



português

MISOPROSTOL PARA
TRATAMENTO DE
ABORTAMENTO
INCOMPLETO:
UM GUIA INTRODUTÓRIO

MISOPROSTOL PARA TRATAMENTO DE ABORTAMENTO INCOMPLETO:

UM GUIA INTRODUTÓRIO

COLABORADORES:

JENNIFER BLUM, JILLIAN BYNUM, RASHA DABASH, AYISHA DIOP, JILL DUROCHER,
ILANA DZUBA, MELANIE PEÑA, SHEILA RAGHAVAN, BEVERLY WINIKOFF

EDITORES:

SHEILA RAGHAVAN E JILLIAN BYNUM

AGRADECIMENTOS:

AGRADECEMOS À FUNDAÇÃO WILLIAM E FLORA HEWLETT, À FUNDAÇÃO DAVID E LUCILE
PACKARD, AGÊNCIA SUECA DE COOPERAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO INTERNACIONAL,
CUJO FINANCIAMENTO APOIOU O NOSSO TRABALHO SOBRE O MISOPROSTOL PARA O
TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO E FEZ COM QUE O DESENVOLVIMENTO
DESTE GUIA FOSSE POSSÍVEL.



Tradução ao Português:
Rodolfo de Carvalho Pacagnella e José Guilherme Cecatti

Todo o conteúdo com direitos reservados Copyright © 2009 Gynuity Health Projects. Este material não pode ser reproduzido sem a permissão escrita dos autores. Para obter permissão para reproduzir este documento, entre em contato com Gynuity Health Projects em pubinfo@gynuity.org.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
Nova York, NY 10010 E.U.A.
tel: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
Website: www.gynuity.org
Informações: pubinfo@gynuity.org

CONTEÚDO

I.	Introdução	1
II.	Visão geral do misoprostol para abortamento incompleto	3
	• O que é o misoprostol e como funciona	
	• Formulação	
	• Eficácia no tratamento do aborto incompleto	
	• Segurança	
	• Aceitabilidade	
	• Comparação com outros métodos de tratamento	
	• Misoprostol é um tratamento novo e importante para o aborto incompleto	
III.	O tratamento do aborto incompleto com misoprostol	8
	• Quem pode receber misoprostol para o tratamento do aborto incompleto?	
	• Quem pode fornecer o misoprostol para o tratamento de aborto incompleto?	
	• Dose e horário	
	• Via de administração	
	• Segurança do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto	
IV.	Organização dos serviços, agendamento de consultas e manejo de complicações	14
	• Ultra-sonografia	
	• Experiência do profissional	
	• Calendário das consultas clínicas	
	• Cuidando dos efeitos colaterais e complicações	
	• Acompanhamento	
V.	Aconselhamento, informação e prestação de serviços	20
	• Escolhendo um método	
	• Estabelecimento de elegibilidade	
	• Preparando as mulheres para o que esperar	
	• Serviços de planejamento familiar e contracepção	
	• Serviços de saúde reprodutiva e outros	
	• Treinamento dos recursos humanos	
	• Parcerias entre a comunidade e os profissionais de saúde	
	• Instalações e materiais desejáveis (mas não obrigatórios)	

VI. Integração do misoprostol aos serviços de atenção pós-aborto existentes	28
VII. Aborto retido	30
VIII. O que se espera	32
IX. Apêndice	34
• Perguntas Frequentemente Feitas	
X. Referências	38

I. INTRODUÇÃO

O lançamento deste guia segue de perto a inclusão do misoprostol na Lista de Medicamentos Essenciais da Organização Mundial de Saúde em abril de 2009 para o tratamento do aborto e do aborto incompleto.¹ O Comitê de Especialistas para Seleção e Uso de Medicamentos Essenciais decidiu que o misoprostol é tão efetivo quanto a cirurgia e, talvez, mais seguro e mais barato em algumas circunstâncias. Este novo status marca uma mudança no papel do misoprostol, de uma tecnologia promissora para um medicamento estabelecido e reconhecido internacionalmente para o tratamento do aborto incompleto.

Aproximadamente uma em cada cinco gravidezes diagnosticadas evoluem para aborto espontâneo no primeiro trimestre² e 22% adicionais terminam em aborto induzido.³ Um aborto incompleto pode resultar tanto da indução quanto da perda espontânea da gravidez e ocorre quando os produtos de concepção não são completamente eliminados do útero.

O aborto incompleto está intimamente relacionado ao aborto inseguro em muitas partes do mundo. Em locais onde serviços que fazem aborto são restritos, as mulheres podem procurar interromper a gravidez com auxílio de pessoas sem qualificação, submeter-se à realização de procedimentos em ambientes sem os mínimos padrões médicos de qualidade, ou ambos.⁴ Algumas mulheres ainda podem recorrer à auto-indução. Estas condições aumentam a probabilidade de que as mulheres apresentem complicações de aborto e procurem tratamento para as situações de aborto incompleto.⁵ Tratamentos seguros e efetivos para o aborto incompleto é uma forma importante de reduzir a morbidade e mortalidade relacionadas ao aborto, particularmente em contextos onde o aborto legal é restrito.

O aborto incompleto pode ser tratado com conduta expectante, que permite a evacuação espontânea do útero, ou por meio de manejo ativo, utilizando métodos médicos ou cirúrgicos. A conduta expectante é preterida por muitos profissionais devido à sua eficácia relativamente baixa e pelo fato de que o intervalo de tempo para eliminação espontânea é imprevisível.⁶ O cuidado padrão para o manejo ativo varia de acordo com o contexto, mas tem sido tradicionalmente a cirurgia com anestesia local ou geral. Os métodos cirúrgicos são altamente efetivos para o tratamento do aborto incompleto. No entanto, estes tratamentos requerem profissionais treinados, equipamentos especiais, condições estéreis e freqüentemente anestesia, condições que são limitadas em muitos contextos.⁶

Métodos clínicos para o tratamento do aborto incompleto exigem poucos recursos e podem ser administrados por profissionais com menores níveis de especialização.⁷ Essas tecnologias podem aumentar o acesso aos serviços para as mulheres que vivem longe de instituições que ofereçam cuidados cirúrgicos. O misoprostol é a forma de manejo clínico mais comum e a mais estudada e oferece uma alternativa de tratamento altamente efetiva para mulheres que desejam evitar a cirurgia invasiva e anestesia.⁸ Em ambientes com poucos recursos e acesso limitado aos métodos cirúrgicos, como unidades de atendimento primário e secundário, o misoprostol permite que a grande maioria dos casos seja tratada sem a necessidade de encaminhamento para instituições de nível superior.⁸ Além disso, o misoprostol é amplamente disponível, fácil de administrar, estável à temperatura ambiente, acessível e barato na maioria dos países. O misoprostol oferece às mulheres e profissionais uma opção segura, efetiva e não-invasiva para tratamento do aborto incompleto, o que é particularmente útil em locais onde a disponibilidade de recursos materiais é limitada e profissionais capacitados são poucos. Em contextos onde serviços de atenção especial pós-aborto (APA) foram introduzidos para lidar com situações de morbidade e mortalidade associadas ao aborto inseguro, o misoprostol pode ser facilmente integrado aos serviços já existentes.

INFORMAÇÕES SOBRE ESTE GUIA

Este guia foi criado para os prestadores de serviços e gestores que estejam interessados em aprender sobre o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, tanto resultante de aborto espontâneo quanto induzido. O objetivo deste guia é sintetizar a literatura disponível para construir diretrizes clínicas adequadas, efetivas e seguras para o uso do misoprostol no tratamento do aborto incompleto. O Capítulo II enfoca a eficácia, segurança e aceitabilidade do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, enquanto os Capítulos III a V discutem a quem o método pode ser oferecido, esquemas recomendados, a programação de consultas clínicas, o manejo dos efeitos colaterais, o aconselhamento e a prestação de serviços. O Capítulo VI aborda o modo como o misoprostol pode ser integrado em serviços já existentes de atenção pós-aborto e o Capítulo VII fornece uma breve informação sobre o aborto retido.

II. VISÃO GERAL DO MISOPROSTOL PARA ABORTAMENTO INCOMPLETO

A. O QUE É O MISOPROSTOL E COMO FUNCIONA

O misoprostol (com vários nomes comerciais, sendo o mais comum Cytotec®) é registrado em mais de 80 países, principalmente para a prevenção de úlceras gástricas secundárias ao uso prolongado de anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs). O misoprostol é um análogo da prostaglandina E1 que, como as prostaglandinas naturais, afeta mais de um tipo de tecido, incluindo o revestimento do estômago e a musculatura lisa do útero e do colo do útero.^{6,9,10} Durante as últimas duas décadas, os estudos sobre o uso do misoprostol em saúde reprodutiva se intensificaram devido à alta efetividade em suas propriedades como uterotônico e de amadurecimento cervical.^{6,10} Atualmente, o misoprostol é um tratamento aceito e amplamente utilizado para o amadurecimento cervical, indução de aborto no primeiro e segundo trimestres, prevenção e tratamento da hemorragia pós-parto, e para o aborto incompleto. No entanto, poucos produtos com misoprostol foram registrados para uso em saúde reprodutiva.

B. FORMULAÇÃO

O misoprostol é mais comumente fabricado como um comprimido de 200 mcg para administração oral, apesar de também existirem comprimidos de 100 mcg em alguns países.¹⁰ Formulações vaginais também estão disponíveis em alguns locais, principalmente como comprimido vaginal de 25 mcg, mas também pode ser encontrado em doses maiores. O misoprostol tem várias importantes vantagens sobre outros agentes uterotônicos. Por exemplo, é estável à temperatura ambiente¹¹, enquanto outros medicamentos exigem refrigeração ou congelamento. Alguns outros produtos somente podem ser administrados por injeção.⁹ O misoprostol é mais barato e mais amplamente disponível que outros tratamentos.¹¹ Com os novos produtos à base de misoprostol e medicamentos genéricos aparecendo no mercado a cada ano, espera-se que seu preço possa diminuir à medida que sua disponibilidade aumenta.

