nos dois grupos (12%), contudo, os tipos de complicações foram diferentes. Cinco mulheres que receberam aborto medicamentoso precisaram de esvaziamento intra-uterino por retenção de produtos da concepção e uma sofreu uma hemorragia que necessitou de transfusão; apenas uma mulher no grupo que teve intervenção cirúrgica necessitou de repetição do esvaziamento uterino, uma sofreu uma laceração cervical; e outras cinco apresentaram hemorragia que necessitou de transfusão. Uma proporção estatisticamente significativa de mulheres aleatorizadas para o aborto medicamentoso teve mais sangramento e dor e considerou o processo de aborto menos aceitável do que as mulheres que fizeram D&E. Um ensaio piloto aleatorizado de 18 mulheres com gestações entre as 14 e as 19 semanas de gestação, que comparou a D&E com o aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol, constatou uma taxa superior de eventos adversos, especificamente retenção de placenta e febre, em mulheres submetidas ao aborto medicamentoso, porém, nenhum caso foi grave (Grimes, Smith e Witham, 2004).

O maior estudo de coortes retrospectivo disponível foi realizado no Nepal e incluiu 2.294 mulheres durante ou após a 13.^a semana de gestação; 595 foram submetidas a D&E e 1.701 tiveram um aborto medicamentoso (Kapp, Griffin, Bhattarai e Dangol, 2020). As complicações foram, em geral, raras (<1% para D&E, 1,4% para aborto medicamentoso), consistindo na sua maioria em hemorragia, em ambos os grupos. Em estudos de coortes retrospectivos de menor dimensão, as mulheres com gestações entre as 13-24 semanas que fizeram abortos medicamentosos tiveram uma taxa elevada de falha de abortos e produtos da concepção.

ção retidos, com necessidade de intervenção adicional, em comparação com as mulheres que fizeram D&E; A taxa de grandes eventos adversos incluindo infecção, transfusão, histerectomia e morte não diferiu entre os dois métodos (Autry, Hayes, Jacobson e Kirby, 2002; Bryant, Grimes, Garrett e Stuart, 2011; Sonalkar, Ogden, Tran e Chen, 2017).

Em estudos publicados sobre o aborto medicamentoso em comparação com D&E, as taxas de intervenção para o aborto medicamentoso podem ser artificialmente elevadas porque a falha foi definida como a inexistência de expulsão em 24 horas (Bryant et al., 2011) e a retenção de placenta foi diagnosticada passadas duas horas (Grimes et al., 2004). Na prática, pode conceder-se mais tempo para permitir que ocorra o aborto medicamentoso bem-sucedido.

Resultados perinatais subsequentes

Um estudo finlandês baseado em registros de mulheres que foram mães pela primeira vez comparou a incidência de resultados adversos entre as que não tinham antecedentes de aborto (364.392 mulheres), as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso ou cirúrgico às 12 semanas de gestação ou menos (46.589 mulheres), e as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso ou cirúrgico acima das 12 semanas (7.709 mulheres) (KC, Gissler e Klemetti, 2020). Os investigadores constataram que o risco de qualquer resultado adverso subsequente do nascimento era pequeno, mas que esse risco é maior com o aumento da idade gestacional no momento do aborto induzido. As mulheres submetidas a um aborto medicamentoso mais tardio apresentaram um risco 1,4 vezes maior de parto prematuro e baixo peso à nascença em comparação com as que fizeram um aborto medicamentoso mais cedo. As mulheres que fizeram um aborto cirúrgico mais tardio tiveram, respectivamente, um risco 2,6 vezes maior e 1,5 vezes maior de parto extremamente prematuro e de muito baixo peso à nascença em comparação com as mulheres que fizeram um aborto cirúrgico mais cedo.

A importância da escolha

As características do aborto medicamentoso e da D&E variam muito; em locais onde haja disponibilidade de ambos os métodos de aborto e uma mulher for elegível para qualquer destes, deve ter a possibilidade de escolher o método de aborto. Para as mulheres, a escolha do procedimento de aborto é um procedimento intensamente pessoal (Kerns et al., 2018)—algumas mulheres preferem a velocidade e previsibilidade da D&E, enquanto outras preferem um processo mais “semelhante a um parto” com um feto intacto (Kelly et al., 2010; Kerns et al., 2012). A aceitabilidade e satisfação com o processo de aborto é maior quando as mulheres podem escolher receber o seu método preferido (Kapp e Lohr, 2020). Ambos os ensaios aleatorizados referenciados acima (Kelly et al., 2010; Grimes, et al., 2004) tiveram dificuldade de recrutamento devido às fortes preferências das mulheres por um método-geralmente D&E-em detrimento do outro. Nos estudos mais recentes, 100% das que foram aleatorizadas para D&E reportaram que o escolheriam novamente em comparação com apenas 53% das aleatorizadas para o aborto medicamentoso (Kelly et al., 2010). Para as mulheres poderem escolher o método de aborto que melhor facilite a forma de lidarem com o processo, precisam de ter informação apropriada sobre os dois métodos de aborto e de terem a capacidade de tomar decisões de forma autónoma (Kerns et al., 2018).

Referências

Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 393-397.

Bryant, A. G., Grimes, D. A., Garrett, J. M., & Stuart, G. S. (2011). Second-trimester abortion for fetal anomalies or fetal death: Labor induction compared with dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 788-792.

Grimes, D. A., Smith, M. S., & Witham, A. D. (2004). Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: A pilot randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(2), 148-153.

Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.

Kapp, N. & Lohr, P.A. (2020). Modern methods to induce abortion: Safety, efficacy and choice. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 63, 37-44.

KC, S., Gissler, M., & Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 99(5), 651-659.

Kelly, T., Suddes, J., Howel, D., Hewison, J., & Robson, S. (2010). Comparing medical versus surgical termination of pregnancy at 13-20 weeks of gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(12), 1512-1520.

Kerns, J. L., Light, A., Dalton, V., McNamara, B., Steinauer, J., & Kuppermann, M. (2018). Decision satisfaction among women choosing a method of pregnancy termination in the setting of fetal anomalies and other pregnancy complications: A qualitative study. *Patient Education and Counseling*, 101(10), 1859-1864.

Kerns, J., Vanjani, R., Freedman, L., Meckstroth, K., Drey, E. A., & Steinauer, J. (2012). Women's decision making regarding choice of second trimester termination method for pregnancy complications. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 116(3), 244-248.

Sonalkar, S., Ogden, S. N., Tran, L. K., & Chen, A. Y. (2017). Comparison of complications associated with induction by misoprostol versus dilation and evacuation for second-trimester abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138, 272-275.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

4.3



CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Recomendação

- Deve estimar-se a idade gestacional através da informação relatada pela mulher sobre a data da sua última menstruação (DUM) e um exame físico.
- Não é necessário o uso rotineiro da ecografia para a determinação da idade gestacional.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

A importância do cálculo exacto da idade gestacional

Os erros no cálculo da idade gestacional podem aumentar os riscos associados ao aborto. Se a idade gestacional for subestimada antes da dilatação e evacuação (D&E), é possível que os provedores de saúde não tenham a experiência e equipamento necessários para completar o procedimento com segurança. O cálculo exacto da idade gestacional permite aos provedores de saúde determinar se a unidade sanitária está equipada para oferecer o serviço solicitado ou indicar a necessidade de encaminhamento para outra unidade sanitária, se necessário.

Avaliação da idade gestacional

A avaliação da idade gestacional usando o exame bimanual e a DUM, bem como a ecografia, está bem estabelecida durante os cuidados pré-natais. Nenhum ensaio prospectivo comparou a exactidão de diferentes métodos de cálculo da idade gestacional antes do aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação, porém, numa coorte retrospectiva de 2.223 mulheres submetidas a aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação no Nepal, a idade gestacional avaliada através da medição do comprimento do pé do feto após a expulsão da gravidez apresentou uma correlação elevada com as avaliações por ecografia (81%), o exame físico (77%) e a DUM (72%) (Kapp, Griffin, Bhattaraj e Dongol, 2020). Nos Estados Unidos, praticamente todos os provedores de saúde utilizam a ecografia para a avaliação da idade gestacional após a 12.^a semana de gestação, mas faltam dados da situação de outros países.

Antes do aborto medicamentoso, a idade gestacional pode ser estimada usando o primeiro dia da última menstruação da mulher e um exame físico que inclui exame bimanual e abdominal (Nautiyal, Mukherjee, Perhar e Banerjee, 2015; Ngoc et al., 2011; Royal College of

Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015; a Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014). Medir a altura do fundo uterino, como nos cuidados obstétricos de rotina, pode fornecer informações adicionais à medida que a gravidez avança (Pugh et al., 2018). A ecografia pode ser usada para confirmar a idade gestacional se a DUM e o exame clínico forem discordantes ou se houver incerteza sobre a idade gestacional, mas não é necessária antes do aborto medicamentoso.

Em estudos publicados sobre D&E, incluindo relatórios de implementação de programas de D&E (Castleman, Oanh, Hyman, Thuy e Blumenthal, 2006; Jacot et al., 1993), a ecografia foi rotineiramente usada para determinar ou confirmar a idade gestacional antes de D&E. No entanto, um relatório publicado (Altman, Stubblefield, Schlam, Loberfeld e Osanthanondh, 1985), dados programáticos não publicados (A. Edelman, comunicação pessoal, 12 de Janeiro de 2018) e opinião de especialistas apoiam o uso da DUM e exame físico para a avaliação da idade gestacional, com a utilização de ecografia quando necessário (RCOG, 2015; OMS, 2014). Se for utilizada a ecografia, o diâmetro biparietal é um método simples e exacto para confirmar a idade gestacional (Goldstein e Reeves, 2009). A medição do comprimento do fémur pode ser utilizada para confirmar o diâmetro biparietal ou ser utilizada se houver dificuldades técnicas na obtenção de uma medição biparietal.

As mulheres que se apresentem com morte fetal, aborto incompleto ou para receber assistência pós-aborto podem ter data da última menstruação (DUM) e tamanho uterino discordantes; devem ser tratadas de acordo com o tamanho do útero (RCOG, 2016; WHO, 2018).

Após o aborto, os profissionais clínicos podem confirmar a idade gestacional comparando as medições fetais reais (comprimento do pé do feto) com a idade gestacional esperada (Drey, Kang, McFarland e Darney, 2005; Mokkarala, Creinin, Wilson, Yee, & Hou, 2020). Esta comparação dá aos clínicos *feedback* relativo à exactidão das suas estimativas da idade gestacional antes do procedimento. As ferramentas de cálculo da idade gestacional, tais como as medições fetais, estão incluídas nos manuais do Ipas *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or After 13 Weeks Gestation*, página 38 (2017), e *Medical Abortion Reference Guide: Induced Abortion and Postabortion Care at or After 13 Weeks Gestation*, página 30 (2017).

Identificação do sexo fetal através da ecografia

Depois da 14.^a semana de gestação, pode usar-se a visualização ecográfica do pénis masculino ou das dobras labiais femininas para determinar o sexo fetal em aproximadamente 90% das gestações (Gelaw e Bisrat, 2011; Meagher e Davidson, 1996; Watson, 1999; Whitlow, Lazanakis e Economides, 1999).

Antes da 14.^a semana, os órgãos genitais masculinos e femininos são semelhantes em tamanho e aparência na ecografia (Feldman e Smith, 1975) e a determinação do sexo deve ser feita através da identificação e avaliação do tubérculo genital (uma protuberância na parede ventral inferior do embrião que vem a transformar-se no pénis ou no clítoris), (Efrat, Akinfewa e Nicolaidis, 1999). Uma revisão de estudos de 2013 de determinação do sexo fetal através da avaliação ecográfica do tubérculo genital (Colmant, Morin-Surroca, Fuchs, Fernandez e Senat, 2013) constatou que a determinação do sexo através deste método não era fiável antes da 12.^a semana de gestação. Os resultados publicados desde a revisão foram semelhantes (González Ballano, Saviron Cornudella, Puertas e Luis 2015; Lubusky, Stundnickova, Skrivanek, Vomackova e Prochazka, 2012; Manzanares, Benítez, Naveiro-Fuentes, Lopez-Criado e Sanchez-Gila, 2016).

Independentemente do método utilizado para determinar o sexo fetal, a exactidão melhora com o aumento da idade gestacional (Elejalde, Elejalde e Heitman, 1985; Colmant et al.,

2013) e com a aptidão do técnico de ecografia (Lubusky et al., 2012). A posição desfavorável do feto e o habitus corporal da mulher podem limitar a capacidade de determinar o sexo fetal, independentemente da idade gestacional ou da aptidão do técnico de ecografia (Behrendt, Foy, Center e Durnwald, 2012; Efrat, Perri, Ramati, Tugendreich e Meizner, 2006; Elejalde et al. al., 1985).

Referências

- Altman, A. M., Stubblefield, P. G., Schlam, J. F., Loberfeld, R., & Osathanondh, R. (1985). Midtrimester abortion with laminaria and vacuum evacuation on a teaching service. *The Journal of Reproductive Medicine*, 30(8), 601-606.
- Behrendt, N., Foy, P., Center, J., & Durnwald, C. P. (2012). Influence of maternal body mass index and gestational age on accuracy of first trimester gender assignment. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 25(3), 253-256.
- Castleman, L. D., Oanh, K. T. H., Hyman, A. G., Thuy, L. T. T., & Blumenthal, P. D. (2006). Introduction of the dilation and evacuation procedure for second-trimester abortion in Vietnam using manual vacuum aspiration and buccal misoprostol. *Contraception*, 74, 272-276.
- Colmant, C., Morin-Surroca, M., Fuchs, F. Fernandez, H., & Senat, M. V. (2013). Non-invasive prenatal testing for fetal sex determination: Is ultrasound still relevant? *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(2), 197-204.
- Drey, E. A., Kang, M. S., McFarland, W., & Darney, P. D. (2005). Improving the accuracy of fetal foot length to confirm gestational duration. *Obstetrics & Gynecology*, 105(4), 773-778.
- Edelman, A., & Kapp, N. (2017). *Dilatation & Evacuation (D&E) Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Edelman, A., & Mark, A. (2017). *Medical Abortion Reference Guide: Induced abortion and postabortion care at or after 13 weeks gestation*. Chapel Hill, NC: Ipas.
- Efrat, Z., Akinfenwa, O. O., & Nicolaides, K. H. (1999). First-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 13, 302-307.
- Efrat, Z., Perri, T., Ramati, D., Tugendreich, D., & Meizner, I. (2006). Fetal gender assignment by first-trimester ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 27, 619-621.
- Elejalde, B. R., de Elejalde, M. M., & Heitman, T. (1985). Visualization of the fetal genitalia by ultrasonography: A review of the literature and analysis of its accuracy and ethical implications. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 4 (12), 633-639.
- Feldman, K. W., & Smith, D. W. (1975). Fetal phallic growth and penile standards for newborn male infants. *Journal de Pediatria*, 86, 395-398.
- Gelaw, S. M., & Bisrat, H. (2011). The role of ultrasound in determining fetal sex. *Ethiopian Journal of Health Development*, 25(3), 216-221.
- Goldstein, S. R., & Reeves, M. F. (2009). Clinical assessment and ultrasound in early pregnancy. In M. Paul, E. S. Lichtenberg, L. Borgatta, D. A. Grimes, P. G. Stubblefield & M. D. Creinin (Eds.), *Management of unintended and abnormal pregnancy: Comprehensive abortion care*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Gonzalez Ballano, I., Saviron Cornudella, R., Puertas, D. L., & Luis, J. L. (2015). Sonographic fetal sex determination in the first trimester: Study in 2314 pregnancies and literature review. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 83(4), 207-212.
- Jacot, F. R. M., Poulin, C., Bilodeau, A. P., Morin, M., Moreau, S., Gendron, F., & Mercier, D. (1993). A five-year experience with second-trimester induced abortions: No increase in complication rate as compared to the first trimester. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 168, 633-637.
- Kapp, N., Griffin, R., Bhattarai, N., & Dangol, D.S. (2020). Does prior ultrasonography affect the safety of induced abortion at or after 13 weeks' gestation? A retrospective study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, doi: 10.1111/aogs.14040. Epub ahead of print. PMID: 33185906.
- Kulier, R., & Kapp, N. (2011). Comprehensive analysis of the use of pre-procedure ultrasound for first- and second-trimester abortion. *Contraception*, 83(1), 30-33.

- Lubusky, M., Studnickova, M., Skrivanek, A., Vomackova, K., & Prochazka, M. (2012). Ultrasound evaluation of fetal gender at 12-14 weeks. *Biomedical Papers of the Medical Faculty of the University Palacky Olomouc Czechoslovakia*, 156(4), 324-329.
- Manzanares, S., Benitez, A., Naveiro-Fuentes, M., Lopez-Criado, M. S., & Sanchez-Gila, M. (2016). Accuracy of fetal sex determination on ultrasound examination in the first trimester of pregnancy. *Journal of Clinical Ultrasound*, 44(5), 272-277.
- Meagher, S., & Davison, G. (1996). Early second-trimester determination of fetal gender by ultrasound. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology*, 8, 322-324.
- Mokkarala, S., Creinin, M. D., Wilson, M. D., Yee, N. S., & Hou, M. Y. (2020). Comparing preoperative dating and postoperative dating for second-trimester surgical abortions. *Contraception*, 101(1), 5-9.
- Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual, and vaginal routes. *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 64(4), 246-250.
- Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 601-608.
- Pugh, S. J., Ortega-Villa, A. M., Grobman, W., Newman, R. B., Owen, J., Wing, D. A., . . . Grantz, K. L. (2018). Estimating gestational age at birth from fundal height and additional anthropometrics: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 125(11), 1397-1404.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2015). *Best practice paper 2: Best practice in comprehensive abortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). *Best practice paper 3: Best practice in comprehensive postabortion care*. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Press.
- Watson, W. J. (1990). Early second trimester fetal sex determination with ultrasound. *Journal of Reproductive Medicine*, 35(3), 247-249.
- White, K. O., Jones, H. E., Shorter, J., Norman, W. V., Guilbert, E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2018). Second-trimester surgical abortion practices in the United States. *Contraception*, 98, 95-99.
- Whitlow, B. J., Lazanakis, M. S., & Economides, D. L. (1999). The sonographic identification of fetal gender from 11 to 14 weeks of gestation. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 13, 301-304.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

INDUÇÃO DE MORTE FETAL

4.4



Recomendação

A indução de morte fetal antes do aborto medicamentoso ou a dilatação e evacuação (D&E) durante ou após a 13.^a semana não aumentam a segurança do aborto. Podem existir indicações legais, hospitalares ou sociais para a indução de morte fetal antes do procedimento.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 12 de Janeiro de 2021

Contextualização

Alguns provedores de cuidados de aborto podem utilizar a indução de morte fetal antes do aborto medicamentoso ou D&E durante ou após a 13.^a semana de gestação por diversas razões. As pacientes, provedores ou o pessoal de saúde podem preferir que a morte fetal ocorra antes do procedimento de aborto (Jackson, Teplin, Drey, Thomas e Darney, 2001) ou isso pode ser determinado pelas práticas da unidade sanitária. Adicionalmente, a indução de morte fetal é uma forma de prevenir a sobrevivência fetal transitória após um aborto medicamentoso.

Segurança e benefícios da indução de morte fetal

Um estudo de coortes retrospectivo, que comparou mulheres submetidas a injeção de digoxina antes da D&E com controlos históricos que não receberam digoxina, mostrou um aumento de complicações, incluindo mais internamentos hospitalares, expulsões fora das instituições de saúde e infecções em mulheres que receberam digoxina (Dean et al., 2012). Uma série de casos, incluindo quase 5.000 abortos por D&E após a injeção de digoxina, constatou taxas de expulsões fora das instituições de saúde (0,3%) e infecção (0,04%), que os autores consideraram aceitavelmente baixas (Steward, Melamed, Kim, Nucatola e Gatter, 2012). Um estudo de coortes retrospectivo que comparou mulheres submetidas à injeção intracardiaca fetal de cloreto de potássio antes de D&E com mulheres que não foram submetidas ao procedimento adicional constatou que embora a duração do procedimento tivesse diminuído cerca de 3.5 minutos quando havia indução de morte fetal, houve um aumento na dor das mulheres e na incidência de atonia uterina (Lohr, Parsons, Taylor e Morroni, 2018).

Dois estudos de coortes comparativo retrospectivo mediram o efeito do cloreto de potássio administrado por via intracardiaca sobre o intervalo entre a indução e aborto quando administrado antes do aborto medicamentoso. Em um estudo com idades gestacionais de 17 a

28 semanas, o intervalo entre indução e aborto foi significativamente mais curto em mulheres que receberam a injeção (15 horas), em comparação com as que não receberam (19,9 horas) (Akkurt et al., 2018). Um estudo semelhante entre mulheres com idade gestacional média de 21 semanas não encontrou nenhuma diferença no tempo de aborto entre aquelas que receberam cloreto de potássio pré-procedimento para feticídio (35 horas) em comparação com as que não receberam (32 horas) (Sik, et al.).

Técnica

A morte fetal pode ser alcançada antes do aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação injectando cloreto de potássio ou xilocaína directamente no coração fetal ou digoxina no feto ou no líquido amniótico.

Cloreto de potássio/xilocaína: A injeção de cloreto de potássio ou xilocaína exige aptidão em técnicas de orientação por ecografia e tem mais risco potencial devido à possibilidade de injeção intravascular materna que pode causar paragem cardíaca (Borgatta e Kapp, 2011; Coke, Baschat, Mighty e Malinow, 2004; Maurice, Letourneau, Benachi e Jouannic, 2019). Não é recomendado em locais com poucos recursos.

Digoxina: A digoxina é injectada por via transabdominal ou transvaginal (Tocce, Sheeder, Edwards, & Teal, 2013) 1-2 dias antes do procedimento do aborto planeado.

Num estudo farmacocinético de oito mulheres que receberam injeção intra-amniótica de 1 mg de digoxina antes da D&E entre a 19.^a e 23.^a semana de gestação, os níveis séricos de digoxina materna estavam no intervalo terapêutico baixo e não foram associados a mudanças cardíacas (Drey, Thomas, Benowitz, Goldschlager e Darney, 2000). Um ensaio-piloto aleatorizado de digoxina intra-amniótica ou intra-fetal em doses de 1 mg ou 1,5 mg mostrou uma taxa global de morte fetal de 87%, sem diferença na eficácia baseada na dose ou na via de administração (Nucatola, Roth e Gatter, 2010). Num estudo de coortes prospectivo envolvendo 59 mulheres submetidas ao procedimento de interrupção da gravidez entre as 21-30 semanas de gestação, administraram-se 2 mg de digoxina por via intra-amniótica, resultando em morte fetal em mais de 90% dos casos, sem efeitos adversos maternos (Sharvit, et al., 2018).

Referências

Akkurt, M. O., Akkurt, I., Yavuz, A., Yalcin, S. E., Coskun, B., & Sezik, M. (2018). The Utility of Feticide Procedure to Shorten the Induction-to-Abortion Interval in Medical Abortion. *Gynecology and Obstetric Investigation*, 1-7. DOI: 10.1159/000491085.

Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Clinical guidelines. Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.

Coke, G. A., Baschat, A. A., Mighty, H. E., & Malinow, A. M. (2004). Maternal cardiac arrest associated with attempted fetal injection of potassium chloride. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 13(4), 287-290.

Dean, G., Colarossi, L., Lunde, B., Jacobs, A. R., Porsch, L. M., & Paul, M. E. (2012). Safety of digoxin for fetal demise before second-trimester abortion by dilation and evacuation. *Contraception*, 85(2), 144-149.

Denny, C. C., Baron, M. B., Lederle, L., Drey, E. A., & Kerns, J. L. (2015). Induction of fetal demise before pregnancy termination: Practices of family planning providers. *Contraception*, 92(3), 241-245.

Drey, E. A., Thomas, L. J., Benowitz, N. L., Goldschlager, N., & Darney, P. D. (2000). Safety of intra-amniotic digoxin administration before late second-trimester abortion by dilation and evacuation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 182(5), 1063-1066.

Lohr, P. A., Parsons, J. H., Taylor, J., & Morroni, C. (2018). Outcomes of dilation and evacuation with and without feticide by intra-cardiac potassium chloride injection: a service evaluation. *Contraception*, 98, 100-5.

Maurice, P., Letourneau, A., Benachi, A., & Jouannic, J.M. (2019). Feticide in second- and third-trimester termination of pregnancy for fetal anomalies: Results of a national survey. *Prenatal Diagnosis*, 39(13), 1269-1272.

Nucatola, D., Roth, N., & Gatter, M. (2010). A randomized pilot study on the effectiveness and side-effect profiles of two doses of digoxin as fetocide when administered intraamniotically or intrafetally prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 81(1), 67-74.

Sharvit, M., Klein, Z., Silber, M., Pomeranz, M., Agizim, R., Schonman, R., & Fishman, A. (2019). Intra-amniotic digoxin for feticide between 21 and 30 weeks of gestation: A prospective study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 126(7), 885-889.

Sik, A., Bilecan, S., Kumbasar, S., Akpak, Y.K., & Aba, Y.A. (2019). Does feticide shorten termination duration in second trimester pregnancy termination? *African Health Science*, 19(1), 1544-1553.

Steward, R., Melamed, A., Kim, R., Nucatola, D., & Gatter, M. (2012). Infection and extramural delivery with use of digoxin as a fetocidal agent. *Contraception*, 85(2), 150-154.

Tocce, K., Sheeder, J.L., Edwards, L.J., & Teal, S. (2013). Feasibility, effectiveness and safety of transvaginal digoxin administration prior to dilation and evacuation. *Contraception*, 88(6), 706-711

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

4.5

ACOMPANHAMENTO

Recomendação

- Os serviços de acompanhamento rotineiro não são necessários, a menos que sejam desejados pela mulher ou necessários para o método contraceptivo por ela escolhido.
- No momento do aborto, as pacientes devem receber informações adequadas sobre assistência pós-aborto e sinais de alerta.

Força da recomendação

Fraca

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 7 de Fevereiro de 2021

Acompanhamento

Não há dados científicos que demonstrem que o acompanhamento rotineiro após o aborto realizado durante ou após a 13.^a semana seja benéfico. Além disso, não existe evidência que sugira que um exame pélvico seja benéfico numa mulher assintomática se esta regressar para uma consulta de acompanhamento de rotina.

Qualidade da evidência

Muito baixa. A recomendação baseia-se na opinião de especialistas (OMS, 2014).

Referências

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

DILATAÇÃO E EVACUAÇÃO

4.6.1 PREPARAÇÃO CERVICAL

4.6



Recomendação

- Recomenda-se a preparação cervical pré-operatória de rotina antes da dilatação e evacuação (D&E).
- Mifepristona, misoprostol e dilatadores osmóticos são opções para a preparação cervical. A escolha depende da disponibilidade, custo, idade gestacional e momento do procedimento.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 8 de Fevereiro de 2021

Contextualização

A preparação cervical antes da D&E reduz o risco de complicações relacionadas com o procedimento (Fox e Krajewski, 2014; Peterson, Berry, Grace e Gulbranson, 1983). Há dados limitados para sugerir o melhor método de preparação cervical antes da D&E porque os ensaios existentes têm comparações heterogéneas, resultados representativos para eventos adversos, pequenos tamanhos de amostra e incluem poucas mulheres com gravidez acima das 20 semanas de gestação (Ralph & Shulman, 2019). Os ensaios disponíveis geralmente mostram diferenças na dilatação cervical ou nos momentos de procedimento, no entanto, não incluem participantes suficientes para mostrar diferenças em termos dos resultados, raros, mas mais graves, tais como lesões cervicais ou uterinas ou incapacidade de completar o procedimento (Newmann et al., 2010). A escolha do método de preparação cervical é muitas vezes limitada pela disponibilidade, especialmente em locais com poucos recursos.

Tabela 4.6.1 Métodos de preparação cervical

MÉTODO	DOSAGEM	OBSERVAÇÃO
Dilatadores osmóticos (laminária ou dilatadores osmóticos sintéticos)	De 6 a 24 horas antes do procedimento	Os dilatadores osmóticos sintéticos podem ser utilizados no dia da D&E
Misoprostol	400 mcg por via bucal ou vaginal 3 horas antes do procedimento	Pode ser usado como agente único até às 18 semanas, apenas dados muito limitados para apoiar o uso como agente único durante as 18 a 20 semanas Pode ser combinado com dilatadores osmóticos ou mifepristona Pode ser repetido conforme necessário
Mifepristona	200 mg por via oral 24 a 48 horas antes do procedimento	Dados limitados apoiam o uso como agente único até às 18 semanas Frequentemente usado antes do misoprostol

Dilatadores osmóticos

Vários estudos de coortes demonstraram que os dilatadores osmóticos são seguros e eficazes e que não aumentam a morbidade infecciosa (Bryman, Granberg e Norström, 1988; Fox e Krajewski, 2014; Jonasson, Larsson, Bygdeman e Forsum, 1989; Peterson et al., 1983). Uma meta-análise Cochrane sobre a preparação cervical antes da D&E mostrou que o uso dos dilatadores osmóticos durante a noite fornece melhor dilatação cervical quando comparado com o uso das prostaglandinas entre as 14 e as 24 semanas de gestação e proporciona um tempo de procedimento reduzido entre as 13 e as 16 semanas de gestação (Newmann et al., 2010). Num ensaio clínico aleatorizado, os dilatadores sintéticos e laminária funcionaram igualmente bem (Newmann et al., 2014). As decisões sobre o número e o momento da colocação dos dilatadores devem ser individualizados e ter em consideração o tipo e tamanho do dilatador, a idade gestacional da gravidez, a paridade e conformidade cervical e a experiência do provedor de cuidados (Fox e Krajewski, 2014; Newmann, Dalve-Endres e Drey, 2008).

As mulheres sentem dor durante a colocação do dilatador e durante a noite, à medida que os dilatadores se expandem no colo do útero; a dor atinge tipicamente o pico duas horas após a colocação do dilatador (Creinin et al., 2020; Liu e Flink-Bochacki, 2020; Nagendra et al., 2020). A experiência da dor não difere com o tipo de dilatador utilizado (Liu e Flink-Bochacki, 2020). Em ensaios aleatorizados controlados, a administração de bloqueio paracervical antes da inserção do dilatador osmótico alivia o desconforto da colocação do dilatador nas mulheres (Soon et al., 2017) e a utilização de medicamentos anti-inflamatórios não esteróides (AINE) diminui a experiência da dor provocada pelas cólicas durante as horas após a inserção até ao procedimento, em comparação com os opiáceos orais (Nagendra et al., 2020)

Misoprostol

O misoprostol é barato, seguro (Nucatola, Roth, Saulsberry e Gatter, 2008) e mais fácil de obter do que os dilatadores osmóticos em muitos locais com poucos recursos. O misoprostol pode ser utilizado sozinho para a preparação cervical antes da D&E até à 20.^a semana de gestação (Fox e Krajewski, 2014; O'Connell, Jones, Lichtenberg, e Paul, 2008; Shakir-Reese et al., 2019); há dados limitados para apoiar o uso de misoprostol como agente único após

a 18.^a semana (Maurer, Jacobson e Turok, 2013; Shakir-Reese et al., 2019). Em estudos de comparação entre dilatadores osmóticos e misoprostol, constatou-se que os dilatadores proporcionaram mais dilatação cervical (Goldberg et al., 2005; Sagiv et al., 2015; Shakir-Reese et al., 2019). Porém, nas mulheres que receberam misoprostol para a preparação cervical, foi possível concluir o procedimento no próprio dia, com segurança (Bartz et al., 2013; Goldberg et al., 2005; Sagiv et al., 2015), e as mulheres, com frequência, preferiram o misoprostol aos dilatadores (Goldberg et al., 2005). Uma vez que a ruptura uterina é rara, o misoprostol pode ser administrado a mulheres com parto anterior por cesariana (Fox e Krajewski, 2014). Um estudo do uso no mesmo dia de dilatadores osmóticos mais 400 mcg de misoprostol adjuvante versus apenas misoprostol 4-6 horas antes da D&E até 20 semanas de gestação resultou em tempos de procedimento de D&E comparáveis entre os dois grupos, embora o grupo com dilatadores osmóticos mais misoprostol tenha registado dilatação significativamente maior no início da D&E (Shakir-Reese et al., 2019). Como a colocação de dilatadores osmóticos leva mais tempo do que foi economizado por ter uma maior dilatação na linha de base, o tempo geral do procedimento (colocação de dilatadores osmóticos mais o procedimento de D&E) foi mais longo em 3,2 minutos no grupo de dilatadores osmóticos mais misoprostol.

Misoprostol mais dilatadores osmóticos

Uma meta-análise de três ensaios aleatorizados controlados de misoprostol versus placebo adicionado à laminária durante toda a noite em idades gestacionais superiores a 16 semanas demonstrou uma tendência de melhoria da dilatação cervical de linha de base e redução do tempo do procedimento por uma média de 1.5 minutos (Cahill, Henkel, Shaw e Shaw, 2019); no entanto, nenhuma das constatações foi estatisticamente significativa na análise ponderada, com heterogeneidade significativa entre os estudos. As taxas gerais de complicações foram baixas nos três estudos e não diferiram significativamente por grupo de tratamento (Cahill, Henkel, Shaw e Shaw, 2019; Drey et al., 2013; Edelman, Buckmaster, Goetsch, Nichols e Jensen, 2006; Goldberg et al., 2015). Em todos os estudos, os efeitos colaterais foram maiores entre as mulheres que usaram misoprostol.

Um pequeno ensaio aleatorizado prospectivo examinou a adição de misoprostol aos dilatadores para D&E no próprio dia (Borras et al., 2016). Os investigadores concluíram este estudo antecipadamente devido a uma taxa inesperadamente alta de complicações – especificamente lacerações cervicais graves – nas mulheres com gravidez de mais de 19 semanas de gestação que receberam apenas dilatadores para a preparação cervical.

Mifepristona

Um ensaio aleatorizado com 50 mulheres entre a 14.^a e a 16.^a semana de gestação comparou mifepristona como agente único com dilatadores, ambos administrados no dia anterior ao procedimento de aborto (Borgatta et al., 2012). As mulheres nas quais a preparação cervical foi realizada com dilatadores osmóticos tiveram um tempo de procedimento ligeiramente mais curto e maior dilatação em comparação com as mulheres às quais se administrou mifepristona, porém, as mulheres tiveram menos dores com mifepristona e preferiram acentadamente a mifepristona aos dilatadores osmóticos.

Um segundo ensaio aleatorizado de 49 mulheres entre 15 e 18 semanas de gestação com características semelhantes (mifepristona de agente único em comparação com dilatadores osmóticos no dia anterior ao procedimento) não encontrou nenhuma diferença no tempo do procedimento entre os dois grupos de tratamento (Paris, et al, 2019). Quando questionadas, a maioria das mulheres que usaram mifepristona preferiu isso, enquanto a maioria das que receberam dilatadores osmóticos relatou que teria preferido uma opção de tratamento diferente para a preparação cervical.

Em estudos que examinaram o uso de mifepristona em combinação com misoprostol, concluiu-se que a administração da mifepristona mais misoprostol no próprio dia não é melhor do que misoprostol isolado (Casey, Ye, Perritt, Moreno-Ruiz e Reeves, 2016), e ainda que administração de mifepristona 2 dias antes do misoprostol resultou em melhoria da dilatação cervical num estudo, a taxa de expulsão fetal pré-procedimento também aumentou (Carbonell et al., 2007). Quando comparada com dilatadores mais misoprostol durante a noite, a mifepristona administrada no dia anterior ao aborto mais o misoprostol no mesmo dia é menos eficaz (Shaw et al., 2017).

Mifepristona mais dilatadores osmóticos

Dois estudos aleatorizados avaliaram a adição de mifepristona quando as mulheres receberam dilatadores osmóticos durante a noite para a preparação cervical; nenhum dos estudos mostrou benefícios adicionais com mifepristona (Shaw et al., 2017; Shaw et al., 2015). Um terceiro estudo aleatorizado comparou dilatadores osmóticos apenas durante a noite, dilatadores durante a noite mais misoprostol e dilatadores durante a noite mais mifepristona (Goldberg et al., 2015), e constatou que os tempos de procedimento não foram diferentes entre os três grupos, contudo, os provedores de cuidados de aborto relataram que os procedimentos entre a 19.^a e 24.^a semana de gestação eram significativamente mais fáceis no grupo de dilatadores mais mifepristona.

Referências

- Bartz, D., Maurer, R., Allen, R. H., Fortin, J., Kuang, B., & Goldberg, A. B. (2013). Buccal misoprostol compared with synthetic osmotic cervical dilator before surgical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 122(1), 57-63.
- Boraas, C. M., Achilles, S. L., Cremer, M. L., Chappell, C. A., Lim, S. E., & Chen, B. A. (2016). Synthetic osmotic dilators with adjunctive misoprostol for same-day dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 94(5), 467-472.
- Borgatta, L., Roncari, D., Sonalkar, S., Mark, A., Hou, M. Y., Finneseth, M., & Vragovic, O. (2012). Mifepristone vs. osmotic dilator insertion for cervical preparation prior to surgical abortion at 14–16 weeks: A randomized trial. *Contraception*, 86(5), 567-571.
- Bryman, I., Granberg, S., & Norström, A. (1988). Reduced incidence of postoperative endometritis by the use of laminaria tents in connection with first trimester abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 67(4), 323-325.
- Cahill, E.P., Henkel, A., Shaw, J.G., & Shaw, K.A. (2020). Misoprostol as an adjunct to overnight osmotic dilators prior to second trimester dilation and evacuation: A systematic review and meta-analysis. *Contraception*, 101(2): 74-78.
- Carbonell, J. L., Gallego, F. G., Llorente, M. P., Bermudez, S. B., Sala, E. S., González, L. V., & Texido, C. S. (2007). Vaginal vs. sublingual misoprostol with mifepristone for cervical priming in second-trimester abortion by dilation and evacuation: A randomized clinical trial. *Contraception*, 75(3), 230.
- Casey, F. E., Ye, P. P., Perritt, J. D., Moreno-Ruiz, N. L., & Reeves, M. F. (2016). A randomized controlled trial evaluating same-day mifepristone and misoprostol compared to misoprostol alone for cervical preparation prior to second-trimester surgical abortion. *Contraception*, 94(2), 127-133.
- Creinin, M.D., Schimmoeller, N.R., Matulich, M.C., Hou, M.Y., Melo, J., & Chen, M.J. (2020). Gabapentin for pain management after osmotic dilator insertion and prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception*, 101, 167-173.
- Drey, E. A., Benson, L. S., Sokoloff, A., Steinauer, J. E., Roy, G., & Jackson, R. A. (2013). Buccal misoprostol plus laminaria for cervical preparation before dilation and evacuation at 21-23 weeks' gestation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 89(4), 307-13.
- Edelman, A. B., Buckmaster, J. G., Goetsch, M. F., Nichols, M. D., & Jensen, J. T. (2006). Cervical preparation using laminaria with adjunctive buccal misoprostol before second-trimester dilation and evacuation procedures: A randomized clinical trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 194(2), 425-430.

- Fox, M. C., & Krajewski, C. M. (2014). Society of Family Planning Clinical Guideline 20134: Cervical preparation for second-trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation. *Contraception*, *89*(2), 75-82.
- Goldberg, A. B., Drey, E. A., Whitaker, A. K., Kang, M. S., Meckstroth, K. R., & Darney, P. D. (2005). Misoprostol compared with laminaria before early second-trimester surgical abortion: A randomized trial. *Obstetrics & Gynecology*, *106*(2), 234-241.
- Goldberg, A. B., Fortin, J. A., Drey, E. A., Dean, G., Lichtenberg, E. S., Bednarek, P. H., ... Fitzmaurice, G. M. (2015). Cervical preparation before dilation evacuation using adjunctive misoprostol or mifepristone compared with overnight osmotic dilators alone: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *126*(3), 599-609.
- Jonasson, A., Larsson, B., Bygdeman, S., & Forsum, U. (1989). The influence of cervical dilatation by laminaria tent and with Hegar dilators on the intrauterine microflora and the rate of postabortal pelvic inflammatory disease. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *68*(5), 405-410.
- Liu, S.M., & Flink-Bochacki, R. (2020). A single-blinded randomized controlled trial evaluating pain and opioid use after dilator placement for second-trimester abortion. *Contraception*, doi: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2020.11.014>. Epub ahead of print.
- Maurer, K. A., Jacobson, J. C., & Turok, D. K. (2013). Same-day cervical preparation with misoprostol prior to second trimester D&E: A case series. *Contraception*, *88*(1), 116-121.
- Nagendra, D., Sonalkar, S., McAllister, A., Roe, A.H., Shorter, J.M., Sammel, M.D., & Schreiber, C.A. (2020). Opioid prescription for pain after osmotic dilator placement in abortion care: A randomized controlled trial. *Contraception*, *101*(3), 167-173.
- Newmann, S., Dalve-Endres, A., & Drey, E. (2008). Society of Family Planning Clinical Guideline 20073: Cervical preparation for surgical abortion from 20 to 24 weeks' gestation. *Contraception*, *77*(4), 308.
- Newmann, S. J., Dalve-Endres, A., Diedrich, J. T., Steinauer, J. E., Meckstroth, K., & Drey, E. A. (2010). Cervical preparation for second trimester dilation and evacuation. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD007310.
- Newmann, S.J., Sokoloff, A., Tharull, M., Illangasekare, T., Steinauer, J.E., & Drey, E.A. (2014). Same-day synthetic osmotic dilators compared with overnight laminaria before abortion at 14-18 weeks of gestation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *123*(2, pt 1), 271-278.
- Nucatola, D., Roth, N., Saulsberry, V., & Gatter, M. (2008). Serious adverse events associated with the use of misoprostol alone for cervical preparation prior to early second trimester surgical abortion (12-16 weeks). *Contraception*, *78*(3), 245-248.
- O'Connell, K., Jones, H. E., Lichtenberg, E. S., & Paul, M. (2008). Second-trimester surgical abortion practices: A survey of National Abortion Federation members. *Contraception*, *78*(6), 492-499.
- Paris, A.E., Vragovic, O., Sonalkar, S., Finneseth, M., & Borgatta, L. (2020). Mifepristone and misoprostol compared to osmotic dilators for cervical preparation prior to surgical abortion at 15-18 weeks' gestation: A randomised controlled non-inferiority trial. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, *46*, 67-72 .
- Peterson, W. F., Berry, F. N., Grace, M. R., & Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: An analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology*, *62*(2), 185-190.
- Ralph, J.A., & Shulman, L.P. (2019). Adjunctive agents for cervical preparation in second trimester surgical abortion. *Advances in Therapy*, *36*(6), 1246-1251.
- Sagiv, R., Mizrachi, Y., Glickman, H., Kerner, R., Keider, R., Bar, J., & Golan, A. (2015). Laminaria vs. vaginal misoprostol for cervical preparation before second-trimester surgical abortion: A randomized clinical trial. *Contraception*, *91*(5), 406-411.
- Shakir-Reese, J.M., Ye, P.P., Perritt, J.B., Lotke, P.S., & Reeves, M.F. (2019). A factorial-design randomized controlled trial comparing misoprostol dilation & evacuation at 14 weeks 0 days-19 weeks 6 days gestation. *Contraception*, *100*(6), 445-450.
- Shaw, K.A., Lerma, K., Shaw, J.G., Scrivner, K.J., Hugin, M., Hopkins, F.W., & Blumenthal, P.D. (2017). Pre-operative effects of mifepristone (POEM) for dilation and evacuation after 19 weeks gestation: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *124*(13), 1973-1981.
- Shaw, K. A., Shaw, J. G., Hugin, M., Velasquez, G., Hopkins, F. W., & Blumenthal, P. D. (2015). Adjunct mifepristone for cervical preparation prior to dilation and evacuation: A randomized trial. *Contraception*, *91*(4), 313-319.

Soon, R., Tschann, M., Salcedo, J., Stevens, K., Ahn H.J., & Kaneshiro, B. (2017). Paracervical block for laminaria insertion before second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), 387-392.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

ABORTO MEDICAMENTOSO 4.7.1 SEGURANÇA E EFICÁCIA

4.7



Informações essenciais

- Recomenda-se um regime combinado com mifepristona e misoprostol em vez de um regime de misoprostol isolado para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação.
- O regime combinado é seguro e eficaz, com taxas de expulsão fetal superiores a 90% às 24 horas, mediana do tempo entre a indução e o aborto de 6 a 10 horas e taxas de complicações importantes de aproximadamente 1%.
- Caso não haja disponibilidade de mifepristona, o aborto medicamentoso com misoprostol isolado é seguro e eficaz, com taxas de expulsão fetal de 72% a 91% às 24 horas, tempo médio entre indução e aborto de cerca de 10 a 15 horas e taxas de complicações importantes inferiores a 1%.

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 8 de Fevereiro de 2021

Regime combinado de mifepristona e misoprostol

TAXAS DE EXPULSÃO

Estudos que utilizam o regime recomendado de mifepristona e misoprostol mostram taxas de expulsão fetal de 94% às 24 horas e de 97% às 48 horas (Abbas et al., 2016), e taxas de expulsão fetal e placentária de 88% às 24 horas e de 92% às 48 horas (Dabash et al. 2015). Quando as mulheres continuavam com misoprostol até a expulsão, sem limiar de tempo, 99% das mulheres acabaram por ter um aborto bem-sucedido (Ashok, Templeton, Wagaarachchi e Flett, 2004; Louie et al., 2017).

