

DIRETRIZES PARA ABORTO FARMACOLÓGICO COM MENOS DE 12 SEMANAS

Versão 1.0, agosto de 2023

CRÉDITOS

Este manual de formação foi elaborado pela Dr.^a Asma Khalid, MBBS, Consultora Sénio MRCOG em nome da DKT WomanCare Global.

©Copyright WomanCare Global

Com agradecimentos ao Dr. Swebby Macha, Dr. Abiodun Adewale, Promotores da WomanCare

ÍNDICE

Introdução	2
Finalidade e âmbito	3
Fontes	3
Definição dos termos	4
Princípios da Prestação do serviço de AF	5
Princípios da qualidade dos cuidados em serviços de aborto	6
Cuidados Pré- Procedimento	7
Funções e Responsabilidades	7
Aconselhamento e consentimento informado	8
Principais factos sobre o aborto farmacológico	9
Riscos e complicações do aborto farmacológico	10
Medicamentos para Aborto Farmacológico: doses e vias de administração	11
Cuidados pós-procedimento	12
Informação administrativa	12
Guia de Autocuidado	12
Identificar quando deve voltar	12
Complicações	13
Planeamento familiar após o aborto	13
Gestão de outros tipos de aborto	14
Outras utilizações de medicamentos para aborto farmacológico	15

DIRETRIZES PARA ABORTO FARMACOLÓGICO

INTRODUÇÃO

Estas diretrizes fornecem recomendações baseadas em evidências para a prestação de serviços de aborto farmacológico até às 12 semanas de gestação.

O aborto deve estar disponível mediante pedido da mulher ou da rapariga. A Dkt WomanCare Global está empenhada nos princípios dos cuidados de saúde baseados nos direitos e focados nas pessoas, prestados num ambiente propício em que haja respeito pelos direitos humanos, um quadro legislativo e político solidário, disponibilidade e acessibilidade da informação no âmbito de um sistema de saúde de suporte.

Caixa 1: Princípios Gerais do Direito ao Aborto

Disposição OMS, Diretrizes sobre Cuidados no Aborto 2022

- A saúde e os direitos sexuais e reprodutivos baseiam-se numa série de direitos humanos reconhecidos e garantidos pelo direito nacional e internacional.
- Os Estados têm o dever, ao abrigo da lei internacional dos direitos humanos, de assegurar que a regulamentação do aborto não leva as mulheres e as raparigas a recorrer a abortos inseguros.
- Os Estados devem fornecer medicamentos essenciais incluídos no Programa de Ação de Medicamentos Essenciais da OMS.
- Os organismos de monitorização dos tratados apelaram à descriminalização do aborto em todas as circunstâncias.
- Independentemente de o aborto ser legal ou restrito, os Estados são obrigados a assegurar o acesso a cuidados pós-aborto.

Finalidade e Âmbito

A finalidade das presentes diretrizes é fornecer informação baseadas em evidências para:



Desenvolvimento de pacotes de formação Dkt WomanCare Global para aborto farmacológico



Os funcionários clínicos e não clínicos da Dkt WomanCare Global devem garantir que os serviços prestados são seguros, eficazes, focados na paciente e da mais elevada qualidade, de acordo com a missão e visão da organização



Profissionais de saúde, incluindo profissionais de nível médio, enfermeiras, parteiras e farmacêuticos.

Fontes

-  Clinical Practice Handbook for Safe Abortion WHO (2014)
-  Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) Contraception After Pregnancy (janeiro de 2017, alterado em outubro de 2020).
-  Best Practice in Abortion Care, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, abril de 2022
<https://www.rcog.org.uk/guidance/browse-all-guidance/best-practice-papers/>
-  Recursos, Diretrizes e vídeos Ipas
<https://www.ipas.org/resource/abortion-care-videos/>
-  Diretrizes sobre Cuidados no Aborto. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2022
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240039483>
-  Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa da Organização Mundial da Saúde (SRP/OMS) e Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), Projeto Knowledge for Health. Family Planning: A Global Handbook for Providers (atualizado em 2018). Baltimore e Genebra: CCP e OMS, 2018.
<https://www.who.int/publications/i/item/97809999203705>
-  Critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos da Organização Mundial de Saúde -- 5.ª ed. 2015
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>
-  Best Practice in Post Abortion Contraception Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, setembro de 2022 <https://www.rcog.org.uk/media/53fhrbz2/post-abortion-contraception-best-practice-paper-2022.pdf>
-  Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management NICE guideline [NG126} novembro de 2021
<https://www.nice.org.uk/guidance/ng126>

Definição dos Termos

Parcialmente derivado das Diretrizes sobre Cuidados no Aborto, OMS 2022



Aborto farmacológico consiste na utilização de agentes farmacológicos para interromper a gravidez - mais frequentemente mifepristona e misoprostol combinados, ou misoprostol isolado. Esta medicação pode ser usada para a gestão de aborto induzido, espontâneo ou incompleto.

