

Concept Foundation
111 Paholyothin Rd., Thailand Science Park
Klong 1, Klong Luang
Pathumthani 12120
THAILAND
www.conceptfoundation.org

Ipas
P. O. Box 5027
Chapel Hill, NC 27514
USA
www.ipas.org

PATH
1455 NW Leary Way
Seattle, WA 98107
USA
www.path.org

Este material pode ser adaptado
e distribuído sem obter
permissão para fins
educacionais e sem fins
lucrativos. Por favor, dê os
créditos intelectuais para a
Fundação Concept, Ipas, e
PATH como fonte destes
materiais.

www.medabon.info





Medabon
Medabon[®]
medical abortion

Orientações Médicas e de
Entrega de Serviços

Medabon®: Orientações médicas e de entrega de Serviços

Conteúdo

Sessão 1

Informações
básicas sobre
o Medabon®

Sessão 2

Triagem para Medabon®

Sessão 3

Prescrição e
administração
do Medabon®

Sessão 4

Seguimento

Referências

Fontes relacionadas

Essas diretrizes representam uma visão de consenso de três agências sobre o Medabon® que podem ser diferentes de seus próprios protocolos de abortamento médico.

Este documento pode ser encontrado online no endereço web: www.medabon.info. Para solicitar cópias adicionais, entre em contato com a Fundação Concept medabon@conceptfoundation.org.

Medabon® é uma terapia combinada para o abortamento médico em gravidezes de até nove semanas, ou até e inclusive 63 dias após a data da última menstruação da mulher (DUM). Abortamento médico se refere ao processo de interromper a gestação tomando medicamentos, em lugar de realizar uma intervenção cirúrgica.* Também pode ser chamado como o abortamento medicamentoso, a pílula do abortamento, o abortamento não-aspirado ou abortamento não-cirúrgico. O "abortamento médico" não significa que um médico precisa estar envolvido ou que o procedimento é realizado por necessidade médica.

O abortamento médico tem sido usado por milhões de mulheres em todo o mundo. Em 2006, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recomendações atualizadas sobre o abortamento médico com base em evidências.¹ De acordo com estas recomendações, o abortamento médico até nove semanas de gestação é seguro e eficaz. O uso mais efetivo e seguro de abortamento medicamentoso requer o uso de duas pílulas, mifepristone e misoprostol. Medabon® contém mifepristone e misoprostol juntos em embalagem única.

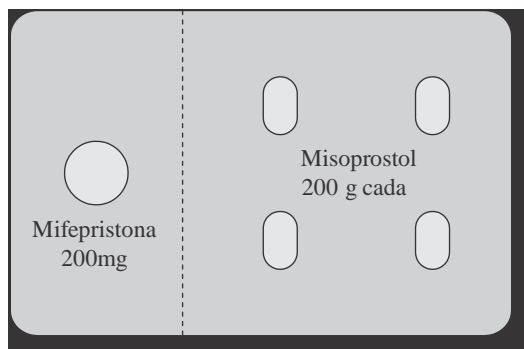
Este documento sobre Medabon® tem quatro seções que correspondem aproximadamente ao processo de abortamento médico da perspectiva de um provedor de serviços de saúde: informação básica, triagem, administração e acompanhamento.

O protocolo na página 9 fornece uma visão geral do processo de abortamento médico usando Medabon®. Este documento foi desenvolvido para leitores com um grau moderado de experiência clínica. O nível de detalhes técnicos e de linguagem podem ser adaptadas para os provedores de saúde que implementarão serviços em ambientes específicos.

* O termo "abortamento cirúrgico" é usado frequentemente para se referir a procedimentos como a aspiração a vácuo (elétrica ou manual) e curetagem, também conhecido como dilatação e curetagem (D & C).

1 Informações básicas sobre Medabon®

Mifepristona e misoprostol são registrados separadamente em muitos países. Medabon® oferece o benefício dessas drogas estarem licenciadas e empacotadas juntas em um único produto para abortamento médico.



Mifepristona atua bloqueando os receptores de progesterona, levando a mudanças no revestimento endometrial para que cesse o suporte à gravidez, amolecendo e dilatando o colo do útero, e aumentando a sensibilidade uterina às prostaglandinas (tais como misoprostol).²

Misoprostol é o análogo de prostaglandina preferido para uso com mifepristona devido à sua eficácia, segurança, baixo custo e ampla disponibilidade.³ O misoprostol amolece o colo uterino e aumenta a contratilidade, fazendo com que as contrações expulsem o conteúdo uterino.

Dosagem e regime

O regime de administração do Medabon® consiste em tomar um comprimido de 200 mg de mifepristona administrado por via oral, seguido um ou dois dias (24 a 48 horas) mais tarde por quatro comprimidos de 200µg de misoprostol. Esta é a administração recomendada pela OMS como um método seguro e eficaz para abortamento medicamentoso.¹

Administração do Misoprostol

As mulheres têm opções em termos de quando e como elas podem tomar misoprostol.* Os provedores devem discutir estas opções com cada mulher que toma Medabon® para que ela possa escolher o que seja melhor as suas necessidades e preferências.

Administração de MISOPROSTOL (Dia 1 é dia de mifepristone)

Via	Tempo
Vaginal (800 µg)	Dia 2 ou 3 (24–48 horas após mifepristona)
Sublingual (800 µg)	

Medabon® está registrado para uso vaginal e sublingual de misoprostol. Consulte a página 8 para obter instruções completas sobre a administração do misoprostol, incluindo tanto a via vaginal como a sublingual. Há evidências de que o uso bucal do misoprostol (isto é, inserindo comprimidos entre a bochecha e a gengiva) também é eficaz e é amplamente utilizada em alguns países,⁸⁻¹⁰ mas Medabon® não está registrado para uso por essa via.

O abortamento médico com Medabon® geralmente requer de três passos:

1. Administração de mifepristone.
2. Administração de misoprostol 1-2 dias depois.
3. A avaliação de seguimento 1-2 semanas (geralmente 10-14 dias) após a administração de mifepristone para confirmar que o abortamento foi completo.