INTERVALO ENTRE INDUÇÃO E ABORTO

Em estudos que usaram o regime recomendado de mifepristona e misoprostol, a mediana dos tempos de expulsão fetal foram de 6 a 10 horas, com um intervalo alargado de tempos até à conclusão da expulsão (Abbas et al., 2016; Dabash et al, 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011; Prodan et al, 2019; Shaw, Topp, Shaw e Blumenthal, 2013). O intervalo entre indução e aborto é mais longo em mulheres nulíparas, mulheres de idade superior e mulheres em idade gestacional mais avançada (Abbas et al., 2016; Ashok et al., 2004; Dabash et al, 2015; Louie et al., 2017; Platais et al., 2019). A adição de mifepristona a um regime de aborto medicamentoso com misoprostol reduz, de forma consistente, o intervalo entre indução e aborto (Constant et al., 2016; Dabash et al., 2015; Kapp, Borgatta, Stubblefield, Vragovic e Moreno, 2007; Ngoc et al., 2011; Prodan et al., 2019).

TAXAS DE COMPLICAÇÕES

A taxa de complicações importantes do aborto medicamentoso induzido com mifepristona e misoprostol durante ou após a 13.^a semana de gestação é baixa, apesar de complicações menores—tais como a necessidade de um procedimento por causa de sangramento ou retenção de produtos da concepção—serem mais frequentes do que para a dilatação e evacuação (Autry, Hayes, Jacobson e Kirby, 2002). No maior estudo de coortes sobre aborto medicamentoso induzido com mifepristona e misoprostol, com 1002 mulheres entre a 13.^a e a 21.^a semana de gestação (Ashok et al., 2004), 81 mulheres (8,1%) precisaram de uma cirurgia para esvaziamento intra-uterino, a maioria destas por retenção da placenta; apenas duas mulheres precisaram de um esvaziamento cirúrgico para interromper a gravidez. Neste estudo, complicações graves como hemorragia, transfusão de sangue ou cirurgia não prevista ocorreram em oito mulheres (menos de 1%). Num estudo de coorte prospectivo mais recente, porém, de menor dimensão, de aborto com mifepristona e misoprostol entre 13-18 semanas de gestação realizado no Nepal, 35 das 230 mulheres necessitaram de remoção da placenta (15%) e três mulheres sofreram hemorragia, para uma taxa de eventos adversos graves de 1,3% (Blum et al., 2019). Num estudo de coortes de 2017, no qual 120 mulheres entre a 13.^a e 22.^a semana de gestação receberam mifepristona seguida de administração ilimitada de misoprostol até a expulsão fetal e placentária, 99% das mulheres esvaziaram o útero sem nenhuma intervenção adicional. (Louie et al., 2017). Neste estudo, nenhum evento adverso grave foi reportado e apenas uma mulher não conseguiu abortar com o regime combinado.

Numa meta-análise de dados de estudos sobre aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação usando o regime combinado ou um regime de misoprostol isolado, a taxa geral de ruptura uterina foi de 0,08%, com uma taxa de 0,28% em mulheres com antecedentes de parto por cesariana (Goyal, 2009).

RESULTADOS PERINATAIS SUBSEQUENTES

Um estudo finlandês baseado em registos de mulheres que foram mães pela primeira vez comparou a incidência de resultados adversos no parto entre as que não tinham antecedentes de aborto (364.392 mulheres), as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso às 12 semanas de gestação ou menos (10.302 mulheres), e as que tinham antecedentes de aborto medicamentoso com mais de 12 semanas (3.080 mulheres) (KC, Gissler e Klemetti, 2020). Os investigadores constataram um risco 1,4 vezes mais elevado de parto prematuro e baixo peso à nascença em mulheres que tinham feito um aborto medicamentoso mais tarde em comparação com o realizado mais cedo; o risco de parto extremamente ou muito prematuro, peso muito baixo à nascença, e morte perinatal não diferiu entre os grupos.

Regime de misoprostol isolado

TAXAS DE EXPULSÃO

O maior ensaio internacional aleatorizado controlado de aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação com o regime recomendado de misoprostol por via vaginal e sublingual incluiu 681 mulheres entre a 13.^a e a 20.^a semana de gestação (von Hertzen et al., 2009). A taxa de expulsão foi de 84,8% às 24 horas e de 94,3% às 48 horas. Ensaio aleatorizados de menor dimensão que usaram misoprostol por via vaginal ou sublingual a cada três horas mostraram taxas de expulsão de 72% a 91% às 24 horas e de 91% a 95% às 48 horas (Bhattacharjee, Saha, Ghoshroy, Bhowmik e Barui, 2008; Tang, Lau, Chan e Ho, 2004), e taxas de expulsão fetal e placentária de 62% a 64% às 24 horas e de 79% a 82% às 48 horas (Bhattacharjee et al., 2008). Em mulheres nulíparas, o misoprostol por via vaginal tem taxas de expulsão mais elevadas do que o misoprostol por via sublingual (von Hertzen et al., 2009).

No ensaio acima citado, de von Hertzen, a mediana do tempo para a expulsão fetal foi de 12 horas (com um intervalo de 4,1 a 61,8 horas), com as mulheres múltíparas a ter um tempo entre a indução e aborto mais rápido do que as mulheres nulíparas (von Hertzen et al., 2009). Em pequenos ensaios aleatorizados, o tempo até à expulsão variou de 10 a 15 horas (Bhattacharjee et al., 2008; Tang et al., 2004). Prolongar o intervalo posológico do misoprostol de a cada três horas para a cada seis horas aumenta o tempo entre a indução e aborto (Wong, Ngai, Yeo, Tang e Ho, 2000).

TAXAS DE COMPLICAÇÕES

A taxa de grandes complicações de aborto com misoprostol isolado durante ou após a 13.^a semana é baixa. No ensaio supracitado, foram relatados 12 eventos adversos (0,02%); 10 mulheres necessitaram de transfusões de sangue (von Hertzen et al., 2009).

Referências

- Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T.N., Nga, N. T. B., Chi, H. T. K., Martin, R. & Winikoff, B. (2016). Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.
- Ashok, P., Templeton, A., Wagaarachchi, P., & Flett, G. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.
- Autry, A. M., Hayes, E. C., Jacobson, G. F., & Kirby, R. S. (2002). A comparison of medical induction and dilation and evacuation for second-trimester abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 393-397.
- Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S., & Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 48(2), 165-171.
- Blum, J., Karki, C., Tamang, A., Shochet, T., Shrestha, A., Tuladhar, H.,...Winikoff, B. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception*, 100(6), 451-456.
- Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE*, 11(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.
- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), 40-4.
- Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1117-1123.
- Kapp, N., Borgatta, L., Stubblefield, P., Vragovic, O., & Moreno, N. (2007). Mifepristone in second-trimester medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 110(6), 1304.
- Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.
- Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., & Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 601-608.
- Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D., & Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45, 177-182.
- Prodan, N., Breisch, J., Hoopmann, M., Abele, H., Wagner, P., & Kagan, K.O. (2019). Dosing interval between mifepristone and misoprostol in second and third trimester termination. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 99(3), 675-679.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G., & Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1335-1347.

Situ, K. C., Gissler, M., Klemetti, R. (2020). The duration of gestation at previous induced abortion and its impacts on subsequent births: A nationwide registry-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 99(5):651-659.

Tang, O. S., Lau, W. N. T., Chan, C. C. W., & Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(9), 1001-1005.

Von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Huong, N. T. M., Marions, L., Okoiev, G., & Nair, R. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 24(1), 106-112.

Wong, K., Ngai, C., Yeo, E., Tang, L., & Ho, P. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

ABORTO MEDICAMENTOSO

4.7.2 MIFEPRISTONA E MISOPROSTOL: REGIME RECOMENDADO

4.7



Regime recomendado para a 13.^a a 24.^a semana de gestação

- 200 mg de mifepristona por via oral, seguida 1 ou 2 dias depois por 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal a cada três horas, até à expulsão fetal e placentária.
- Se a mulher estiver estável e for conveniente para ela, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expelir a placenta antes da intervenção.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Até à 20.^a semana de gestação: moderada
- Entre a 21.^a e a 24.^a semana de gestação: baixa

Última revisão: 12 de Fevereiro de 2021

Contextualização

O regime combinado de mifepristona e misoprostol é preferencial para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação, pois é altamente eficaz, resultando num intervalo curto entre indução e aborto com um perfil de segurança excelente (Borgatta e Kapp, 2011; Wildschut et al, 2011; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). A mifepristona combinada com misoprostol tem um intervalo entre indução e aborto consistentemente inferior e uma taxa de expulsão mais elevada, de 15 (Ngoc et al., 2011), 24 (Constant et al., 2016) e 48 horas quando comparada com o regime de misoprostol isolado (Dabash et al., 2015).

Momento de administração de mifepristona

Uma revisão sistemática de 2013 que avaliou o efeito do intervalo de administração entre mifepristona e misoprostol no intervalo entre a indução e o aborto incluiu 20 ensaios clínicos aleatorizados e nove estudos observacionais (Shaw, Topp, Shaw e Blumenthal, 2013). Com base nos resultados de três ensaios controlados aleatorizados, a revisão constatou que quando a mifepristona foi administrada entre 12 e 24 horas antes do misoprostol, o intervalo entre indução e aborto foi ligeiramente maior (mediana de 7,3 horas, intervalo de 7 a 8,5) do que quando a mifepristona foi administrada entre 36 e 48 horas antes de iniciar o misoprostol (6,8 horas, intervalo de 6,3 a 7,2), porém, a taxa de aborto entre as 12 e as 24 horas foi igual (Shaw et al., 2013). Em estudos que examinaram a administração simultânea de mifepristona e misoprostol, a mediana do tempo de expulsão no grupo simultâneo variou

de 10 a 13 horas, em comparação às 5 a 8 horas em mulheres que esperaram de 24 a 36 horas entre mifepristona e misoprostol; no entanto, as taxas de expulsão às 48 horas foram equivalentes nos dois grupos (Abbas et al., 2016; Chai et al., 2009).

Dose de carga de misoprostol

Apesar de extensas séries de casos iniciais terem utilizado uma dose inicial de carga com misoprostol por via vaginal (Ashok, Templeton, Wagaarachchi e Flett, 2004), um pequeno ensaio aleatorizado controlado mais recente seleccionou 77 mulheres para receber uma dose de carga com misoprostol por via vaginal (600 mcg, seguido por 400 mcg a cada seis horas) e 80 mulheres para um regime sem dose de carga (400 mcg a cada seis horas) (Pongsatha e Tongsong, 2014). A mediana dos intervalos entre indução e aborto e taxas de aborto completo às 24 a 48 horas não foram diferentes entre os grupos, porém, o grupo de dose de carga sofreu significativamente mais efeitos secundários relacionados com misoprostol. Os ensaios clínicos recentes que não usaram doses de carga com misoprostol mostraram intervalos médios entre indução e aborto de 8 a 10 horas e taxas de sucesso semelhantes ou melhores como os estudos com doses de carga (Abbas et al., 2016; Dabash et al., 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011). Por isso, uma dose inicial alta de misoprostol parece não conferir nenhum benefício em termos de tempos de expulsão.

Posologia de misoprostol

Via de administração: Em ensaios clínicos de aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação, 400 mcg de misoprostol por via vaginal ou sublingual tem maior sucesso e intervalos mais curtos entre indução e aborto do que a administração por via oral (Dickinson, Jennings e Doherty, 2014; Tang, Chang, Kan e Ho, 2005). O misoprostol por via bucal não foi directamente comparado com outras vias num regime combinado para o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana, mas tem uma eficácia semelhante a outras vias de administração no aborto antes da 13.^a semana (Kulier et al., 2011; Raymond, Shannon, Weaver e Winikoff, 2013). Estudos que utilizam misoprostol por via bucal como parte de um regime combinado de mifepristona-misoprostol mostram um intervalo médio entre indução e aborto de 8 a 10 horas (Abbas et al., 2016; Dabash, 2015; Louie et al., 2017; Ngoc et al., 2011; Blum et al., 2019).

Dose: 400 mcg de misoprostol tem taxas de expulsão mais altas, intervalos entre indução e aborto mais curtos e efeitos secundários semelhantes em comparação com 200 mcg, independentemente da via de administração (Brouns, van Wely, Burger e van Wijngaarden, 2010; Shaw et al., 2013).

Horário de administração: Num ensaio aleatorizado examinando dois regimes de aborto medicamentoso com misoprostol isolado durante ou após a 13.^a semana de gestação, o intervalo entre indução e aborto foi mais curto e a taxa de expulsão às 24 horas foi mais elevada quando o misoprostol foi administrado a cada três horas comparado com a cada seis horas; as taxas de eventos adversos foram semelhantes (Wong, Ngai, Yeo, Tang e Ho, 2000).

Número de doses: Num estudo de coortes prospectivo com 120 mulheres entre a 13.^a e 22.^a semana de gestação que receberam mifepristona seguida 24 horas depois por 400 mcg de misoprostol por via bucal, a cada 3 horas até a expulsão fetal e placentária, relatou-se uma taxa de aborto completo de 99% sem necessidade de intervenção adicional (Louie et al., 2017). A mediana do número de doses de misoprostol necessárias foi de quatro (intervalo de 2 a 6) e não se relatou nenhum evento adverso. Num estudo prospectivo semelhante de 306 mulheres com gestações entre 13 e 22 semanas, 90,2% necessitaram de cinco ou menos doses de misoprostol (Platais et al., 2019).

Qualidade da evidência: A recomendação é baseada em vários ensaios clínicos aleatorizados e uma meta-análise Cochrane que comparou diferentes doses de mifepristona e misoprostol, intervalos e vias de administração no segundo trimestre (Wildschut et al., 2011). A maioria dos ensaios aleatorizados sobre aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana não inclui mulheres além da 21.^a semana de gestação.

Expulsão placentária

Num estudo prospectivo de mulheres com idade gestacional de 13 a 18 semanas que usaram mifepristona e misoprostol, a maioria das mulheres expulsou o feto e a placenta aproximadamente ao mesmo tempo, com um tempo médio entre a expulsão fetal e placentária de 15 minutos (intervalo de 0 a 4,5 horas) e 15,5% exigindo remoção manual da placenta (Blum, et al., 2019). Um estudo de coortes retrospectivo mediu as taxas de intervenção para remoção placentária em 233 mulheres que receberam um agente feticida e doses repetidas de misoprostol para induzir o aborto em gravidezes entre a 18.^a e 23.^a semana de gestação (Green et al., 2007). Após a expulsão fetal, deixou-se a placenta ser expelida espontaneamente; as intervenções operatórias foram realizadas apenas para casos de sangramento excessivo após a expulsão fetal ou para acelerar a alta hospitalar após um mínimo de quatro horas depois da expulsão fetal. A taxa global de intervenções para placenta retida foi de 6%, e a maior parte das extracções foram para acelerar a alta hospitalar. O estudo não observou nenhum aumento da morbidade nas mulheres geridas com monitoria atenta durante este tempo.

Referências

- Abbas, D.F., Blum, J., Ngoc, N.T., Nga, N.T., Chi, H.T., Martin, R., & Winikoff, B. (2016) Simultaneous administration compared with a 24-hour mifepristone-misoprostol interval in second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 128(5), 1077-1083.
- Ashok, P. W., Templeton, A., Wagaarachchi, P. T., & Flett, G. M. (2004). Midtrimester medical termination of pregnancy: A review of 1002 consecutive cases. *Contraception*, 69(1), 51-58.
- Blum, J., Karki, C., Tamang, A., et al. (2019). Feasibility of a hospital outpatient day procedure for medication abortion at 13-18 weeks gestation: Findings from Nepal. *Contraception*, 100(6), 451-456.
- Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 2011: Labor induction in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.
- Brouns, J. F., van Wely, M., Burger, M. P., & van Wijngaarden, W. J. (2010). Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception*, 82(3), 266-275.
- Chai, J., Tang, O. S., Hong, Q. Q., Chen, Q. F., Cheng, L. N., Ng, E., & Ho, P. C. (2009). A randomized trial to compare two dosing intervals of misoprostol following mifepristone administration in second trimester medical abortion. *Human Reproduction*, 24(2), 320-324.
- Constant, D., Harries, J., Malaba, T., Myer, L., Patel, M., Petro, G., & Grossman, D. (2016). Clinical outcomes and women's experiences before and after the introduction of mifepristone into second-trimester medical abortion services in South Africa. *PLoS ONE*, 11(9), e0161843. DOI: 10.1371/journal.pone.0161843.
- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 130(1), 40-44.
- Dickinson, J. E., Jennings, B. G., & Doherty, D. A. (2014). Mifepristone and oral, vaginal, or sublingual misoprostol for second-trimester abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 123(6), 1162-1168.
- Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception*, 76, 310-313.
- Kulier, R., Kapp, N., Gulmezoglu, A. M., Hofmeyr, G. J., Cheng, L., & Campana, A. (2011). Medical methods for first trimester abortion. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11, CD002855.

Louie, K. S., Chong, E., Tsereteli, T., Avagyan, G., Abrahamyan, R., & Winikoff, B. (2017). Second trimester medical abortion with mifepristone followed by unlimited dosing of buccal misoprostol in Armenia. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 22(1), 76-80.

Ngoc, N. T. N., Shochet, T., Raghavan, S., Blum, J., Nga, N. T. B., Minh, N. T. H., ... Winikoff, B. (2011). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 118(3), 601-8. DOI:10.1097/AOG.0b013e318227214e.

Platais, I., Tsereteli, T., Maystruk, G., Kurbanbekova, D., & Winikoff, B. (2019). A prospective study of mifepristone and unlimited dosing of sublingual misoprostol for termination of second-trimester pregnancy in Uzbekistan and Ukraine. *BMJ Sexual & Reproductive Health*, 45, 177-182.

Pongsatha, S., & Tongsong, T. (2014). Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 40(1), 155-160.

Raymond, E. G., Shannon, C., Weaver, M. A., & Winikoff, B. (2013). First-trimester medical abortion with mifepristone 200 mg and misoprostol: A systematic review. *Contraception*, 87(1), 26-37.

Shaw, K., Topp, N. J., Shaw, J. G., & Blumenthal, P. D. (2013). Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1335-1347.

Tang, O. S., Chan, C. C., Kan, A. S., & Ho, P. C. (2005). A prospective randomized comparison of sublingual and oral misoprostol when combined with mifepristone for medical abortion at 12-20 weeks gestation. *Human Reproduction*, 20(11), 3062-3066.

Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD005216.

Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, 15(3), 709-712.

World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

ABORTO MEDICAMENTOSO

4.7.3 MISOPROSTOL ISOLADO: REGIME RECOMENDADO

4.7



Regime recomendado para a 13.^a-24.^a semana de gestação

- 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas, até a expulsão fetal e placentária. A administração vaginal é mais eficaz do que a administração sublingual para mulheres nulíparas.
- Se a mulher estiver estável e for conveniente para ela, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expelir a placenta antes da intervenção.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- Até a 20.^a semana de gestação: moderada
- 20 a 24 semanas de gestação: baixa

Última revisão: 12 de Fevereiro de 2021

Contextualização

O regime combinado de mifepristona e misoprostol tem intervalos mais curtos entre indução e aborto e taxas de sucesso mais elevadas do que o regime de misoprostol isolado para o aborto medicamentoso após a 13.^a semana de gestação (Wildschut et al., 2011). Se a mifepristona não estiver disponível, um regime de misoprostol isolado, com doses administradas a cada três horas, é uma alternativa aceitável (Wildschut et al., 2011; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018).

Via vaginal

Em ensaios clínicos aleatorizados controlados, 400 mcg de misoprostol por via vaginal, a cada três horas, está associado a uma mediana do intervalo entre indução e aborto de 10 a 15 horas e a uma taxa de aborto bem-sucedido às 48 horas de 90% a 95% (Bhattacharjee, Saha, Ghoshroy, Bhowmik e Barui, 2008; Koh et al., 2017; Tang, Lau, Chan e Ho, 2004; von Hertzen et al., 2009). Uma dose de 400 mcg por via vaginal é mais eficaz do que uma dose de 200 mcg (Koh et al., 2017).

Via sublingual

Numa meta-análise de três ensaios clínicos aleatorizados, com 1178 mulheres, 400 mcg de misoprostol por via sublingual é semelhante (Bhattacharjee et al., 2008) ou ligeiramente inferior à via vaginal quando administrada a cada três horas (Tang et al., 2004; von Hertzen e

et al., 2009; Wildschut et al., 2011). Nos ensaios que mostraram eficácia reduzida, a diferença foi motivada por menor resposta ao misoprostol sublingual apenas em mulheres nulíparas. Nota: Todos estes estudos constataram que as mulheres preferem a via sublingual do que a via vaginal administrada por profissionais de saúde.

Outras vias

Via bucal: Um ensaio seleccionou de forma aleatória 130 mulheres para 400 mcg de misoprostol, a cada três horas, por via vaginal ou bucal. As mulheres no grupo vaginal tiveram um intervalo médio de expulsão entre indução e aborto mais curto (25 em comparação com 40 horas, $p = 0,001$) e taxas mais elevadas de expulsão fetal às 24 horas (63% em comparação com 42%, $p = 0,014$) e às 48 horas (91% em comparação com 68%, $p = 0,001$) (Al e Yapca, 2015). Um ensaio de menor dimensão, com 64 mulheres, mostrou que misoprostol por via bucal foi tão eficaz quanto por via vaginal; no entanto, todas as mulheres receberam uma dose de carga inicial de 400 mcg de misoprostol por via vaginal e de forma aleatória receberam em seguida 200 mcg por via bucal e vaginal a cada seis horas (Ellis, Kapp, Vragpoc e Borgatta, 2010). Por último, um ensaio que incluiu uma coorte de 60 mulheres que receberam 400 mcg de misoprostol por via bucal, a cada três horas, até a expulsão fetal e placentária constatou uma taxa de aborto completo de 71% às 48 horas (Dabash et al., 2015). Com base nestes estudos, a administração vaginal e sublingual parecem ser superiores à administração de misoprostol por via bucal neste intervalo de idade gestacional.

Via oral: Em vários ensaios clínicos aleatorizados, a via oral mostrou-se menos eficaz com intervalos de tempo até ao aborto mais longos do que as vias vaginal ou sublingual (Akoury et al., 2004; Bebbington et al., 2002; Behrashi e Mahdian, 2008; Nautiyal, Mukherjee, Perhar e Banerjee, 2015).

Intervalo posológico

Num estudo aleatorizado que examinou dois regimes diferentes de misoprostol por via vaginal, constatou-se que prolongar os intervalos posológicos de a cada três horas para a cada seis horas diminui a eficácia do aborto medicamentoso (Wong, Ngai, Yeo, Tang e Ho, 2000).

Expulsão placentária

Um estudo de coortes retrospectivo mediu as taxas de intervenção para remoção placentária em 233 mulheres que receberam um agente feticida e doses repetidas de misoprostol para induzir aborto em gravidezes entre a 18.^a e 23.^a semana de gestação (Green et al., 2007). Após a expulsão fetal, deixou-se a placenta ser expelida espontaneamente; foram realizadas intervenções cirúrgicas apenas para casos de sangramento excessivo após a expulsão fetal ou para acelerar a alta hospitalar após um mínimo de quatro horas depois da expulsão fetal. A taxa global de intervenções para placenta retida foi de 6%, e a maior parte das extracções foram para acelerar a alta hospitalar. O estudo não observou nenhum aumento da morbidade nas mulheres geridas com monitoria atenta durante este tempo.