A Mifepristona bloqueia o efeito da progesterona, que é essencial para a continuação da gravidez. Também tem efeitos de amadurecimento do colo do útero e aumenta a sensibilidade do útero às contrações.

Misoprostol é um análogo sintético E1 da prostaglandina, que tem um efeito de amadurecimento do colo do útero e induz contrações uterinas.

Aborto induzido é a interrupção de uma gravidez existente com recurso a fármacos ou aspiração uterina.

Aborto espontâneo é a perda não induzida da gravidez antes das 24 semanas de gestação. O termo aborto espontâneo é usado alternadamente com aborto.

Aborto retido: O fim de uma gravidez quando o feto/embrião permanece no útero e o orifício cervical se mantém fechado. Os sintomas poderão incluir dor e/ou hemorragia, ou pode não haver quaisquer sintomas.

O **aborto incompleto** ocorre quando os conteúdos uterinos não são totalmente expelidos ou removidos após o aborto espontâneo ou aborto induzido pela presença clínica de um orifício cervical aberto.

«**Aborto inseguro**» significa um aborto realizado por uma pessoa sem as competências necessárias ou num ambiente que não está em conformidade com os padrões médicos mínimos.

Os **cuidados pós-aborto** são definidos como a prestação de serviços após um aborto, incluindo serviços de contraceção e articulação com outros serviços necessários na comunidade ou fora desta. Inclui acompanhamento opcional, se solicitado pela mulher. Também podem incluir o tratamento das complicações após qualquer tipo de aborto. Devem ser sempre disponibilizados, independentemente do facto de o aborto ser ou não restringido num determinado contexto.

Telemedicina: Um modo de prestação de cuidados de saúde onde os profissionais e médicos, ou profissionais e especialistas, estão separados pela distância. Isto pode incluir interações em tempo real online ou por telefone e o acompanhamento de mensagens deixadas por telefone/e-mail/SMS. Esta abordagem de prestação de serviços deve ser oferecida como alternativa às interações presenciais.

Autogestão do aborto: Autogestão de todo o processo do aborto farmacológico ou de uma ou mais das etapas que o compõem, tais como autoavaliação da elegibilidade para aborto farmacológico, autoadministração de medicamentos sem a supervisão direta de um profissional de saúde e autoavaliação do sucesso do processo de aborto.

Aspiração cirúrgica. Isto envolve a evacuação dos conteúdos do útero através de uma cânula, ligada a uma fonte de vácuo. A aspiração a vácuo eléctrica (EVA) necessita de uma fonte de alimentação e uma aspiração a vácuo manual (MVA) é feita com uma seringa manual.

Idade gestacional: O número de dias ou semanas desde o primeiro dia da última menstruação da mulher em mulheres com ciclo regular. No caso das mulheres com ciclos irregulares ou quando desconhecem o último ciclo menstrual (LMP), a idade gestacional é o tamanho do útero, calculado em semanas, com base num exame físico ou ecografia, que corresponde a um útero grávidico com a mesma idade gestacional indicada pelo LMP.

Princípios da Prestação do serviço de AF



Qualquer método de aborto deve ser iniciado imediatamente para reduzir os riscos à medida que a gestação avança, e também para aumentar a satisfação da paciente. Isto significa que os serviços devem ser acessíveis, disponíveis e comportáveis.



Os cuidados devem ser focados na paciente e nas suas necessidades, num ambiente acolhedor e favorável à paciente e que respeite a privacidade auditiva e visual.



Os profissionais devem ter formação em aconselhamento e ser capazes de fornecer informação sem juízos de valor. Deve haver total garantia da confidencialidade da paciente.



O aconselhamento deve garantir que a paciente consegue fazer uma escolha informada sem coação. Deve incluir informação sobre a escolha do método de aborto, possíveis complicações e necessidade de acompanhamento, especialmente em caso de complicações.