Os registros e rótulos iniciais do Medabon® recomendavam que o misoprostol poderia ser utilizado por via vaginal 36-48 horas após o mifepristone. Posteriormente, a Fundação Concept ganhou acesso a dados que mostram que o misoprostol pode ser administrado com segurança e eficácia por via sublingual,^{4,5} e o misoprostol pode ser administrado tanto por via vaginal quanto sublingual 24-48 horas pós-mifepristone.^{6,7} Essas mudanças estão sendo propostas em submissão às agências reguladoras e, eventualmente, para constar na embalagem dos materiais. Apesar desta recomendação original, os provedores podem querer seguir os novos regimes baseados em evidências apresentados nessas diretrizes.

Eficácia

Um abortamento medicamentoso eficaz é geralmente definido como uma interrupção da gestação sem necessidade de outro método de evacuação uterina, como a aspiração a vácuo ou curetagem. O regime com Medabon® tem mostrado que consegue completar o abortamento em cerca de 98 por cento dos casos, e se observa a continuação de uma gravidez com feto viável em menos de 1 por cento das mulheres que usam esse recurso.^{5,11}

A taxa de abortamento completo utilizando o Medabon® pode variar dependendo do provedor. À medida que aumenta a experiência do provedor, eles tendem a estar mais confortável com o uso desse método e menos propensos a realizar intervenções desnecessárias. Seguir as instruções descritas nestas diretrizes ajudarão a assegurar as maiores taxas de sucesso. Por exemplo, aderindo ao intervalo sugerido entre a administração de misoprostol e uma visita de seguimento ajudará garantir que se deu tempo suficiente para que o abortamento de uma mulher seja completado, permitindo reduzir as intervenções desnecessárias. É claro que as mulheres devem procurar atendimento o mais rápido possível caso tenham problemas ou preocupações antes de completar esse prazo.

Efeitos esperados

Sangramento vaginal e cólicas são normais e esperados. Durante o processo de abortamento medicamentoso pode se sentir intensa cólica, imitando um longo período de sangramento menstrual ou similar a um abortamento espontâneo.

O sangramento vaginal, muitas vezes acompanhado pela passagem de coágulos, geralmente é mais abundante do que um período menstrual. O sangramento começa, por vezes, depois de tomar o mifepristone, mas na maioria das vezes começa 1-3 horas após a ingestão do misoprostol. A quantidade e a duração do sangramento varia: o sangramento geralmente é mais abundante por algumas horas durante o abortamento mesmo, e em geral diminui ao longo do tempo, muitas vezes durando até duas a três semanas. As cólicas são mais intensas normalmente nas primeiras horas após a ingestão do misoprostol, e diminuem após a expulsão do conteúdo uterino.¹²

Após a expulsão do produto da gestação, o qual a mulher pode não ser capaz de diferenciar de outro sangramento e/ou coágulo, ela provavelmente vai experimentar uma diminuição progressiva do sangramento e cólicas até que o sangramento desapareça totalmente.

Efeitos colaterais

As contrações uterinas podem ser dolorosas, e algumas mulheres apresentam efeitos colaterais, incluindo náusea, vômito, diarreia, dor de cabeça, calafrios, tremores e febre transitória com duração inferior a um dia. Não há efeito a longo prazo do Medabon® sob a saúde da mulher nem haverá consequências para gravidezes futuras.¹³

Medabon® fatos chaves

- Medabon® é composto de dois medicamentos: mifepristone e misoprostol.
- O regime de Medabon® proposto está de acordo com as recomendações mais atuais da OMS (junho de 2009) para abortamento médico¹: um comprimido de 200mg de mifepristone administrado por via oral, seguido, após 24-48 horas, da administração de 4 comprimidos de 200µg de misoprostol. Os quatro comprimidos de misoprostol podem ser administrados por via vaginal ou sublingual.
- Medabon® está registrado para uso até nove semanas de gravidez (63 dias desde DUM da mulher).
- O abortamento médico com mifepristone e misoprostol tem mostrado uma eficácia de 98% quando usado até nove semanas (63 dias) desde DUM.⁵

2 Triagem para o Medabon®

Contraindicações

Há muito poucas situações que excluem absolutamente uma mulher de utilizar o Medabon®.

As mulheres não podem tomar Medabon® se:

- São alérgicas a alguma das drogas envolvidas (mifepristone, misoprostol, ou outra prostaglandina).
- Sofrem de porfiria congênita, uma rara doença sanguínea.¹⁴
- São portadoras de uma desordem hemorrágica ou estão em terapia anticoagulante concomitante, a menos que os serviços de transfusão estejam disponíveis (há evidências muito limitadas descrevendo abortamento médico praticado nesses casos).
- Tem o diagnóstico ou a suspeita de gravidez ectópica.

Precauções

Mulheres com estas condições devem ser tratadas com cautela específica de acordo com sua situação:

- Estar no momento fazendo terapia com cortiesteróide sistêmica para asma ou outras doenças.^{15, 16} Entretanto, os medicamentos para asma em inaladores não são absorvidos sistemicamente e as mulheres que tomam estes medicamentos podem usar Medabon®.
- Insuficiência adrenal crônica. É possível que as mulheres com insuficiência adrenal crônica possam desenvolver desidratação repentina, queda da pressão arterial, ou choque após tomar a mifepristona. Mulheres com insuficiência adrenal crônica devem tomar uma dose maior de glicocorticóides ao usar mifepristone e devem ser cuidadosamente monitoradas quanto a sinais e sintomas de choque.^{15, 16}

Nota: As mulheres com múltiplas gestações¹⁷ e obesas¹⁸ podem tomar Medabon® nas mesmas doses que as outras mulheres. Além disso, as mulheres que utilizaram Medabon® no passado podem usá-lo novamente, sem diminuição da eficácia.