Qualidade da evidência

A recomendação é baseada em vários ensaios clínicos aleatorizados e numa meta-análise da Cochrane que comparou diferentes doses, intervalos posológicos e vias de administração de misoprostol durante ou após a 13.^a semana de gestação (Wildschut et al., 2011). Este conjunto de evidência é limitado pelo facto de a maior parte dos ensaios clínicos aleatorizados controlados de aborto medicamentoso não incluir mulheres além da 20.^a semana de gestação.

Referências

- Akoury, H. A., Hannah, M. E., Chitayat, D., Thomas, M., Winsor, E., Ferris, L. E., & Windrim, R. (2004). Randomized controlled trial of misoprostol for second-trimester pregnancy termination associated with fetal malformation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *190*(3), 755-762.
- Al, R. A., & Yapca, O. E. (2015). Vaginal misoprostol compared with buccal misoprostol for termination of second-trimester pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *126*(3), 593-8.
- Bebbington, M. W., Kent, N., Lim, K., Gagnon, A., Delisle, M. F., Tessier, F., & Wilson, R. D. (2002). A randomized controlled trial comparing two protocols for the use of misoprostol in midtrimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *187*(4), 853-857.
- Behrashi, M., & Mahdian, M. (2008). Vaginal versus oral misoprostol for second-trimester pregnancy termination: A randomized trial. *Pakistan Journal of Biological Sciences*, *11*(21), 2505-2508.
- Bhattacharjee, N., Saha, S. P., Ghoshroy, S. C., Bhowmik, S., & Barui, G. (2008). A randomised comparative study on sublingual versus vaginal administration of misoprostol for termination of pregnancy between 13 to 20 weeks. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *48*(2), 165-171.
- Dabash, R., Chelli, H., Hajri, S., Shochet, T., Raghavan, S., & Winikoff, B. (2015). A double-blind randomized controlled trial of mifepristone or placebo before buccal misoprostol for abortion at 14-21 weeks of pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, *130*, 40-44.
- Ellis, S. C., Kapp, N., Vragovic, O., & Borgatta, L. (2010). Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception*, *81*(5), 441-445.
- Green, J., Borgatta, L., Sia, M., Kapp, N., Saia, K., Carr-Ellis, S., & Vragovic, O. (2007). Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception*, *76*, 310-313.
- Koh, D. S. C., Ang, E. P. J., Coyuco, J. C., Teo, H. Z., Huang, X., Wei, X., ... Tan, K. H. (2017). Comparing two regimens of intravaginal misoprostol with intravaginal gemprost for second-trimester pregnancy termination: A randomised controlled trial. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, DOI: 10.1136/jfprhc-2016-101652.
- Nautiyal, D., Mukherjee, K., Perhar, I., & Banerjee, N. (2015). Comparative study of misoprostol in first and second trimester abortions by oral, sublingual and vaginal routes. *Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, *65*(4), 246-50.
- Tang, O. S., Lau, W. N., Chan, C. C., & Ho, P. C. (2004). A prospective randomised comparison of sublingual and vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, *111*(9), 1001-1005.
- von Hertzen, H., Piaggio, G., Wojdyla, D., Nguyen, T. M., Marions, L., Okoiev, G., & Peregoudov, A. (2009). Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: Randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, *24*(1), 106-112.
- Wildschut, H., Both, M. I., Medema, S., Thomee, E., Wildhagen, M. F., & Kapp, N. (2011). Medical methods for mid-trimester termination of pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD005216.
- Wong, K. S., Ngai, C. S., Yeo, E. L., Tang, L. C., & Ho, P. C. (2000). A comparison of two regimens of intravaginal misoprostol for termination of second trimester pregnancy: A randomized comparative trial. *Human Reproduction*, *15*(3), 709-712.
- World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

4. Recomendações para o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

4.7

ABORTO MEDICAMENTOSO

4.7.4 PRESENÇA DE CICATRIZ UTERINA: REGIME RECOMENDADO

Recomendação

- **Menos do que 22 a 24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina:** Sem alterações aos regimes recomendados necessários.
- **Mais do que 22 a 24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina ou 13 a 24 semanas de gestação com mais que uma cicatriz uterina:** Considerar a hipótese de diminuir a dose de misoprostol com ou sem aumento do intervalo posológico. Não existe evidência suficiente para saber se isso tem impacto no risco de ruptura uterina nessas mulheres.

Força da recomendação

Fraca

Qualidade da evidência

Muito baixa

Última revisão: 12 de Fevereiro de 2021

Risco de ruptura uterina com aborto medicamentoso

A ruptura uterina foi relatada durante o aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação em mulheres com ou sem uma cicatriz uterina. O risco de ruptura uterina para qualquer mulher submetida a um aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação é muito raro: ocorre em menos de 1 em 1000 mulheres (Goyal, 2009). Numa meta-análise de 16 estudos com 3556 mulheres submetidas a aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação com regimes combinados ou com misoprostol isolado, houve três mulheres que sofreram ruptura uterina, resultando numa taxa de 0,28% com uma cesariana anterior e 0,04% sem cesariana anterior (Goyal, 2009).

Uma revisão retrospectiva monocêntrica de 279 mulheres submetidas a aborto entre a 14.^a e 26.^a semana incluiu 60 mulheres com uma cicatriz e 26 mulheres com mais de uma cicatriz uterina (Küçükğöz Güleç et al., 2013). Estas mulheres receberam 200 mcg de misoprostol por via vaginal, a cada quatro horas; três tiveram uma ruptura uterina. Noutra revisão retrospectiva de 263 mulheres entre a 12.^a e a 24.^a semana submetidas a aborto com misoprostol isolado, 48 tinham uma cicatriz uterina e 29 tinham mais de uma cicatriz; observou-se uma ruptura numa mulher com três cesarianas anteriores que recebeu um regime de 200 mcg de misoprostol por via sublingual, a cada três horas (Carvalho et al., 2016). Uma terceira revisão retrospectiva incluiu 231 mulheres com uma cesariana anterior e 37 mulheres com duas cesarianas anteriores e usou-se um regime de 800 mcg de misoprostol como dose de carga, seguido de 200 mcg a cada duas horas para três doses; nenhuma mulher teve ruptura (Torriente, Steinberg e Joubert, 2017).

Regime para mulheres com cicatriz uterina

Devido à raridade da ruptura uterina em mulheres com uma cicatriz anterior, não é possível obter nenhuma orientação clara a partir da literatura publicada (Borgatta e Kapp, 2011; Daponte, Nzewenga, Dimopoulos e Guidozi, 2006; Daskalakis et al., 2004; Dickinson, 2005; Morris et al., 2017).

A opinião de especialistas corrobora:

- Nenhuma alteração no regime de aborto medicamentoso para mulheres com uma cicatriz uterina cuja gestação seja inferior a 22-24 semanas.
- Após 22-24 semanas de gestação com uma cicatriz uterina única ou 13-24 semanas de gestação com mais de uma cicatriz uterina:
 - Considerar a hipótese de diminuir a dose de misoprostol com ou sem aumento do intervalo posológico (Ho et al., 2007; Küçükğöz Güleç et al., 2013).

Não há evidência suficiente para saber se a alteração do regime posológico reduzirá o risco de ruptura uterina.

Referências

- Borgatta, L., & Kapp, N. (2011). Society of Family Planning Clinical Guideline 2011: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception*, 84(1), 4-18.
- Cetin, C., Buyukkurt, S., Seydaoglu, G., Kahveci, B., Soysal, C., & Ozgunen, F. T. (2016). Comparison of two misoprostol regimens for mid-trimester pregnancy terminations after FIGO's misoprostol dosage recommendation in 2012. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(8), 1314-1317.
- Daponte, A., Nzewenga, G., Dimopoulos, K. D., & Guidozi, F. (2006). The use of vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with previous single cesarean section. *Contraception*, 74(4), 324-327.
- Daskalakis, G. J., Mesogitis, S. A., Papantoniou, N. E., Mouloupoulos, G. G., Papapanagiotou, A. A., & Antsaklis, A. J. (2004). Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior cesarean section. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(1), 97-99.
- Dickinson, J. E. (2005). Misoprostol for second-trimester pregnancy termination in women with a prior cesarean delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 105(2), 352-356.
- Goyal, V. (2009). Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology*, 113(5), 1117-1123.
- Ho, P. C., Blumenthal, P. D., Gemzell-Danielsson, K., Gómez Ponce de León, R., Mittal, S., & Tang, O. S. (2007). Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 99(2), 178-181.
- Küçükğöz Güleç, Ü., Urunsak, I. F., Eser, E., Guzel, A. B., Ozgunen, F. T., Evruke, I. C., & Buyukkurt, S. (2013). Misoprostol for midtrimester termination of pregnancy in women with 1 or more prior cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120, 85-87.
- Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, K., ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(3), 363-366.
- Torriente, M. C., Steinberg, W. J., & Joubert, G. (2017). Misoprostol use for second-trimester termination of pregnancy among women with one or more previous cesarean deliveries. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138, 23-27.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

TRATAMENTO DE ABORTO INCOMPLETO E ABORTO RETIDO: REGIME DE MEDICAMENTOS RECOMENDADO PARA TAMANHO UTERINO INFERIOR A 13 SEMANAS

Recomendação

- Podem disponibilizar-se métodos médicos ou aspiração intra-uterina para o tratamento de aborto incompleto ou retido
- **Aborto incompleto:** 600 mcg de misoprostol por via oral em dose única ou 400 mcg por via sublingual em dose única ou, em caso de ausência de sangramento vaginal, por via vaginal.
- **Aborto retido:** 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou, em caso de ausência de sangramento vaginal, 800 mcg por via vaginal a cada três horas até à expulsão da gravidez (geralmente 1-3 doses). Quando disponível, adicione pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Moderada

Última revisão: 14 de Fevereiro de 2021

Aborto incompleto

Numa revisão da *Cochrane* de 24 estudos com 5577 mulheres que se apresentaram com aborto incompleto com menos de 13 semanas, o controlo com misoprostol foi tão eficaz quanto os cuidados da mulher grávida para completar o aborto (risco relativo [RR] 1,23, intervalo de confiança de 95% [IC] 0,72, 2,10), e foi menos eficaz do que o tratamento cirúrgico (RR 0,96, IC 95% 0,94, 0,98); as taxas de sucesso foram altas para todas as estratégias de controlo (Kim et al., 2017). As taxas de conclusão foram de 52% a 85% para gestão da mulher grávida, 80% a 99% para tratamento com misoprostol e 91% a 100% para tratamento cirúrgico (Kim et al., 2017). Nas análises, o misoprostol por via oral, sublingual e vaginal mostrou eficácia e perfis de efeitos secundários semelhantes; prolongar o tempo para avaliação de acompanhamento aumentou o sucesso do tratamento com misoprostol. Um ensaio controlado aleatorizado comparando uma dose única de misoprostol com AMIU demonstrou maior sucesso da AMIU para completar o aborto (RR 0,84, IC 95% 0,77-0,92) (Ibeyemi, Ijaiya & Adesina, 2019).

Aborto retido

Uma revisão sistemática de 2017 e meta-análise de rede de uso de misoprostol do aborto retido, que incluiu 18 estudos reportando sobre 1802 mulheres, concluiu que 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou 600 mcg por via sublingual são os tratamentos mais eficazes

(Wu, Marwah, Wang, Wang e Chen, 2017). Uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via vaginal resulta num esvaziamento intra-uterino bem-sucedido em 76% a 93% das mulheres (Fernlund, Jokubkiene, Sladkevicius e Valentin, 2017; Mizrachi et al., 2017; Ngoc, Blum, Westheimer, Quan e Winikoff, 2004). Em dois estudos, quando as mulheres foram geridas com monitoria atenta durante sete dias após uma dose única de misoprostol, as suas taxas de sucesso do aborto aumentaram ao longo do tempo (Ngoc et al., 2004) até 88% aos sete dias comparados com 72% aos quatro dias (Mizrachi et al., 2019). Embora um número de estudos tenha reportado um aumento nas taxas de sucesso do aborto quando uma dose adicional de misoprostol é administrada 24 (Barcelo et al., 2012; Graziosi, Mol, Ankum e Bruinse, 2004; Muffley, Stitely e Gherman, 2002), 48 (Lyra, Cavaco-Gomes, Moucho e Montenegro, 2017) ou 72 horas após a dose inicial (Gilles et al., 2004; Zhang et al., 2005), não é claro se isso é devido à medicação adicional ou ao aumento do tempo para avaliação. Um ensaio de 2017 que aleatorizou mulheres para receber uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou para receber uma dose adicional de misoprostol após quatro dias, constatou que ambos os grupos tiveram taxas de sucesso de aborto quase idênticas após sete dias: 77% e 76% respectivamente (Mizrachi et al., 2017).

Doses repetidas de 600 mcg de misoprostol por via sublingual a cada três horas após a dose inicial para um máximo de mais duas doses atinge taxas de sucesso do aborto de 88% a 92% (Tang, Lau, Ng, Lee e Ho, 2003; Tang et al., 2006). Nenhum estudo avaliou doses únicas de misoprostol por via sublingual para tratamento de aborto retido.

Três ensaios aleatorizados controlados constataram que as mulheres com aborto retido que receberam pré-tratamento com mifepristona antes de receberem misoprostol tiveram maior probabilidade de concluir com sucesso o seu aborto do que as mulheres que receberam misoprostol isolado. Segundo Schreiber et al. (2018), as mulheres receberam mifepristona seguida 24 horas mais tarde por uma dose única de 800 mcg de misoprostol por via vaginal ou misoprostol sem pré-tratamento. A taxa de sucesso do aborto, determinada no dia após administração de misoprostol, foi de 84% no grupo de mifepristona, em comparação com 67% no grupo de misoprostol isolado. Num outro estudo no mesmo (Sinha, Suneja, Guleria, Aggarwal e Waid, 2018), as mulheres receberam mifepristona ou placebo, seguido por regimes de várias doses idênticas de misoprostol 48 horas depois. As taxas de sucesso do aborto foram de 87% e 58%, respectivamente; mais mulheres no grupo de mifepristona do que no grupo de placebo expeliram a gravidez após uma dose única de misoprostol (66% em comparação com 11%, respectivamente) e tiveram intervalos entre indução e aborto significativamente mais curtos (4,7 em comparação com 8 horas, respectivamente). Um terceiro estudo de mifepristona ou placebo seguido 48 horas depois por 800 mcg de misoprostol demonstrou a expulsão bem-sucedida em, respectivamente, 83% e 76% das 696 mulheres no ensaio aos sete dias pós-mifepristona (Chu et al., 2020). Uma meta-análise que incluiu estes três estudos e um estudo adicional, representando 1.143 mulheres, encontrou um benefício para a adição de mifepristona na resolução do aborto retido (RR 1,15, IC a 95% de 1,01-1,30)(Chu et al., 2020). Em um estudo de coorte prospectivo, o risco de falha após o uso de mifepristona e misoprostol por aborto retido aumentou entre mulheres com tamanho uterino com mais de nove semanas de gestação (Ehrnsten, Altman, Ljungblad e Kopp, 2019). Apesar do custo relativamente elevado da mifepristona, dois estudos dos Estados Unidos mostraram que a utilização de um regime combinado de mifepristona e misoprostol para o tratamento do aborto retido é eficaz em termos de custos, particularmente em situações onde o esvaziamento cirúrgico do útero é realizado num bloco operatório (Berkley, Greene e Wittenberger, 2020; Nagendra et al., 2020)

Referências

Barcelo, F., De Paco, C., Lopez-Espin, J. J., Silva, Y., Abad, L., & Parrilla, J. J. (2012). The management of missed miscarriage in an outpatient setting: 800 versus 600 µg of vaginal misoprostol. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 52(1), 39-43.

- Berkley, H.H., Greene, H.L., & Wittenberger, M.D. (2020). Mifepristone combination therapy compared with misoprostol monotherapy for the management of miscarriage: A cost-effectiveness analysis. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4), 774-781.
- Chu, J.J., Devall, A.J., Beeson, L.E., Hardy, P., Cheed, V., Sun, Y., ... & Commarasamy, A. (2020). Mifepristone and misoprostol versus misoprostol alone for the management of missed miscarriage (MifeMiso): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet*, 396, 770-78.
- Ehrnsten, L., Altman, D., Ljungblad, A., & Kopp Kallner, H. (2019). Efficacy of mifepristone and misoprostol for medical treatment of missed miscarriage in clinical practice: A cohort study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 00, 1-6.
- Fernlund, A., Jokubkiene, L., Sladkevicius, P., & Valentin, L. (2018). Misoprostol treatment vs expectant management in early non-viable pregnancy in women with vaginal bleeding: A pragmatic randomized controlled trial. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, 51(1), 24-3232.
- Gilles, J. M., Creinin, M. D., Barnhart, K., Westhoff, C., Frederick, M. M., & Zhang, J. (2004). A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 190(2), 389-394.
- Graziosi, G. C., Mol, B. W., Ankum, W. M., & Bruinse, H. W. (2004). Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 86(3), 337-346.
- Ibiyemi, K.F., Ijaiya, M.A., & Adesina, K.T. (2019). Randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion at a Nigerian tertiary hospital. *Sultan Qaboos University Medical Journal*, 19(1), e38-e43.
- Kim, C., Barnard, S., Neilson, J. P., Hickey, M., Vazquez, J. C., & Dou L. (2017). Medical treatment for incomplete miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1:CD007223. DOI: 10.1002/14651858.CD007223.pub4.
- Lyra, J., Cavaco-Gomes, J., Moucho, M., & Montenegro, N. (2017). Medical termination of delayed miscarriage: Four year experience with an outpatient protocol. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrica*, 39(10), 529-533.
- Mizrachi, Y., Tamayev, L., Shemer, O., Kleiner, I., Bar, J., & Sagiv, R. (2019). Early versus delayed follow-up after misoprostol treatment for early pregnancy loss. *Reproductive Biomedicine Online*, 39(1), 155-160.
- Mizrachi, Y., Dekalo, A., Gluck, O., Miremberg, H., Dafna, L., Feldstein, O., ... Sagiv, R. (2017). Single versus repeat doses of misoprostol for treatment of early pregnancy loss—a randomized clinical trial. *Human Reproduction*, 32(6), 1202-1207.
- Muffley, P. E., Stitely, M. L., & Gherman, R. B. (2002). Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 187(2), 321-325.
- Nagendra, D., Koelper, N., Loza-Avalos, S.E., Sonalkar, S., Chen, M., Atrio, J., ... & Harvie, H.S. (2020). Cost-effectiveness of mifepristone pretreatment for the medical management of nonviable early pregnancy: Secondary analysis of a randomized trial. *JAMA Network Open*, 3(3), e201594.
- Ngoc, N. T., Blum, J., Westheimer, E., Quan, T. T., & Winikoff, B. (2004). Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 87(2), 138-142.
- Schreiber, C. A., Creinin, M. D., Atrio, J., Sonalkar, S., Ratcliffe, S. J., & Barnhart, K. T. (2018). Mifepristone pretreatment for the medical management of early pregnancy loss. *New England Journal of Medicine*, 378(23), 2161-2170.
- Sinha, P., Suneja, A., Guleria, K., Aggarwal, R., & Vaid, N. B. (2018). Comparison of mifepristone followed by misoprostol with misoprostol alone for treatment of early pregnancy failure: A randomized double-blind placebo-controlled trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology of India*, 68(1), 39-44.
- Tang, O. S., Lau, W. N., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2003). A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal with sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction*, 18(1), 176-181.
- Tang, O. S., Ong, C. Y., Tse, K. Y., Ng, E. H., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2006). A randomized trial to compare the use of sublingual misoprostol with or without an additional 1 week course for the management of first trimester silent miscarriage. *Human Reproduction*, 21(1), 189-192.

Van den Berg, J., Gordon, B. B. M., Snijders, M. P. M. L., Vandenbussche, F. P. H. A., & Coppus, S. F. P. J. (2015). The added value of mifepristone to non-surgical treatment regimens for uterine evacuation in case of early pregnancy failure: A systematic review of the literature. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 195, 18-26.

Wu, H. L., Marwah, S., Wang, P., Wang, Q. M., & Chen, X. W. (2017). Misoprostol for medical treatment of missed abortion: A systematic review and network meta-analysis. *Science Reports*, 7(1), 1664.

Zhang, J., Gilles, J. M., Barnhart, K., Creinin, M. D., Westhoff, C., & Frederick, M. M. (2005). A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *The New England Journal of Medicine*, 353(8), 761-769.

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

TRATAMENTO DE ABORTO INCOMPLETO E MORTE FETAL INTRA-UTERINA: REGIME DE MEDICAMENTOS RECOMENDADO PARA TAMANHO UTERINO DE 13 SEMANAS OU SUPERIOR

Recomendação

- Podem disponibilizar-se métodos médicos ou D&E para o tratamento do aborto incompleto ou da morte fetal intra-uterina
- **Aborto incompleto:** 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada três horas até à expulsão.
- **Morte fetal intra-uterina (até à 24.^a semana):** 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada 4-6 horas até à expulsão. Caso haja disponibilidade, adicione pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 15 de Fevereiro de 2021

Contextualização

A maioria das investigações e programas sobre assistência pós-aborto focam-se em mulheres com tamanho uterino inferior a 13 semanas (Ipas, 2013). No entanto, onde prevalece o aborto inseguro até 40% de mulheres que necessitam de assistência pós-aborto apresentam-se durante ou após a 13.^a semana de gestação (Ministry of Health of Kenya, Ipas e Guttmacher Institute, 2013). As mulheres podem apresentar aborto incompleto, retenção de placenta, morte fetal ou ruptura de membranas, tudo isso requer esvaziamento intra-uterino.

Regimes medicamentosos

A evidência é limitada para sugerir o regime médico ideal para assistência pós-aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação, mas revisões sistemáticas da literatura sugerem que, pelo menos, 200 mcg administrados por via vaginal, sublingual ou bucal, a cada seis horas, são um regime eficaz (Bracken et al., 2014; Mark, Borgatta e Edelman, 2015). Dois ensaios que seleccionaram de forma aleatória mulheres para tratamento com 200 mcg ou 400 mcg de misoprostol por via vaginal constataram que doses mais elevadas de misoprostol resultaram em taxas de expulsão mais elevadas às 24 e às 48 horas (Dickinson & Evans, 2002; Eslamian, Gosili, Jamal, & Alyassin, 2007; Organização Mundial da Saúde [OMS], 2018). O pré-tratamento com mifepristona, 1-2 dias antes de misoprostol, aumenta as taxas de sucesso do aborto dentro de 24 horas e reduz o tempo até à expulsão fetal (Chaudhuri & Datta,

2015; Panda & Singh, 2013). Uma revisão sistemática do tratamento medicamentoso para morte fetal intra-uterina constatou que quando a dose de 400 mcg foi administrada a cada quatro horas, foi mais eficaz com taxas mais baixas de eventos adversos quando comparada com outras doses; no entanto, não existem comparações directas para informar se quatro horas é realmente o intervalo ideal (Cleeve, Fonhus & Lavelanet, 2019).