Devem existir redes de encaminhamento bem estabelecidas para outros serviços de saúde sexual, caso estes não estejam disponíveis no local.



Todos os aspetos da prestação do serviço devem ser documentados.



Os profissionais devem adquirir competências básicas durante a formação e estar conscientes dos limites da sua formação, especialmente no que diz respeito à gestação ou gravidez e fazer o encaminhamento para outros profissionais, se necessário.

Princípios da qualidade dos cuidados em serviços de aborto

A qualidade é definida como um serviço que é **seguro, eficaz e focado na paciente**. Alguns exemplos são apresentados na Tabela 1. Outras dimensões essenciais da qualidade incluem se os serviços são acessíveis e equitativos, cuja discussão está fora do âmbito do presente documento.

TABELA 1: Qualidade dos cuidados em serviços de aborto

Princípios de qualidade dos cuidados*	Exemplos	Consequências dos serviços de má qualidade	Medidas para reduzir os riscos dos serviços de má qualidade
SEGURO:			
<p>As utilizadoras do serviço, os funcionários e os visitantes estão protegidos contra abusos e danos evitáveis?</p>	<ul style="list-style-type: none"> As técnicas clínicas inadequadas podem aumentar a probabilidade de complicações, como infeções. Falta de conhecimento e de competências para evitar complicações e para reconhecê-las e tratá-las quando estas ocorrem. Avaliação incorreta da idade gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Infeção, hemorragia, trauma no trato genital. Morbilidade menor ou maior, morte. 	<ul style="list-style-type: none"> Formação baseada em competências. Acompanhamento e apoio após a formação. Aquisição de materiais e equipamento de qualidade.
EFICAZ:			
<p>Os cuidados, tratamento e apoio das pessoas obtêm bons resultados, promovem uma qualidade de vida e são baseados em evidências, na medida do possível?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Técnicas inadequadas na evacuação uterina. Falta de conhecimento dos métodos de AF adequados para a gestação. Avaliação incorreta da idade gestacional. 	<ul style="list-style-type: none"> Procedimentos incompletos que exigem tratamento de acompanhamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Formação baseada em competências. Acompanhamento e apoio após a formação. Aquisição de materiais e equipamento de qualidade.
FOCADO NA PACIENTE:			
<p>Os funcionários envolvem e tratam as pessoas com compaixão, gentileza, dignidade e respeito?</p> <p>Os cuidados são adequados à pessoa? Adaptam-se às preferências e necessidades? Adaptam-se caso essas necessidades ou preferências se alterem?</p>	<ul style="list-style-type: none"> Falta de privacidade visual ou auditiva. Falta de confidencialidade. Falta de informação e de consentimento informado. Alívio da dor inadequado Funcionários críticos. 	<ul style="list-style-type: none"> A paciente pode não voltar para o acompanhamento ou decidir não procurar cuidados adicionais. Poderá não recomendar à família ou amigos Efeitos psicológicos na mulher e no seu parceiro 	<ul style="list-style-type: none"> Formação em aconselhamento e cuidados focados na paciente. Inquéritos às pacientes para avaliar a qualidade dos cuidados.

* Principais Linhas de Investigação da Care Quality Commission, julho de 2022
<https://www.theaccessgroup.com/en-gb/blog/key-lines-enquiry-kloe-explained/>

Cuidados Pré-Procedimento

FUNÇÕES E RESPONSABILIDADES

Os profissionais de saúde que prestam serviços de aborto farmacológico devem ter formação sobre avaliação da mulher que solicita o aborto farmacológico, administração dos medicamentos com instruções completas e fornecimento de informações sobre o que acontece após o processo de aborto, incluindo como determinar se foi bem-sucedido. Os profissionais são elegíveis para prestar serviços de aborto farmacológico ou parte do leque de serviços, desde profissionais de saúde, farmacêuticos, enfermeiros auxiliares, enfermeiras parteiras e médicos, dependendo das regulamentações locais.

Em alguns contextos, as mulheres poderão ser capazes de administrar a sua medicação em casa e gerir elas mesmas o processo – «autogestão». Isto exige o fornecimento de informações de mais elevada qualidade sobre o que esperar e quando pode ser necessário acompanhamento. O apoio remoto pode ser prestado através da telemedicina, bem como por profissionais de saúde presencialmente. A autogestão do aborto farmacológico deve ser oferecida sempre que possível a mulheres que preferem ficar em casa ao invés de serem tratadas numa unidade de saúde.