C. EFICÁCIA NO TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO

O misoprostol é efetivo para o esvaziamento do útero, devido à sua capacidade de induzir as contrações uterinas e de amolecer o colo uterino. O uso do misoprostol para tratamento de abortamento incompleto foi bem documentado em mulheres

que apresentam tamanho uterino igual ou inferior a uma gravidez de 12 semanas de idade contadas a partir da data da última menstruação (DUM).¹² O uso bem sucedido do misoprostol significa evacuação completa do útero, sem recorrer à intervenção cirúrgica. Raramente, o esvaziamento cirúrgico complementar pode ser necessário em situações de retenção de restos, sangramento intenso, ou mesmo a pedido da mulher. As taxas de eficácia encontradas na literatura são inconsistentes devido às diferenças de esquemas posológicos, tempo para determinação do sucesso do esvaziamento uterino e de critérios de inclusão e exclusão. No entanto, estudos recentes têm tentado padronizar essas variáveis e alcançaram alta eficácia. Em geral, nos estudos que envolveram mais de 100 mulheres e utilizaram misoprostol, em pelo menos um grupo de tratamento (600 mcg por via oral ou 400 mcg de misoprostol sublingual), com pelo menos 7 dias antes do acompanhamento, a eficácia média do misoprostol foi de 95% (ver Tabela 1), com taxas de sucesso chegando a 99%.¹³

Tabela 1: Misoprostol e Aspiração Manual a Vácuo (AMV) para o tratamento do aborto incompleto

Ano	Autor	N	Tratamento	Tempo até o sucesso	Sucesso
2009	Diop A, et al. ¹⁴	150; 150	600 mcg de misoprostol oral; 400 mcg de misoprostol sublingual	Dias 7 e 14	94,6%; 94,5%
2007	Bique C, et al. ¹⁵	123	600 mcg de misoprostol oral; AMV	Dias 7 e 14	91%; 100%
2007	Dao B, et al. ¹⁶	227	600 mcg de misoprostol oral; AMV	Dias 7 e 14	94,5%; 99,1%
2007	Shwekerela B, et al. ¹³	150	600 mcg de misoprostol oral; AMV	Dias 7 e 14	99%; 100%
2005	Ngoc NTN, et al. ¹⁷	150; 150	600 oral única ou dose dupla*	Dia 7	95,3%; 93,8%
2005	Weeks A, et al. ¹⁸	160	600 mcg de misoprostol oral; AMV	Dias 7 a 14	96,3%; 91,5%

* 150 mulheres receberam uma dose adicional de 600 mcg de misoprostol oral na 4ª horas (Ngoc NTN, et al.)

D. SEGURANÇA

O misoprostol foi usado por milhões de homens e mulheres em todo o mundo desde a sua aprovação em 1988 para a prevenção de úlceras gástricas associadas ao uso crônico de AINEs. De forma importante, o misoprostol tem sido usado com segurança para aborto incompleto em muitos países. O misoprostol não tem sido associado a efeitos sobre a saúde das mulheres a longo prazo, e os efeitos colaterais graves ou prolongados são virtualmente inexistentes.

E. ACEITABILIDADE

As mulheres e os profissionais de saúde consideram o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto altamente aceitável. Muitas mulheres relatam que iriam escolher o misoprostol novamente se tivessem a necessidade de tratamento para o aborto incompleto no futuro. Pesquisas feitas em diversos países em locais de poucos recursos indicaram que mais de 90% das mulheres estavam “muito satisfeitas” ou “satisfeitas” com o tratamento com o misoprostol.^{13, 16, 17, 18}

F. COMPARAÇÃO COM OUTROS MÉTODOS DE TRATAMENTO

O aborto incompleto pode ser tratado com conduta expectante, clínica ou cirúrgica. A conduta expectante permite que o útero elimine os produtos da concepção espontaneamente, sem a intervenção do profissional de saúde. Geralmente, a conduta expectante resulta em menores taxas de sucesso comparativamente à conduta ativa (clínica ou cirúrgica).¹⁹ Procedimentos de evacuação cirúrgica incluem a dilatação e curetagem (D&C), aspiração elétrica a vácuo (AEV), e aspiração manual a vácuo (AMV). Estes métodos alcançam uma elevada taxa de sucesso (91,5-100%), mas carregam um pequeno risco de complicações graves, incluindo a infecção, laceração cervical e perfuração uterina. O mais importante é que em muitos locais o tratamento cirúrgico pode não ser viável. O misoprostol fornece uma opção de tratamento efetiva, segura e aceitável para as mulheres que não têm acesso ao tratamento cirúrgico ou que desejam evitar procedimentos invasivos. Taxas de infecção ginecológica após a conduta expectante e manejo clínico ou cirúrgico do abortamento incompleto são baixas (2-3%) e não diferem em relação ao método de tratamento.²⁰ Além disso, a experiência tem demonstrado que as mulheres acham que o misoprostol é tão aceitável quanto a AMV. De fato, em alguns estudos mais mulheres relataram estarem “muito satisfeitas” com o tratamento com misoprostol do que com o tratamento com AMV.^{13,16,18} Consulte a Tabela 2 para uma comparação entre os métodos de manejo do aborto incompleto.

Tabela 2: Comparação entre o manejo expectante, clínico e cirúrgico do abortamento incompleto

	Quem pode oferecer o tratamento?	O que é necessário para oferecer o tratamento?	Quais são os riscos?
Expectante	Profissionais qualificados e de nível médio	Capacidade de diagnosticar o problema	Fracasso; necessidade de complementação clínica ou cirúrgica
Clínico	Profissionais qualificados e de nível médio	Capacidade de diagnosticar o problema e suprimento de drogas	Fracasso; necessidade de complementação cirúrgica; efeitos colaterais
Cirúrgico	Profissionais qualificados	Todos acima mais equipamentos esterilizados, material cirúrgico e uma sala especial	Laceração cervical, perfuração uterina, falha infreqüente

G. MISOPROSTOL É UM TRATAMENTO NOVO E IMPORTANTE PARA O ABORTO INCOMPLETO

Em países onde o aborto legal é restrito, o modelo APA fornece uma estrutura para atendimento de mulheres vítimas de complicações decorrentes de abortos inseguros (ver página 7). O tratamento do aborto incompleto é um componente essencial dos serviços de APA e o misoprostol pode servir como uma opção de tratamento efetiva. O tratamento com misoprostol pode ser facilmente integrado aos serviços APA existentes através de um treinamento básico aos profissionais. De maneira importante, o misoprostol é uma opção de tratamento segura e efetiva para a APA onde não existem outras opções de tratamento, ou onde há poucos profissionais qualificados.

Elementos essenciais da atenção pós-aborto, onde os serviços de aborto são restritos²¹

1. Parceria entre comunidade e prestador de serviços
 - Prevenção da gravidez indesejada e do aborto inseguro
 - Mobilização de recursos para ajudar as mulheres a receberem cuidado adequado e oportuno para as complicações do aborto
 - Garantia de que os serviços de saúde reflitam sobre e correspondam às expectativas e necessidades da comunidade
2. Aconselhamento
 - Identificação e resposta às necessidades emocionais e físicas de saúde das mulheres e outras preocupações
3. Tratamento
 - Tratamento do aborto incompleto e inseguro e das complicações potencialmente ameaçadoras à vida
4. Serviços de contracepção e planejamento familiar
 - Ajuda a mulher a evitar uma gravidez indesejada ou no espaçamento entre as gestações
5. Serviços de saúde reprodutiva e outros serviços de saúde
 - De preferência fornecidos no local ou através de encaminhamentos para outros serviços de uma rede de prestadores de serviços

III. O TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO COM MISOPROSTOL

A. QUEM PODE RECEBER MISOPROSTOL PARA O TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO?

Critérios de elegibilidade

O misoprostol pode ser usado para aborto incompleto precoce sem complicações.

As mulheres elegíveis apresentam o seguinte quadro:

- Orifício cervical aberto
- Sangramento vaginal ou história de sangramento vaginal durante esta gravidez
- Tamanho uterino inferior ou igual a 12 semanas pela DUM

Avaliação do tamanho uterino

Os profissionais de saúde devem avaliar o tamanho do útero de uma mulher antes da administração do misoprostol. Uma mulher com um útero 12 semanas pela DUM ou menor é elegível para o tratamento com misoprostol. O tamanho uterino pode ser estimado através da realização de um exame físico. Uma datação precisa da idade gestacional inicial é desnecessária, desde que o tamanho do útero na apresentação para o tratamento seja equivalente a de uma gravidez de 12 semanas ou menos pela DUM.

As mulheres que NÃO são elegíveis se têm o seguinte:

- Alergia conhecida ao misoprostol ou a outras prostaglandinas
- Suspeita de gravidez ectópica
- Sinais de infecção pélvica e/ou sepse
- Instabilidade hemodinâmica ou choque

Precauções quanto ao uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto:

- Dispositivo intra-uterino (DIU) *in situ*: as mulheres que têm um DIU no lugar devem ter o DIU removido antes da administração do misoprostol.
- Informação para mulheres que estão amamentando: O misoprostol é rapidamente metabolizado no organismo;^{22,23} no entanto, pequenas quantidades de misoprostol ou de seu metabólito podem aparecer no leite materno. Não foram relatados efeitos adversos nos lactentes, e não se conhecem as conseqüências dessa exposição.²⁴ Se houver alguma preocupação, as mulheres podem ser aconselhadas a descartar o leite materno produzido nas primeiras horas após a administração do misoprostol.
- Tamanho uterino maior que 12 semanas pela DUM: O misoprostol pode ser usado com precaução em mulheres com um tamanho uterino maior que 12 semanas pela DUM (por exemplo, no caso de aumento do útero devido a mioma).

Mito: Misoprostol não é um tratamento adequado para as mulheres nas zonas rurais

O misoprostol pode ser a escolha mais apropriada de tratamento para as mulheres nas zonas rurais, pois os cuidados podem ser prestados por profissionais de nível médio, na ausência de equipamentos cirúrgicos e ultrassom. Se uma unidade de saúde não é capaz de oferecer atendimento cirúrgico no caso de falha do método, uma instituição de referência poderá oferecê-lo.

B. QUEM PODE FORNECER O MISOPROSTOL PARA O TRATAMENTO DE ABORTO INCOMPLETO?

O misoprostol pode ser fornecido por profissionais qualificados de nível médio que atuem em serviços de atenção primária, secundária e terciária. A habilidade mais importante é a identificação de quem poderia se beneficiar do tratamento. Os profissionais de saúde que já oferecem outros serviços em saúde reprodutiva podem já ter as habilidades necessárias para oferecer o misoprostol como uma opção de tratamento para o aborto incompleto.

Mito: Somente os médicos podem administrar o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto

Dada a natureza do tratamento com misoprostol (medicação oral), os profissionais de saúde não-médicos, treinados, podem ser efetivos em oferecer o tratamento, aumentando assim o número de profissionais. Em algumas regiões enfermeiros, parteiras e outros profissionais não-médicos treinados já estão utilizando o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto.