Dilatação & evacuação (D&E)

Nenhum estudo comparou o tratamento médico versus a aspiração intra-uterina ou D&E para assistência pós-aborto durante ou após a 13.^a semana. A D&E pode ser oferecida às mulheres em serviços de assistência pós-aborto, onde existam provedores de saúde qualificados e instalações de apoio (OMS, 2014).

Referências

- Bracken, H., Ngoc, N. T., Banks, E., Blumenthal, P. D., Derman, R. J., Patel, A., . . . Winikoff, B. (2014). Buccal misoprostol for treatment of fetal death at 14-28 weeks of pregnancy: A double-blind randomized controlled trial. *Contraception*, 89(3), 187-192. DOI:10.1016/j.contraception.2013.11.014
- Chaudhuri, P., & Datta, S. (2015). Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for induction of labor in intrauterine fetal death: A randomized trial. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 41(12), 1884-1890.
- Cleeve, A., Fonhus, M.S., & Lavelanet, A. (2019). A systematic review of the effectiveness, safety, and acceptability of medical management of intrauterine fetal death at 14-28 weeks of gestation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 147(3), 301-312.
- Dickinson, J. E., & Evans, S. F. (2002). The optimization of intravaginal misoprostol dosing schedules in second-trimester pregnancy termination. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 186(3), 470-474.
- Eslamian, L., Gosili, R., Jamal, A., & Alyassin, A. (2007). A prospective randomized controlled trial of two regimens of vaginal misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *Acta Medica Iranica*, 45(6), 497-500.
- Ipas. (2013). *Woman-centered postabortion care: Reference manual* (2nd ed.). K.L. Turner & A.B. Huber (Eds.). Chapel Hill, NC: Ipas.
- Mark, A., Borgatta, L., & Edelman, A. (2015). Second trimester postabortion care for ruptured membranes, fetal demise, and incomplete abortion. *International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 129(2), 98-103.
- Ministry of Health of Kenya, Ipas, and Guttmacher Institute. (2013). *Incidence and complications of unsafe abortion In Kenya: Key findings of a national study*. African Population and Health Research Center: Nairobi.
- Panda, S., Jha, V., & Singh, S. (2013). Role of combination of mifepristone and misoprostol verses misoprostol alone in induction of labour in late intrauterin [sic] fetal death: A prospective study. *Journal of Family and Reproductive Health*, 7(4), 177-179.
- World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Actualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

Recomendação

- Após aspiração intra-uterina ou dilatação e evacuação (D&E), a contracepção hormonal e não hormonal, incluindo colocação de dispositivo intra-uterino (DIU) e esterilização feminina, podem ser iniciadas imediatamente.
- Os métodos hormonais, incluindo pílulas, adesivos, anéis, injectáveis e implantes podem ser iniciados no dia do primeiro comprimido do aborto medicamentoso. A colocação do DIU e a esterilização feminina devem ser feitas quando for razoavelmente certo de que a mulher já não está grávida.
- A esterilização masculina (vasectomia) é segura e eficaz e pode ser realizada a qualquer momento.
- Os métodos contraceptivos de longa duração têm taxas mais altas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez em comparação com os métodos de curta duração.
- A satisfação com os serviços/adopção de contraceptivos entre as pacientes de aborto medicamentoso parece ser maior quando a contracepção é iniciada ao mesmo tempo que a mifepristona.
- As pessoas, incluindo adolescentes, devem ser capazes de escolher se usam um método contraceptivo e seleccionar seu método preferido, com base em informações contraceptivas exactas, nas suas necessidades e preferências pessoais.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

- DIU e contraceptivos orais combinados: alta
- Implantes: Moderada
- Outros métodos: baixa a moderada

Última revisão: 15 de Fevereiro de 2021

Retorno à fertilidade

Após o aborto induzido em gravidezes com menos de 13 semanas, as mulheres tipicamente ovularão num período de três a quatro semanas, no entanto, podem ovular tão cedo quanto passados oito dias (Boyd e Holmstrom, 1972; Lahteenmaki e Luukkainen, 1978; Schreiber, Sober, Ratcliffe e Creinin, 2010; Stoddard e Eisenberg, 2011). Pelo menos 85% das mulheres ovularão antes da sua primeira menstruação (Boyd e Holmstrom, 1972; Lahteenmaki e Luukkainen, 1978; Cameron e Baird, 1988). Não há diferença no tempo para a ovulação após o aborto medicamentoso em comparação com a aspiração intra-uterina (Cameron e Baird, 1988).

Existem dados limitados sobre o retorno à fertilidade após um aborto realizado durante ou após a 13.^a semana de gestação. Um estudo com apenas nove participantes constatou que 66% ovulou dentro de 21 dias (Marrs, Kletzky, Howard e Mishell, 1979). Dado o rápido retorno à fertilidade, todas as mulheres que desejam começar a contracepção devem receber o seu método preferido no momento do aborto. Se o seu método preferido não estiver disponível, deve receber encaminhamento e, se assim o desejar, um método provisório (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2014b).

Segurança e aceitabilidade da contracepção pós-aborto

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu manual intitulado *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos*, para as mulheres adultas, 2015, classifica todos os métodos contraceptivos como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato, após aborto não complicado no primeiro trimestre; as recomendações não diferem com base no tipo de aborto realizado. A esterilização feminina é classificada como aceitável depois de um aborto não complicado.

Da mesma forma, o manual *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* (OMS, 2015) classifica todos os métodos contraceptivos como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato, após o aborto não complicado no segundo trimestre, excepto o DIU. Devido ao possível risco acrescido de expulsão quando usado após o aborto realizado durante ou após 13 semanas de gestação, a OMS classifica o DIU como sendo de categoria dois, significando que as vantagens de utilizar o método geralmente superam os riscos. A esterilização feminina é classificada como aceitável após um aborto não complicado durante ou após a 13.^a semana de gestação.

Duas dessas recomendações são diferentes para as adolescentes: a injeção de um depósito de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) é classificada pela OMS como sendo de categoria dois para as mulheres com idades abaixo dos 18 anos, devido a preocupações relativas aos efeitos na densidade mineral óssea. Pode fazer-se a esterilização em mulheres jovens, contudo, elas podem precisar de precauções especiais devido ao seu risco aumentado de arrependimento (OMS, 2015).

Comparativamente aos métodos contraceptivos de curta duração, os de longa duração, tais como implantes e DIU, têm taxas mais elevadas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez e aborto (Blumenthal, Wilson, Remsburg, Cullins e Huggins, 1994; Cameron et al., 2012; Kilander et al., 2016; Korjamo, Mentula e Heikinheimo, 2017; Langston, Joslin-Rohr e Westhoff, 2014; Peipert, Madden, Allsworth e Secura, 2012; Pohjoranta, Mentula, Gissler, Suhonen e Heikinheimo, 2015; Roberts, Silva e Xu, 2010; Rose, Garrett e Stanley, 2015). A utilização de métodos de longa duração é maior após o aborto cirúrgico quando comparado com o aborto medicamentoso (Laursen, Stumbras, Lewnar e Haider, 2017; Rocca et al., 2018). Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios aleatorizados controlados demonstrou taxas significativamente mais elevadas de satisfação de pacientes com início imediato (dia da mifepristona) de implantes e injectáveis em comparação com um início tardio (Schmidt-Hansen et al., 2020).

Início da contracepção

Após a aspiração intra-uterina, D&E ou aborto medicamentoso onde a expulsão da gravidez ocorre numa unidade sanitária, todos os métodos contraceptivos hormonais e não-hormonais, incluindo inserção de DIU e esterilização feminina, podem ser iniciados imediatamente (OMS, 2015; OMS, 2018). Os métodos ditos naturais, baseados no seguimento da fertilidade, podem ser iniciados após uma mulher ter tido pelo menos um fluxo menstrual pós-aborto. A esterilização masculina (vasectomia) pode ser realizada a qualquer momento.

Para o aborto medicamentoso, em que se espera que a expulsão da gravidez ocorra em casa, a maioria das formas de contracepção (incluindo pílulas, injectáveis e implantes) podem ser iniciadas com o primeiro comprimido do aborto medicamentoso desde que não haja contra-indicações médicas (OMS, 2015; OMS, 2018). O DIU pode ser inserido e a esterilização feita assim que houver certeza razoável de que a mulher já não está grávida (OMS, 2014^a; OMS, 2018).

Evidência relativa a métodos contraceptivos específicos

DIU: por favor, consulte “Secção 5.4 Uso de DIU pós-aborto: segurança e momento adequado”.

Implantes subdérmicos de apenas progestina: Dois ensaios aleatorizados de não-inferioridade em mulheres submetidas a aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação (Hognert et al., 2016; Raymond et al., 2016b) demonstraram que as taxas de sucesso do aborto são iguais em mulheres que recebem um implante contraceptivo no dia que recebem mifepristona em comparação com as de colocação tardia. Em ambos os estudos, as taxas de inserção foram mais elevadas para as mulheres que receberam os seus implantes no dia que tomaram mifepristona. Um estudo (Hognert et al., 2016) reportou uma taxa de gravidez significativamente mais elevada no grupo de inserção tardia durante o acompanhamento seis meses após o aborto (3,8% comparado a 0,8%). Um estudo adicional escolheu aleatoriamente mulheres submetidas a D&E para inserção tardia ou imediata de implante (Cowett et al., 2018). Menos de metade das mulheres no grupo de inserção tardia fez a inserção do implante, em comparação com 100% do grupo de inserção imediata.

Injecção de apenas progestina: Num estudo com 132 mulheres que usaram injecção de depósito de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) imediatamente após o aborto, não se reportaram eventos adversos graves, mas baixas taxas de continuação do método (22%) após um ano e elevadas taxas de repetição de gravidez (Goldberg, Cardenas, Hubbard e Darney, 2002). Um estudo aleatorizado controlado de não-inferioridade (Raymond et al., 2016a) comparou 220 mulheres submetidas a aborto medicamentoso até 75 dias de gestação que receberam AMPD intramuscular no dia de administração de mifepristona com 226 mulheres que não receberam e identificou taxas semelhantes de intervenção cirúrgica por quaisquer razões após o aborto medicamentoso (6,4% e 5,3%, respectivamente) e taxas semelhantes de gravidez aos seis meses após a intervenção (2,3% e 3,2%, respectivamente). No entanto, a continuação da gravidez como razão para a falha do aborto medicamentoso no grupo que recebeu injecção de AMPD foi significativamente mais elevada (3,6% vs 0,9%). Estudos de coortes retrospectivos de menor dimensão não constataram nenhuma diferença nas taxas de sucesso de aborto medicamentoso nem nas taxas de continuação da gravidez em mulheres que começaram injecções de apenas progestina no mesmo dia da administração de mifepristona (Douthwaite et al., 2016; Park, Robinson, Wessels, Turner e Geller, 2016). As mulheres relataram elevado grau de satisfação com a administração, no mesmo dia, de contraceptivos de apenas progestina (Raymond et al., 2016a).

Contraceptivos orais combinados (COC): Uma revisão de sete estudos, com 1739 mulheres, demonstrou a inexistência de eventos adversos graves relacionados com o uso dos COC imediatamente após a aspiração ou aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação (Gaffield, Kapp e Ravi, 2009). Para além disso, as mulheres que usaram COC imediatamente demonstram os mesmos padrões de sangramento que as mulheres que não usaram um contraceptivo e menos sangramento do que as usuárias de DIU de cobre. Dois ensaios aleatorizados de COC comparados com placebo iniciado imediatamente após o aborto medicamentoso até 49 ou 63 dias de gestação demonstraram que as pílulas não têm efeito significativo sobre a eficácia do aborto medicamentoso ou sobre a quantidade ou duração

da perda de sangue/hemorragia (Tang, Gao, Cheng, Lee e Ho, 1999; Tang, Xu, Cheng, Lee e Ho, 2002).

Anel vaginal combinado: Um estudo de coortes com 81 mulheres que colocaram um anel vaginal uma semana após a aspiração ou aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação não mostrou eventos adversos nem infecções graves (Fine, Tryggstad, Meyers e Sangi-Haghpeykar, 2007).

Adesivo contraceptivo combinado: Um ensaio aleatorizado de 298 mulheres, quer em início do uso imediato após o aborto ou início tardio (no domingo) após um aborto, demonstrou não haver diferença nas taxas de continuidade no segundo e sexto mês após o início do uso. Nos 53% das mulheres que foi possível contactar após seis meses, metade havia parado de usar o adesivo contraceptivo (Steinauer et al., 2014).

Qualidade da evidência

Devido à comprovada segurança da contracepção após aspiração intra-uterina e aborto medicamentoso antes da 13.^a semana, o manual *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* de 2015 categoriza o início imediato de uso de injeções hormonais, implantes, contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivos e anéis) e pílulas de apenas progestina, como sendo de categoria um ou seguro para uso (OMS, 2015).

Com excepção do uso de DIU após D&E, o uso imediato da maioria dos métodos contraceptivos não foi devidamente estudado após D&E ou aborto medicamentoso durante ou após a 13.^a semana de gestação. As recomendações dos *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* de 2015 não diferem com base no tipo de aborto realizado, seja medicamentoso ou D&E. A necessidade imediata de contracepção fiável da mulher após o aborto, juntamente com a redução da adopção de contracepção quando a oferta de contraceptivos é demorada, apoia fortemente a recomendação de iniciar o uso de métodos contraceptivos imediatamente.

Tomada de decisão informada

A OMS recomenda que os serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo os serviços de contracepção, sejam prestados de modo a garantir uma tomada de decisão plenamente informada, respeitar a dignidade, a autonomia, a privacidade e a confidencialidade e sejam sensíveis às necessidades e perspectivas de cada pessoa (OMS, 2014b). As pessoas deverão poder escolher aceitar ou recusar a contracepção com base nas suas necessidades e preferências pessoais. As informações contraceptivas abrangentes, baseadas na evidência, apoio e aconselhamento contraceptivo devem estar acessíveis para todas as pessoas, incluindo adolescentes, para que as pacientes possam tomar uma decisão informada. Num estudo realizado nos EUA, a maioria das mulheres preferiu não debater a contracepção de forma aprofundada no momento da sua consulta para aborto, mais frequentemente porque já sabiam que método contraceptivo queriam (Cansino et al., 2018). Idealmente, deve haver disponibilidade de uma gama de métodos contraceptivos, deve oferecer-se encaminhamento apropriado para métodos não disponíveis no local de atendimento e devem integrar-se estes serviços com os serviços de aborto e assistência pós-aborto (Baynes et al., 2019; OMS, 2014b). Quando os contraceptivos são entregues no momento da consulta para aborto e uma vasta gama de contraceptivos está disponível, a taxa de uso de contraceptivos pelas pacientes após o aborto pode ser tão alta quanto 73%, incluindo mulheres jovens (Benson, Andersen, Healy, & Brahmi, 2017; Benson et al., 2016).

Referências

- Baynes, C., Kahwa, J., Lusiola, G., Mwanga, F., Bantambya, J., Ngosso, L., & Hiza, M. (2019). What contraception do women use after experiencing complications from abortion? An analysis of cohort records of 18,688 post-abortion care clients in Tanzania. *BMC Women's Health*, 19(1), 22.
- Benson, J., Andersen, K., Healy, J., & Brahmi, D. (2017). What factors contribute to postabortion contraceptive uptake by young women? A program evaluation program evaluation in 10 Countries in Asia and sub-Saharan Africa. *Global Health: Science and Practice*, 5(4), 644-657.
- Benson, J., Andersen, K., Brahmi, D., Healy, J., Mark, A., Ajode, A., & Griffin, R. (2018). What contraception do women use after abortion? An analysis of 319,385 cases from eight countries. *Global Public Health*, 13(1), 35-50.
- Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abort adolescents. *Contraception*, 50(5), 451-460.
- Boyd Jr, E. F., & Holmstrom, E. G. (1972). Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 113(4), 469.
- Cameron, I. T., & Baird, D. T. (1988). The return to ovulation following early abortion: A comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinologica (Copenhagen)* 118, 161-167.
- Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1074-1080.
- Cansino, C., Lichtenberg, E. S., Perriera, L. K., Hou, M. Y., Melo, J., & Creinin, M. D. (2018). Do women want to talk about birth control at the time of a first-trimester abortion? *Contraception*, 98(6), 535-540.
- Cowett, A. A., Ali, R., Cooper, M. A., Evans, M., Conzuelo, G., & Cremer, M. (2018). Timing of etonogestrel implant insertion after dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 131(5), 856-862.
- Douthwaite, M., Candelas, J. A., Reichwein, B., Eckhardt, C., Ngo, T. D., & Dominguez, A. (2016). Efficacy of early induced medical abortion with mifepristone when beginning progestin-only contraception on the same day. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 133(3), 329-333.
- Fine, P. M., Tryggestad, J., Meyers, N. J., & Sangi-Haghpeykar, H. (2007). Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception*, 75(5), 367-371.
- Gaffield, M. E., Kapp, N., & Ravi, A. (2009). Use of combined oral contraceptives post abortion. *Contraception*, 80(4), 355-362.
- Goldberg, A. B., Cardenas, L. H., Hubbard, A. E., & Darney, P. D. (2002). Post-abortion depot medroxyprogesterone acetate continuation rates: A randomized trial of cyclic estradiol. *Contraception*, 66(4), 215-220.
- Hognert, H., Kopp Kallner, H., Cameron, S., Nyreli, C., Jawad, I., Heller, R., ... Gemzell-Danielsson, K. (2016). Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion-a randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction*, 31(11), 2484-2490.
- Kilander, H., Alehagen, S., Svedlund, L., Westlund, K., Thor, J., & Brynhildsen, J. (2016). Likelihood of repeat abortion in a Swedish cohort according to the choice of post-abortion contraception: A longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 95(5), 565-571.
- Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 124(13), 1957-1964.
- Lahteenmaki, P., & Luukkainen, T. (1978). Return of ovarian function after abortion. *Clinical Endocrinology*, 8(2), 123-132.
- Langston, A.M., Joslin-Rohr, S.L., & Westhoff, C.L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within 1 year in a New York City practice. *Contraception*, 89(2), 103-8.
- Laursen, L., Stumbras, K., Lewnard, I., & Haider, S. (2017). Contraceptive provision after medication and surgical abortion. *Women's Health Issues*, 27(5), 546-550.
- Marrs, R. P., Kletzky, O. A., Howard, W. F., & Mishell, D. R. (1979). Disappearance of human chorionic gonadotropin and resumption of ovulation following abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 135, 731-736.

- Park, J., Robinson, N., Wessels, U., Turner, J., & Geller, S. (2016). Progestin-based contraceptive on the same day as medical abortion. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 133(2), 217-220.
- Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 120(6), 1291-1297.
- Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, 30(11), 2539-46.
- Raymond, E. G., Weaver, M. A., Louie, K. S., Tan, Y. L., Bousiequez, M., Arangure-Peraza, A. G., ... Winikoff, B. (2016a). Effects of depot medroxyprogesterone acetate injection timing on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 128(4), 739-745.
- Raymond, E. G., Weaver, M. A., Tan, Y. L., Louie, K. S., Bousiequez, M., Lugo-Hernandez, E. M., ... Winikoff, B. (2016b). Effect of immediate compared with delayed insertion of etonogestrel implants on medical abortion efficacy and repeat pregnancy: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, 127(2), 306-312.
- Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, 82(3), 260-265.
- Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., . . . Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: Results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 218(1), 107.e101-107.e108
- Rose, S. B., Garrett, S. M., & Stanley, J. (2015). Immediate postabortion initiation of levonorgestrel implants reduces the incidence of births and abortions at 2 years and beyond. *Contraception*, 92(1), 17-25.
- Schmidt-Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update*, 26(2), 141-160.
- Schreiber, C. A., Sober, S., Ratcliffe, S., & Creinin, M. D. (2011). Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*, 84(3), 230-233.
- Steinauer, J. E., Sokoloff, A., Roberts, E., Drey, E. A., Dehlendorf, C. E., & Prager, S. W. (2014). Immediate versus delayed initiation of the contraceptive patch after abortion: A randomized trial. *Contraception*, 89(1), 42-7.
- Stoddard, A., & Eisenberg, D. L. (2011). Controversies in family planning: Timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception*, 84, 119-121.
- Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (1999). A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human Reproduction*, 14(3), 722-725.
- Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W., & Ho, P. C. (2002). The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: A randomized placebo controlled trial. *Human Reproduction*, 17(1), 99-102.
- World Health Organization. (2014a). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2014b). *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: Guidance and recommendations*. Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Geneva: World Health Organization Press.
- World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as Atualizações clínicas, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

Recomendação

- Quando uma mulher escolhe um dispositivo intra-uterino (DIU), deve colocar-se o DIU imediatamente após um aborto por aspiração intra-uterina ou dilatação e evacuação (D&E) bem-sucedido e não complicado.
- Quando uma mulher escolhe um DIU após o aborto medicamentoso, deve colocar-se o DIU quando for razoavelmente certo que ela já não está grávida.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Alta

Última revisão: 15 de Fevereiro de 2021

Colocação do DIU imediatamente após o aborto antes da 13.^a semana de gestação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu manual intitulado *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* de 2015 classifica os dispositivos intra-uterinos (DIUs) como sendo de categoria um ou seguros para uso imediato após o aborto nos primeiros três meses de gravidez; as recomendações não diferem com base no tipo de aborto.

Em comparação com os métodos contraceptivos de curta duração, os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, tais como implantes e DIU, têm taxas mais elevadas de continuidade e taxas mais baixas de gravidez e aborto (Blumenthal, Wilson, Remsburg, Cullins e Huggins, 1994; Cameron et al., 2012; Korjamo, Mentula e Heikinheimo, 2017b; Langston, Joslin-Rohr e Westhoff, 2014; Peipert, Madden, Allsworth e Secura, 2012; Pohjoranta, Mentula, Gissler, Suhonen e Heikinheimo, 2015; Roberts, Silva e Xu, 2010). Numa revisão Cochrane de 2014 de 12 ensaios com 7119 mulheres, constatou-se que a inserção do DIU após aspiração intra-uterina e D&E é segura e prática (Okusanya, Oduwole e Effa, 2014). A revisão não constatou nenhuma diferença nos eventos adversos graves, como infecção ou perfuração, entre a inserção imediata e tardia. Num ensaio aleatorizado, realizado em 2011, com 575 mulheres para inserção imediata ou tardia do DIU após a aspiração intra-uterina antes da 12.^a semana, constatou-se que (Bednarek et al., 2011), embora as taxas de expulsão do DIU fossem ligeiramente mais altas após a inserção imediata pós-aborto (5% em comparação a 2,7%), as mulheres designadas para o grupo de inserção tardia tinham uma probabilidade significativamente inferior de receber um DIU (75% em comparação com 100% no grupo imediato) e uma probabilidade superior de ter uma gravidez subsequente (cinco mulheres em comparação com nenhuma). Um estudo de coortes histórico comparou a inserção imediata do DIU pós-procedimento realizada por provedores de saúde de nível

médio com a inserção realizada por médicos e não constatou nenhuma diferença nos resultados adversos entre os dois grupos (Patil et al., 2016).