O aborto farmacológico com idade gestacional >14 semanas só deve ser feito por um médico de clínica geral devidamente habilitado ou por um especialista. Antes do procedimento de aborto farmacológico, é essencial avaliar a elegibilidade para o tratamento.

Os principais componentes são:

Diagnosticar a gravidez e realizar um teste, se necessário.

Determinar a idade gestacional

- Isto é essencial para garantir que a gestão é exata, para que a mulher possa receber as doses corretas de medicação. O aborto farmacológico em fases mais avançadas da gestação deve ser realizado numa unidade de saúde devido ao risco acrescido de hemorragia.
- Na maioria dos casos, pode ser razoavelmente calculada com base no número de semanas e dias desde o primeiro dia do último ciclo menstrual (LMP).
- Não é necessário ecografia de rotina, a não ser que haja incertezas em relação à idade gestacional. O pedido da ecografia também pode atrasar o procedimento. No entanto, deve ser realizada uma ecografia caso exista suspeita de gravidez ectópica.
- Em caso de dúvidas sobre o tempo de gravidez e/ou quando a ecografia não está disponível, a idade gestacional também pode ser calculada com um exame físico por um profissional qualificado.

Excluir problemas de saúde que possam constituir contraindicações para o tratamento.

- Estas incluem uma gravidez ectópica* conhecida ou suspeita e uma reação alérgica anterior à Mifepristona e ao Misoprostol.
- As mulheres com asma grave não controlada, insuficiência adrenal ou porfiria hereditária não devem utilizar Mifepristona.
- As mulheres que sofrem de perturbações hemorrágicas ou que tomam medicamentos anticoagulantes irão necessitar de uma avaliação cuidadosa sobre o local do procedimento e se é necessário interromper os medicamentos.



Os seguintes *não* são normalmente necessários antes do aborto farmacológico:

- Estimativa da hemoglobina, a menos que a mulher tenha anemia sintomática
- Exames físicos, incluindo exame mamário ou rastreio do cancro do colo do útero.
- Medição da pressão arterial.
- Rastreio de IST.
- Antibióticos profiláticos.
- Injeção anti-D para mulheres com <12 semanas de gestação.

* Uma gravidez ectópica é quando o embrião se desenvolve fora do útero. Isto envolverá geralmente uma trompa de Falópio ou, menos frequentemente, na cavidade abdominal, ovários ou colo do útero.

Aconselhamento e consentimento informado

Qualquer informação fornecida à paciente, de forma escrita ou verbal, deve respeitar os princípios dos direitos humanos em matéria de aconselhamento indicados na Caixa 2

CAIXA 2: Principais considerações relevantes para o fornecimento de informações



O consentimento informado exige o fornecimento de informação completa, precisa e baseada em evidências



Deve ser disponibilizada informação precisa sobre o aborto, de uma forma que respeite a privacidade e a confidencialidade.



O direito de recusar essa informação, quando oferecida, deve ser respeitado.



A informação sobre o aborto deve estar disponível para todas as pessoas sem o consentimento ou autorização de terceiros. Isto inclui disponibilização de informação sobre o aborto a adolescentes sem o consentimento ou autorização de um progenitor, tutor ou outra autoridade.



A informação deve ser não discriminatória e não tendenciosa e apresentada de forma respeitosa. Não deve alimentar o estigma ou a discriminação e deve ser fornecida de forma compreensível ou adaptada à pessoa.



A disseminação de desinformação, retenção de informação e censura devem ser proibidas.



A informação deve ser aceitável para a pessoa que a recebe e deve ser de elevada qualidade; deve ser apresentada de uma forma compreensível. Ao longo do processo, deve existir uma avaliação contínua da compreensão da mulher da informação fornecida, disponibilidade para responder a perguntas e para confirmar se a decisão é voluntária.

Desenvolvido a partir da Diretrizes sobre Cuidados no Aborto 2022

Principais factos sobre o aborto farmacológico

Todos os métodos de aborto que estão disponíveis devem ser discutidos para que a mulher possa fazer uma escolha informada. A tabela 2 apresenta os principais pontos de orientação para AF e oferece uma comparação com o aborto cirúrgico para referência.