Considerações Especiais

Há poucas evidências sobre o uso do abortamento médico em mulheres com as seguintes condições: anemia grave (hemoglobina <9 g / dL), doença clínica ou problemas de saúde instável, ou sepsis. A administração de medicamentos para abortamento para as mulheres com estas condições depende das opções disponíveis para o atendimento ao abortamento seguro, possibilidade de encaminhamento e julgamento clínico.

As mulheres descritas abaixo podem usar Medabon®, mas podem precisar de informações adicionais ou cuidados clínicos:

- Mulheres que estejam amamentando. O misoprostol passa para o leite materno logo após a administração, e é provável que mifepristone também. Não há nenhuma evidência que sugira que qualquer medicação que compõe esse produto seja prejudicial à crianças. As mulheres que estão preocupadas com os efeitos do misoprostol sobre as crianças podem tomar a medicação logo após a amamentação.¹⁹
- Mulheres com um dispositivo intra-uterino (DIU). Mulheres com um DIU podem ser tratadas com Medabon® desde que o DIU seja removido antes do início do tratamento. Consulte a página 11 para obter informações sobre reinício da anticoncepção depois de tomar Medabon®.
- Mulheres com infecções sexualmente transmissíveis (DSTs). Mulheres com DST confirmada devem ser tratadas simultaneamente com o início do abortamento médico. Mulheres com suspeita de DST devem ser avaliadas e tratadas ou encaminhadas de acordo com o tipo de cuidado que necessitam, entretanto o tratamento por suspeita de DSTs não deve atrasar o abortamento.

Considerando que o Medabon® é registrado apenas para gestações de até nove semanas, a probabilidade de sensibilização Rh é muito baixa. Não há atualmente evidências suficientes para recomendar a favor ou contra triagem Rh com até nove semanas desde a data da última menstruação.²⁰ Dependendo da prevalência de RhD-negativo da população e a capacidade de oferecer Rh-imunoglobulina, o padrão do país devem ser seguido.

Confirmando a gravidez e o tempo de gestação

Medabon® é licenciado para as mulheres com gravidezes de até nove semanas: em outras palavras, uma mulher pode tomar Medabon® até 63 dias após o primeiro dia da última menstruação.

A duração da gestação pode ser geralmente confirmada pela história clínica e com o exame físico. Se os sinais de gravidez não estão claramente presentes, um teste de gravidez de sangue ou urina poderão ser necessários para confirmar o diagnóstico. Ultrassom não é necessário e não deve ser um pré-requisito para o abortamento em locais onde não esteja disponível ou torna o procedimento excessivamente caro.^{1, 21} . Onde houver ultrassom disponível, esse aparelho poderá ajudar a determinar o tempo de gestação, em casos de discrepância na data, ou para confirmar uma gravidez intra-uterina.

Escolhendo abortamento médico ou aspiração à vácuo

O abortamento médico e a aspiração a vácuo são métodos aceitáveis para as mulheres.^{22, 23, 24} É muito mais provável as mulheres acharem um método aceitável se elas mesmas tiverem a opção de escolhê-los.^{25, 26}

As mulheres escolhem o abortamento médico ou aspiração à vácuo por várias razões que refletem circunstâncias específicas da mulher e do contexto cultural. Os fatores que as mulheres consideram na escolha de um ou outro método incluem a idade gestacional, a duração do processo de abortamento, onde o abortamento irá ocorrer, e o que elas poderão experimentar.²³

Tanto o abortamento médico quanto a aspiração a vácuo são métodos seguros e eficazes com baixas taxas de complicação.^{11, 27} Há, portanto, poucas situações onde existirá uma clara preferência médica para qualquer um dos métodos.

Gravidez ectópica não diagnosticada

Uma gravidez ectópica é uma gravidez localizada fora da cavidade uterina. Medabon® não trata a gravidez ectópica, uma condição pré-existente ao invés de uma complicação do procedimento de abortamento. Portanto, a gravidez ectópica pode ser diagnosticada quando uma mulher que procura um abortamento médico é submetida a uma avaliação clínica antes do procedimento. No entanto, a gravidez ectópica pode passar despercebida durante a avaliação clínica e até mesmo permanecer sem ser detectada após um abortamento médico já realizado. Uma mulher pode continuar a ter sangramento e cólicas depois de tomar Medabon®, mesmo que ela tenha uma gravidez ectópica, e é improvável que um provedor seja capaz de examinar o material expulso para conformar ao término da gestação. Portanto, o diagnóstico e tratamento de gravidez ectópica deverão ocorrer durante o seguimento dessa paciente.

Sintomas típicos da gravidez ectópica são dor abdominal ou pélvica, muitas vezes unilateral, e hemorragia vaginal. Dor e sangramento podem ser persistentes ou inconstante e variável e, em alguns casos, ausentes.²⁸ Fatores de alto risco para gravidez ectópica são as cirurgias de trompas, esterilização tubária, gravidez ectópica anterior, a exposição *in útero* a dietilestilbestrol, o uso de dispositivo intra-uterino (DIU)*, e doença tubária documentada.³⁰

Gravidez ectópica pode às vezes ser confirmada com o ultrassom, mas muitas vezes um ultrassom apenas pode confirmar a ausência de uma gravidez intra-uterina. A medição em série do β -hCG e ultrassom mostrando uma cavidade uterina vazia em paciente assintomática, indicam forte suspeita de gravidez ectópica. É raro que a gravidez ectópica possa ser vista no ultrassom, a não ser com uma unidade muito boa, usando sonda transvaginal, ou que um profissional altamente qualificado esteja disponível, e que a anatomia pélvica da mulher e a localização da gravidez ectópica permita sua visualização. Se o ultrassom não está disponível e há a suspeita de uma gravidez ectópica, ou se apresenta sintomas e sinais de gravidez ectópica, a mulher deve ser encaminhada para um serviço de ginecologia apropriado para tratamento de urgência

*As mulheres com DIU na cavidade uterina e aquelas que tiverem feito laqueadura são mais propensas a terem uma gravidez ectópica do que gravidez intra-uterina se a concepção ocorrer, mas o seu risco basal de gravidez é muito menor do que em mulheres que não utilizam contracepção.²⁹

Possíveis razões para recomendar o abortamento médico:

- Obesidade grave. Um procedimento cirúrgico pode ser um desafio técnico maior.¹
- Malformações uterinas, um útero com miomas, ou história de estenose cervical.
- Desejo de evitar um procedimento invasivo.