Após um aborto medicamentoso antes da 13.^a semana de gestação, pode colocar-se o DIU assim que for razoavelmente certo que a mulher já não está grávida (OMS, 2014; OMS 2018). O DIU inserido entre 5 e 10 dias após um aborto medicamentoso bem-sucedido apresenta baixas taxas de expulsão, altas taxas de continuidade (Betstadt, Turok, Kapp, Feng e Borgatta, 2011; Sääv, Stephansson e Gemzell-Danielsson, 2012) e taxas mais baixas de gravidez do que a inserção tardia (Pohjoranta, Suhonen, Mentula e Heikinheimo, 2017; Saav et al., 2012; Shimoni, Davis, Ramos, Rosario e Westhoff, 2011). Uma revisão sistemática de três ensaios aleatorizados não encontrou diferenças entre a inserção imediata e tardia após o aborto em gestações com menos de nove semanas, e taxas mais elevadas de expulsão, continuação e uso após a inserção imediata em comparação com a inserção tardia às 9-12 semanas de gestação (Schmidt-Hansen et al., 2020). O uso de DIUs é mais elevado após o aborto cirúrgico em comparação com o aborto medicamentoso, apesar de escolhas e desejos contraceptivos similares (Fang, Sheeder e Teal, 2018; Rocca et al., 2018).

Colocação do DIU imediatamente após o aborto durante ou após a 13.^a semana de gestação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) no seu manual intitulado *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* (2015) classifica o uso do DIU após o aborto não complicado no segundo trimestre como sendo de categoria dois, o que significa que as vantagens de utilizar o método superam os riscos, devido ao possível risco aumentado de expulsão do DIU. A revisão Cochrane sobre inserção imediata do DIU no pós-aborto, depois do procedimento de aborto acima mencionado, concluiu que, embora as taxas de expulsão possam ser mais elevadas com a colocação imediata, a continuidade é maior sem aumento nas complicações (Okusanya et al., 2014). Em dois ensaios clínicos aleatorizados controlados de colocação imediata do DIU versus tardia após D&E, as taxas de uso do DIU foram significativamente mais elevadas com a inserção imediata, sem aumento nas taxas de infecção ou complicações (Cremer et al., 2011; Hohmann et al., 2012). As taxas de expulsão nas mulheres que tiveram inserção imediata nos dois estudos foram baixas (3,1% e 6,8%) e não diferiram da inserção tardia. Particularmente, em ambos os estudos, cerca de metade das mulheres aleatorizadas para inserção tardia não regressou para inserir o DIU. O facto de exigir uma visita de acompanhamento para inserção do DIU é uma grande barreira para a obtenção do DIU (Stanek, Bednarek, Nichols, Jensen e Edelman, 2009).

No único estudo disponível sobre a colocação do DIU imediatamente após o aborto medicamentoso realizado durante ou após a 13.^a semana de gestação, constatou-se que a inserção é viável e segura, porém, o estudo foi insuficiente para avaliar a taxa de expulsão (Korjamo, Mentula e Heikinheimo, 2017a; Korjamo et al. 2017b). As recomendações da OMS nos *Critérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos* (2015) para o uso de DIU após o aborto no segundo trimestre não diferem com base no tipo de aborto realizado, seja medicamentoso ou cirúrgico. Embora não seja directamente traduzível, a evidência da inserção do DIU pós-parto é tranquilizadora (Lopez, Bernholc, Hubacher, Stuart e Van Vliet, 2015). Pode inserir-se um DIU após a expulsão fetal e placentária.

Mulheres jovens

O DIU para mulheres com idade inferior a 20 anos é classificado pela OMS como sendo de categoria dois, na qual os benefícios superam os riscos no geral (OMS, 2015). Num extenso estudo de coorte prospectivo feito nos EUA, que examinou as taxas de gravidez, natalidade e aborto em mulheres que tiveram à disposição todos os métodos de controlo de natalidade gratuitamente e incluiu 1056 mulheres com idades abaixo dos 20 anos, constatou-se

que 62% das mulheres jovens escolheram um método contraceptivo reversível de longa duração, DIU (22%) ou implante (40%), em comparação com 71% das mulheres de idade superior (Mestad et al., 2011). As taxas de continuidade aos 12-24 meses foram iguais entre as mulheres de idade superior e mais jovens (Birgisson, Zhao, Secura, Madden e Peipert, 2015). As taxas de gravidez, natalidade e aborto induzido nas mulheres jovens no estudo reduziram-se em 75% comparativamente às médias nacionais (Secura et al., 2014).

Numa extensa revisão sistemática e meta-análise realizada em 2017, que explorou os factores de risco para a repetição de gravidezes entre adolescentes e incluiu 26 estudos reportando-se a mais de 160.000 mulheres adolescentes, constatou-se que o uso de contraceptivos reversíveis de longa duração exercia um efeito protector significativo, juntamente com melhores habilitações académicas e continuação dos estudos (Maravilla, Betts, Couto e Cruz e Alati, 2017).

Numa revisão sistemática de 2017 que examinou o risco de resultados adversos em mulheres jovens usando o DIU, não se constatou nenhuma diferença nas taxas de perfuração, falha contraceptiva, doença inflamatória pélvica ou hemorragia intensa em mulheres abaixo dos 25 anos de idade em comparação com as mulheres de idade superior; as taxas de expulsão do DIU foram ligeiramente mais elevadas nas mulheres jovens (Jatlaoui, Riley e Curtis, 2017). O DIU não aumenta o risco de infertilidade para as mulheres jovens (Grimes, 2000), e a fertilidade das mulheres regressa rapidamente às taxas normais após a extracção do DIU (Hov, Skjeldestad e Hilstad, 2007).

Referências

- Bednarek, P. H., Creinin, M. D., Reeves, M. F., Cwiak, C., Espey, E., & Jensen, J. T. (2011). Immediate versus delayed IUD insertion after uterine aspiration. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2208-2217.
- Betstadt, S. J., Turok, D. K., Kapp, N., Feng, K. T., & Borgatta, L. (2011). Intrauterine device insertion after medical abortion. *Contraception*, 83(6), 517-521.
- Birgisson, N. E., Zhao, Q., Secura, G. M., Madden, T., & Peipert, J. (2015). Preventing unintended pregnancy: The Contraceptive CHOICE Project in review. *Journal of Women's Health Larchmont*, 24(5), 349-353.
- Blumenthal, P. D., Wilson, L. E., Remsburg, R. E., Cullins, V. E., & Huggins, G. R. (1994). Contraceptive outcomes among post-partum and post-abortual adolescents. *Contraception*, 50(5), 451-460.
- Cameron, S., Glasier, A., Chen, Z., Johnstone, A., Dunlop, C., & Heller, R. (2012). Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 119(9), 1074-1080.
- Cremer, M., Bullard, K. A., Mosley, R. M., Weiselberg, C., Molaei, M., Lerner, V., & Alonzo, T. A. (2011). Immediate vs. delayed post-abortual copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception*, 83(6), 522-527.
- Fang, N., Sheeder, J., & Teal, S. (2018). Factors associated with initiating long-acting reversible contraception immediately after first-trimester abortion. *Contraception*, 98, 292-295.
- Grimes, D. (2000). Intrauterine device and upper genital tract infection. *The Lancet*, 356, 1013-1019.
- Hohmann, H. L., Reeves, M. F., Chen, B. A., Perriera, L. K., Hayes, J. L., & Creinin, M. D. (2012). Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: A randomized controlled trial. *Contraception*, 85(3), 240-245.
- Hov, G. G., Skjeldestad, F. E., & Hilstad, T. (2007). Use of IUD and subsequent fertility-follow-up after participation in a randomized clinical trial. *Contraception*, 75, 88-92.
- Jatlaoui, T. C., Riley, H. E. M., & Curtis, K. (2017). The safety of intrauterine devices among young women: A systematic review. *Contraception*, 95, 17-39.
- Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017a). Expulsions and adverse events following immediate and later insertion of a levonorgestrel-releasing intrauterine system after medical termination of later first- and second-

d-trimester pregnancy: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, <https://doi.org/10.1111/147-0528.14813>.

Korjamo, R., Mentula, M., & Heikinheimo, O. (2017b). Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy - 1 year continuation rates: A randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14802>.

Langston, A. M., Joslin-Roher, S. L., & Westhoff, C. L. (2014). Immediate postabortion access to IUDs, implants and DMPA reduces repeat pregnancy within one year in a New York City practice. *Contraception*, *89*(2), 103-108.

Lopez, L. M., Bernholc, A., Hubacher, D., Stuart, G., & Van Vliet, H. A. (2015). Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *26*(6): CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.

Maravilla, J. C., Betts, K. S., Cuoto e Cruz, C., & Alati, R. (2017). Factors influencing repeated teenage pregnancy: A review and meta-analysis. *Australian Journal of Obstetrics & Gynecology*, 527-545.

Mestad, R., Secura, G., Allsworth, J. E., Madden, T., Zhou, Q., & Peipert, J. (2011). Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*, *84*(5), 493-498.

Okusanya, B. O., Oduwole, O., & Effa, E. E. (2014). Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *7*, DOI: 10.1002/14651858.CD001777.pub4.

Patil, E., Darney, B., Orme-Evans, K., Beckley, E. H., Bergander, L., Nichols, M., & Bednarek, P. H. (2016). Aspiration abortion with immediate intrauterine device insertion: Comparing outcomes of advanced practice clinicians and physicians. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *61*(3), 325-330. DOI:10.1111/jmwh.12412

Peipert, J. F., Madden, T., Allsworth, J. E., & Secura, G. M. (2012). Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstetrics & Gynecology*, *120*(6), 1291-1297.

Pohjoranta, E., Mentula, M., Gissler, M., Suhonen, S., & Heikinheimo, O. (2015). Provision of intrauterine contraception in association with first trimester induced abortion reduces the need of repeat abortion: First-year results of a randomized controlled trial. *Human Reproduction*, *30*(11), 2539-46.

Pohjoranta, E., Suhonen, S., Mentula, M., & Heikinheimo O. (2017). Intrauterine contraception after medical abortion: Factors affecting success of early insertion. *Contraception*, *95*(3), 257-262.

Roberts, H., Silva, M., & Xu, S. (2010). Post abortion contraception and its effect on repeat abortions in Auckland, New Zealand. *Contraception*, *82*(3), 260-265.

Rocca, C. H., Goodman, S., Grossman, D., Cadwallader, K., Thompson, K. M. J., Talmont, E., . . . Harper, C. C. (2018). Contraception after medication abortion in the United States: results from a cluster randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *218*(1), 107.e101-107.e108

Sääv, I., Stephansson, O., & Gemzell-Danielsson, K. (2012). Early versus delayed Insertion of intrauterine contraception after medical abortion—A randomized controlled trial. *PLoS One*, *7*(11), e48948.

Schmidt- Hansen, M., Hawkins, J.E., Lord, J., Williams, K., Lohr, P.A., Hasler, E., & Cameron, S. (2020). Long-acting reversible contraception immediately after medical abortion: systematic review with meta-analyses. *Human Reproduction Update*, *26*(2), 141-160.

Secura, G. M., Madden, T., McNicholas, C., Mullersman, J., Buckel, C. M., Zhao, Q., & Peipert, J. (2014). Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *New England Journal of Medicine*, *371*(14), 1316-1323.

Shimoni, N., Davis, A., Ramos, M. E., Rosario, L., & Westhoff, C. (2011). Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: A randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*, *118*(3), 623-628.

Stanek, A. M., Bednarek, P. H., Nichols, M. D., Jensen, J. T., & Edelman, A. B. (2009). Barriers associated with the failure to return for intrauterine device insertion following first-trimester abortion. *Contraception*, *79*(3), 216-220.

World Health Organization. (2014). *Clinical practice handbook for safe abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5th ed.). Geneva: World Health Organization Press.

World Health Organization. (2018). *Medical management of abortion*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.



Recomendação

- Os clínicos devem considerar medidas para prevenir ou preparar-se para o aumento de sangramento em mulheres com alto risco de hemorragia e que são submetidas a aborto.
- A hemorragia causada pela atonia pode ser tratada com massagem uterina, medicamentos uterotônicos, repetição da aspiração, tamponamento ou cirurgia.
- As mulheres com hemorragia precisam de ser atentamente monitorizadas quanto à presença de sinais de choque.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 15 de Fevereiro de 2021

Epidemiologia

A Society for Family Planning define a hemorragia pós-aborto como o sangramento excessivo que requer uma resposta clínica, como transfusão ou internamento clínico e/ou sangramento acima de 500 ml (Kerns e Steinauer, 2013). A hemorragia após o aborto induzido é rara, ocorrendo em 0 a 3 por 1000 casos após um aborto medicamentoso até a 9.^a semana de gestação ou após aspiração intra-uterina antes da 13.^a semana de gestação e 0,9 a 10 por 1000 casos após o esvaziamento intra-uterino realizado durante ou após a 13.^a semana de gestação (Kerns e Steinauer, 2013; Kerns et al., 2019; Upadhyay et al., 2014). As causas de sangramento incluem placenta prévia ou acreta, atonia uterina, retenção de produtos da concepção, laceração cervical ou vaginal, lesão uterina e coagulopatia (Kerns e Steinauer, 2013; Perriera, Arslan e Masch, 2017).

Prevenção

Todas as mulheres que se apresentam para os serviços/cuidados de aborto devem ser questionadas sobre aspectos de seu histórico médico que estejam associados ao aumento do risco de sangramento. Isso inclui uma revisão de complicações obstétricas, especialmente hemorragia, ter tido dois ou mais partos por cesariana, um distúrbio hemorrágico, idade gestacional superior a 20 semanas, morte fetal, obesidade, idade materna avançada e placenta prévia ou acreta (Kerns e Steinauer, 2018; Kerns et al., 2019; Whitehouse et al., 2017). Os provedores de serviços de saúde podem considerar medidas para prevenir ou preparar-se para o aumento do sangramento—tais como a análise de hemoglobina ou hematócrito pré-aborto, garantir que medicamentos uterotônicos estejam prontamente disponíveis, preparar-se para uma possível transfusão ou fazer encaminhamento para um serviço de nível

superior—embora haja poucas evidências para orientar a prática (Kerns e Steinauer, 2018). Em um estudo aleatorizado, a adição de quatro unidades de vasopressina a um bloqueio paracervical pré-procedimento diminuiu significativamente a perda de sangue durante os procedimentos de dilatação & evacuação e reduziu a incidência de hemorragia pós-aborto quando comparada ao placebo (Schulz, Grimes e Christensen, 1985). Este efeito foi maior em idades gestacionais posteriores. Não foi demonstrado que a administração de ocitocina ou sintocina profilática (5 ou 10 unidades) diminui o sangramento pós-procedimento após a aspiração manual intra-uterina no primeiro trimestre de uma maneira clinicamente significativa (Nygaard, Valbo, Heide e Kresovic, 2010; Ali e Smith, 1996). Quando administrados antes dos procedimentos de dilatação e evacuação (D&E), realizados entre as 18 e 24 semanas de gestação, 30 unidades de ocitocina diminuíram a perda de sangue e a incidência de hemorragia em comparação ao placebo (Whitehouse et al., 2019).

Diagnóstico

Quando houver suspeita de hemorragia pós-aborto, os profissionais clínicos devem adotar uma abordagem rápida e sistemática para avaliar e tratar as mulheres. A avaliação inicial inclui inspeção do colo do útero quanto à presença de lacerações, exame bimanual para avaliar a atonia e sensibilidade uterina à palpação e aspiração intra-uterina ou exame ecográfico para avaliar produtos da concepção retidos ou sangue.

Controlo

As lacerações cervicais podem ser tratadas com pressão directa com gaze ou uma pinça (fórceps) de anel, aplicação de agentes coagulantes tópicos (nitrato de prata ou solução de subsulfato férrico), ou colocando suturas absorvíveis.

A atonia uterina requer uma resposta rápida e sequencial, começando com massagem uterina, seguida de uterotónicos, repetição da aspiração, tamponamento uterino e, por fim, medidas cirúrgicas. Os clínicos devem avançar rapidamente para o passo seguinte se a hemorragia não ficar controlada. Quando se usam medicamentos uterotónicos, podem usar-se doses adicionais ou repetidas se o sangramento não melhorar depois da primeira dose.

Tabela 5.5.1 Medicamentos uterotónicos e posologias*

MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Metilergonovina	0,2 mg por via intramuscular ou intracervical; pode repetir-se a cada 2 a 4 horas. Evitar em mulheres com hipertensão.
Misoprostol	800 mcg por via sublingual ou rectal
Oxitocina	10 a 40 unidades por 500 a 1000 ml de fluidos por via intravenosa ou 10 unidades por via intramuscular
Tamponamento intra-uterino	Gaze estéril, 30 a 75 ml balão de cateter de Foley, balão obstétrico ou cateter com preservativo colocado no útero

*Extraído a partir dos dados sobre pós-parto (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2017; Kerns e Steinauer, 2013; Mavrides et al., 2016; Morris et al., 2017; Prata e Weidert, 2016; OMS, 2012).

Se o tamponamento for usado para parar o sangramento, o balão de Foley, balão obstétrico, gaze ou cateter com preservativo deve ser deixado no local durante várias horas enquanto a paciente é observada. Se a paciente permanecer estável depois de o balão ser extraído, pode receber alta hospitalar.

Se o sangramento continuar após a garantia de esvaziamento intra-uterino completo e se não houver lacerações visíveis, os provedores de cuidados têm de considerar outras complicações, tais como perfuração, coagulopatia ou placenta acreta (National Abortion Federation, 2017). Se a coagulopatia, tal como a coagulação intravascular disseminada, estiver presente, podem ser necessários produtos sanguíneos. As medidas cirúrgicas, incluindo histerectomia, suturas de compressão uterina, laqueação das artérias uterinas ou embolização das artérias uterinas podem ser realizadas para o sangramento grave que não consiga ser controlado por outras medidas. Os provedores de cuidados nos centros de saúde que não disponham de salas de operação ou conhecimentos especializados devem ter protocolos claros para reanimação e transferência para um nível superior de serviços. As mulheres em risco de choque necessitam de colocação de via intravenosa, oxigénio suplementar, reposição de fluidos e administração de produtos sanguíneos conforme indicado.

Referências

- Ali, P.B. & Smith, G. (1996). The effect of syntocinon on blood loss during first trimester suction curettage. *Anesthesia*, 51, 483-485.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). ACOG Practice Bulletin Number 183: Postpartum hemorrhage. *Obstetrics & Gynecology*, 130(4), e168-e186.
- Kerns, J. & Steinauer, J. (2013). Society of Family Planning Clinical Guideline 20131: Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-42.
- Kerns, J., Ti, A., Askel, S., Lederle, L., Sokoloff, A., & Steinauer, J. (2019). Disseminated intravascular coagulation and hemorrhage after dilation and evacuation abortion for fetal death. *Obstetrics & Gynecology*, 134(4), 708-713.
- Lauerson, N. H., & Conrad, P. (1974). Effect of oxytocic agents on blood loss during first trimester suction curettage. *Obstetrics & Gynecology*, 44(3), 428-433.
- Mavrides, E., Allard, S., Chandraran, E., Collins, P., Green, L., Hunt, B. J., ... on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2016). Prevention and management of postpartum hemorrhage. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 124, e106-e149.
- Morris, J. L., Winikoff, B., Dabash, R., Weeks, A., Faundes, A., Gemzell-Danielsson, ... Visser, G. H. A. (2017). FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 138(3), 363-366.
- National Abortion Federation. (2017). *Clinical Policy Guidelines*. Washington DC: National Abortion Federation.
- Nygaard, I. H. H., Valbo, A., Heide, H. C., & Kresovic, M. (2010). Is oxytocin given during surgical termination of first trimester pregnancy useful? A randomized controlled trial. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90, 174-178.
- Perriera, L. K., Arslan, A. A., & Masch, R. (2017). Placenta previa and the risk of adverse outcomes during second trimester abortion: A retrospective cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 57(1), 99-104.
- Prata, N., & Weidert, K. (2016). Efficacy of misoprostol for the treatment of postpartum hemorrhage: Current knowledge and implications for health care planning. *International Journal of Women's Health*, 8, 341-349.
- Schulz, K. F., Grimes, D. A., & Christensen, D. D. (1985). Vasopressin reduces blood loss from second-trimester dilatation and evacuation abortion. *The Lancet*, 2, 353-356.
- Upadhyay, U., Desai, S., Zlidar, V., Weitz, T. A., Grossman, D., Anderson, P., & Taylor, D. (2014). Incidence of emergency department visits and complications after abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 125, 175-183.
- Whitehouse, K., Tschann, M., Davis, J., Soon, R., Salcedo, J., Friedlander, E., & Kaneshiro, B. (2017). Association between prophylactic oxytocin use during dilation and evacuation and estimated blood loss. *Contraception*, 96, 19-24.
- Whitehouse, K., Tschann, M., Soon, R., Davis, J., Micks, E., Salcedo, J., ... & Kaneshiro, B. (2019). Effects of prophylactic oxytocin on bleeding outcomes in women undergoing dilation and evacuation. *Obstetrics & Gynecology*, 133(3), 484-491.

World Health Organization. (2012). *WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum hemorrhage*. Geneva: World Health Organization Press.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

TRATAMENTO DE PERFURAÇÃO UTERINA

5.6



Recomendação

- Qualquer mulher com suspeita de perfuração uterina, mesmo que assintomática, deve ser informada da complicação e seu estado clínico deve ser observado.
 - o Se estiver estável, a mulher deve receber informações sobre sinais de alerta que indicam que deve procurar atendimento de emergência, se necessário, e ter um plano de acompanhamento antes de receber alta numa unidade sanitária.
 - o Se for constatado um estado clínico instável ou agravado, deve-se transferir a mulher para uma unidade sanitária de nível terciário para tratamento adicional.
- Qualquer mulher com perfuração uterina conhecida e com evidência de lesão intestinal deve ser transferida para uma unidade sanitária de nível terciário para tratamento adicional.

Força da recomendação

Forte

Qualidade da evidência

Baixa

Última revisão: 15 de Fevereiro de 2021

Epidemiologia

A perfuração uterina no momento da aspiração manual intra-uterina é uma complicação rara, mas potencialmente grave e estima-se que pode ocorrer entre 0,1 e 3 por 1000 procedimentos de aborto induzido (Kerns & Steinauer, 2013; Pridmore & Chambers, 1999). Esta frequência aumenta com o avanço da idade gestacional e quando o procedimento é realizado por profissionais pouco experientes (ACOG, 2019).