TABELA 2: Principais factos sobre o aborto farmacológico e cirúrgico em gestações com menos de 12 semanas (Adaptado de)

 Aborto farmacológico antes das 12 semanas	 Aborto cirúrgico antes das 12 semanas
 Evita a cirurgia.	 Procedimento rápido.
 Simula o processo do aborto espontâneo.	 É realizado numa unidade de saúde.
 Em alguns contextos e gestações, pode ser realizado em casa.	 O momento do aborto é controlado pelo médico e pela clínica.
 Processo normalmente concluído em 1-2 dias, mas pode levar mais tempo para concluir o aborto, o que pode ser imprevisível. As mulheres terão hemorragia e cólicas durante este período, especialmente nas horas em que a gravidez é expelida.	 Requer instrumentalização do útero.
 O misoprostol pode causar outros efeitos secundários, tais como vômitos, calafrios e náuseas. (1 em 10)	 Pode ser realizado com anestesia local ou sedação.
 Pode exigir mais do que uma visita à clínica se a hemorragia e as dores exigirem tratamento e para garantir que a gravidez já terminou.	 Pequeno risco de lesões uterinas ou cervicais.
 Existe a possibilidade de as mulheres verem os produtos da concepção.	 Pode ocorrer dor e hemorragia durante 1-2 semanas após o procedimento.
 Todos os métodos contraceptivos podem ser iniciados no momento do aborto farmacológico, exceto os dispositivos intrauterinos (DIU), que podem ser inseridos imediatamente após a expulsão da gravidez.	 O aborto completo é facilmente verificado através da avaliação do produto da concepção aspirado.
	 Todos os métodos contraceptivos podem ser iniciados no momento do procedimento, incluindo o DIU.

Riscos e complicações do aborto farmacológico

Os riscos e complicações dos procedimentos de aborto são raros. A informação de elevada qualidade fornecida à paciente resultará numa gestão atempada de quaisquer problemas que possam ocorrer. O tratamento das complicações é discutido na página 13.

TABELA 3: Riscos e complicações do aborto (do RCOG 2022)

Complicação/risco	Aborto farmacológico	Aborto cirúrgico
Continuação da gravidez	1 - 2 em 100	1 em 1000 Superior em gravidezes <7 semanas
Necessidade de intervenção adicional para completar o procedimento	<14 semanas: 70 em 1000	<14 semanas: 35 em 1000
Infeção*	Menos de 1 em 100	Menos de 1 em 100
Hemorragia grave que exige transfusão	<20 semanas: menos de 1 em 1000	<20 semanas: menos de 1 em 1000
Lesão cervical provocada pela dilatação e manipulação	-	1 em 100
Perfuração uterina	-	1 - 4 em 1000

*A infeção do trato genital superior está frequentemente mais associada a infeção pré-existente do trato genital inferior aquando do procedimento

Medicamentos para aborto farmacológico: doses e vias de administração

Deve ser utilizada uma combinação de mifepristona e misoprostol, se disponível, pois é mais eficaz do que o misoprostol isolado. A combinação também reduz os efeitos secundários, diminui a probabilidade de insucesso do aborto e reduz o tempo necessário para completar o aborto. Não existe limite de idade gestacional mínima para o aborto farmacológico.

Em 2022, a OMS recomendou a utilização de 200 µg de mifepristona administrada por via oral, seguido de 800 µg misoprostol 1–2 dias depois, administrado por via vaginal, sublingual ou bucal. O intervalo mínimo recomendado entre a utilização de mifepristona e misoprostol é de 24 horas.*

Ao utilizar o misoprostol isolado: É recomendada a utilização de 800 µg de misoprostol administrado por via bucal, sublingual ou vaginal.*

*para que a expulsão ocorra, poderá ser necessário repetir doses à medida que a gestação avança.

É importante compreender as diferenças entre as diferentes vias de administração dos medicamentos (Tabela 4). O não cumprimento das instruções poderá levar a um procedimento menos eficaz.

TABELA 4: Vias de administração para mifepristona e misoprostol (do BJOG IOL)

Via	Instruções de Utilização
Oral	Os comprimidos são ingeridos
Bucal	Os comprimidos são colocados entre a bochecha e a gengiva e engolidos ao fim de 20–30 minutos
Sublingual	Os comprimidos são colocados debaixo da língua engolidos ao fim de 30 minutos
Vaginal	Os comprimidos são colocados nos fôrnices vaginais (parte mais profunda da vagina) e a mulher recebe instruções para se deitar durante 30 minutos

Regime alternativo: A utilização do regime combinado de Letrozol e Misoprostol. (Letrozol 10 mg por via oral durante 3 dias, seguido de Misoprostol 800 µg por via sublingual no quarto dia como opção segura e eficaz).