Possíveis razões para recomendar o abortamento cirúrgico (geralmente a aspiração a vácuo):

- Contra-indicações para o abortamento médico.
- Tempo ou restrições geográficas impedem o acompanhamento para confirmar que o abortamento médico seja completo.
- Uma mulher fez a escolha livre e informada de que ela gostaria de ser esterilizada ou ter um DIU inserido, e os procedimentos podem ser realizados ao mesmo tempo.
- Suspeita de gravidez ectópica (assim o tecido pode ser examinado para verificar se o abortamento está completo).

Cada mulher que escolhe o abortamento médico deve ser claramente informada:

- O que será feito em cada visita e o que ela deve esperar ou precisar fazer em casa.
- O que ela vai sentir durante o abortamento médico.
- Quais são os efeitos colaterais mais comuns.
- Quanto tempo o processo pode demorar.
- Quais são os riscos e as complicações potenciais.
- Que medicamentos para a dor estão disponíveis e como usá-los.
- Que ela deve completar o processo de abortamento, uma vez que se inicie.
- Quando ela vai ser capaz de retomar suas atividades normais, incluindo a relação sexual.
- Quando ela precisa procurar assistência médica.
- Quais os métodos contraceptivos que estão disponíveis e quando iniciá-los.



3 Prescrição e administração de Medabon®

Agendando abortamento médico com Medabon®

Todo o processo de abortamento médico deve ser considerado no momento de agendar uma consulta clínica entre os provedores de saúde e a mulher. Para a maioria das mulheres, a expulsão vai acontecer dentro de quatro a seis horas após tomar misoprostol.³¹

O sangramento e cólicas mais intensas provavelmente ocorrerão nesse período. Se o misoprostol for administrado em uma clínica, é aconselhável que a mulher permaneça na clínica até que ela se sinta confortável e capaz de voltar para casa. As mulheres devem ser informadas sobre essa questão com antecedência para que possam planejar a administração do misoprostol de acordo com o tempo de viagem, as necessidades, de trabalho e família, e a possibilidade de ter um acompanhante com ela se este for o seu desejo.

As mulheres devem ter acesso a cuidados de emergência durante o processo de abortamento médico. Os provedores e as mulheres devem planejar onde procurar atendimento de emergência no raro caso de apresentar complicações graves.

Administração de Medabon®

Etapa 1. Mulher engole uma pílula mifepristone.

Se a mulher vomitar dentro de 30 minutos depois de tomar o mifepristone, ela terá que tomar outra pílula de mifepristone.

Etapa 2. Quatro comprimidos com 200µg de misoprostol são administrados um ou dois dias (24-48 horas) após a ingestão do mifepristone (veja quadro "administração de Misoprostol", página 3).

Administração vaginal: A mulher ou profissional de saúde deve usar o dedo para empurrar os quatro comprimidos, um por vez dentro da vagina.

Os profissionais de saúde que administram misoprostol devem seguir as instruções da bula e usar luvas limpas. Se as mulheres, elas próprias, administrarem misoprostol via vaginal, seja em casa ou na clínica, elas devem ser aconselhadas a lavar as mãos primeiro.

Administração sublingual: As mulheres devem colocar dois comprimidos de misoprostol embaixo de sua língua e esperar que eles se dissolvam. Tão logo se dissolverem, mais dois comprimidos podem ser tomados da mesma forma. Se os dois primeiros comprimidos não forem dissolvidos após 20 minutos, as mulheres podem engolir os fragmentos restantes e colocar os dois últimos comprimidos embaixo da língua.

Algumas mulheres podem preferir tomar os quatro comprimidos de uma vez. Nesse caso, as mulheres devem colocar todos os quatro comprimidos debaixo da língua e esperar que eles se dissolvam. Se eles não tiverem dissolvido após 20 minutos, as mulheres podem engolir os fragmentos remanescentes.

Engolir os comprimidos inteiros (administração oral) é menos eficaz do que colocá-los sob a língua até dissolver ou durante 20 minutos.⁵

Mais informações sobre a Etapa 3, a visita de acompanhamento, é fornecida na página 12.

Retomando as atividades normais

As mulheres devem ter expectativas claras sobre quando elas vão ou podem retomar suas atividades normais. Por exemplo:

- Pode tomar banho a qualquer momento durante o processo de abortamento médico. Não se recomenda a ducha vaginal.³²
- As mulheres podem perguntar quando elas podem retomar a atividade sexual. Não há evidências para sugerir um momento ideal, mas as mulheres devem ser encorajadas a esperar até que elas se sintam confortáveis e prontas (veja abaixo).
- As mulheres podem ovular e, portanto, engravidar, antes da primeira menstruação pós-abortamento. As mulheres que queiram evitar a gravidez devem usar um método contraceptivo durante as relações sexuais após tomar Medabon®. Algumas mulheres podem ovular tão cedo quanto 10 dias após o abortamento. Consulte a página 11 para obter mais informações sobre as opções de anticoncepcionais.
- O retorno da menstruação após o abortamento médico, geralmente ocorre após cerca de cinco semanas.³³

Medabon® Visitas Clínicas e Protocolo

Passo 1. Visita clínica inicial e administração de mifepristone

- Confirmar a gravidez e o tempo da gestação
- Assessorar a mulher sobre opções de gravidez / abortamento
- Exame físico completo e história médica.
- Triagem para as contra-indicações e fatores de risco.
- Excluir a gravidez ectópica.

