

Abortamento retido: Na situação quando o diagnóstico de abortamento retido é certo e/ ou o colo está firmemente fechado, o esquema recomendado é de uma dose única de **800 mcg de misoprostol por via vaginal**.

As mais altas taxas de sucesso são alcançadas com o seguimento prolongado (7 a 14 dias) para completar o processo de expulsão. A intervenção cirúrgica não é recomendada antes de 7 dias após a administração do tratamento, a menos que medicamente necessária.

Notas:

- Há também evidências de que uma dose repetida pode aumentar a eficácia.
- O misoprostol provavelmente também funciona bem quando colocado entre a bochecha e a gengiva (bucal).

CITAÇÃO SUGERIDA:

Declaração de Consenso: Instruções para uso – Misoprostol para tratamento de abortamento incompleto e espontâneo. Reunião de Espertos sobre Misoprostol, patrocinada pelo Reproductive Health Technologies Project e Gynuity Health Projects, 9 de junho de 2004. Nova York, NY.

Para uma lista de referências da literatura apoiando este documento ou para maiores informações, acesse a página www.gynuity.org ou www.rhpt.org

Este documento será periodicamente revisado e atualizado com informações atuais e desenvolvimentos de pesquisa.

© 2008 Gynuity Health Projects e Reproductive Health Technologies Project



Atualizado junho 2008

INSTRUÇÕES PARA USO

MISOPROSTOL PARA TRATAMENTO DE ABORTAMENTO INCOMPLETO E ESPONTÂNEO

ANTECEDENTES

Misoprostol é um análogo de prosta-glandina E1 comumente aprovado para uso na prevenção e tratamento de úlceras gástricas resultantes da administração crônica de drogas antiinflamatórias não esteróides (AINE). Como o misoprostol também induz contrações uterinas, é comumente utilizado, fora da indicação aprovada, para tratamento das falhas da gestação precoce, incluindo o abortamento incompleto ou retido. Estudos têm demonstrado que o misoprostol pode ser usado efetivamente e com segurança para essas indicações. Esta informação é apresentada como orientação aos provedores de saúde treinados.

INDICAÇÃO E USO

O misoprostol é indicado para tratamento de abortamento incompleto e espontâneo para mulheres que se apresentam com **tamanho do uterino menor do que ou igual a 12 semanas a partir da data da última menstruação**.

O uso de misoprostol para abortamento incompleto tem uma taxa de sucesso de 66-100% usando as doses recomendadas. O uso de misoprostol para abortamento retido tem uma taxa de sucesso de 60-93% usando a dose recomendada.

CONTRA-INDICAÇÕES

- História de alergia ao misoprostol ou a outra prostaglandina
- Suspeita de gravidez ectópica
- Suspeita de gravidez ectópica
- Sintomas de instabilidade hemo-dinâmica ou choque

PRECAUÇÕES

- Mulheres elegíveis para receber misoprostol, mas com DIU inserido, devem ter o DIU removido antes da administração da droga.
- Aconselha-se prudência quando tratando de mulheres com um problema de sangramento conhecido ou atualmente tomando anticoagulantes.
- O misoprostol pode ser usado com precaução em pacientes com tamanho uterino maior do que 12 semanas a partir da data da última menstruação, mas com idade gestacional conhecida menor ou igual a 12 semanas (por exemplo, aumento do útero devido a mioma).
- Pequenas quantidades de misoprostol ou de seu metabolito ativo podem aparecer no leite materno. Não se conhecem conseqüências disso e nenhum efeito adverso sobre o bebê amamentado tem sido relatado.

EFEITOS E EFEITOS COLATERAIS

Efeitos e efeitos colaterais prolongados ou graves são raros.

SANGRAMENTO

Após a administração do misoprostol, o sangramento tipicamente perdura por duas semanas, com dias adicionais de manchas que podem ir até a próxima menstruação.

A mulher deve ser instruída a contactar um provedor de saúde se algo do seguinte acontecer: (1) se ela encharcar mais que dois absorventes higiênicos extra grandes por hora,

por mais do que duas horas consecutivas, (2) se ela repentinamente começar a ter um grande sangramento, após o sangramento ter diminuído ou parado por vários dias após ter tomado misoprostol, (3) se ela estiver sangrando continuamente por várias semanas e começa a sentir tontura ou perda de equilíbrio.

CÓLICAS

As cólicas normalmente começam dentro das primeiras horas e podem iniciar tão cedo como em 30 minutos após a administração do misoprostol. A dor pode ser mais forte do que a vivenciada durante uma menstruação regular. As drogas anti-inflamatórias não esteróides (AINE) ou outros analgésicos podem ser usados para alívio da dor sem afetar o sucesso do método.