O alívio da dor deve ser oferecido sistematicamente, com medicamentos anti-inflamatórios não esteroides (ou paracetamol (acetaminofeno) quando estes não forem uma opção). Analgésicos mais fortes, como a codeína, também podem ser oferecidos, dependendo do quadro clínico. Medidas conservadoras, tais como garrafas de água quente e compressas quentes, também poderão proporcionar algum alívio.

Cuidados pós-procedimento



Todas as mulheres devem receber informação escrita e verbal após o procedimento ou aquando da administração de medicamentos. Importa recordar que as mulheres podem necessitar de apoio emocional, para além do físico.

Informação administrativa

- Como e onde aceder aos serviços de acompanhamento e respetivos horários de funcionamento e números de contacto de emergência. Deve haver uma política de abertura para quaisquer questões adicionais.
- Com aceder a outros serviços que foram discutidos, tais como aconselhamento sobre IST, VIH, serviços de apoio à violência de género.

Orientação de autocuidado

- Em caso de hemorragia intensa, recomenda-se a utilização de pensos higiénicos grossos em vez de tampões.
- Não fazer duches vaginais.
- Alívio da dor comum sob a forma de AINES +/- paracetamol, compressas quentes, garrafas de água quente e manter a hidratação, +/- Pode ser necessário um antiemético para controlar o efeito secundário do misoprostol.
- Pode retomar as relações sexuais quando se sentir pronta. Não há provas de que as relações sexuais durante a hemorragia pós-aborto conduzam a um risco de infeção.
- A menstruação seguinte pode demorar 4-8 semanas a regressar.

Identificar quando deve voltar

- A mulher deve procurar aconselhamento se tiver os seguintes sintomas:
 - Hemorragia excessiva (ex. impregnar dois pensos higiénicos numa hora durante mais de duas horas).
 - A dor não é controlada com medicação.
 - Febre superior a 38 °C.
 - Corrimento vaginal desagradável, dor intensa ou distensão abdominal.
- As mulheres também devem estar atentas aos sinais de uma gravidez existente:
 - Ausência de hemorragia após a toma do misoprostol.
 - Sintomas de gravidez que persistem após alguns dias (dores nos seios, náuseas).
 - Se a próxima menstruação não tiver regressado após 4 semanas.



Não existe necessidade de acompanhamento de rotina após o aborto farmacológico

Complicações

Estar preparado com vias de encaminhamento bem definidas para instalações de nível superior em caso de necessidade de aborto cirúrgico

TABELA 5: Complicações

Complicação	Sintomas	Tratamento após Avaliação clínica
<ul style="list-style-type: none"> Aborto incompleto 	<ul style="list-style-type: none"> Hemorragia Dor abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> Observação («esperar para ver») se a paciente estiver estável Repetir os comprimidos MVA
<ul style="list-style-type: none"> Infeção 	<ul style="list-style-type: none"> Febre ou calafrios Corrimento vaginal com odor fétido Dor abdominal Hemorragia vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> Internamento hospitalar Com terapia antibiótica, verificar a existência de produtos retidos, evacuar novamente o útero As infeções graves podem exigir hospitalização

Planeamento familiar após o aborto



A ovulação pode ocorrer 8-10 dias após um aborto, logo, é importante discutir este assunto durante o aconselhamento e determinar se a mulher gostaria de iniciar um determinado método imediatamente. Os seguintes métodos contraceptivos poderão ser iniciados imediatamente caso não existam restrições à elegibilidade médica após o aborto cirúrgico ou farmacológico



Contraceptivos orais combinados

- Existe a opção imediata de contraceção hormonal após a toma do primeiro comprimido do regime de aborto farmacológico.



Contraceptivos à base de progesterona, incluindo implantes e injeções.



Diafragma.



Os dispositivos intrauterinos (DIU) podem ser iniciados.

- Colocação do DIU no momento em que o sucesso do procedimento de aborto é determinado, mas não iniciado imediatamente após o aborto séptico.

Gestão de outros tipos de aborto



As mulheres com um diagnóstico de **aborto retido** podem receber aconselhamento sobre se preferem observação (abordagem «esperar para ver»), aspiração cirúrgica ou tratamento médico.



A escolha do método depende inteiramente da preferência da mulher e da avaliação da sua situação clínica.