C. DOSE E HORÁRIO

Elevadas taxas de eficácia com efeitos colaterais aceitáveis têm sido obtidas tanto com uma única dose de 600 mcg por via oral^{13,14,15,16,18} ou com uma dose única de 400 mcg de misoprostol sublingual.¹⁴ Uma pesquisa recente mostrou que esses dois esquemas funcionam igualmente bem.¹⁴ A repetição da dose em um curto intervalo de tempo não parece melhorar a eficácia.²⁵ O esquema posológico recomendado é de uma administração única de 600 mcg por via oral ou 400 mcg de misoprostol sublingual (ver Tabela 3). A dose mais baixa pode ser vantajosa em locais onde o custo do misoprostol é uma preocupação. O sucesso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto no primeiro trimestre independe da idade gestacional no momento do aborto.²⁶

Tabela 3: Esquemas posológicos de misoprostol recomendados para o tratamento do aborto incompleto^{12, 27}

Dose de Misoprostol	Via de Administração
600 mcg	oral
400 mcg	sublingual

Madagascar: A adaptação do regime de 400 mcg de misoprostol sublingual para APA nas normas e protocolos nacionais de saúde reprodutiva

Uma grande maternidade em Madagascar completou recentemente um estudo que comparou uma dose de 400 mcg por via sublingual com uma dose de 600 mcg de misoprostol oral para o tratamento do aborto incompleto.¹⁴ Pouco tempo depois do lançamento do estudo, ficou claro para os profissionais de saúde que o tratamento com o misoprostol resultou em altas taxas de eficácia, além de ampliar o acesso e melhorar os serviços. Os médicos sobrecarregados viram diminuir a sua carga de trabalho quando as pacientes da APA internadas foram rastreadas e tratadas por enfermeiras obstétricas. O seguimento destas pacientes também foi feito por estas profissionais de saúde de nível médio. Dado o menor custo da dose de 400 mcg comparada à de 600 mcg e a semelhança da eficácia, o Ministério da Saúde incluiu nas Normas e Protocolos de Saúde Reprodutiva um esquema de 400 mcg de misoprostol sublingual para o tratamento do aborto incompleto.

Os planos futuros em Madagascar incluem a expansão do uso do misoprostol para o abortamento incompleto aos níveis inferiores do sistema de saúde. O foco será o oferecimento de capacitação e desenvolvimento de currículos para a qualificação dos profissionais de nível inferior. O potencial do misoprostol pode ser melhor compreendido como sendo um tratamento de primeira linha em unidades de saúde no nível comunitário, utilizada por profissionais de saúde não médicos, como enfermeiros e parteiras.

D. VIA DE ADMINISTRAÇÃO

O misoprostol para abortamento incompleto tem sido administrado por via vaginal, oral e sublingual.^{14,28,29,30} Vários estudos têm demonstrado elevada aceitabilidade e eficácia (acima de 90%) utilizando a via oral.^{13,14,15,16,18} A via oral é efetiva, simples e aceitável para as mulheres e os profissionais. Experiência recente tem demonstrado que a administração de baixa dose sublingual é tão efetiva quanto a administração oral.¹⁴ Se o misoprostol é tomado por via sublingual, a mulher deve manter os comprimidos sob a língua por aproximadamente 30 minutos. Qualquer fragmento remanescente da pílula pode ser engolido com água.

E. SEGURANÇA DO MISOPROSTOL PARA O TRATAMENTO DO ABORTO INCOMPLETO

O misoprostol foi estudado para o tratamento do aborto incompleto em muitos contextos. Ele tem sido usado com segurança por milhares de mulheres que procuram atenção pós-aborto, com quase nenhum efeito colateral. O misoprostol não tem sido associado com efeitos a longo prazo para a saúde das mulheres.

Preocupações freqüentemente citadas quanto à segurança incluem:

- **Sangramento excessivo:** Sangramento excessivo que justifique transfusão é raro;³¹ o tratamento do aborto incompleto com uso do misoprostol não é mais susceptível à transfusão sanguínea do que outros tratamentos.¹⁹
- **Anemia:** O tratamento com misoprostol não está associado a risco aumentado de anemia. Um estudo recentemente concluído mostra que não há diferença clinicamente significativa na alteração dos níveis de hemoglobina entre mulheres tratadas com misoprostol ou com AMV para o aborto incompleto. Muito poucas mulheres tiveram queda nos níveis de hemoglobina clinicamente significativa (misoprostol - 0,3%; AMV - 0,9%).³²
- **Infecção:** O risco de infecção é baixo. A taxa de infecção em mulheres que recebem misoprostol para o tratamento do aborto incompleto é semelhante à taxa de infecção entre mulheres que recebem outros tratamentos.^{19,20} Não há evidência de que o misoprostol aumente o risco de infecção.

- Gravidez ectópica: O misoprostol não irá causar, complicar, ou tratar uma gravidez ectópica. Suspeita de gravidez ectópica é uma contra-indicação ao uso do método.¹² No entanto, é possível confundir os sintomas da gravidez ectópica (por exemplo, dor pélvica e sangramento) com aqueles de abortos espontâneos. Uma avaliação cuidadosa antes do tratamento e um bom julgamento clínico são essenciais para identificar as mulheres com suspeita de gravidez ectópica, para que possam ser encaminhadas para diagnóstico e tratamento adequados.
- Uso em mulheres com história de cesariana: Não há motivo clínico para não usar o misoprostol em mulheres com cesárea anterior. Essas mulheres não foram excluídas dos estudos sobre o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto; o misoprostol utilizado para o aborto incompleto de acordo com as diretrizes acima é geralmente seguro nesta população.
- Efeitos teratogênicos: As mulheres que procuram os serviços da APA não têm gestações viáveis, por isso preocupações sobre os potenciais efeitos teratogênicos do misoprostol não são relevantes para esta indicação.

IV. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS, AGENDAMENTO DE CONSULTAS E MANEJO DE COMPLICAÇÕES

A. ULTRA-SONOGRAFIA

Um aparelho de ultra-som não é essencial para oferecer o tratamento do aborto incompleto com misoprostol. O misoprostol pode ser oferecido em instituições que realizam a APA em níveis de cuidados que não necessitam de equipamentos de ultra-som ou onde o ultra-som é muito caro. Um aborto incompleto pode ser diagnosticado pela história clínica e exame; a eliminação completa pode ser avaliada utilizando o mesmo conjunto de técnicas clínicas.³³ Vários estudos recentes realizados em locais de poucos recursos raramente utilizaram ultra-som para diagnóstico de aborto incompleto (<5% dos diagnósticos foram confirmados através de ultra-som) ou para confirmar o esvaziamento uterino.^{13,14,15,18}

O ultra-som pode ser usado se o profissional tem experiência com a técnica: o maior perigo está na superestimação de quantidades normais de *debris* no interior do útero, levando ao procedimento cirúrgico desnecessário. Os profissionais devem estar cientes de que as mulheres tratadas com sucesso com misoprostol apresentam uma ampla gama de espessura endometrial ao ultra-som no seguimento, por isso recomenda-se que a decisão de realizar a evacuação cirúrgica deva ser baseada em sinais clínicos ao invés de ultra-sonográficos.³⁴ Intervenção desnecessária para a evacuação uterina pode ocorrer quando os profissionais observam restos ao ultra-som, mas interpretam inadequadamente seu significado clínico.³⁵

Mito: O ultra-som é necessário antes e depois do uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto

Muitos profissionais ficam preocupados em fornecer misoprostol em locais onde o ultra-som pode não estar disponível. No entanto, o ultra-som não é necessário para o uso do misoprostol como tratamento do aborto incompleto. A história clínica e exame são suficientes para o diagnóstico de abortamento incompleto; a completa evacuação uterina pode ser avaliada da mesma maneira. A experiência tem demonstrado a segurança e a eficácia do misoprostol na ausência do ultra-som de rotina.^{13,14,15,18} Os profissionais podem encaminhar as mulheres para os serviços de saúde que possuam ultra-som caso não tenham certeza da condição da mulher após o tratamento com o misoprostol.

B. EXPERIÊNCIA DO PROFISSIONAL

A efetividade do misoprostol como uma opção de tratamento para os serviços de atenção pós-aborto é em parte dependente da familiaridade e da confiança que o profissional tem no esquema de tratamento. A avaliação clínica de quando e se a intervenção cirúrgica é clinicamente necessária é subjetiva e depende da experiência com o método. Profissionais de saúde confiantes e familiarizados com o esquema de tratamento são mais propensos a fazer julgamentos clínicos que evitam a intervenção cirúrgica.³⁶ Um profissional inexperiente pode se sentir desconfortável em permitir que o tratamento com misoprostol siga seu curso ou pode interpretar incorretamente o esvaziamento uterino e decidir intervir cirurgicamente. Dessa forma, à medida que os profissionais sentem-se confortáveis com o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, as taxas de sucesso geralmente aumentam.²⁵

C. CALENDÁRIO DAS CONSULTAS CLÍNICAS

Uma mulher que escolhe o misoprostol para o tratamento do seu aborto incompleto, geralmente tem uma consulta inicial e pode ser incentivada a fazer uma consulta de acompanhamento. Durante a consulta inicial, o diagnóstico de aborto incompleto é feito, a mulher é aconselhada e informada sobre o que esperar com o tratamento, e o misoprostol é administrado. Dependendo do sistema de saúde, do profissional e da preferência da paciente, a mulher pode tomar misoprostol tanto na clínica quanto em casa. Não há nenhuma razão médica para observar as mulheres na clínica após a administração do misoprostol.

Mito: As mulheres devem ser observadas na clínica após a administração do misoprostol ou até que o aborto se complete

Não há nenhuma razão médica para observar as mulheres no hospital ou na clínica após a administração do misoprostol. As mulheres podem ser enviadas para casa com o misoprostol para ser administrado mais tarde ou imediatamente após tomá-lo na clínica. Elas devem ser informadas dos potenciais efeitos colaterais, como lidar com eles, e quando procurar cuidados adicionais. Diversas experiências recentes em locais com poucos recursos têm seguido estas orientações e têm alcançado elevada eficiência com baixos índices de complicações.^{13,15,16,18}

Os profissionais devem também garantir tempo suficiente para o misoprostol fazer efeito, pois o tempo para concluir o processo pode variar de um dia a várias semanas.³⁷ Para evitar a intervenção cirúrgica desnecessária, a consulta de acompanhamento para avaliar o estado de saúde deve ser agendada com não menos de 7 dias após a administração do misoprostol. Esse calendário de consulta está associado com taxas de sucesso consistentemente elevadas, mas o método falha em cerca de 1 em cada 20 mulheres. A menos que seja clinicamente necessária para hemostasia ou controle de infecção, o esvaziamento cirúrgico antes de 7 dias não é recomendado. As mulheres devem ser alertadas de que, se necessário, a ajuda médica pode ser procurada a qualquer momento durante o tratamento.