Para as mulheres que escolhem Medabon® e tomará misoprostol na clínica:

- Orientar a mulher sobre o que esperar
- Criar cronograma de visitas do Medabon®.
- Criar plano de seguimento para atendimento de emergência • Dar sugestões para lidar com os efeitos colaterais.
- Tomar o mifepristone oralmente.

Para as mulheres que escolhem Medabon® e tomará o misoprostol em casa:

- Assessorar a mulher sobre como administrar misoprostol vaginal ou sublingual, utilizando recursos visuais apropriadamente.
- Revisar os sinais de complicações graves e confirmar que mulher tem materiais impressos.
- Criar plano de seguimento para atendimento de emergência.
- Dar sugestões para lidar com efeitos colaterais e fazer medicação para a dor disponíveis.
- Agendar consulta de acompanhamento.
- Entregar os comprimidos de misoprostol para levar para casa.
- Mulher toma o mifepristone oralmente.

Passo 2 Administração de misoprostol (24 – 48 horas mais tarde)

Na clínica:

- Administrar misoprostol vaginal ou sublingual.
- Ter medicação para dor disponível.
- Revisar os sinais de complicações graves e certificar-se que a mulher tem material impresso.
- Revisar os planos de visita de seguimento.
- Analisar os efeitos secundários e de como tratá-los.

Em casa:

- A mulher se administra misoprostol vaginal ou sublingual.

Contraceção

Discutir as opções contraceptivas no início do processo.

O método escolhido pela mulher vai determinar quando a contracepção é fornecida.

Passo 3 - Visita de seguimento (10-14 dias após a administração de mifepristone)

- Confirmar que o abortamento foi bem sucedido (a maioria das mulheres estará nesta categoria).
- Se a mulher está enfrentando sangramento problemático (ver página 12 para mais detalhes), as opções de tratamento incluem:
 - Esperar mais tempo para cessar a hemorragia.
 - Uma dose adicional de misoprostol.
 - Evacuação uterina.
- No caso de continuação da gravidez, a evacuação uterina é recomendada.

Como lidar com os efeitos do abortamento

Hemorragia

Sangramento pode ser tratado de forma semelhante a um período menstrual muito abundante ou a um abortamento espontâneo (por exemplo, com absorventes ou algodão). Vai ser mais abundante após tomar o misoprostol - muitas vezes durante a expulsão dos produtos da concepção - e sangramento leve pode durar duas semanas ou mais. Não é incomum que o sangramento cesse e logo comece outra vez. Algumas mulheres, até 20 por cento em um estudo, pode continuar a ter sangramento ou spotting 35-42 dias após o início de um abortamento médico.³⁴ Se o sangramento é abundante, prolongado ou provoca anemia (ou sintomas de anemia, tais como tonturas, desmaio ou perda significativa de energia), então a aspiração a vácuo, a reposição de líquidos, ou transfusão pode ser necessária. O risco de hemorragia exigindo intervenção (transfusão e/ou aspiração) varia de 0,02 a 1,8 por cento.³⁵⁻³⁷

Cólicas e dor

As mulheres têm maior probabilidade de sentir dor nas primeiras horas após a administração de misoprostol. As mulheres devem receber medicamentos (ou onde eles não estão disponíveis, prescrição ou recomendação de medicamentos) para controlar a dor e ter remédio para a dor disponíveis quando se toma o misoprostol. Anti-inflamatórios não-esteróides (AINEs) como o Ibuprofeno (400-800 mg) se mostraram mais eficazes do que o paracetamol (500-1.000 mg)³⁸ e podem ser tomados ao mesmo tempo que o misoprostol, mas não antes. Se for possível, as mulheres devem ter acesso ou, pelo menos, uma prescrição de um remédio narcótico para a dor em caso de ser necessário; 30-40 mg de codeína podem ser adicionados a qualquer AINE ou ao paracetamol. As mulheres devem ser orientadas a utilizar outras medidas de conforto, tais como o uso de garrafas de água quente.

Procura de cuidados para possíveis complicações

Ao educar as mulheres sobre o uso de Medabon®, é importante ressaltar que as complicações graves são raras, mas que elas devem estar atentas para os seguintes sinais e sintomas e procurar ajuda (de preferência do seu provedor original) se experimenta:

- sangramento persistente, abundante, até o ponto de sentir-se doentes ou fracas, ou se elas absorvem mais de dois pensos higiênicos por hora para mais de duas horas consecutivas.
- Febre de 38°C/100.4°F ou superior que continua além do dia seguinte ao uso de misoprostol.
- vômito persistente ou diarreia por mais do que o dia em que foi administrado o misoprostol.
- Dor abdominal muito forte, contínua, ou progressiva que não é aliviada pela medicação, repouso, aplicação de garrafa de água quente, ou de uma almofada de aquecimento.

Pouco ou nenhum sangramento 24-48 horas seguintes a administração do misoprostol não é uma emergência, mas é motivo para a procura de consulta de seguimento, pois pode ser um sinal de continuação da gravidez.

Infecção após procedimentos de abortamento médico é rara. As mulheres devem, no entanto, ser informadas dos sintomas da infecção e encorajadas a procurar consulta de seguimento caso aparecerem sintomas de infecção. A gravidade da infecção deve determinar qual tratamento é fornecido; antibióticos orais são usados para a maioria das infecções ou suspeitas de infecção.³⁹

As mulheres devem sempre receber informação impressa sobre sinais de complicações para levar para casa (veja amostra de folheto para pacientes incluído nestes materiais). Como observado anteriormente, os provedores e as mulheres devem discutir um plano para atendimento de emergência antes do processo de abortamento médico. Idealmente, as mulheres devem procurar tratamento para complicações de seus provedores originais. Se o provedor original não estiver disponível, acessível, ou não puder fornecer o acompanhamento necessário, os profissionais devem trabalhar com as mulheres para identificar uma alternativa com antecedência. As mulheres devem ser encorajadas a levar seus materiais informativos com elas se procurar atendimento de emergência em outros lugares, caso o pessoal desse serviço não esteja familiarizado com o abortamento médico e as complicações associadas.