Factores que podem aumentar o risco de perfuração uterina no momento do aborto cirúrgico (Shakir & Diab, 2013; Obed & Wilson, 1999; Grimes, et al., 2006):

- Posição do útero — retrovertida, antevertida aguda ou retroflexa
- Infecção
- Multiparidade
- Gestação múltipla
- Idade gestacional avançada
- Preparação cervical inadequada
- Dilatação cervical difícil
- Anomalias uterinas ou cavidade distorcida por miomas

- Cirurgia cervical/uterina prévia, incluindo cesariana
- Inexperiência do provedor
- Apresentação para assistência pós-aborto (após procedimento de aborto inseguro)

A perfuração uterina pode ocorrer em quase qualquer etapa do processo de aborto, à medida que os instrumentos são introduzidos no útero. Além disso, pode ocorrer perfuração por um objecto ou acessório estranho usado para realizar um aborto inseguro.

A localização da perfuração pode estar em qualquer parte do útero, embora a superfície anterior ou posterior da linha média do fundo seja a mais comum (Sharma, Malhotra & Pundir, 2003). A perfuração uterina geralmente não é detectada e desaparece sem a necessidade de intervenção para mulheres que têm procedimentos antes da 13ª semana de gestação (Kaali, Szigetvari & Bartfai, 1989; Sharma, Malhotra & Pundir, 2003). Por exemplo, a perfuração com um instrumento pequeno e contundente/perfuro-cortante no fundo provavelmente não causará problemas, cicatrizará rapidamente e não precisará de tratamento adicional. As perfurações uterinas laterais são raras, mas são particularmente preocupantes, dada a proximidade dos ramos da artéria uterina e o risco de hemorragia grave (Berek & Stubblefield, 1979).

Diagnóstico

Um provedor de serviço de saúde deve suspeitar de perfuração uterina quando ocorrer uma súbita perda de resistência durante a dilatação cervical ou aspiração intra-uterina, permitindo que um instrumento passe muito além do comprimento esperado do útero. Se disponível, a ecografia pode ser uma ajuda útil para o diagnóstico (Coughlin, Sparks, Chase & Smith, 2013; Crosfil & Hughes, 2006; Gakhil & Levy, 2009; Shalev, Ben-Ami & Zuckerman, 1986; Skolnick, Katz & Lancet, 1982).

A perfuração uterina pode ser visualizada durante a laparoscopia e laparotomia. Um provedor não precisa diagnosticar definitivamente uma perfuração se a paciente estiver estável e a preocupação com lesão intra-abdominal for baixa. Se um provedor vir tecido adiposo amarelo no aspirado uterino, a sua suspeita de perfuração uterina e lesão intestinal deve ser alta e a mulher deve ser encaminhada para tratamento cirúrgico imediato, estando ela estável ou não. O reconhecimento imediato e o tratamento de lesões nas vísceras abdomino-pélvicas (intestino, bexiga, vasos sanguíneos, etc.) resultantes da perfuração uterina são necessários para evitar complicações graves (Obed & Wilson, 1999; Amarin & Badria, 2005).

Tratamento

Em muitos casos, os provedores podem tratar a perfuração uterina sem complicações antes de 13 semanas de gestação de maneira conservadora, observando quaisquer alterações no estado clínico (Moburg, 1976; Freiman e Wulff, 1977; Grimes, Schultz e Cates, 1984; Mittal e Misra, 1985; Chen, Lai, Lee e Leong, 1995; Lindell e Flam, 1995; Peterson, Berry, Grace e Gulbranson, 1983; Pridmore e Chambers, 1999). Os provedores devem ter um nível mais alto de suspeita de lesão intra-abdominal quando uma perfuração ocorre em um aborto realizado durante ou após a 13ª semana de gestação ou durante a dilatação e evacuação; essas pacientes devem ser prontamente encaminhadas para avaliação adicional, pois pode ser necessário tratamento adicional (Darney, Atkinson e Hirabayashi, 1990).

Se houver preocupação com danos às vísceras abdomino-pélvicas, incluindo o intestino, mas a mulher estiver estável e estiverem disponíveis a experiência e o equipamento apropriados, a laparoscopia é o método investigativo de eleição. Em caso de dano intestinal ou hérnia óbvios através do defeito uterino, sangramento excessivo ou instabilidade hemodinâmica, pode ser preferível a laparotomia imediata (Lauersen & Birnbaum, 1973;

Grimes, Schultz & Cates, 1984; Chen, Lai, Lee & Leong, 1995; Lindell & Flam, 1995; Kumar & Rao, 1998; Obed & Wilson, 1999). Se o aborto não tiver sido concluído, o útero deve ser esvaziado sob visualização directa no momento da laparoscopia ou laparotomia (Lauersen & Birnbaum, 1973; Goldschmitt, Elchalal, Dgani, Zalel & Matzkel, 1995; Chen, Lai, Lee & Leong, 1995). Não está disponível nenhuma evidência para apoiar a segurança ou eficácia do tratamento médico para concluir o esvaziamento uterino imediatamente após suspeita ou confirmação de perfuração uterina.

Os provedores das unidades sanitárias sem salas de cirurgia disponíveis ou inexperientes devem ter protocolos claros de reanimação e transferência para um nível mais alto de cuidados. As mulheres em risco de choque requerem colocação de linha intravenosa, oxigénio suplementar, reanimação por fluidos e reposição de produtos sanguíneos, conforme indicado.

Referências

Amarin, Z.O. & Badria, L.F. (2005) A survey of uterine perforation following dilatation and curettage or evacuation of retained products of conception. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 271(3), 203-6.

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2019). Second-trimester abortion: ACOG Practice Bulletin No. 135. *Obstetrics & Gynecology*, 121(6), 1394-406.

Berek J.S. & Stubblefield, P.G. (1979). Anatomic and clinical correlates of uterine perforation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 135(2), 181-4.

Chen, L.H., Lai, S.F., Lee, W.H., & Leong, N.K. (1995). Uterine perforation during elective first trimester abortions: A 1 year review. *Singapore Medical Journal*, 36(1), 63-7.

Coughlin, L.M., Sparks, D.A., Chase, D.M., & Smith, J. (2013). Incarcerated small bowel associated with elective abortion uterine perforation. *Journal of Emergency Medicine*, 44(3), e303-306.

Crosfill, F.M., & Hughes, S. (2006). Ultrasound scan appearance of perforated uterus after surgical evacuation of retained products of conception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 26(3), 278-9.

Darney, P.D., Atkinson, E., & Hirabayashi, K. (1990). Uterine perforation during second-trimester abortion by cervical dilation and instrumental extraction: A review of 15 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 75(3 Pt 1), 441-4.

Freiman, S.M., & Wulff, G.J. (1977). Management of uterine perforation following elective abortion. *Obstetrics & Gynecology*, 50(6), 647-50.

Gakhal, M.S., & Levy, H.M. (2009). Sonographic diagnosis of extruded fetal parts from uterine perforation in the retroperitoneal pelvis after termination of intrauterine pregnancy that were occult on magnetic resonance imaging. *Journal of Ultrasound in Medicine*, 28(12):1723-7.

Grimes, D.A., Schulz, K.F., & Cates WJ. (1984) Prevention of uterine perforation during curettage abortion. *The Journal of the American Medical Association*, 27;251(16), 2108-11.

Grimes, D.A., Benson, J., Singh, S., Romero, M., Ganatra, B., Okonofua, F.E., & Shah I.H. (2006). Unsafe abortion: the preventable pandemic. *The Lancet*, 368(9550), 1908-19.

Goldschmit, R., Elchalal, U., Dgani, R., Zalel, Y., & Matzkel, A. (1995). Management of uterine perforation complicating first-trimester termination of pregnancy. *Israel Journal of Medical Sciences*, (4), 232-4.

Kaali, S.G., Szigetvari, I.A., & Bartfai, G.S. (1989). The frequency and management of uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 161(2), 406-8.

Kerns, J., & Steinauer, J. (2013). Management of postabortion hemorrhage. *Contraception*, 87(3), 331-42.

Kumar, P., Rao, P. (1988). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *Asia-Oceania Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 55-9.

Lauersen, N.H., Birnbaum, S. (1973). Laparoscopy as a diagnostic and therapeutic technique in uterine perforations during first trimester abortions. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 117(4), 522-6.

Lindell, G., Flam, F. (1995). Management of uterine perforations in connection with legal abortions. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 74(5), 373-5.

Mittal, S., Misra, S.L. (1985). Uterine perforation following medical termination of pregnancy by vacuum aspiration. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 23(1), 45–50.

Moberg, P.J. (1976). Uterine perforation in connection with vacuum aspiration for legal abortion. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 14(1), 77–80.

Obed, S.A., & Wilson, J.B. (1999). Uterine perforation from induced abortion at Korle Bu Teaching Hospital, Accra, Ghana: A five year review. *West African Journal of Medicine*, 18(4), 286–9.

Peterson, W.F., Berry, N., Grace, M.R., Gulbranson, C. L. (1983). Second-trimester abortion by dilatation and evacuation: an analysis of 11,747 cases. *Obstetrics & Gynecology*, 62(2), 185-190.

Pridmore, B.R., & Chambers, D.G. (1999). Uterine perforation during surgical abortion: a review of diagnosis, management and prevention. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 39(3), 349–53.

Shakir, F., & Diab, Y. (2013). The perforated uterus. *The Obstetrician & Gynaecologist*, 15(4), 256-61.

Shalev, E., Ben-Ami, M., & Zuckerman, H. (1986). Real-time ultrasound diagnosis of bleeding uterine perforation during therapeutic abortion. *Journal of Clinical Ultrasound*, 14(1), 66–7.

Sharma, J.B., Malhotra, M., & Pundir, P. (2003). Laparoscopic oxidized cellulose (Surgicel) application for small uterine perforations. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 83(3), 271–5.

Skolnick, M.L., Katz, Z., & Lancet, M. (1982). Detection of intramural uterine perforation with real-time ultrasound during curettage. *Journal of Clinical Ultrasound*, 10(7), 337–8.

Todas as *Atualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

ANEXO A: TABELA DE MEDICAMENTOS PARA A DOR

Os medicamentos apresentados na tabela abaixo são frequentemente usados para controlo da dor durante a aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação. Existem várias outras opções. Esta tabela não cobre os agentes anestésicos gerais.

Tanto os ansiolíticos como os narcóticos podem causar depressão respiratória, especialmente quando são usados conjuntamente. Assim, devem usar-se doses mais baixas quando administrados conjuntamente do que em separado. Quando os medicamentos são administrados por via intravenosa imediatamente antes de um procedimento, estes devem ser administrados de forma lenta e intermitente por um provedor de saúde especialmente qualificado. Efeitos secundários problemáticos podem ser evitados por pequenas doses intravenosas repetidas que são tituladas ao nível de dor e sedação de uma mulher. O pico de efeito analgésico deve ocorrer durante o procedimento para evitar a sedação excessiva pós-procedimento.

Mesmo os clínicos que usam analgesia de sedação mais leve devem ser capazes de controlar a paragem respiratória, no caso improvável de ocorrência de uma dose excessiva não intencional. Os provedores de saúde devem ter formação em cuidados de vias aéreas e reanimação cardiopulmonar. Os equipamentos de reanimação e medicamentos antagonistas apropriados (naloxona e flumazenil) devem estar disponíveis.

Aviso legal: Este recurso é concebido para ser um recurso suplementar para profissionais clínicos e NÃO se destina a servir como substituto da informação de prescrição do medicamento ou do julgamento clínico que considera as circunstâncias específicas das pacientes e das unidades sanitárias.

Última revisão: 10 de Fevereiro de 2018

TIPO DE MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	SEMIVIDA	EFEITOS SECUNDÁRIOS	COMENTÁRIOS
Anestésico local <i>Ver secção 2.5 Bloqueio Paracervical</i>	Lidocaína	20 ml de solução a 1% ou 10 ml de solução a 2% num bloqueio paracervical que não exceda 4.5mg/kg	60-90 minutos	Zumbido nos ouvidos; vertigem; insensibilidade nos lábios, boca e língua; sabor metálico Extremamente raro: Convulsões	<ul style="list-style-type: none">Retirar o êmbolo antes da injeção para evitar injeção intravascularReacção alérgica é muito rara. As reacções que ocorrem podem ser devido a conservantes em frascos multidoses. A alergia à lidocaína sem conservantes é extremamente rara.

TIPO DE MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	SEMIVI-DA	EFEITOS SECUNDÁRIOS	COMENTÁRIOS
Anti-inflamatórios não esteroides (AINE)	Ibuprofeno	Oral: 400-800 mg 1 hora antes do procedimento	2 horas	Possível perturbação gastrointestinal	Não utilizar em mulheres com úlcera péptica activa ou insuficiência renal
	Naproxeno	Oral: 500 mg 1 hora antes do procedimento	12-17 horas	Possível perturbação gastrointestinal	Não utilizar em mulheres com úlcera péptica activa ou insuficiência renal
	Cetorolac	Oral: 20 mg 1 hora antes do procedimento IV: 30 mg durante pelo menos 15 segundos 30-60 minutos antes do procedimento IM: 60 mg 30-60 minutos antes do procedimento Para mulheres com menos de 50 kg, todas as doses devem ser reduzidas para a metade	4-6 horas		<ul style="list-style-type: none"> A dose única de cetorolac IM antes da cirurgia pode reduzir o uso de opióides e dor pós-operatória (de Oliveira, 2012; Roche, 2011) Não utilizar em mulheres com úlcera péptica activa, insuficiência renal, amamentação ou sensibilidade a outros AINE A dor episódica deve ser controlada com narcóticos em vez de aumentar cetorolac para além das doses recomendadas
Analgésico	Acetaminofeno	Oral: 500-1000 mg 30-60 minutos antes do procedimento	2-4 horas		<ul style="list-style-type: none"> Não é um medicamento analgésico de primeira linha para aspiração intra-uterina ou aborto medicamentoso. Pode ser usado como antipirético A toxicidade hepática por dose excessiva (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco
Combinação narcótico/analgésico	Acetaminofeno 300 mg + codeína 30 mg	Oral: 1-2 comprimidos 1 hora antes do procedimento	2-4 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vômitos	Estar ciente da combinação com outros produtos contendo acetaminofeno. A toxicidade hepática por dose excessiva de acetaminofeno (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco.
	Acetaminofeno 500 mg + hidrocodona 5 mg	Oral: 1-2 comprimidos 1 hora antes do procedimento	4-6 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vômitos	Estar ciente da combinação com outros produtos contendo acetaminofeno. A toxicidade hepática por dose excessiva de acetaminofeno (dose máxima = 4000 mg/dia) é um risco.

TIPO DE MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	SEMIVI-DA	EFEITOS SECUNDÁRIOS	COMENTÁRIOS
Narcótico	Meperidina	Oral: 100-150 mg, 30 - 60 minutos antes do procedimento IV: 25-50 mg 5 – 15 minutos antes do procedimento IM/SC: 50-100 mg, 30-90 minutos antes do procedimento	2-4 horas	Sonolência; tonturas; náuseas e vômitos; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência; hipotensão; convulsões	<ul style="list-style-type: none"> • Administração IM ou SC preferível à IV • Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com naloxona (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Início de acção mais rápido e duração mais curta do que a morfina • Meperidina 300 mg PO=Meperidina 75mg IV=morfina 10 mg IV
	Fentanil	IV: 50-100 mcg imediatamente antes do procedimento (pode repetir a cada 5-10 minutos, não exceder 250 mcg) IM: 50-100 mcg 30-60 minutos antes do procedimento	4 horas	Sonolência; tonturas; fraqueza; bradicardia; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência; hipotensão; convulsões	<ul style="list-style-type: none"> • Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com naloxona (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Início de acção mais rápido e duração mais curta do que a morfina • Fentanil 100 mcg IV = morfina 10 mg IV • O início de acção é de 2-7 minutos quando administrado IV
	Tramadol	IV/IM: 50-100 mg 15-30 minutos antes do procedimento Oral/supositório: 50-100 mg 60-90 minutos antes do procedimento	6-8 horas	Sonolência; tontura; transpiração; fraqueza; fadiga; convulsões	<ul style="list-style-type: none"> • Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com naloxona (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) • Injectar lentamente durante 2-3 minutos, se usar IV • Menor depressão respiratória do que morfina ou meperidina

TIPO DE MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	SEMIVIDA	EFEITOS SECUNDÁRIOS	COMENTÁRIOS
Ansiolítico (Benzodiazepina)	Diazepam	Oral: 5-10 mg 1 hora antes do procedimento IV: 2-5mg 20 minutos antes do procedimento	30-60 horas	Visão turva; vertigem; desorientação; dor e vermelhidão na injeção; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência	<ul style="list-style-type: none"> Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com flumazenil (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) Tem um efeito amnésico moderado O início de ação é de 1-22 minutos quando administrado IV
	Midazolam	IV: 1-2 mg imediatamente antes do procedimento, depois 0.5-1 mg IV a cada 5 minutos, conforme necessário, não exceder 5 mg IM: 0.07-0.08 mg/kg ou cerca de 5 mg até 1 hora antes do procedimento	2.5 horas	Visão turva; vertigem; desorientação; SNC e depressão respiratória	<ul style="list-style-type: none"> Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com flumazenil (ver o fim do gráfico) Midazolam 2.5mg=diazepam 10 mg Efeito amnésico mais forte do que o diazepam O início de ação é de 1-5 minutos quando administrado IV e 15-30 minutos quando administrado IM
	Lorazepam	Oral: 1-2mg 30-60 minutos antes do procedimento IV: 2mg administrado durante 15-20 minutos antes do procedimento IM: 0.05 mg/kg até um máximo de 4mg dentro de 2 horas antes do procedimento	14 horas	Visão turva; vertigem; desorientação; diminuição da frequência respiratória; perda de consciência	<ul style="list-style-type: none"> Se a respiração estiver comprometida, prestar assistência respiratória (cuidados às vias aéreas, oxigênio e saco de reanimação) e inverter com flumazenil (ver agente de reversão para narcóticos, abaixo) Efeito amnésico

TIPO DE MEDICAMENTO	NOME GENÉRICO DO MEDICAMENTO	DOSE E HORÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO	SEMIVIDA	EFEITOS SECUNDÁRIOS	COMENTÁRIOS
Agente de reversão para narcóticos	Naloxona	IV/IM/SC: 0,4 mg a cada 2 minutos até que a reversão seja vista	1-1.5 horas		<ul style="list-style-type: none"> • A duração da acção da naloxona é de 1 hora e pode desaparecer antes dos narcóticos. Portanto, as pacientes tratadas com naloxona têm de ser atentamente monitorizadas durante várias horas. • Manter as vias respiratórias e a respiração administrando naloxona
Agente de reversão para benzodiazepina	Flumazenil	IV: 0,2 mg a cada minuto até a respiração retornar. Não exceder 1 mg	1 hora		<ul style="list-style-type: none"> • A duração da acção de flumazenil é de 1 hora e pode desaparecer antes de benzodiazepina. Portanto, as pacientes tratadas por flumazenil têm de ser atentamente monitorizadas durante várias horas. Em caso de sobredosagem de narcóticos e benzodiazepina, reverter os narcóticos primeiro com naloxona e usar, posteriormente, flumazenil se necessário. • Manter as vias respiratórias e a respiração administrando flumazenil
Tratamento para reacção de hipersensibilidade/anafilaxia	Epinefrina	IM/SC: 0,2-0,5 mg a cada 5-15 minutos IV: 0,1 mg diluído com 10 mL de soro fisiológico administrada durante 5-10 minutos	1 minuto	Taquicardia; palpitações; náuseas; diaforese; vertigem; ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> • Não há contra-indicações da epinefrina para casos de anafilaxia • Administração IM é preferida • Considerar a hipótese de dar metilprednisolona 125mg IV • Apoiar a respiração. O inalador pode ser útil em caso de sibilos • Intubação imediata, se houver evidência de obstrução iminente das vias aéreas

Referências

De Oliveira, G. S., Agarwal, D., & Benzon, H. T. (2012). Perioperative single dose ketorolac to prevent postoperative pain: a meta-analysis of randomized trials. *Anesthesia & Analgesia*, 114(2), 424-433.

Roche, N. E., Li, D., James, D., Fechner, A., & Tilak, V. (2011). The effect of perioperative ketorolac on pain control in pregnancy termination. *Contraception*, 85(3), 299-303.

Todas as *Actualizações clínicas*, bem como ferramentas e recursos afins, estão disponíveis online em: www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

ANEXO B: CONTÍNUO DE PROFUNDIDADE DA SEDAÇÃO: DEFINIÇÃO DE ANESTESIA GERAL E NÍVEIS DE SEDAÇÃO/ANALGESIA

American Society of Anesthesiologists, Committee of Origin: Quality management and departmental administration (aprovado pela ASA House of Delegates no dia 13 de Outubro de 1999 e revisto pela última vez no dia 23 de Outubro de 2019). Acedido em: <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/continuum-of-depth-of-sedation-definition-of-general-anesthesia-and-levels-of-sedation-analgesia> aos 17/03/2020. (reimpresso com permissão)

	SEDAÇÃO MÍNIMA (ANSIÓLISE)	SEDAÇÃO MODERADA/ANALGESIA ("SEDAÇÃO CONSCIENTE")	SEDAÇÃO PROFUNDA / ANALGESIA	ANESTESIA GERAL
Resposta (Reacção)	Resposta normal ao estímulo verbal	Resposta propositada** à estimulação verbal ou táctil	Resposta propositada* após estimulação repetida ou dolorosa	Sem reacção mesmo com estímulo doloroso
Vias aéreas	Não afectada	Não é necessária nenhuma intervenção	Pode ser necessária intervenção	Frequentemente é necessária uma intervenção
Ventilação espontânea	Não afectada	Adequada	Pode ser inadequada	Frequentemente inadequada
Função cardiovascular	Não afectada	Geralmente mantida	Geralmente mantida	Pode ficar comprometida

Sedação mínima (ansiólise) é um estado induzido por medicamentos durante o qual os pacientes respondem normalmente aos comandos verbais. Embora a função cognitiva e a coordenação física possam estar comprometidas, os reflexos das vias aéreas e as funções ventilatórias e cardiovasculares não são afectados.

Sedação moderada/analgesia ("sedação consciente") é uma depressão de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes respondem propositadamente** a comandos verbais, sozinhos ou acompanhados de estimulação táctil leve. Não é necessária nenhuma intervenção para manter uma via aérea patente e a ventilação espontânea é adequada. A função cardiovascular é normalmente mantida.