Mito: O misoprostol não é tão seguro quanto os métodos cirúrgicos; o misoprostol tem uma maior taxa de sangramento intenso comparado aos métodos cirúrgicos

As mulheres devem ser informadas sobre o que esperar após o tratamento com o misoprostol, e quando devem procurar cuidados em virtude de sangramento grave. A transfusão sanguínea decorrente de sangramento intenso não é mais provável de acontecer no tratamento do aborto incompleto com misoprostol do que no tratamento cirúrgico. Algumas pesquisas mostram que mais mulheres relatam sangramento intenso com o manejo clínico comparado ao tratamento cirúrgico,^{15,16,18} enquanto outras pesquisas encontram padrões de sangramento semelhantes após tratamento com misoprostol e métodos cirúrgicos.^{32,38}

D. CUIDANDO DOS EFEITOS COLATERAIS E COMPLICAÇÕES

Os efeitos colaterais associados com o uso do misoprostol no tratamento do aborto incompleto são bem estudados e são geralmente fáceis de manejar. Cada mulher deve ser informada sobre os potenciais efeitos colaterais e como lidar com eles. As mulheres também devem ser orientadas a procurar cuidados adicionais (na própria clínica ou em um serviço de emergência) em caso de sangramento intenso e/ou prolongado ou febre persistente. A Tabela 4 apresenta os efeitos colaterais mais comuns e as estratégias de manejo.

Tabela 4: Efeitos colaterais mais comuns do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto e estratégias de manejo

	Descrição	Manejo
Dor/cólicas	As cólicas normalmente começam dentro das primeiras horas e podem começar até 30 minutos após a administração do misoprostol. A dor pode ser mais forte do que a normalmente experimentada durante um período menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> > Sentar-se ou deitar-se confortavelmente > Garrafa de água quente ou bolsa de água quente > Paracetamol/acetaminofen > Anti-inflamatórios não esteróides (AINEs), tais como o ibuprofeno
Calafrios/febre	Calafrios são um efeito colateral transitório, mas comum do misoprostol. A febre é menos comum e não indica necessariamente infecção. A elevação da temperatura geralmente não dura mais que algumas horas. Embora a infecção seja rara, febre ou calafrios que persistem por mais de 24 horas podem indicar infecção.	<ul style="list-style-type: none"> > Reassegurar que calafrios e febre são efeitos colaterais comuns do misoprostol > Antipiréticos se necessário > As mulheres devem ser instruídas a entrar em contato com um serviço de saúde, se persistirem febre ou calafrios por mais de 24 horas ou iniciarem mais de um dia após a tomada do misoprostol
Sangramento	Geralmente, o sangramento vaginal começará dentro de uma hora após a administração do misoprostol. O sangramento dura tipicamente uma média de 5 a 8 dias (mas pode durar até 2 semanas). Manchas (pequeno sangramento) podem persistir até o próximo período menstrual.	<ul style="list-style-type: none"> > Oferecer informações para as mulheres sobre o sangramento esperado > As mulheres devem ser orientadas a informar um profissional de saúde caso sintam o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> • Encharcar mais de 2 absorventes higiênicos extra grandes (ou equivalente local) por hora por mais de 2 horas consecutivas • Súbito sangramento intenso após a hemorragia ter diminuído ou parado por vários dias • Sangramento contínuo durante várias semanas com tonturas ou vertigens
Sangramento intenso	Sangramento intenso e/ou prolongado que provoca uma mudança significativa na hemoglobina é incomum. Poucas mulheres apresentarão sangramento intenso de acordo com as orientações acima.	<ul style="list-style-type: none"> > Esvaziamento cirúrgico se a hemorragia é profusa ou prolongada > Administração de fluidos intravenosos se houver evidência de comprometimento hemodinâmico > Transfusão deve ser indicada somente quando houver clara indicação médica
Náuseas/vômitos	Náuseas e vômitos podem ocorrer e geralmente desaparecem dentro de 2 a 6 horas. ¹²	<ul style="list-style-type: none"> > Reafirmar às mulheres que náuseas e vômitos são efeitos colaterais possíveis > Um antiemético pode ser utilizado, se necessário
Diarréia	A diarréia é um efeito secundário do misoprostol comum e passageiro, que deve ser resolvido dentro de um dia.	<ul style="list-style-type: none"> > Garantir às mulheres que a diarréia às vezes está associada ao uso do misoprostol e que passa rapidamente
Infecção	Infecção endometrial e/ou pélvica documentada é rara. A infecção é geralmente tratada com antibióticos orais.	<ul style="list-style-type: none"> > Se há suspeita de infecção, a mulher deve ser avaliada > Se houver sinais de sepse ou infecção grave, deve-se proceder ao esvaziamento cirúrgico imediato e cobertura antibiótica > Infecções graves podem exigir internação e antibioticoterapia parenteral

E. ACOMPANHAMENTO

Se a consulta de acompanhamento é agendada pelos profissionais, deve ser marcada para não menos de 7 dias após o tratamento com misoprostol. Muito poucas consultas de acompanhamento de fato são clinicamente necessárias para a mulher. As mulheres devem ser orientadas sobre os sintomas de infecção e retenção de restos para saber quando uma consulta de acompanhamento é clinicamente necessária.

As mulheres que retornam para o acompanhamento devem ser questionadas sobre os efeitos colaterais e os padrões de sangramento. O exame bimanual vai ajudar o profissional a avaliar se o útero é firme, involuído e compatível com tamanho pré-gestacional. A experiência em locais com escassez de recursos tem mostrado que a história da paciente e o exame clínico são suficientes para avaliar se o processo foi concluído ou não.^{13,14,15,18} Caso se suspeite de que uma mulher possa ter restos retidos, mas não está tendo qualquer tipo de sinais de infecção ou hemorragia grave, a ela deve ser oferecida a escolha entre uma consulta de acompanhamento adicional em aproximadamente uma semana e a evacuação cirúrgica imediata (por D&C ou por aspiração). Também pode ser oferecida uma dose adicional de misoprostol às mulheres na consulta de seguimento, pois isso pode oferecer algum benefício.

V. ACONSELHAMENTO, INFORMAÇÃO E PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

O fornecimento de informação é um componente importante da atenção pós-aborto. As mulheres devem ser informadas sobre as condições médicas, resultados de testes, opções de tratamento e de manejo da dor, manejo dos efeitos colaterais, seguimento, e onde e quando buscar ajuda em caso de complicações.²¹ O aconselhamento e o fornecimento de informações são particularmente importantes quando se utiliza o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto. Ao preparar as mulheres para o que esperar do tratamento, os profissionais podem reduzir a probabilidade de que as mulheres se sintam ansiosas e solicitem uma intervenção cirúrgica desnecessária. As mulheres que se sentem confortáveis e confiantes no método podem estar mais propensas a ter uma experiência positiva e satisfatória.

A. ESCOLHENDO UM MÉTODO

Se o profissional oferece mais de um método de tratamento, deve ser dada à mulher uma breve descrição de cada um deles, permitindo a ela poder escolher o tratamento que preferir, desde que não haja contra-indicações clínicas para o uso de qualquer método específico. É importante fornecer informação exata, imparcial e completa de modo a permitir às mulheres a escolha do método mais adequado para elas. (Para uma comparação entre os métodos expectante, cirúrgico e clínico referir-se ao Capítulo II). Os profissionais devem reservar um tempo para explicar às mulheres que, se o misoprostol ou a conduta expectante falharem, pode ser necessária uma intervenção cirúrgica. A Tabela 5 compara algumas vantagens e desvantagens citadas pelas mulheres do tratamento cirúrgico e clínico para o aborto incompleto.

Tabela 5: Vantagens e desvantagens citadas pelas mulheres do tratamento com misoprostol comparado ao tratamento cirúrgico do aborto incompleto

	Tratamento com Misoprostol	Tratamento Cirúrgico (D&C, AMV, AEV)
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> > Pode evitar a cirurgia e anestesia > Mais natural, como a menstruação > As mulheres podem controlar mais o processo, estar mais envolvidas > Simples de administrar > Não é necessária internação 	<ul style="list-style-type: none"> > Mais rápido > Controlado pelo profissional > Mulher pode se envolver menos
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> > Sangramento, cólicas e os efeitos colaterais (reais ou temidos) > Incerteza da espera 	<ul style="list-style-type: none"> > Invasivo > Pequeno risco de lesão do útero ou do colo do útero > Pequeno risco de infecção > Perda de privacidade, autonomia

B. ESTABELECIMENTO DE ELEGIBILIDADE

É importante que os profissionais triem cada mulher para se assegurarem que ela cumpra os critérios de elegibilidade (ver Capítulo III). Abaixo está um breve *check-list* sobre como determinar se uma mulher tem indicações de usar o misoprostol.

- **Faça perguntas:** Os profissionais devem fazer perguntas para determinar se os sintomas da mulher podem indicar uma gravidez ectópica ou não. Mulheres com suspeita de gravidez ectópica devem ser encaminhadas para o diagnóstico e tratamento adequados. Os profissionais também precisam perguntar às mulheres se elas têm alguma alergia ao misoprostol ou a outras prostaglandinas.

- Exame clínico, incluindo exame bimanual: Os profissionais devem confirmar que a mulher tem o colo do útero aberto e o útero com tamanho inferior a 12 semanas pela DUM.
- Excluir sinais de infecção grave: Avaliar a mulher buscando diminuição significativa do tônus do útero, febre $>38^{\circ}\text{C}$ e a presença de corrimento fétido. Se a mulher tiver dois ou mais destes sintomas, ela deve ser tratada com evacuação cirúrgica imediata e não com misoprostol.
- Excluir instabilidade hemodinâmica: Avaliação da pressão sanguínea/pulso da mulher. Mulheres com pressão arterial sistólica muito baixa e frequência de pulso muito alta podem precisar de intervenção cirúrgica. Reavaliar essas mulheres de forma a determinar se os seus sinais vitais são indicativos de instabilidade hemodinâmica ou medo/ansiedade.
- Avaliar se precauções adicionais devem ser tomadas: Determinar se a mulher tem um DIU *in situ* e em caso afirmativo, remover o DIU antes do tratamento com misoprostol. Pergunte se a mulher está atualmente amamentando. Enquanto não se conhecem as conseqüências da exposição de lactentes ao misoprostol, se a mulher estiver preocupada com esse fato, ela pode ser aconselhada a desprezar o leite materno das primeiras horas após a administração do misoprostol.