A maior parte dos cuidados de retaguarda são semelhantes aos necessários para as mulheres com um abortamento espontâneo, e muitas comunidades têm uma unidade de saúde já existentes para prestar esses cuidados. Em casos raros ocorrem complicações graves de emergência que requerem atendimento (veja as "Diretrizes para Provedores de Cuidados Médicos de Emergência "incluída neste pacote).

Aconselhamento contraceptivo e serviços

Se deve oferecer contracepção às mulheres que tomam Medabon®. As mulheres podem engravidar dentro de 10 dias do abortamento se elas não estão usando um método eficaz de contracepção.⁴⁰ Existem evidências que dão suporte ao uso de qualquer método contraceptivo moderno após um abortamento⁴¹ descomplicado⁴².

As mulheres podem começar a tomar os métodos hormonais, seja combinada (estrogênio e progesterona) ou só de progestógeno, no mesmo dia em que é administrado o misoprostol, quando geralmente ocorre a expulsão dos produtos da concepção.⁴³ Estes métodos incluem contraceptivos orais,⁴⁴⁻⁴⁶ métodos injetáveis, implantes, e o adesivo contraceptivo. Para mulheres que tomam o misoprostol em casa, elas podem iniciar quaisquer métodos hormonais no dia em que tomar misoprostol. Podem consultar um provedor para contracepção injetável ou implantes. O anel contraceptivo vaginal pode ser iniciado quando o sangramento diminuir após a expulsão do conteúdo uterino.

Preservativos, espermicidas, o capuz cervical, e o diafragma podem ser usados assim que as mulheres começarem a ter relações sexuais novamente.¹ Se uma mulher gostaria de ter um DIU ou solicita esterilização, estes procedimentos devem ser realizados após que uma avaliação que confirme que a mulher não está mais grávida e os produtos da concepção foram expulsos.

Planejamento familiar natural ou métodos de percepção da fertilidade não podem ser iniciados até que a mulher recupere seus ciclos regulares, e ela pode precisar usar um método de barreira - como um preservativo ou um diafragma até que isso aconteça.



4 Seguimento

É aconselhável que se marque uma visita de seguimento em torno de duas semanas (10-14 dias) após tomar o Medabon®. Durante esta visita, o clínico deverá confirmar que a mulher já não está mais grávida, que o sangramento corresponde ao esperado, provê de contraceção se a mulher o deseja e responda as possíveis dúvidas. A confirmação de não continuar a gravidez se faz pelo exame pélvico, a história de sangramento e outros sintomas, ou pelo ultrassom, se necessário.

Os seguintes cenários são os possíveis de serem encontrados na visita de seguimento:

Abortamento médico bem sucedido

A mulher relata que ela já não se sente grávida, tomou os medicamentos como foi intruída e teve sangramento e cólicas como esperado quando ocorreu o abortamento. Este é o resultado mais frequente.

Sangramento problemático

Sangramento problemático inclui uma variedade de formas de sangramento que podem ser cansativos e dificultar a vida da mulher, ou, em casos mais raros, ser uma emergência real. Nestes casos a gravidez não continua crescendo mas o sangramento da mulher não se reduz como o esperado. O exame pélvico mostra um útero pequeno, não grávido. Salvo situações específicas discutidas mais adiante, as opções de tratamento são: 1) esperar mais tempo para que cesse o sangramento; 2) Uma dose adicional de misoprostol que faça com que o útero se contraia, elimine qualquer tecido residual ou um saco vazio persistente, ou 3) evacuação cirúrgica.

Várias formas de sangramento problemático requerem de intervenções específicas

- Sangramento abundante persistente. A mulher pode ter sangramento de forma contínua, como durante uma menstruação abundante, desde que tomou o misoprostol. Se a mulher se sente fraca pelo sangramento se recomenda fazer aspiração uterina. Se ela está clinicamente estável e se sente bem, deve oferecer-se uma nova dose de misoprostol, sempre que a mulher possa e esteja disposta a retornar entre dois dias e uma semana depois, dependendo da duração e quantidade de sangramento, com o fim de avaliar se o sangramento está diminuindo.⁴⁵ Apesar de que a administração de uma segunda dose de misoprostol é uma prática comum, com o fim de estimular a contração uterina e a expulsão de tecido residual, seu uso tem sido estudado

para a expulsão de um saco persistente ou um embrião retido.⁴⁷ A administração de uma segunda dose de misoprostol para aliviar um sangramento problemático não tem sido objeto de estudo até agora.

- Sangramento errático. Algumas mulheres têm alguns dias com muito pouco ou nenhum sangramento ou manchado, mas erraticamente apresentam sangramento abundante e fresco. Caso a mulher apresente sintomas de anemia, está indicado realizar aspiração uterina.
- Hemorragia. Uma hemorragia que causa instabilidade hemodinâmica é uma emergência que deve ser tratada com a evacuação imediata para esvaziamento do útero. Caso a hemorragia tenha sido grave, deve-se considerar a necessidade de administrar transfusão de sangue ou soluções que reponham o volume.

Continuação da gravidez

A mulher relata continuação dos sintomas de gravidez e o tamanho uterino está aumentado em relação ao exame anterior. Nesse caso se recomenda o esvaziamento uterino instrumental.

Possibilidade de defeitos congênitos, caso continue a gestação.

As evidências sobre defeitos congênitos associados a mifepristone ou misoprostol são inconclusivos. Sobre uma estimativa de dois milhões de procedimentos realizados entre 1987 e 2008 nos países em que o Laboratorio Exelgyn está autorizado a comercializar produtos com mifepristone - Mifegyne® - tem se relatado 26 malformações em casos em que o tratamento falhou e/ou a mulher mudou sua decisão após tomar mifepristone e antes de usar misoprostol.⁴⁸ Seis casos correspondem ao uso só de mifepristona e 20 ao uso combinado de mifepristona + prostaglandina. Segundo os autores, nenhum caso pode ser conclusivamente associado ao tratamento.