FEBRE E/OU CALAFRIOS

Calafrios são efeitos colaterais comuns, mas são transitórios. Febre é menos comum e não necessariamente indica infecção. Um antitérmico pode ser usado para aliviar a febre, se necessário. Se febre ou calafrios persistirem além de 24 horas após tomar o misoprostol, a mulher pode ter uma infecção e deve procurar atenção médica.

NÁUSEA E VÔMITO

Náusea e vômito podem ocorrer, mas passarão dentro de 2 a 6 horas após tomar o misoprostol. Um anti-êmtico pode ser usado se necessário.

DIARRÉIA

Diarréia pode também ocorrer após a administração do misoprostol, mas deve parar dentro de um dia.

DOSAGEM E ADMINISTRAÇÃO

Abortamento incompleto: O esquema recomendado para tratamento de abortamento incompleto com misoprostol é o de uma dose única de **600 mcg de misoprostol por via oral OU uma dose única de 400 mcg de misoprostol por via sublingual (sob a língua).**

**BIBLIOGRAFIA PARA
“INSTRUÇÕES PARA USO:
MISOPROSTOL PARA TRATAMENTO
DE ABORTAMENTO INCOMPLETO E
ESPONTÂNEO”**

Bagratee JS, Khullar V, Regan L, Moodley J, Kagoro H. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.

Bique C, M. Ustá, B. Debora, E. Chong, E. Westheimer and B. Winikoff. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-6.

Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, Sirimai K, Svirirojana N, Mavimbela N, Winikoff B. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics and Gynecology* 2004; 103: 860-865.

Chung TK, Cheung LP, Leung TY, Haines CJ, Chang AM. Misoprostol in the management of spontaneous abortion. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995 Oct; 102(10):832-5.

Chung TK, Lee DT, Cheung LP, Haines CJ, Chang AM. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility and Sterility* 1999 Jun; 71(6):1054-9.

Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics and Gynecology* 1997; 89: 768-772.

Dao B, Blum J, Thieba B, Raghavan S, Ouedraogo M, Lankoande J, Winikoff B. Is misoprostol a safe, effective and acceptable alternative to manual vacuum aspiration for postabortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov; 114(11):1368-75.

Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, Naftalin AA. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001 Feb; 16(2):365-9.

Diop A, Raghavan S, Rakotovo JP, Comendant R, Blumenthal PD, Winikoff B. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 79 (2009) 456-462.

Gronlund L, Gronlund AL, Clevin L, Anderson B, Palmgren N, Lidegaard A. Spontaneous abortion: Expectant management, medical treatment or surgical evacuation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2002; Aug 81 (8) 781-2.

Henshaw RC, Cooper K, El-Refaey H, Smith NC, Templeton AA. Medical management of miscarriage: Non-surgical uterine evacuation of incomplete and inevitable spontaneous abortion. *British Medical Journal* 1993; 306: 894-5.

Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 1997; 56: 263-6.

de Jonge ET, Makin JD, Manefeldt E, De Wet GH, Pattinson RC. Randomised clinical trial of medical evacuation and surgical curettage for incomplete miscarriage. *British Medical Journal* 1995 Sep 9; 311(7006):662.

Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: a randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2002 Aug;187(2):321-5; discussion 325-6.

Ngai SW, Chan YM, Tang OS, Ho PC. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001 July;16(7):1493-6.

Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, Quan TTV, Winikoff B. Medical management of incomplete abortion using 600 versus 1200 mcg of misoprostol. *Contraception* 72 (2005) 438-442.

Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, Quan TTV, Winikoff B. Medical termination of missed abortion using misoprostol in Vietnam. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 2004 Nov; 87 (2): 138-42.

Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2001 Feb;108(2):213-4.

Pang MW, Lee TS, Chung TK. Incomplete miscarriage: A randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001 Nov;16(11): 2283-7.

Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, Mashaka N, Westheimer E, Clark W, Winikoff B. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2007 Nov.

Zang OS, Lau WN, Ng EH, Lee SW, Ho PC. A prospective randomized study to compare the use of repeated doses of vaginal and sublingual misoprostol in the management of first trimester silent miscarriages. *Human Reproduction* 2003; 18: 176-181.

Weeks A, Alia G, Blum J, Ekwaru P, Durocher J, Winikoff B, Mirembe F. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics and Gynecology* 2005 Sep;106(3):540-7.

Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: a randomized clinical trial. *Obstetrics and Gynecology* 2002; 99: 563-566.

Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, Creinin MD, Westhoff C, Frederick MM. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353:761-9.

© 2008 Organizado por Gynuity Health Projects