

Notas:

- Uma dose de ataque de misoprostol não tem nenhum benefício clínico.
- A administração vaginal de misoprostol não é recomendada se há sangue ou outro fluido na vagina.
- Começar a tomar misoprostol menos de 24 horas após tomar mifepristone pode resultar em um tempo global mais curto desde a administração de mifepristone até a expulsão do feto, porém pode demorar um tempo mais longo entre a primeira dose de misoprostol e a expulsão do feto. O intervalo entre o mifepristone e o misoprostol pode ser selecionado de acordo com a preferência e conveniência da mulher, do provedor ou do serviço de saúde. Pode se oferecer à mulher tomar mifepristone em casa e voltar para tomar misoprostol.
- Se a placenta não for expelida 30 minutos após a expulsão do feto, uma dose adicional de misoprostol deve ser ministrada. Se a expulsão da placenta não for completada em 3 horas após a dose adicional de misoprostol, as intervenções padrão para evacuação uterina serão apropriadas (Ver Green, 2007 para maiores informações sobre como manejar a expulsão da placenta).
- A mulher pode começar a tomar analgésico no mesmo momento em que começar a tomar misoprostol. Especificamente, AINEs não interferem no mecanismo de ação do misoprostol.
- Para mais informações sobre a interrupção da gravidez entre 12 e 24 semanas após a DUM, por favor consulte: OMS /RHR. Abortamento seguro: orientação técnica e políticas para sistemas de saúde (2ª edição), 2012 Este documento pode ser acessado em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf?ua=1

CITAÇÃO SUGERIDA

Instruções de uso: Mifepristone mais Misoprostol ou Somente Misoprostol para Indução de Aborto em Gravidezes de 12 - 24 semanas (Data da Última Menstruação). Gynuity Health Projects, Fevereiro 2014.

Para maiores informações, acessar www.gynuity.org

Este documento será periodicamente revisado e atualizado com informação atualizada e desenvolvimento de pesquisas.

© 2014 Gynuity Health Projects.



Fevereiro 2014

INSTRUÇÕES PARA USO

MIFEPRISTONE MAIS MISOPROSTOL OU SOMENTE MISOPROSTOL PARA INDUÇÃO DE ABORTO EM GRAVIDEZES DE 12- 24 SEMANAS (DATA DA ÚLTIMA MENSTRUÇÃO)

ANTECEDENTES

Mifepristona (um antiprogesterogênio) e misoprostol (uma prostaglandina) são frequentemente usados juntos para a interrupção da gravidez. O mifepristone torna o colo uterino mais maleável e facilita as contrações uterinas enquanto o misoprostol induz as contrações uterinas. Ambos são comercializados sob vários nomes e estão disponíveis individualmente ou juntos. O misoprostol é usado isoladamente para a interrupção da gravidez onde a mifepristona não está disponível.

INDICAÇÃO E USO

As seguintes informações se aplicam ao uso de mifepristone e misoprostol, ou apenas misoprostol, para a interrupção da gravidez (com feto vivo*) com idade gestacional estimada entre 12 e 24 semanas desde a data da última menstruação (DUM). Usando essas drogas quase todas as mulheres têm abortos bem sucedidos. Mifepristone com misoprostol resulta em um tempo médio de expulsão fetal de menos de 10 horas. Usando só o misoprostol leva mais tempo, com uma média de expulsão fetal de aproximadamente 16 horas.

CONTRA-INDICAÇÕES

História de alergia a mifepristone ou misoprostol.

* Para maiores informações sobre feto morto, por favor, veja Instruções para Uso: Mifepristone mais Misoprostol ou Somente Misoprostol para o Tratamento de Morte fetal Intrauterina 12-24 Semanas (Data da Última Menstruação)

PRECAUÇÕES

- Cesárea prévia e/ou idade gestacional avançada não devem ser contraindicações para o uso. Com o avanço da gravidez, o útero se torna mais sensível ao misoprostol, portanto, quando as gestações além de 24 semanas e para mulheres com múltiplas cirurgias uterinas, a dose de misoprostol deve ser reduzida para 200 mcg. A ruptura uterina é um evento raro, mas pode ter consequências graves.
- Não há evidência de que a medicação usada para abortamento medicamentoso seja prejudicial para a criança que está sendo amamentada. Entretanto, a maioria das drogas presente no sangue da mulher entra no leite materno em quantidades muito pequenas, e algumas mulheres optam por descartar o leite materno durante poucas horas após tomarem os comprimidos.
- Quando se diagnostica placenta prévia total devem se considerar outros métodos alternativos de evacuação uterina.