Mito: O misoprostol não é um tratamento adequado se o profissional suspeita que a mulher possa ter manipulado sua gravidez

Os profissionais estão geralmente preocupados com o tratamento com misoprostol em mulheres que eles acreditam terem manipulado sua gravidez. Se uma mulher se apresenta com sinais de infecção grave, ela deve receber tratamento cirúrgico imediato. Caso contrário, o misoprostol pode ser oferecido para o tratamento, mesmo se a droga foi usada para induzir o aborto. Doses repetidas de misoprostol para o tratamento do aborto incompleto foram relatadas, sem efeitos adversos.^{17,25} Vários estudos têm demonstrado que o tratamento com o misoprostol funciona bem para mulheres que podem ter induzido o aborto com o misoprostol.^{14,16}

C. PREPARANDO AS MULHERES PARA O QUE ESPERAR

Uma discussão sobre o tratamento com misoprostol para as mulheres que procuram os serviços por aborto incompleto deve incluir o seguinte:

- Respondendo as perguntas das mulheres: As mulheres devem ter a oportunidade de fazer perguntas e receber respostas satisfatórias antes de selecionar um método de tratamento.
- Informações sobre o misoprostol: Explique como o misoprostol é administrado e como ele funciona. Informar às mulheres que o misoprostol fará com que o útero se contraia e assim expulsará os restos dos produtos da concepção.
- Taxa de sucesso: Explicar que aproximadamente 1 em cada 20 mulheres tratadas com misoprostol necessita de um procedimento cirúrgico para concluir o processo.
- Compreender o método: Explique que é provável que o conteúdo do útero seja eliminado na primeira semana após a administração do misoprostol.
- Efeitos colaterais: Explique que as mulheres que tomam o misoprostol provavelmente vão sentir dores, cólicas e sangramento. Podem também ter calafrios, febre, náusea ou diarreia. Informar às mulheres que estes efeitos secundários geralmente desaparecem após algumas horas, embora o sangramento semelhante a uma menstruação possa continuar por vários dias.
- Acompanhamento: As mulheres podem ser encorajadas a retornar para a clínica em uma a duas semanas para avaliar se o método foi bem sucedido.
- Possíveis complicações: Deve ser dada às mulheres uma descrição completa das possíveis complicações. Devem ser cuidadosamente explicados os sinais e sintomas de complicações graves. Pode ser útil, se possível, dar às mulheres um número de telefone para chamar se tiverem perguntas ou preocupações. Todas as mulheres devem ser aconselhadas a procurar atendimento de emergência se elas observarem complicações graves (ver Capítulo IV para as complicações que necessitam de atenção médica).
- Custo: Em serviços de saúde onde os cuidados pós-aborto são pagos pela mulher, o custo das opções de tratamento deve ser discutido.

D. SERVIÇOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR E CONTRACEPÇÃO

Todas as mulheres devem ser informadas de que a fertilidade retorna rapidamente após uma perda de primeiro trimestre da gravidez. Ao discutir as opções de planejamento familiar com as mulheres durante o tratamento de abortamento incompleto, os profissionais podem ajudar a prevenir futuras gravidezes indesejadas. Os profissionais devem ter em mente que o aborto incompleto pode resultar da perda da gravidez espontânea ou induzida e, embora algumas das mulheres possam estar buscando a contracepção, outras podem desejar informações sobre como engravidar novamente.

Os seguintes tópicos devem ser discutidos com as mulheres:

- Assegurar à mulher que geralmente não há razão para acreditar que ela teria dificuldade em levar outra gravidez a termo no futuro.
- As mulheres que desejam engravidar novamente são freqüentemente aconselhadas a esperar até que elas tenham pelo menos um período menstrual normal antes de tentar engravidar.
- Para as mulheres que não desejam engravidar a curto prazo, deve ser oferecida contracepção que possam começar imediatamente. Estas mulheres devem receber informação adequada sobre contraceptivos. Um método contraceptivo adequado dependerá das necessidades e preferências de cada mulher, bem como da disponibilidade local. Consulte a Tabela 6 para as opções de contracepção e quando podem ser oferecidas após o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto. Alguns anticoncepcionais podem ser oferecidos na primeira consulta, enquanto outros podem ser integrados em uma consulta de acompanhamento, se for o caso.

E. SERVIÇOS DE SAÚDE REPRODUTIVA E OUTROS

É importante usar a consulta de acompanhamento para determinar se a mulher precisa de serviços adicionais de saúde reprodutiva ou outros. A vinculação de tais serviços com atenção pós-aborto permite aos profissionais abordarem outras questões de saúde enquanto as mulheres estão em contato com os profissionais de saúde. Se o serviço de saúde não pode oferecer serviços adicionais, referências apropriadas podem ser feitas. Outros serviços de saúde podem incluir:²¹

Tabela 6: Métodos anticoncepcionais e quando eles podem ser oferecidos com segurança após o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto

Método contraceptivo	Quando o método pode ser oferecido
Preservativos	Na primeira consulta
Contraceptivos orais	Na primeira consulta
Geléias, espumas, comprimidos ou filmes anticoncepcionais	Na primeira consulta
Capuz cervical	O ajuste deve ser adiado até que o sangramento pare e o útero volte ao tamanho pré-gravídico (após o primeiro ciclo menstrual)
Diafragma	Na primeira consulta
Injetáveis	Na primeira consulta
Implantes	Na primeira consulta
Dispositivos intra-uterinos (DIU)	Em uma consulta de seguimento
Esterilização	As mulheres que buscam a esterilização podem querer optar por um tratamento cirúrgico de abortamento incompleto, uma vez que a esterilização e o aborto podem ser feitos ao mesmo tempo

- Educação sobre Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), testes e tratamento
- Diagnóstico e tratamento da infertilidade
- Educação em higiene
- Encaminhamento e aconselhamento para casos de violência sexual e/ou doméstica
- Rastreamento para anemia

F. TREINAMENTO DOS RECURSOS HUMANOS

Um treinamento abrangente sobre o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto vai melhorar o conforto do profissional no uso e sua habilidade com o método. A experiência com o tratamento com misoprostol no cuidado pós-aborto sugere que à medida que a familiaridade e a confiança do profissional no método aumentam, as taxas de sucesso e satisfação também aumentarão. Um curso básico de treinamento sobre o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto deve incluir os seguintes elementos:

- Mecanismo de ação
- Disponibilidade do misoprostol, armazenamento, eficácia e aceitabilidade
- Elegibilidade, contra-indicações e precauções
- Diagnóstico de abortamento incompleto
- Papel da ultra-sonografia
- Esquemas posológicos para o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto
- Aconselhamento sobre o misoprostol como uma opção de tratamento para o aborto incompleto
- Manejo de efeitos colaterais e potenciais complicações
- Acompanhamento e avaliação do estado de saúde
- Provisão de contraceptivos e serviços de planejamento familiar após o aborto
- Provisão de serviços de saúde reprodutiva e outros serviços de saúde após o aborto

Os estudos de caso são geralmente bastante úteis no treinamento dos profissionais, especialmente quando se discute a avaliação do estado de saúde e o manejo dos efeitos colaterais. Além disso, a simulação de papéis e atividades de grupo são frequentemente efetivas para o treinamento em aconselhamento e avaliação dos critérios de elegibilidade.

G. PARCERIAS ENTRE A COMUNIDADE E OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

A colaboração entre os membros da comunidade, trabalhadores leigos da saúde e prestadores de serviços é fundamental na melhoria da saúde reprodutiva das mulheres.²¹ Por exemplo, o misoprostol pode ser a opção de tratamento mais adequada para as mulheres das áreas rurais, uma vez que tais cuidados podem ser prestados por profissionais de nível médio na ausência de equipamentos ou profissionais capacitados para cirurgia; no entanto, o método não é 100% efetivo, e os profissionais que não podem realizar o procedimento cirúrgico devem ser capazes de encaminhar as mulheres para os profissionais qualificados no caso de falha do método. Da mesma forma, se o serviço de saúde não pode prestar cuidados de emergência, os profissionais devem ser capazes de reconhecer os sinais de perigo e encaminhar as mulheres a serviços adequados.

H. INSTALAÇÕES E MATERIAIS DESEJÁVEIS (MAS NÃO OBRIGATÓRIOS)

- Equipamento de ultra-som: Como discutido acima, a ultra-sonografia não é necessária para a prestação do serviço. No entanto, a ultra-sonografia pode ser útil para o diagnóstico de complicações raras.
- Medicamentos para dor / antiemético: Estes medicamentos podem ser fornecidos às mulheres preventivamente, para serem tomados quando necessário para aliviar os possíveis efeitos colaterais.
- Imunoglobulina anti-RhD: Atualmente, há evidências incompletas sobre o uso de imunoglobulina anti-RhD para abortamento muito incipiente de primeiro trimestre. Se os protocolos locais de cuidados indicam que as mulheres Rh negativo devam receber tratamento com imunoglobulina anti-RhD para o aborto incompleto, então esse tratamento deve ser fornecido em conjunto com o misoprostol.

VI. INTEGRAÇÃO DO MISOPROSTOL AOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO PÓS-ABORTO EXISTENTES

O misoprostol para o aborto incompleto pode ser integrado facilmente em serviços existentes de APA. Profissionais de serviços que praticam a evacuação cirúrgica (D&C, AMV, AEV) para a APA podem adicionar misoprostol nas suas escolhas terapêuticas, de preferência permitindo às mulheres decidirem entre os métodos cirúrgicos e clínicos. Os requisitos básicos para o uso do misoprostol no tratamento da APA são profissionais treinados e comprimidos de misoprostol. A equipe deve ser capaz de diagnosticar o aborto incompleto, determinar a elegibilidade para o tratamento com misoprostol, confirmar a conclusão do aborto, e referenciar a e/ou fornecer atendimento de emergência às mulheres se necessário. Dessa forma, os profissionais da APA já têm muitas das habilidades necessárias para oferecer o misoprostol como tratamento do aborto incompleto. Os profissionais que atualmente não oferecem serviços de APA, mas que estão oferecendo serviços de planejamento familiar, pré-natal, ou outros serviços de saúde reprodutiva podem integrar o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, desde que tenham acesso a uma unidade de referência no caso raro de falha do método ou complicação.