Para aquelas que optam pela medicação, o aconselhamento pré e pós-procedimento é igual ao das mulheres que optam pelo aborto farmacológico para aborto induzido.



Nestes casos, é recomendável combinar mifepristona e misoprostol em vez de utilizar apenas misoprostol.

OMS 2022

Regime recomendado 200 mg de mifepristona administrada por via oral, seguida de 800 µg de misoprostol 24 horas depois, administrado por qualquer via (vaginal, sublingual ou bucal).*

Regime alternativo: 800 µg de misoprostol administrado por qualquer via (bucal, sublingual, vaginal).

Para gestações mais avançadas, poderá ser necessário repetir a dose.



O **aborto incompleto** pode apresentar-se com hemorragia vaginal e dor abdominal e pode ser o resultado de um aborto induzido (seguro ou inseguro) ou de um aborto espontâneo.



As opções de gestão incluem observação, aspiração cirúrgica ou tratamento farmacológico. Quanto ao aborto retido, a escolha do método depende inteiramente da preferência da mulher e da avaliação da sua situação clínica no que diz respeito à hemorragia, dor e quaisquer sinais de infeção.



Os profissionais de saúde devem estar atentos ao risco de ter ocorrido um aborto inseguro, cujos sinais incluem lesão do trato genital, presença de corpos estranhos na vagina.

OMS 2022

Para o tratamento médico do aborto incompleto com *tamanho uterino de <14 semanas*: **Sugerir** a utilização de 600 µg de misoprostol administrado por via oral ou de 400 µg administrado por via sublingual.

Para o tratamento médico do aborto incompleto com *tamanho uterino de ≥ 14 semanas*: **Sugerir** a utilização de doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por via sublingual, vaginal ou bucal a cada 3 horas.

Importa salientar que o tratamento do aborto incompleto é uma função essencial dos cuidados obstétricos básicos de emergência BEmONC.



Outras utilizações de medicamentos para aborto farmacológico

1

A **morte fetal intrauterina (MFIU)** com mais de 14 semanas de gravidez ocorre quando o feto ou embrião não é viável. O diagnóstico é confirmado por ecografia.

- **O regime sugerido** utiliza mifepristona e misoprostol em vez de misoprostol isolado: 200 mg de mifepristona administrada oralmente, seguida de 1–2 doses repetidas de 400 µg de misoprostol, administrado por via sublingual ou vaginal a cada 4–6 horas. O intervalo mínimo recomendado entre a utilização de mifepristona e misoprostol é de 24 horas.
- **Regimes alternativos:** doses repetidas de 400 µg de misoprostol administrado por via bucal, sublingual ou vaginal a cada 4–6 horas.

2

Indução do parto. 25 mcg de misoprostol por via oral a cada 2 horas é tão eficaz como outras prostaglandinas, como a dinoprostona, para iniciar artificialmente o parto.

3

Hemorragia pós-parto (HPP). FIGO 2022 Isto é definido como uma perda de sangue superior a 500 ml nas 24 horas seguintes ao parto. Afeta 5 % de todas as mulheres que dão à luz e está associada a cerca de 25 % de todos os óbitos maternos. O misoprostol 400 mcg ou 600mcg administrado por via oral após o parto do bebé e antes da expulsão da placenta pode ser utilizado para prevenir a HPP relacionada com atonia uterina, como alternativa à oxitocina, se não estiver disponível. Pode ser autoadministrado quando não estiverem disponíveis parteiras qualificadas. A HPP devido a atonia uterina pode ser tratada com 800mcg de misoprostol por via sublingual, caso a oxitocina intravenosa não esteja disponível.

Fontes de informação adicionais

Aiken ARA, Lohr PA, Lord J, Ghosh N, Starling J. Effectiveness, safety and acceptability of no-test medical abortion (termination of pregnancy) provided via telemedicine: a national cohort study. BJOG 2021;128:1464–1474.

Weeks AD, Lightly K, Mol BW, Frohlich J, Pontefract S, Williams MJ; on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Evaluating misoprostol and mechanical methods for induction of labour. BJOG: Int J Obstet Gy. 2022;129:e61–e65. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.17136>

WHO recommendation on advance misoprostol distribution to pregnant women for prevention of postpartum haemorrhage. Genebra: Organização Mundial de Saúde; 2020. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Contacto

© WomanCare Global

E-mail: contact@dktwomancare.org

www.dktwomancare.org