EFEITOS COLATERAIS

A maioria das mulheres considera os efeitos colaterais suportáveis. Efeitos colaterais sérios são raros.

SANGRAMENTO

Não é comum que se observe sangramento após a administração de mifepristone, porém se ocorrer, é um sangramento leve.

O sangramento pode acontecer ao redor de 30 minutos após a primeira dose de misoprostol ou pode levar várias horas para iniciar. Sangramento abundante pode acontecer justo antes ou imediatamente após a passagem do feto. Apesar de ocorrer com menor frequência do que após o parto, a hemorragia deve ser tratada de forma similar ao sangramento excessivo pós-parto.

As mulheres devem ser instruídas a entrar em contato com seus provedores de saúde se algum dos seguintes fatos acontecerem: (1) Ensopar mais de dois absorventes higiênicos, tamanho grande, no período de uma hora, por mais de duas horas seguidas, (2) sangramento contínuo por várias semanas, com desmaios ou tonturas. O sangramento típico dura de 7 a 14 dias após o procedimento com manchas que podem continuar até o próximo período menstrual. A menstruação normalmente ocorre 4 a 6 semanas após a administração de misoprostol e pode haver ovulação fértil nesse período.

DOR

Dor uterina e cólicas são características típicas do abortamento medicamentoso. Dor pode aparecer logo

aos 30 minutos após a primeira dose de misoprostol ou pode levar várias horas para ocorrer. A dor pode ser de moderada a severa dependendo da duração do processo e da intensidade das contrações. A duração do processo tende a ser mais longa em gravidezes mais avançadas. Deve se oferecer analgesia a todas as mulheres e pode se incluir anti-inflamatórias não esteróides (AINEs), narcóticos e/ou anestesia local. Essas medicações podem ser iniciadas no momento da administração do misoprostol. Uma combinação de procedimentos pode ser apropriada para assegurar o conforto da mulher. A dor cessará após completar-se o abortamento.

CALAFRIOS E/OU FEBRE

Calafrios são efeitos comuns mas transitórios do misoprostol. Febre é menos comum, também transitória, e não é necessariamente indicador de infecção. Febre e calafrios que persistem além de 24 horas após a última dose de misoprostol podem indicar infecção e a mulher deve procurar por atenção médica. Não é necessário uso rotineiro de antibiótico como profilaxia.

NÁUSEA E VÔMITO

Náusea e vômito pode ocorrer e será resolvido entre 2 e 6 horas após tomar a última dose de misoprostol. Um anti-emético pode ser usado caso se julgue necessário.

DIARRÉIA

Diarréia pode também ocorrer depois da administração do misoprostol mas deve desaparecer dentro de poucas horas.

CONGESTÃO DAS MAMAS

Congestão das mamas pode ocorrer e pode permanecer por alguns dias ou uma semana. Analgésicos, compressas de gelo e compressão das mamas com um sutiã apertado ou outro mecanismo podem ser úteis.

DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO

O regime recomendado é mifepristone seguido de 12 a 48 horas mais tarde pelo misoprostol a cada 3 horas até a expulsão. (se o mifepristone não está disponível, misoprostol pode ser administrado a cada 3 horas até a expulsão)

DOSE MIFEPRISTONE: 200 mg oral.

DOSE MISOPROSTOL: 400 mcg (dois tabletes de 200 mcg) bucal (na bochecha), sublingual (em baixo da língua) ou vaginal.

No caso das vias sublingual e bucal, segure as pílulas na posição por aproximadamente 30 minutos, depois engula os fragmentos que restarem.