Integrando o misoprostol em serviços de APA já existentes: A experiência em dois hospitais egípcios

Em 2008, um estudo clínico no Hospital Escola El Galaa, no Cairo e no Hospital e Maternidade Shatby em Alexandria compararam o misoprostol à AMV para o tratamento do aborto incompleto.³² Quase 700 mulheres foram tratadas para aborto incompleto, com altas taxas de sucesso (misoprostol 98,3%, AMV 99,7%). Sangramento e efeitos colaterais relatados pelas mulheres foram comparáveis entre os grupos e as mulheres estavam muito satisfeitas com seu tratamento com misoprostol.

A integração do misoprostol nos serviços existentes de APA, através do estudo-piloto, forneceu uma experiência importante para os profissionais, ajudando-os a ganhar a confiança na eficácia e segurança de um esquema de 400 mcg por via sublingual. Os profissionais foram inicialmente relutantes em permitir que as mulheres deixassem o hospital imediatamente após a administração do misoprostol, mas com a experiência não viram motivo para estender a permanência da mulher. Eles também se convenceram da importância da história clínica e do exame clínico no tratamento da APA, e viram a ultra-sonografia não como uma ferramenta primária de rotina para o diagnóstico, mas como uma forma de confirmar a avaliação clínica. Essas mudanças nas atitudes e práticas dos profissionais dos serviços resultaram na aceitação do misoprostol como uma boa opção de tratamento para o aborto incompleto e na bem-sucedida expansão dos serviços de APA.

VII. ABORTO RETIDO

Embora as informações apresentadas neste guia digam respeito ao uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, o misoprostol também pode ser usado para tratar o aborto retido/gestação anembrionada. O aborto retido/gestação anembrionada é diagnosticado por ultra-sonografia e é definido como uma gravidez em que não há embrião (saco vazio) ou quando há morte fetal não reconhecida. Mulheres que vivenciam um aborto retido geralmente têm pouco ou nenhum sangramento e não têm outros sinais ou sintomas evidentes.³⁹

Os esquemas recomendados para o aborto retido / gestação anembrionada são 800 mcg de misoprostol administradas por via vaginal ou 600 mcg de misoprostol sublingual.³⁹ A Tabela 7 lista diversos estudos que avaliaram uma série de esquemas com taxas de sucesso de 50 a 93%.

Tabela 7: Misoprostol para falhas do início da gravidez: aborto retido/gestação anembrionada

Ano	Autores	N	Dose de Misoprostol (mcg)	Dose adicional de misoprostol	Tempo até sucesso	Sucesso
2007	Shankar M, et al. ⁴⁰	75	800 vaginal	400 oral com intervalo de 3 horas até 2 doses a partir do dia seguinte	Dia 7-10	77,3%
2007	Sharma D, et al. ⁴¹	50	600 sublingual	600 a cada 3 horas até 1800	72 horas	86%
2006	Tang OS, et al. ⁴²	180	600 sublingual	600 a cada 3 horas até um máximo de 1800; 90 pts receberam 400 sublingual ao dia durante 7 dias adicionais	Dia 9	92% grupo sem dose adicional; 93% grupo com dose adicional
2006	Vejborg TS, et al. ⁴³	254	400 vaginal ou 800 vaginal	Nenhum	Dia 2-4	Retido: 43% 400 mcg; 59% 800 mcg. Gestação anembrionada: 36% 400 mcg; 47% 800 mcg
2005	Agostini A, et al. ⁴⁴	276	800 vaginal	Nenhum	24 horas	65,2%
2005	Blohm F, et al. ⁴⁵	64	400 vaginal	Nenhum	Dia 6-7	81%
2005	Kovavisarach E, et al. ⁴⁶	114	600 ou 800 vaginal	Nenhum	24 horas	46% 600 mcg; 68% 800 mcg
2005	Lister MS, et al. ⁴⁷	18	800 vaginal	800 vaginal em 24 horas se necessário	48 horas	83%
2005	Sifakis S, et al. ⁴⁸	108	400 vaginal	400 vaginal a cada 4 horas até 1200 por dia, durante 3 dias	Dia 3	91%
2005	Zhang J, et al. ⁴⁹	454	800 vaginal	800 vaginal no dia 3, se necessário	Dia 8	88% aborto retido; 81% gestação anembrionada

Tabela 7: contínuo

2004	Bagratee JS, et al. ⁵⁰	45	600 vaginal	600 vaginal no dia 2, se necessário	Dia 7	87%
2004	Davis AR, et al. ⁵¹	77	800 vaginal seco ou 800 vaginal umedecido	Nenhum	Dia 30	85%
2004	Gilles JM, et al. ⁵²	80	800 vaginal seco ou umedecido	Dose repetida em 48 horas se necessário	Dia 7	85%
2004	Graziosi GC, et al. ⁵³	79	800 vaginal	800 vaginal em 24 horas se necessário	48 horas	53%
2004	Murchison A, et al. ⁵⁴	44	800 vaginal	800 vaginal em 24 horas se necessário	48 horas	78%
2004	Ngoc NTN, et al. ⁵⁵	198	800 oral ou 800 vaginal	Nenhum	Dia 2 & Dia 7	Dia 2: 42% oral; 53% vaginal Dia 7: 89% oral; 93% vaginal
2004	Taner CE, et al. ⁵⁶	54	200 oral e 800 vaginal	Nenhum	24 horas	89%
2003	Al Inizi SA, et al. ⁵⁷	27	400 vaginal	400 vaginal a cada 12 horas até 4 doses	48 horas	70%
2003	Tang OS, et al. ⁵⁸	80	600 vaginal ou 600 sublingual	Dose repetida a cada 3 horas até um máximo de 1800	Dia 7	87,5% (média ponderada)
2002	Kovavisarach E, et al. ⁵⁹	27	400 vaginal	Nenhum	24 horas	63%
2002	Muffley PE, et al. ⁶⁰	25	800 vaginal	800 vaginal em 24 e 48 horas, se necessário	Dia 3	60%
2002	Wood SL, et al. ⁶¹	25	800 vaginal	800 vaginal em 24 horas, se necessário	48 horas	80%
2001	Demetroulis C, et al. ⁶²	26	800 vaginal	Nenhum	8-10 horas	77%
2001	Ngai SW, et al. ⁶³	25	400 vaginal	400 vaginal dias 3 e 5	Dia 15	80%
2000	Ayres de Campos D, et al. ⁶⁴	74	600 vaginal (umedecido com salina)	600 vaginal em 4-5 horas, se necessário	10-12 horas	57%
1999	Autry A, et al. ⁶⁵	9	800 vaginal	Nenhum	Dia 10-14	89%
1999	Chung TKH, et al. ⁶⁶	321	400 oral	400 oral a cada 4 horas, até 3 doses	24 horas	50%
1998	Zalanyi S, et al. ⁶⁷	25	200 vaginal	200 a cada 4 horas até 800	10 horas	88%
1997	Creinin M, et al. ⁶⁸	20	400 oral ou 800 vaginal	Dose repetida em 24 horas se necessário	Dia 3	25% oral; 88% vaginal
1997	Herabutya Y, et al. ⁶⁹	43	200 vaginal	Nenhum	24 horas	83%

VIII. O QUE SE ESPERA

Dada a sua segurança, eficácia e facilidade de uso, o misoprostol é uma importante opção para o tratamento de mulheres com abortamento incompleto. Este guia mostra como o misoprostol pode ser fornecido em locais de poucos recursos onde a procura por serviços pode ser elevada e a disponibilidade de profissionais qualificados e equipamentos é geralmente escassa. O misoprostol pode aumentar o acesso ao tratamento para aqueles que mais necessitam - mulheres que sofrem complicações decorrentes de abortos clandestinos.

As associações profissionais, como o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, recomendam o misoprostol para os cuidados pós-aborto e a Organização Mundial da Saúde incluiu o misoprostol para o manejo do abortamento incompleto em sua Lista de Medicamentos Essenciais.¹⁷ Estas recomendações estão baseadas em uma revisão de grande quantidade de estudos sobre a conduta médica no aborto incompleto, que mostra que o tratamento com misoprostol corresponde à segurança e eficácia dos tratamentos cirúrgicos. Além disso, profissionais de nível médio, sem formação cirúrgica, podem usar o método, reduzindo assim a carga de trabalho em serviços de nível superior que possuem os equipamentos e as habilidades necessárias para o tratamento cirúrgico. A introdução do misoprostol em instituições de saúde de nível primário e secundário pode aumentar as opções de tratamento para as mulheres, enquanto diminui custos para o sistema de saúde.

Agora o momento é apropriado para a introdução do misoprostol nos serviços. O misoprostol pode ser facilmente integrado aos serviços existentes de cuidados pós-aborto ou estabelecido como uma opção de tratamento quando outras opções não existem. Sugestões fornecidas neste guia podem ajudar a facilitar o uso do misoprostol de uma maneira simples e que requer pouca tecnologia.

Para otimizar o uso do misoprostol para o tratamento do aborto incompleto, é necessário um treinamento adequado para os profissionais em conjunto com uma oferta sustentável da medicação. As próximas etapas da programação de pesquisas podem incluir o desenvolvimento de modelos adequados de oferta de serviço e análises de custo-benefício que comparem o misoprostol com métodos cirúrgicos. Isso será útil para aprender mais sobre o uso do misoprostol em ambientes rurais, entre as populações com altas taxas de infecção não tratada, junto com o registro de qualquer grave hemorragia e outras complicações. Esses esforços podem ajudar a criar uma situação entre os responsáveis pelas políticas de saúde no sentido de

aprovar, promover e incentivar o uso sistemático do misoprostol para tratamento do abortamento incompleto.

Por último, serviços de abortamento induzido seguros e efetivos são necessários para prevenir as complicações do aborto, não apenas para tratá-los. Serviços para o tratamento do aborto incompleto, portanto, não eliminam a necessidade de acesso ao planejamento familiar e serviços de aborto seguro para todas as mulheres.