As mulheres que decidem levar sua gravidez a termo devem ser orientadas sobre essa possibilidade de defeito congênito e estimuladas a procurar seguimento clínico durante a gestação.

Referências

- 1 World Health Organization (WHO). *Frequently Asked Questions about Medical Abortion: Conclusions of an International Consensus Conference on Medical Abortion in Early First Trimester, Bellagio, Italy*. Geneva: WHO; 2006. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/medical_abortion/.
- 2 Creinin M. Medical abortion regimens: historical context and overview. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2000;(2Suppl):S3–S9.
- 3 Foster A. *Medication Abortion: A Guide for Health Professionals*. Cambridge: Ibis Reproductive Health; 2005. Available at: www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_abortion_A_guide_for_health_professionals_English.pdf.
- 4 Tang OS, Chan C, Ng E, Lee S, Ho P. 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*. 2003;18(11):2315–2318.
- 5 Raghavan S, Comendant R, Digol I, et al. Two-pill regimens of misoprostol after mifepristone medical abortion through 63 days' gestational age: a randomized controlled trial of sublingual and oral misoprostol. *Contraception*. 2009; 79(2):84–90.
- 6 Hamoda H, Ashok PW, Dow J, Flett GM, Templeton A. A pilot study of mifepristone in combination with sublingual or vaginal misoprostol for medical termination of pregnancy up to 63 days gestation. *Contraception*. 2003;68(5):335–338.
- 7 von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, et al. Two mifepristone doses and two intervals of misoprostol administration for termination of early pregnancy: a randomized factorial controlled equivalence trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2009;116(3):381–389.
- 8 Winikoff B, Dzuba IG, Creinin MD, et al. Two distinct oral routes of misoprostol in mifepristone medical abortion: a randomized controlled trial. *Obstetrics & Gynecology*. 2008;112(6):1303–1310.
- 9 Fjerstad M, Sivin I, Lichtenberg ES, Trussel J, Cleland K, Cullins V. Effectiveness of medical abortion with mifepristone and buccal misoprostol through 59 gestational days. *Contraception*. In press.
- 10 Middleton T, Schaff E, Fielding S, et al. Randomized trial of mifepristone and buccal or vaginal misoprostol for abortion through 56 days of last menstrual period. *Contraception*. 2005;72(5):328–332.
- 11 Ashok PW, Templeton A, Wagaarachchi PT, Flett GM. Factors affecting the outcome of early medical abortion: a review of 4132 consecutive cases. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2002;109(11):1281–1289.
- 12 Spitz IM, Bardin CW, Benton L, Robbins A. Early pregnancy termination with mifepristone and misoprostol in the United States. *New England Journal of Medicine*. 1998;338(18):1241–1247.
- 13 Virk J, Zhang J, Olsen J. Medical abortion and the risk of subsequent adverse pregnancy outcomes. *New England Journal of Medicine*. 2007;357:648–653.
- 14 Cable EE, Pepe JA, Donohue SE, Lambrecht RW, Bonkovsky HL. 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*. 1994;225(2):651–657.
- 15 Sitruk-Ware R. Mifepristone and misoprostol sequential regimen side effects, complications and safety. *Contraception*. 2006;74(1):48–55.
- 16 Davey A. Mifepristone and prostaglandin for termination of pregnancy: contraindications for use, reasons and rationale. *Contraception*. 2006;74(1):16–20.
- 17 Hayes JL, Achilles S, Reeves MF, Creinin MD. Outcomes of medical abortion through 63 days in women with twin gestations. *Contraception*. 2008;78(2):168–169.
- 18 Strafford M, Mottl-Santiago J, Savla A, Soodoo N, Borgatta L. Relationship of obesity to outcome of medical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(5): e34–36.
- 19 Vogel D, Burkhardt T, Rentsch K, et al. Misoprostol versus methyletergometrine: pharmacokinetics in human milk. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2004;191(6): 2168–2173.
- 20 Fiala C, Fux M, Gemzell-Danielsson K. Rh-prophylaxis in early abortion. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2003;82(10):892–903.
- 21 World Health Organization (WHO). *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. Geneva: WHO; 2003. Available at: www.who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/.