**LISTA DE REFERÊNCIAS PARA
“INSTRUÇÕES PARA USO:
MIFEPRISTONE MAIS MISOPROSTOL
OU SOMENTE MISOPROSTOL
PARA INDUÇÃO DE ABORTO EM
GRAVIDEZES DE 12-24 SEMANAS
(DATA DA ÚLTIMA MENSTRUACÃO)”**

American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists:second-trimester abortion. *Obstet Gynecol* 2013 (Practice Bulletin; no. 135);121(6):1394-406.

Brouns JFGM, van Wely M, Burger MPM, van Wijngaarden WJ. Comparison of two dose regimens of misoprostol for second-trimester pregnancy termination. *Contraception* 2010;82:266-75.

Cabrera Y, Fernandez-Guisasola J, Lobo P, Gamir S, Alvarez J. Comparison of sublingual versus vaginal misoprostol for second-trimester pregnancy termination: a meta-analysis. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2011;51:158-165.

Chaudhuri S, Banerjee PK, Mundle M, Mitra SN. A comparison of two regimens of misoprostol for second trimester medical termination of pregnancy: a randomized trial. *Trop Doct* 2010;40:144-8.

Ellis SC, Kapp N, Vragovoc O, Borgata L. Randomized trial of buccal versus vaginal misoprostol for induction of second trimester abortion. *Contraception* 2010;81:441-5.

Goh SE, Thong KJ. Induction of second trimester abortion (12-20 weeks) with mifepristone and misoprostol: a review of 386 consecutive cases. *Contraception* 2006;73(5):516-9.

Green J, Borgatta L, Sia M, Kapp N, Saia K, Carr-Ellis S, et al. Intervention rates for placental removal following induction abortion with misoprostol. *Contraception* 2007;76(4):310-3.

Grimes DA, Smith MS, Witham AD. Mifepristone and misoprostol versus dilation and evacuation for midtrimester abortion: a pilot randomised controlled trial. *Br J Obstet Gynaecol* 2004;111:148-53.

Ho PC, Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Gomez Ponce de Leon R, Mittal S, Tang OS. Misoprostol for the termination of pregnancy with a live fetus at 13 to 26 weeks. *Int J Gynecol Obstet* 2007;99:178-81.

Hou S, Chen Q, Zhang L, Fang A, Cheng L. Mifepristone combined with misoprostol versus intra-amniotic injection of ethacridine lactate for the termination of second trimester pregnancy: a prospective, open-label, randomized clinical trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010;151:149-53.

Kapp N, Borgatta L, Stubblefield P, Vragovic O, Moreno N. Mifepristone in second trimester medical abortion. *Obstet Gynecol* 2007;110(6):1304-10.

Lalitkumar S, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson KG. Mid-trimester induced abortion: a review. *Hum Reprod Update* 2007;13(1):37-52.

Mentula M, Suhonen S, Heikinheimo O. One- and two-day dosing intervals between mifepristone and misoprostol in second trimester medical termination of pregnancy—a randomized trial. *Hum Reprod* 2011;0(0):1-8.

Ngoc NTN, Shochet T, Raghavan S, Blum J, Nga NTB, Minh NTH, et al. Mifepristone and misoprostol compared with misoprostol alone for second-trimester abortion: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2011;118(3):601-8.

Pongsatha S, Tongsong T. Randomized controlled trial comparing efficacy between a vaginal misoprostol loading and non-loading dose regimen for second-trimester pregnancy termination. *J Obstet Gynaecol Res* 2013:1-6.

Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2013;121(6):1335-47.

Society of Family Planning. Clinical guidelines: Labor induction abortion in the second trimester. *Contraception* 2011;84:4-18.

Tanha FD, Gologachi T, Niroomand N. Sublingual versus vaginal misoprostol for second trimester termination: a randomized clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2013;287:65-9.

Tripti N, Namrata S. Misoprostol vs. mifepristone and misoprostol in second trimester termination of pregnancy. *J Obstet Gynecol India* 2011;61(6):659-62.

von Hertzen H, Piaggio G, Wojdyla D, Huong NTM, Marions L, Okoiev G, et al. Comparison of vaginal and sublingual misoprostol for second trimester abortion: a randomized controlled equivalence trial. *Hum Reprod* 2008:1-7.

© 2014 Gynuity Health Projects.



Fevereiro 2014