Para aquelas que necessitam de tratamento do aborto incompleto, o misoprostol deverá complementar o acesso ao tratamento cirúrgico seguro, uma vez que o tratamento cirúrgico às vezes será necessário dependendo da condição da mulher, suas preferências, e para o caso de falha do qualquer tratamento inicial. Programas abrangentes para tratar o aborto incompleto com indicações tanto para o misoprostol quanto para serviços cirúrgicos irão melhorar a qualidade dos serviços oferecidos às mulheres, oferecendo um maior leque de opções de tratamento e cuidados adequados.

O misoprostol pode revolucionar a forma como, onde e por quem os serviços podem ser fornecidos para o tratamento do aborto incompleto. O misoprostol tem o potencial de reduzir as complicações decorrentes de abortos espontâneos e induzidos em locais com poucos recursos, onde ainda faltam o acesso e a disponibilidade de opções de tratamento seguras e efetivas. O misoprostol é uma tecnologia importante para a saúde da mulher, e o momento de avançar é agora.

IX. APÊNDICE

PERGUNTAS FREQUENTEMENTE FEITAS

As perguntas quanto ao uso do misoprostol para esta nova indicação podem surgir durante treinamentos ou durante a prestação do serviço. Abaixo está uma lista de perguntas freqüentes e possíveis respostas que podem ser úteis.

- **O misoprostol é seguro para o tratamento do aborto incompleto?**

Sim, o misoprostol tem sido usado com segurança para tratar o aborto incompleto em milhares de mulheres no mundo. Houve menos de uma dúzia de internações principalmente para pequenos tratamentos, entre mais de duas mil mulheres tratadas em recentes estudos clínicos.

- **Quais são as vantagens de misoprostol se uma alternativa cirúrgica segura está disponível?**

O misoprostol é uma alternativa segura à evacuação cirúrgica. Pode ser preferível para algumas mulheres que temem a cirurgia, o tratamento sob anestesia, ou que preferem cuidados ambulatoriais. Além disso, pode ser menos dispendioso para os sistemas de saúde.

- **As mulheres estão satisfeitas com o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto?**

Sim, os níveis de satisfação são elevados entre as mulheres que recebem tratamento com misoprostol. A maioria das mulheres relata que iria escolher o misoprostol se o tratamento fosse necessário no futuro. O ideal é oferecer às mulheres uma opção de métodos de tratamento onde isso seja possível.

- **Quais são as habilidades necessárias para oferecer o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto?**

Os profissionais devem ser capazes de identificar as mulheres que necessitam de tratamento para o aborto incompleto e devem ser capazes de diagnosticar uma infecção grave que requeira atenção cirúrgica imediata. Uma mulher com um útero compatível com 12 semanas de gestação pela DUM ou menor é elegível para o tratamento. O tamanho uterino pode ser estimado pelos profissionais através da realização de um exame físico. Treinamento cirúrgico não é necessário para oferecer o misoprostol.

- Que tipo de sistema de referência é necessário?**
 Mulheres com abortamento incompleto, que desejam ser tratadas com misoprostol e que satisfaçam os critérios para o tratamento podem ser tratadas sem serem referenciadas. Mais de nove em cada dez mulheres que previamente tinham sido encaminhadas a um nível mais elevado de cuidado não vão necessitar essa referência se o misoprostol estiver disponível. Qualquer sistema de referência já em vigor para os cuidados pós-aborto pode ser usado para as mulheres que não são elegíveis para o misoprostol e para casos complicados.
- A ultra-sonografia é necessária, antes e após o uso do misoprostol para tratamento do aborto incompleto?**
 Não, o ultra-som não é necessário para o tratamento do aborto incompleto com o misoprostol. Um aborto incompleto pode ser diagnosticado pela história clínica e exame físico; a evacuação uterina completa após o tratamento com o misoprostol pode ser avaliada utilizando o mesmo conjunto de técnicas clínicas. O maior inconveniente no uso do ultra-som é a super-valorização de quantidades normais de *debris* no interior do útero, levando ao procedimento cirúrgico desnecessário.
- O misoprostol é seguro para mulheres que nunca deram à luz e apresentam um aborto?**
 Sim, o misoprostol é um método seguro para mulheres com um aborto e que nunca deram à luz.
- O misoprostol é seguro para uso em mulheres com uma cesárea anterior?**
 Sim, não há motivo clínico para contra-indicar o misoprostol para o tratamento do aborto incompleto nas mulheres com uma cesárea anterior. Vários ensaios que estudaram a utilidade do medicamento para o tratamento do aborto incompleto não excluíram essas mulheres. (Útero de tamanho <12 semanas pela DUM garante que o misoprostol seja seguro para mulheres com cicatrizes uterinas.)
- Uma mulher com abortamento incompleto pode ser tratada com misoprostol, mesmo que ela possa já ter tomado misoprostol (para induzir o aborto)?**
 Sim. Alguns profissionais têm expressado preocupações sobre a administração de misoprostol novamente para mulheres que já tenham tomado antes de se apresentar no serviço de saúde. O misoprostol pode ser administrado para o tratamento, mesmo que a droga já tenha sido usada para induzir o aborto. Doses repetidas de misoprostol para o tratamento do aborto incompleto foram relatadas, sem efeitos adversos. Numerosos estudos têm demonstrado que o tratamento

com o misoprostol funciona bem para mulheres que possam ter induzido o aborto com o misoprostol.

- **Se a mulher está além de 12 semanas de gestação pela DUM, o misoprostol pode ser usado?**

A orientação neste guia para o uso do misoprostol no abortamento incompleto se aplica quando o tamanho do útero não é maior que o esperado em uma gravidez de 12 semanas. Contudo, a duração da amenorréia pode ser maior que 12 semanas caso parte do conteúdo do útero possa ter sido já expulso. Normalmente, doses *mais baixas* são necessárias para a eficácia e segurança quando o útero é maior.

- **Se uma mulher se apresenta com sinais de infecção, ela deve receber tratamento com misoprostol?**

Mulheres com dois ou mais sinais de infecção (diminuição significativa do tônus uterino, febre $>38^{\circ}\text{C}$, corrimento de odor fétido) devem ser tratadas com evacuação cirúrgica imediata e com cobertura antibiótica.

- **Quais são os efeitos colaterais do tratamento com misoprostol?**

Efeitos colaterais esperados incluem dor, cólicas, náuseas, vômitos, febre e calafrios. Estes efeitos colaterais são facilmente tratados, transitórios e geralmente leves. A maioria das mulheres relata que os efeitos colaterais são toleráveis.

- **As mulheres que receberam misoprostol para o tratamento do aborto incompleto se tornam anêmicas?**

Não, este tratamento não está associado a maior risco de anemia. De fato, os dados de um estudo recentemente concluído sobre essa questão não apresentam qualquer diferença clinicamente significativa na hemoglobina entre mulheres tratadas com misoprostol ou com o uso da AMV. Muito poucas mulheres tiveram diminuição clinicamente significativa nos níveis de hemoglobina.

- **O tratamento com misoprostol aumenta o risco de infecção?**

Não, não há evidências de que o tratamento com misoprostol aumente o risco de infecção.

- **As mulheres devem receber tratamento com antibióticos rotineiramente, juntamente com o misoprostol?**

Não, a cobertura antibiótica de rotina não é necessária. Normas locais sobre o uso de antibióticos devem ser seguidas. O profissional de saúde pode determinar se a mulher exige cobertura antibiótica com base na história ou exame clínico.

- **Uma consulta de acompanhamento é necessária?**

Em muitas situações, as consultas de acompanhamento são o padrão de atendimento, tanto após tratamento cirúrgico quanto clínico. Entretanto, dadas as taxas de eficácia muito elevadas relatadas com ambos os tratamentos clínico e cirúrgico, poucas consultas de acompanhamento são de fato medicamente necessárias. É importante orientar a mulher sobre os sinais de retenção de restos e de infecção de modo que ela saiba quando uma consulta clínica é necessária para proteger sua saúde (ver página 19).

- **Na consulta de acompanhamento, se o exame de ultra-som não revela restos embrionários, mas apenas espessamento do endométrio, a evacuação cirúrgica é necessária?**

Não. Estudos têm demonstrado que a espessura do endométrio não é um bom indicador da necessidade de cirurgia. Recomenda-se que a decisão de realizar a evacuação cirúrgica deva ser baseada nos sinais clínicos em vez dos ultrasonográficos.

- **Se o aborto não se completa até a consulta de seguimento, é seguro dar para a mulher uma nova dose de misoprostol e pedir-lhe para voltar uma semana mais tarde?**

Sim, se o esvaziamento uterino não está completo na consulta de acompanhamento e a mulher está clinicamente estável e disposta a continuar a aguardar pelo esvaziamento uterino, ela pode receber uma nova dose de misoprostol.

- **A contracepção pode ser utilizada após o misoprostol?**

Sim, a contracepção pode ser oferecida a mulheres após o tratamento com misoprostol, como padrão nos serviços de cuidados pós-aborto. Quase todos os contraceptivos podem ser ofertados na primeira consulta enquanto o DIU pode ser utilizado em uma consulta de seguimento, se for o caso.

X. REFERÊNCIAS

1. Unedited Draft Report of the 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/selection_medicines/committees/expert/17/WEBuneditedTRS_2009.pdf.)
2. Greibel CP, Halvorsen J, Goleman TB, et al. Management of spontaneous abortion. *American Family Physician* 2005; 72 (7): 1243-1250.
3. Warriner IK, Shah IH, eds. Preventing unsafe abortion and its consequences: Priorities for research and action. New York: Guttmacher Institute, 2006.
4. World Health Organization. Definition of unsafe abortion, 2009. (Accessed May 2009 at http://www.who.int/reproductive-health/unsafe_abortion/index.html.)
5. Singh, S. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: Estimates from 13 developing countries. *Lancet* 2006; 368: 1887-1892.
6. Clark W, Shannon C, Winikoff B. Misoprostol for uterine evacuation in induced abortion and pregnancy failure. *Expert Review of Obstetrics & Gynecology* 2007; 2(1): 67-108.
7. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 427: Misoprostol for postabortion care. *Obstetrics & Gynecology* 2009; 113 (2 Pt 1): 465-468.
8. Sahin HG, Sahin HA, Kocer M. Randomized outpatient clinical trial of medical evacuation and surgical curettage in incomplete miscarriage. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2001; 6(3): 141-144.
9. Shannon CS, Winikoff B, eds. Misoprostol: An emerging technology for women's health. Report of a Seminar: May 7-8, 2001. New York: Population Council, 2004.
10. Goldberg AB, Greenberg M, Darney PD. Misoprostol and pregnancy. *New England Journal of Medicine* 2001; 344 (1): 38-47.
11. Shannon C. Misoprostol: Investigator's brochure. New York: Gynuity Health Projects, 2006.
12. Blum J, Winikoff B, Gemzell-Danielsson K, et al. Treatment of incomplete abortion and miscarriage with misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99: S186-S189.