* Os Cuidados Anestésicos Monitorizados ("CAM") não descrevem o continuum da profundidade da sedação, mas descrevem "um serviço de anestesia específico realizado por um profissional qualificado em anestesia, para um diagnóstico ou procedimento terapêutico". As indicações para os cuidados anestésicos monitorizados incluem "a necessidade de níveis mais profundos de analgesia e sedação do que os que podem ser fornecidos por sedação moderada (incluindo conversão potencial a um anestésico geral ou regional)". (American Society of Anesthesiologists, 2018)

**A retirada reflexa devido a um estímulo doloroso NÃO é considerada uma resposta propositada.

Sedação profunda/analgesia é uma depressão de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes não conseguem ser facilmente despertados, mas respondem propositadamente* após estimulação repetida ou dolorosa. A capacidade de manter independentemente a função ventilatória pode ser prejudicada. Os pacientes podem precisar de assistência para manter uma via aérea patente e a ventilação espontânea pode ser inadequada. A função cardiovascular é normalmente mantida.

Anestesia geral é uma perda de consciência induzida por medicamentos, durante a qual os pacientes não respondem aos estímulos, mesmo com estímulos dolorosos. A capacidade de manter de forma independente a função ventilatória fica frequentemente comprometida. Os pacientes geralmente necessitam de assistência na manutenção de uma via aérea patente e a ventilação com pressão positiva pode ser necessária devido à ventilação espontânea deprimida ou à depressão da função neuromuscular induzida pelo medicamento. A função cardiovascular pode ficar comprometida.

Como a sedação é um contínuo, nem sempre é possível prever como um paciente individual responderá. Assim, os profissionais que pretendam produzir um determinado nível de sedação devem

ser capazes de resgatar*** pacientes cujo nível de sedação se torna mais profundo do que o inicialmente pretendido. As pessoas que administrem Sedação Moderada/Sedação Consciente devem ser capazes de resgatar*** pacientes que entram num estado de Sedação Profunda/Analgesia, enquanto aquelas que administram Sedação Profunda/Analgesia devem ser capazes de resgatar*** pacientes que entram num estado de Anestesia Geral.

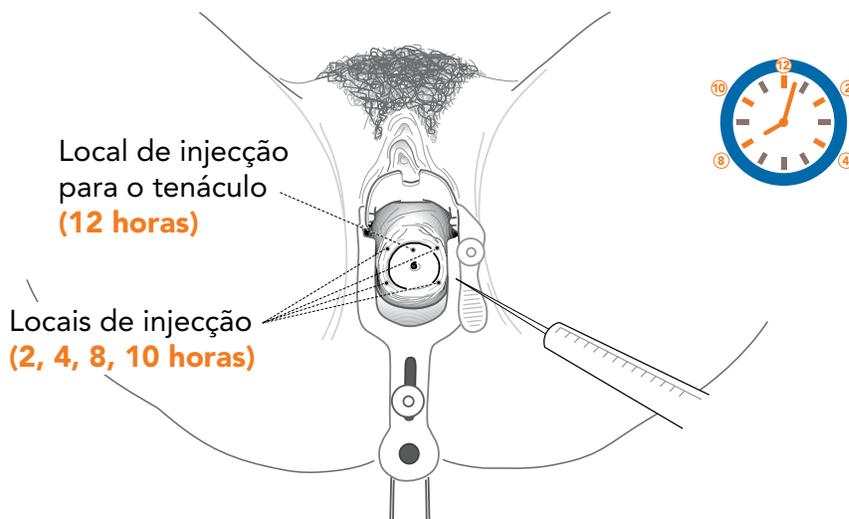
**A retirada reflexa de um estímulo doloroso NÃO é considerada uma resposta propositada.

***O resgate de um paciente de um nível mais profundo de sedação do que o pretendido é uma intervenção que deve ser realizada por um profissional experiente na gestão das vias aéreas e no suporte de vida avançado. O profissional qualificado corrige as consequências fisiológicas adversas do nível de sedação mais profundo do que o esperado (como hipoventilação, hipóxia e hipotensão) e devolve o paciente ao nível de sedação originalmente pretendido. Não é apropriado continuar o procedimento num nível de sedação não intencional.

American Society of Anesthesiologists. (2018). *Position on Monitored Anesthesia Care*. Alterado pela Última Vez em 17 de Outubro de 2018.

ANEXO C: BLOQUEIO PARACERVICAL, AUXILIAR DE TRABALHO

TECNICA DE BLOQUEIO PARACERVICAL



- 1 Prepare a seringa com lidocaína usando 20 ml de lidocaína a 1% e uma agulha de 3 cm (1 polegada).
- 2 Coloque o espéculo e proceda à preparação cervical anti-séptica.
- 3 Injecte 2 ml de lidocaína superficialmente no lábio anterior do colo do útero, onde o tenáculo será colocado (12 horas).
- 4 Segure o colo do útero com o tenáculo às 12 horas.
- 5 Injecte a lidocaína remanescente em quantidades iguais na junção cervico-vaginal, às 2, 4, 8 e 10 horas.
- 6 Inicie o procedimento, sem demora.

DICAS PARA A PRÁTICA

- Não exceda a dose máxima de lidocaína, de 4,5 mg/kg ou 200 mg no total.
- Se lidocaína a 1% não estiver disponível, poderá ser substituída por 10 ml de lidocaína a 2%. Pode usar-se uma técnica de bloqueio paracervical de dois pontos (injectar às 4 e 8 horas).
- A injeção profunda de lidocaína (3 cm) proporciona um alívio da dor mais eficaz do que a injeção superficial.
- Aspire antes de injectar para evitar injeção intravascular.
- Os possíveis efeitos secundários observados na injeção intravascular incluem formigueiro perioral, zumbido, gosto metálico, zumbido ou pulsação irregular/lenta.
- Os provedores de saúde de nível médio com formação para realizar bloqueio paracervical demonstram uma segurança e eficácia semelhante às dos médicos.
- Os eventos adversos graves relacionados com o bloqueio paracervical são raros.

Para mais informações, visite www.ipas.org/actualizacoesclinicas.

ANEXO D: PROCESSAMENTO DO ASPIRADOR IPAS AMIU PLUS E DAS CÂNULAS IPAS EASYGRIP, CARTAZ

Processamento do aspirador Ipas AMIU Plus e das cânulas Ipas EasyGrip®

As opções abaixo são consistentes com as melhores práticas em relação à reutilização do aspirador Ipas AMIU Plus e das cânulas Ipas EasyGrip. Tenha cuidado ao desenvolver protocolos de locais relativos à preparação de instrumentos. Produtos químicos ou métodos de preparação diferentes dos aqui listados poderão causar danos.

Noções básicas de prevenção de infecções

- Lavar as mãos imediatamente antes e depois de cada contacto com a paciente.
- Considerar todo o sangue e fluidos corporais de todas as pacientes como potencialmente infecciosos.
- Usar equipamento de protecção pessoal (luvas, batas, protector facial, calçado) sempre que for provável o contacto com sangue ou outros fluidos corporais.
- Evitar punções acidentais da pele; ter sempre cuidado ao manusear agulhas.
- Usar a Técnica de Não Tocar: A extremidade da cânula ou a extremidade de qualquer outro instrumento que for introduzido no útero nunca deve tocar superfícies não esterilizadas (incluindo as paredes vaginais) antes da inserção.

1 Preparação no ponto de uso

Imediatamente após o procedimento, todos os aspiradores Ipas AMIU Plus e cânulas Ipas EasyGrip que serão reutilizados devem ser mantidos húmidos até a limpeza. Molhe, enxágue ou pulverize o dispositivo com água ou spray enzimático. Não usar solução de cloro nem solução salina.

PRECAUÇÃO: Os aspiradores e cânulas não são seguros de manusear com as mãos sem luvas até estarem limpos.



2 Limpar e desmontar instrumentos

- Use luvas e protecção facial. Limpe todas as superfícies dos instrumentos com água morna e de preferência com detergente - não sabão.
- Desmonte o aspirador puxando o cilindro para fora da válvula. Remova a tampa, pressionando as abas de libertação da tampa com uma mão e retirando a tampa com a outra.
- Abra a válvula (com dobradiças), puxando o fecho. Coloque o polegar direito ao lado do botão da válvula direita e o polegar esquerdo no trinco da válvula. Com o polegar esquerdo, puxe para cima e para a esquerda no trinco da válvula enquanto empurra para baixo e para fora o corpo da válvula com o polegar direito. Remova o revestimento da válvula.
- Desencaixe o anel de segurança, deslizando-o por baixo do clipe de retenção, ou remova-o completamente.
- Puxe o êmbolo completamente para fora do cilindro. Desloque o O-ring do êmbolo apertando os lados e rolando-o para dentro do encaixe abaixo.
- Os instrumentos têm de ser completamente limpos antes da preparação adicional. Se houver tecido preso na extremidade de uma cânula, lave a cânula repetidamente ou use uma sonda com ponta de algodão, uma escova macia ou um pano macio para remover suavemente o material. Se não for possível remover o sangue ou tecido durante a limpeza, apesar das tentativas repetidas, descarte o instrumento.

PRECAUÇÃO: Não usar objectos perfurantes ou cortantes para limpar as peças da válvula ou para retirar o O-ring. Isso pode causar danos e impedir que o aspirador crie e/ou mantenha vácuo.



3 Opções de processamento

O aspirador Ipas AMIU Plus não toca directamente no corpo da mulher. Contudo, quando usado, o cilindro enche-se de sangue. Existe um risco potencial de que alguns contaminantes de uma mulher anterior possam ser introduzidos noutra mulher se o aspirador Ipas AMIU Plus não for totalmente processado (mergulhado em solução, limpo e esterilizado ou desinfectado a alto nível) entre cada uso. Por essa razão, após a limpeza, o Ipas AMIU Plus deve passar por desinfecção de alto nível ou esterilização entre pacientes para remover contaminantes. Após estar pronto, o aspirador poderá ser mantido num recipiente limpo. Os aspiradores devem ser completamente desmontados em todos os métodos de processamento. As cânulas Ipas EasyGrip requerem desinfecção de alto nível ou esterilização antes da reutilização e devem ser desinfectadas a alto nível ou esterilizadas quando inseridas no útero. Os produtos químicos são substâncias perigosas. Ao preparar os instrumentos, tome todas as precauções necessárias, como o uso de equipamento de protecção pessoal. Consulte as instruções de segurança do fabricante para usar de modo seguro.

Para uma melhor prevenção de infecções, os itens devem ser processados usando o método que oferecer o mais alto nível de eficácia. Use um dos seguintes métodos, listados por ordem decrescente em termos de eficácia:

Esterilização

- Autoclave a vapor em papel ou linho durante 30 minutos a 121°C (250°F) e 106 kPa (15 lbs./in²). NÃO USAR OUTRAS DEFINIÇÕES DE AUTOCLAVE, ESPECIFICAMENTE NÃO USAR DEFINIÇÕES MAIS ELEVADAS ("ESTERILIZAÇÃO RÁPIDA EM AUTOCLAVE"). Coloque o pacote na horizontal na autoclave para evitar dobrar as cânulas.
- Mergulhe completamente em solução de glutaraldeído a 2% (Cidex® ou equivalente) durante o tempo recomendado pelo fabricante – a maioria recomenda 10 horas.
- Mergulhe completamente em solução Sporox® II durante 6 horas

Desinfecção de alto nível

- Ferva durante 20 minutos. Agarrar as cânulas quentes poderá causar achatamento. Deixe a água arrefecer antes de remover as cânulas e manuseie-as pelo adaptador / base.
- Mergulhe completamente numa solução de cloro a 0,5% durante 20 minutos. Troque a solução de cloro diariamente ou mais cedo se a solução ficar turva.
- Mergulhe completamente em solução de glutaraldeído a 2% (Cidex® ou equivalente) durante o tempo recomendado pelo fabricante—as recomendações variam de 20 a 90 minutos.
- Mergulhe completamente em solução Sporox II durante 30 minutos.

Após o processamento dos instrumentos de AMIU

- Se forem utilizados agentes/produtos químicos no processamento, as cânulas Ipas EasyGrip devem ser completamente lavadas com água fervida (para instrumentos desinfectados a alto nível) ou água esterilizada (se o instrumento já tiver sido esterilizado) após o processamento. As peças do aspirador Ipas AMIU Plus podem ser muito bem lavadas em água limpa (potável).

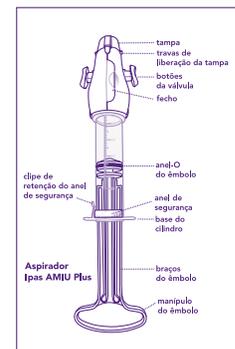
Armazenar adequadamente ou usar imediatamente

Armazenamento

- Os aspiradores e adaptadores podem ser secados, o O-ring lubrificado e o dispositivo montado novamente e armazenado em local limpo e seco até voltar a ser usado. O aspirador não precisa estar desinfectado a alto nível ou esterilizado no momento de uso e pode ser armazenado numa área limpa ou arrumado de acordo com as regras locais.
- As cânulas devem permanecer esterilizadas ou desinfectadas a alto nível até o uso seguinte. Armazene as cânulas em recipientes esterilizados ou desinfectados a alto nível para manter o nível no qual foram preparadas. Segure as cânulas pelas extremidades da base.
- Os instrumentos processados por métodos húmidos devem, idealmente, ser processados diariamente.

Montagem e uso

- Antes de usar, monte novamente, lubrifique e verifique a capacidade de vácuo do aspirador.
- Coloque o revestimento da válvula na posição dentro da válvula, alinhando as pontas internas. Feche a válvula até que encaixe no lugar. Encaixe a tampa na extremidade da válvula. Empurre o cilindro para a base da válvula sem torcer.
- Coloque o O-ring do êmbolo na extremidade do êmbolo e lubrifique-o, espalhando uma gota de lubrificante à volta do O-ring com a ponta do dedo. Pode usar-se silicone ou outros lubrificantes que não sejam à base de petróleo. Aperte os braços do êmbolo e insira o êmbolo completamente no cilindro. Mova o êmbolo para dentro e para fora para lubrificar o cilindro. Insira o anel de segurança nos orifícios do cilindro.
- Verifique o vácuo empurrando os botões para baixo até encaixarem e puxando o êmbolo para trás até os braços do êmbolo se encaixarem. Deixe nessa posição durante dois a três minutos, e depois solte os botões. Uma corrente de ar indica que o aspirador manteve o vácuo.
- Se não ouvir a corrente de ar, remova o êmbolo. Verifique o O-ring do êmbolo e o instrumento quanto a corpos estranhos e rachas. Se o aspirador continuar a perder vácuo, deve ser descartado.



ANEXO E: PROTOCOLOS PARA ABORTO MEDICAMENTOSO, CARTÃO DE BOLSO



PROTOCOLOS PARA ABORTO MEDICAMENTOSO

Aborto medicamentoso com mifepristona e misoprostol

Até à 10.^a semana de gestação (70 dias desde a data da última menstruação (DUM)):

- 200 mg de mifepristona 200 mg por via oral
- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal 1-2 dias após mifepristona

10.^a-13.^a semana de gestação:

- 200 mg de mifepristona por via oral
- 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou 800 mcg por via vaginal 1-2 dias após mifepristona, depois 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão
- Como alternativa, pode usar-se 200 mg de mifepristona por via oral seguida 1-2 dias depois por 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal. A dose de misoprostol pode ser repetida até ao aborto completo.

Durante ou após a 13.^a semana de gestação (13.^a-24.^a semana):

- 200 mg de mifepristona por via oral
- 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal 1-2 dias após mifepristona, depois a cada três horas até à expulsão fetal e placentária.
- Se a mulher estiver estável e for conveniente para ela, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expelir a placenta.

Aborto medicamentoso com misoprostol isolado

Antes da 13.^a semana de gestação:

- 800 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão

Durante ou após a 13.^a semana de gestação (13.^a-24.^a semana):

- 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou vaginal a cada três horas até à expulsão fetal e placentária. A dose vaginal é mais eficaz do que a dose sublingual para mulheres nulíparas.

- Se a mulher estiver estável e for conveniente para ela, o provedor de cuidados deve conceder-lhe pelo menos quatro horas após a expulsão fetal para expelir a placenta

Tratamento médico de aborto incompleto, aborto retido ou morte fetal intra-uterina (assistência pós-aborto)

Tamanho uterino inferior a 13 semanas:

- Aborto incompleto
 - o 600 mcg de misoprostol por via oral em dose única ou 400 mcg em dose única por via sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal
- Aborto retido
 - o 600 mcg de misoprostol por via sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, 800 mcg por via vaginal a cada 3 horas até à expulsão (geralmente 1-3 doses)
 - o Sempre que possível, adicione pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol

Tamanho uterino de 13 semanas ou superior:

- Aborto incompleto
 - o 400 mcg de misoprostol por via bucal, sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada três horas até à expulsão
- Morte fetal intra-uterina (até à 24.^a semana):
 - o 400 mcg de misoprostol por via sublingual ou, na ausência de sangramento vaginal, por via vaginal a cada 4-6 horas até à expulsão
 - o Onde haja disponibilidade, adicionar pré-tratamento com 200 mg de mifepristona por via oral 1-2 dias antes de misoprostol

Citação: Ipas. (2019). Actualizações clínicas em saúde reprodutiva. www.ipas.org/actualizacoesclinicas; www.ipas.org/clinicalupdates; www.ipas.org/actualizacionesclinicas; www.ipas.org/actualitescliniques

MADOSCARD2:P19

ANEXO F: RECOMENDAÇÃO: USO DE ANTIBIÓTICOS PROFILÁCTICOS NOS SERVIÇOS DE ABORTO SEGURO, INCLUINDO ASSISTÊNCIA PÓS-ABORTO

Recomendação: Uso de antibióticos profiláticos nos serviços de aborto seguro, incluindo assistência pós-aborto

Para aspiração intra-uterina e dilatação e evacuação/esvaziamento

Antes do procedimento, uma dose única de:

- 200 mg de doxiciclina por via oral, **OU**
- 500 mg de azitromicina por via oral, **OU**
- 500 mg de metronidazol por via oral

Para aborto medicamentoso

Os antibióticos profiláticos de rotina não são recomendados.

As mulheres com alto risco devem ser examinadas quanto à presença de infecções de transmissão sexual. As mulheres com sinais e sintomas de infecção devem receber serviços de aborto sem demora e receber tratamento antibiótico apropriado de acordo com os regimes baseados na evidência. Os parceiros das mulheres com infecções de transmissão sexual também necessitam de tratamento.

Referência: Ipas. (2019). Actualizações clínicas em saúde reprodutiva.

© 2020 Ipas

PROANT-P20



ANEXO G: ETAPAS PARA A REALIZAÇÃO DE ASPIRAÇÃO MANUAL INTRA-UTERINA, CARTAZ

Etapas para a realização de aspiração manual intra-uterina (AMIU) com o aspirador Ipas AMIU Plus e as cânulas Ipas EasyGrip®

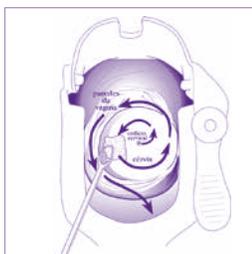
Primeiro passo: Preparar a paciente

- Administre medicamentos para a dor antes do procedimento para ter o máximo efeito quando o procedimento começar.
- Administre antibióticos profiláticos para todas as mulheres ou antibióticos terapêuticos, se indicado.
- Peça à mulher para esvaziar a bexiga.
- Realize um exame bimanual para confirmar o tamanho e a posição do útero.
- Insira o espéculo e observe se há sinais de infecção, sangramento ou aborto incompleto.



Segundo passo: Realizar o preparo cervical anti-séptico

- Use uma esponja anti-séptica para limpar o orifício cervical. Comece com orifício cervical fazendo uma espiral para fora sem retrair as áreas. Repita até que o orifício cervical tenha sido completamente coberto pelo anti-séptico.



Terceiro passo: Realizar o bloqueio paracervical

- O bloqueio paracervical é necessário antes de AMIU.
- Faça o bloqueio paracervical com 20 cc de lidocaína a 1% ou 10 cc de lidocaína a 2%. Injete uma pequena quantidade de lidocaína (1-2cc) no colo do útero no local do tenáculo (Meio-dia). Injete a lidocaína remanescente em quantidades iguais na junção cervico-vaginal a 2, 4, 8 e 10 horas. aspire sempre antes de injectar para evitar injeção intravascular de lidocaína.

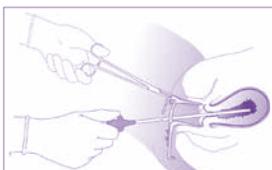


Quarto passo: Dilatar o colo do útero

- Observe a Técnica De Não tocar ao dilatar o colo do útero e durante a aspiração. Os instrumentos que entram na cavidade uterina não devem tocar as suas mãos enluvadas, a pele da paciente, as paredes vaginais da mulher ou partes não esterilizadas da bandeja dos instrumentos antes de entrar no colo do útero.
- Use dilatadores mecânicos ou cânulas progressivamente maiores para cuidadosamente dilatar o colo do útero para o tamanho certo.

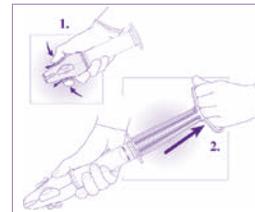
Quinto Passo: Inserir a Cânula

- Ao aplicar a tração ao tenáculo, insira a cânula através do colo do útero, basta passar o orifício cervical para a cavidade uterina.
- Não insira a cânula com força.



Sexto passo: Preparar o aspirador

- Posicione o êmbolo todo para dentro do cilindro.
- Coloque o anel de segurança com travas nos orifícios dos cilindros.
- Empurre os botões da válvula para baixo e para frente até ficarem fixos (1).
- Puxe o êmbolo para trás até que os braços se encaixem e prendam na base do cilindro (2).



Sétimo passo: Sucção do conteúdo uterino

- Fixe o aspirador preparado na cânula.
- Liberte o vácuo pressionando os dois botões.
- Esvazie o conteúdo do útero rodando, com cuidado e suavemente, a cânula 180° em cada direção, usando um movimento de entrada e saída.
- Quando o procedimento estiver concluído, pressione os botões e desconecte a cânula do aspirador. De forma alternada, retire a cânula e aspirador sem pressionar os botões.



Sinais de que o útero está vazio:

- Espuma vermelha ou rosa sem tecido a passar pela cânula.
- Sensação de aspereza na superfície do útero.
- O útero contrai à volta da cânula.
- Cólicas ou dores uterinas que indicam a contração do útero.

Oitavo passo: Inspeccionar o tecido

- Esvazie o conteúdo do aspirador para um recipiente.
- Coe o material, mergulhe em água ou vinagre e veja com uma luz (por baixo).
- Inspeccione o tecido quanto a produtos da concepção, esvaziamento completo e gravidez molar.
- Se a inspeção não for conclusiva, poderá ser necessária uma nova aspiração ou outra avaliação.



Nono passo: Realizar quaisquer procedimentos adicionais

- Quando o procedimento estiver concluído, proceda com contracepção ou outros procedimentos, como a inserção de DIU ou o reparo de laceração cervical.

Décimo passo: Imediatamente após o procedimento

- Tranquile a mulher dizendo que o procedimento já terminou.
- Certifique-se de que ela é acompanhada até a sala/área de recuperação.
- Prepare/organize ou descarte imediatamente todos os instrumentos, de acordo com os protocolos locais.