- 22 Creinin, MD. Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion. *Contraception*. 2000;62(3):117–124.
- 23 Winikoff B, Irving S, Kurus J, et al. Safety, efficacy, and acceptability of medical abortion in China, Cuba, and India: a comparative trial of mifepristone-misoprostol versus surgical abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1997;176(2):431–437.
- 24 Tang OS, Miao BY, Lee SW, Ho PC. 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*. 2002;17(3):654–658.
- 25 Henshaw RC, Naji SA, Russell IT, Templeton AA. Comparison of medical abortion with surgical vacuum aspiration: women's preferences and acceptability of treatment. *British Medical Journal*. 1993;307(6906):714–717.
- 26 Slade P, Heke S, Fletcher J, Stewart P. A comparison of medical and surgical termination of pregnancy: choice, emotional impact and satisfaction with care. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1998;105(12):1288–1295.
- 27 Hakim-Elahi E, Towell HM, Burnhill MS. Complications of first trimester abortion: a report of 170,000 cases. *Obstetrics & Gynecology*. 1990;76(1):129–135.
- 28 Seeber B, Barnhart K. Suspected ectopic pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*. 2006;107:399–413.
- 29 Rossing M, Daling J, Voigt L, Stergachis A, Weiss N. Current use of an intrauterine device and risk of tubal pregnancy. *Epidemiology*. 1993;4(3):252–258.
- 30 Pisarka M, Carson S, Buster J. Ectopic pregnancy. *The Lancet*. 1998;351:1115.
- 31 El-Refaey H, Templeton A. Early induction of abortion by a combination of oral mifepristone and misoprostol administered by the vaginal route. *Contraception*. 1994;49(2):111–114.
- 32 Tsai CS, Shepherd BE, Vermund SH. Does douching increase risk for sexually transmitted infections? A prospective study in high-risk adolescents. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 2009;200(1):38.e1–8.
- 33 World Health Organization Task Force on Post-ovulatory Methods for Fertility Regulation. Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 2000;107(4):524–530.
- 34 Davis A, Westhoff C, De Nonno L. Bleeding patterns after early abortion with mifepristone and misoprostol or manual vacuum aspiration. *Journal of the American Medical Women's Association*. 2000;55(3Suppl):141–144.
- 35 Ashok PW, Penney GC, Flett GM, Templeton A. An effective regimen for early medical abortion: a report of 2000 consecutive cases. *Human Reproduction*. 1998;13(10):2962–2965.
- 36 Hausknecht R. Mifepristone and misoprostol for early medical abortion: 18 months experience in the United States. *Contraception*. 2003;67(6):463–465.
- 37 Schaff E, Stadalius L, Eisinger S, Franks P. Vaginal misoprostol administered at home after mifepristone (RU486) for abortion. *Journal of Family Practice*. 1997;44(4):353–361.
- 38 Livshits A, Machtinger R, David LB, Spira M, Moshe-Zahav A, Seidman DS. Ibuprofen and paracetamol for pain relief during medical abortion: a double-blind randomized controlled study. *Fertility and Sterility*. 2009;91(5):1877–1880.
- 39 Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. *Contraception*. 2004;70(3):183–190.
- 40 Boyd EF Jr, Holmstrom EG. Ovulation following therapeutic abortion. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 1972;113(4):469–473.
- 41 Mittal S. Contraception after medical abortion. *Contraception*. 2006;74(1):56–60.
- 42 World Health Organization (WHO). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Third edition. Geneva: WHO; 2004.
- 43 Martin CW, Brown AH, Baird DT. A pilot study of the effect of methotrexate or combined oral contraceptive on bleeding patterns after induction of abortion with mifepristone and a prostaglandin pessary. *Contraception* 1998;58(2):99–103.
- 44 Tang OS, Gao PP, Cheng L, Lee SW, Ho PC. 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*. 1999;14(3):722–725.
- 45 Tang OS, Xu J, Cheng L, Lee SW, Ho PC. 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*. 2002;17(1):99–102.
- 46 Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The Care of Women Requesting Induced Abortion: Evidence-based Clinical Guideline Number 7*. London: RCOG Press; 2004.
- 47 Reeves M, Kudva A, Creinin M. Medical abortion outcomes after a second dose of misoprostol for persistent gestational sac. *Contraception*. 2008;78(4):332–335.
- 48 Exelgyn. *Mifepristone - Investigators Brochure*. Paris, France: Exelgyn S.A.; 2008.

Pesquisas relacionadas

Castleman L, Winikoff B, Blumenthal P. Providing abortion in low-resource settings. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Creinin MD and Gemzell Danielsson K. Medical abortion in early pregnancy. In: Paul M, Lichtenberg S, Borgatta L, Grimes D, Stubblefield P, Creinin M, eds. *Management of Unintended and Abnormal Pregnancy: Comprehensive Abortion Care*. Wiley-Blackwell; 2009.

Gynuity Health Projects and Reproductive Health Technologies Project (RHTP). Frequently asked questions about fatal infection and mifepristone medical abortion: technical version [fact sheet]. New York: Gynuity Health Projects and RHTP; 2006. Available at: www.gynuity.org/resources/info/faqs-on-fatal-infection-and-medical-abortion-technical-version/. Also available in Spanish and Turkish.

Hyman AG, Castleman LD. *Woman-centered abortion care: Reference manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Available at: www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Reference_manual.aspx. Also available in French, Portuguese, and Spanish.

Hyman AG, McNerny T, Turner K. *Woman-centered abortion care: Trainer's manual*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2005. Available at: www.ipas.org/Publications/Woman-centered_abortion_care_Trainers_manual.aspx. Also available in French, Portuguese, and Spanish.

Ibis Reproductive Health. *Medication Abortion: A Training Module for Health Professionals*. Cambridge, MA: Ibis Reproductive Health; 2003. Available at: www.ibisreproductivehealth.org/downloads/Medication_Abortion_Training_Module.ppt. Also available in Arabic.

International Consortium for Medical Abortion (ICMA). *The ICMA Information Package on Medical Abortion: Information for Health Care Providers*. Available at: www.medicalabortionconsortium.org/articles/for-health-care-providers/. Also available in Arabic, French, Hindi, Portuguese, Romanian, Russian, and Spanish.

Ipas. Best practices in medical abortion: starting contraception after first-trimester abortion [fact sheet]. Chapel Hill, NC: Ipas; 2007. Available at: www.ipas.org/Publications/asset_upload_file685_2890.pdf. Also available in German, Russian, and Spanish.

McInerny T, Baird TL, Hyman AG, Huber AB. *A Guide to Providing Abortion Care*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2001. Available at: www.ipas.org/Publications/asset_upload_file207_2447.pdf. Also available in Romanian and Russian.

Paul M, Stewart FH, Weitz TA, Wilcox N, Tracey JM. *Early Abortion Training Workbook*. San Francisco, CA: University of California, San Francisco Center for Reproductive Health Research & Policy; 2003. Available at: www.teachtraining.org/Workbook.html.

Philip NM, Shannon C, Winikoff B, eds. *Misoprostol and Teratogenicity: Reviewing the Evidence*. New York: Gynuity Health Projects and Population Council; 2003. Available at: www.gynuityorg/resources/info/misoprostol-and-teratogenicity-reviewing-the-evidence/. Also available in Spanish.

Talluri-Rao S, Baird TL. *Information and Training Guide for Medication-Abortion Counseling*. Chapel Hill, NC: Ipas; 2003. Available at: www.ipas.org/Publications/asset_upload_file24_2449.pdf. Also available in Portuguese and Russian.