13. Shwekerela B, Kalumuna R, Kipingili R, et al. Misoprostol for treatment of incomplete abortion at the regional hospital level: Results from Tanzania. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11): 1363-1367.
14. Diop A, Rakotovo J, Raghavan S, et al. Comparison of two routes of administration for misoprostol in the treatment of incomplete abortion: A randomized clinical trial. *Contraception* 2009; 79: 456-462.
15. Bique C, Usta M, Debora B, et al. Comparison of misoprostol and manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 98(3): 222-226.
16. Dao B, Blum J, Thieba B, et al. Is misoprostol a safe, effective, acceptable alternative to manual vacuum aspiration for post abortion care? Results from a randomized trial in Burkina Faso, West Africa. *British Journal of Obstetrics and Gynecology* 2007; 114(11): 1368-1375.
17. Ngoc NTN, Blum J, Durocher J, et al. A randomized controlled study comparing 600 versus 1200 mcg oral misoprostol for medical management of incomplete abortion. *Contraception* 2005; 72(6): 438-442.
18. Weeks A, Alia G, Blum J, et al. A randomised trial of oral misoprostol versus manual vacuum aspiration for the treatment of incomplete abortion in Kampala, Uganda. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 106(3): 540-547.
19. Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, et al. Expectant, medical or surgical management of first-trimester miscarriage: A meta-analysis. *Obstetrics & Gynecology* 2005; 105(5): 1104-1113.
20. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al. Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of a randomised controlled trials (miscarriage treatment (MIST) trial). *British Medical Journal* 2006; 332: 1235-1240.
21. Postabortion Care Consortium Community Task Force. Essential Elements of Postabortion Care: An Expanded and Updated Model. Postabortion Care Consortium. July, 2002. (Accessed May 2009 at http://www.pac-consortium.org/site/PageServer?pagename=PAC_Model.)
22. Tang OS, Schweer H, Seyberth HW, et al. Pharmacokinetics of different routes of administration of misoprostol. *Human Reproduction* 2002; 17(2): 332-336.

23. Ziemann M, Fong SK, Benowitz NL, et al. Absorption kinetics of misoprostol with oral or vaginal administration. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 90(1): 88-92.
24. Derman RJ, Kodkany BS, Goudar SS, et al. Oral misoprostol in preventing postpartum haemorrhage in resource-poor communities: A randomised controlled trial. *Lancet* 2006; 368: 1248-1253.
25. Blanchard K, Taneepanichskul S, Kiriwat O, et al. Two regimens of misoprostol for treatment of incomplete abortion. *Obstetrics & Gynecology* 2004; 103: 860-865.
26. Creinin MD, Huang X, Westhoff C, et al. Factors related to successful misoprostol treatment for early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 2006; 107(4): 901-907.
27. Consensus Statement: Instructions for use – misoprostol for treatment of incomplete abortion. Expert Meeting on Misoprostol sponsored by Reproductive Health Technologies Project and Gynuity Health Projects. June 9, 2004. New York, NY.
28. Moodliar S, Bagratee JS, Moodley J. Medical v. surgical evacuation of first-trimester spontaneous abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 91: 21-26.
29. Pandian Z, Ashok P, Templeton A. The treatment of incomplete miscarriage with oral misoprostol. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2001; 108: 213-214.
30. Pang MW, Lee TS, Chung TKH. Incomplete miscarriage: a randomized controlled trial comparing oral with vaginal misoprostol for medical evacuation. *Human Reproduction* 2001; 16(11): 2283-2287.
31. Davis AR, Hendlish SK, Westhoff C, et al. Bleeding patterns after misoprostol vs surgical treatment of early pregnancy failure: results from a randomized trial. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007 Jan; 196(1):31.e1-7.
32. Dabash R, Cherine M, Darwish E, et al. Misoprostol (400 mcg) sublingual vs. MVA for the treatment of incomplete abortion in Egypt. 2009. *In submission*.
33. Robledo C, Zhang J, Troendle J, et al. Clinical indicators for success of misoprostol treatment after early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99(1):46-51.

34. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, et al. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound in Obstetrics and Gynecology* 2009; 34(1): 104-9.
35. Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Weeks A. Misoprostol: first-line therapy for incomplete miscarriage in the developing world. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2007; 114(11):1337-1339.
36. Shelley JM, Healy D, Grover S. A randomised trial of surgical, medical and expectant management of first trimester spontaneous miscarriage. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2005; 45(2): 122-127.
37. Coughlin LB, Roberts D, Haddad NG, et al. Medical management of first trimester incomplete miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2004; 24(1): 67-68.
38. Graziosi GCM, Mol BW, Ankum WM, et al. Management of early pregnancy loss. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 337-346.
39. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, et al. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2007; 99 Suppl 2: S182-185.
40. Shankar M, Economides DL, Sabin CA, et al. Outpatient medical management of missed miscarriage using misoprostol. *Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2007; 27(3): 283-286.
41. Sharma D, Singhal SR, Rani XX. Sublingual misoprostol in management of missed abortion in India. *Tropical Doctor* 2007; 37(1): 39-40.
42. Tang OS, Ong CY, Tse KY, et al. 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* 2006; 21(1):189-192.
43. Vejborg TS, Rorbye C, Nilas L. Management of first trimester spontaneous abortion with 800 or 400 ug vaginal misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2006; 92: 268-269.
44. Agostini A, Ronda I, Capelle M, et al. Influence of clinical and ultrasound factors on the efficacy of misoprostol in first trimester pregnancy failure. *Fertility & Sterility* 2005; 84(4):1030-1032.

45. Blohm F, Friden BE, Milsom I, et al. A randomised double blind trial comparing misoprostol or placebo in the management of early miscarriage. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 112: 1090-1095.
46. Kovavisarach E, Jamnansiri C. Intravaginal misoprostol 600 mcg and 800 mcg for the treatment of early pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2005; 90: 208-212.
47. Lister MS, Shaffer LE, Bell JG, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of vaginal misoprostol for management of early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2005; 193(4): 1338-1343.
48. Sifakis S, Angelakis E, Vardaki E, et al. High dose misoprostol used in outpatient management of first trimester spontaneous abortion. *Archives of Gynecology & Obstetrics* 2005; 272: 183-186.
49. Zhang J, Gilles JM, Barnhart K, et al for the National Institute of Child Health Human Development (NICHD) Management of Early Pregnancy Failure Trial. A comparison of medical management with misoprostol and surgical management for early pregnancy failure. *New England Journal of Medicine* 2005; 353(8): 761-769.
50. Bagratee JS, Khullar V, Regan L, et al. A randomized controlled trial comparing medical and expectant management of first trimester miscarriage. *Human Reproduction* 2004; 19(2): 266-271.
51. Davis AR, Robilotto CM, Westhoff CL, et al. Bleeding patterns after vaginal misoprostol for treatment of early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2004; 19(7): 1655-1658.
52. Gilles JM, Creinin MD, Barnhardt K, et al for the National Institute of Child Health and Human Development Management of Early Pregnancy Failure Trial. A randomized trial of saline solution-moistened misoprostol versus dry misoprostol for first-trimester pregnancy failure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190(2): 389-394.
53. Graziosi GC, Mol BW, Reuwer PJ, et al. Misoprostol versus curettage in women with early pregnancy failure after initial expectant management: A randomized trial. *Human Reproduction* 2004; 19(8): 1894-1899.

54. Murchison A, Duff P. Misoprostol for uterine evacuation in patients with early pregnancy failures. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2004; 190: 1445-1446.
55. Ngoc NTN, Blum J, Westheimer E, et al. Medical treatment of missed abortion using misoprostol. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 87: 138-142.
56. Taner CE, Nayki U, Pirci A. Misoprostol for medical management of first-trimester pregnancy failure. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2004; 86: 407-408.
57. Al Inizi SA, Ezimokhai M. Vaginal misoprostol versus dinoprostone for the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2003; 83(1): 73-74.
58. Tang OS, Lau WN, Ng EH, et al. 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.
59. Kovavisarath E, Sathapanachai U. Intravaginal 400ug misoprostol for pregnancy termination in cases of blighted ovum: A randomized controlled trial. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology* 2002; 42(2): 161-163.
60. Muffley PE, Stitely ML, Gherman RB. Early intrauterine pregnancy failure: A randomized trial of medical versus surgical treatment. *American Journal of Obstetrics & Gynecology* 2002; 187: 321-326.
61. Wood SL, Brain PH. Medical management of missed abortion: A randomized clinical trial. *Obstetrics & Gynecology* 2002; 99: 563-566.
62. Demetroulis C, Saridogan E, Kunde D, et al. A prospective randomized control trial comparing medical and surgical treatment for early pregnancy failure. *Human Reproduction* 2001; 16(2): 365-369.
63. Ngai SW, Chan YM, Tang OS, et al. Vaginal misoprostol as medical treatment for first trimester spontaneous miscarriage. *Human Reproduction* 2001; 16(7):1493-1496.

64. Ayres-de-Campos, Teixeira-da-Silva J, Campos I, et al. Vaginal misoprostol in the management of first-trimester missed abortions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 2000; 71: 53-57.
65. Autry A, Jacobsen G, Sandhu R, et al. Medical management of non-viable early first trimester pregnancy. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1999; 67: 9-13.
66. Chung TK, Lee DT, Cheung LP, et al. Spontaneous abortion: a randomized, controlled trial comparing surgical evacuation with conservative management using misoprostol. *Fertility & Sterility* 1999; 71(6):1054-1059.
67. Zalanyi S. Vaginal misoprostol alone is effective in the treatment of missed abortion. *British Journal of Obstetrics & Gynecology* 1998; 105: 1026-1035.
68. Creinin MD, Moyer R, Guido R. Misoprostol for medical evacuation of early pregnancy failure. *Obstetrics & Gynecology* 1997; 89: 768-772.
69. Herabutya Y, O-Prasertsawat P. Misoprostol in the management of missed abortion. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 1997; 56: 263-266.

Gynuity Health Projects
15 East 26th Street, 8th Floor
Nova York, NY 10010 E.U.A.
tel: 1.212.448.1230
fax: 1.212.448.1260
website: www.gynuity.org
Informações: pubinfo@gynuity.org

Gynuity
HEALTH PROJECTS