

## Clinical recommendations for late termination of pregnancy including fetal death

### Recomendações clínicas na interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal

T. Bombas\*, M. Branco\*\*, S. Franco\*, P. Gomes\*\*\*, E. Galhano\*\*, E. Fonseca\*, C. Ramalho\*\*\*\*, A. Pacheco\*\*\*\*, M. J. Alves\*\*\*\*\*, R. Carvalho\*\*\*\*\*, M. Centeno\*\*\*\*\*, C. Araújo\*\*\*\*\*, E. Mártires\*\*\*\*\*, N. Clode\*\*\*\*\*, M. C. Almeida\*\*\*\*\*, P. Moura\*\*\*\*\* com apoio científico da SPOMMF

#### INTRODUÇÃO

Em Portugal, em 1984, foi realizada a primeira lei que excluía a ilicitude do aborto desde que praticado por um médico<sup>1</sup>. Desde esta data foram realizadas sucessivas atualizações legislativas.

De acordo com o estabelecido pelas Nações Unidas para a proteção dos direitos humanos: «...nas circunstâncias onde o aborto não é contra a lei, os sistemas de saúde devem treinar e equipar os serviços de saúde de forma a que o aborto seja acessível e seguro para salvar a saúde da mulher»<sup>2</sup>.

Neste sentido surgem estas recomendações que incluem a informação científica mais atualizada e fundamentada e pretendem ser uma orientação na atuação terapêutica do esvaziamento uterino no âmbito da interrupção médica de gravidez no 2.º e 3.º trimestre e na morte fetal.

O estudo da etiologia da morte fetal pela sua especificidade, não está incluído neste protocolo.

#### LEGISLAÇÃO

De acordo com a Legislação Portuguesa a Interrupção de Gravidez é considerada dentro dos limites do qua-

dro legal, desde que seja realizada por médico, ou sob sua direção, em estabelecimentos oficiais ou oficialmente reconhecidos e com o consentimento da mulher grávida quando (artigo 142 do Código Penal, lei nº16, 17 de abril de 2007)<sup>3</sup>:

- a) constitui o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) evita o perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) existem seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) há indício sério de que a gravidez resultou de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas;
- e) é realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

Sempre que na alínea anterior houver referência a semanas, entende-se que a semana referida se encontra abrangida até ao seu termo, ou seja, é considerada a se-

\*Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia Serviço Obstetrícia A. CHUC

\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Ginecologia e Obstetrícia Serviço Obstetrícia B. CHUC

\*\*\*Assistente Hospitalar Graduada de Anestesia, Serviço de Anestesia. CHUC

\*\*\*\*Assistente Graduada de Obstetrícia e Ginecologia, Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do CHS João; Professora auxiliar convidada da Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

\*\*\*\*\*Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia Centro Hospitalar do Algarve. Unidade de Faro

\*\*\*\*\*Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia Maternidade Alfredo da Costa

\*\*\*\*\*Assistente Hospitalar Graduado de Obstetrícia e Ginecologia do CHLN/HSM

\*\*\*\*\*Assistente Hospitalar Sênior de Anestesia, Serviço de Anestesia. CHUC

\*\*\*\*\*Assistente Hospitalar Sênior, Diretor do Serviço de Obstetrícia do CHLN/HSM

\*\*\*\*\*Assistente Graduado Sênior de Obstetrícia. Diretor de Serviço de Obstetrícia B. CHUC

\*\*\*\*\*Assistente Graduado Sênior de Obstetrícia. Diretor de Serviço de Obstetrícia A. CHUC; Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

mana completa e os dias subsequentes até à seguinte (por exemplo, 10 s e 0 dias até às 10 s e 6 dias inclusive)<sup>4</sup>.

A interrupção da gravidez é considerada fora dos limites do quadro legal quando<sup>3</sup>:

- a) é realizada fora das circunstâncias e prazos definidos no artigo 142º.
- b) é realizada em estabelecimentos não reconhecidos oficialmente pela DGS.

## REGISTO

É obrigatória a declaração à Direção-Geral da Saúde de acordo com a Portaria n.º 741-A/2007. Artigo 8º – Registo obrigatório<sup>5</sup>:

«1 — **Todas** as interrupções de gravidez, cirúrgicas ou medicamentosas, efetuadas ao abrigo do n.º 1 do artigo 142º do Código Penal, são de **declaração obrigatória** à Direção-Geral da Saúde, através do registo da interrupção da gravidez, cujo modelo consta do anexo II a esta portaria, que dela faz parte integrante.»

As situações de interrupção por anomalias congénitas podem ser simultaneamente reportadas no Registo Nacional de Anomalias Congénitas (RENAC) (cujo acesso é feito através de: <http://www.insa-rios.net>)

## DATAÇÃO DA GRAVIDEZ

A idade gestacional deve ser determinada sempre que possível com recurso à ecografia realizada no 1º trimestre, considerando o parâmetro: comprimento crânio caudal (CCC)<sup>6</sup>;

Se tal não for possível (gravidez não vigiada, início de vigilância tardio) a idade gestacional deve ser de-

terminada usando um dos parâmetros: diâmetro biparietal (DBP), perímetro cefálico (PC) e comprimento do fémur (CF)<sup>7</sup>.

## MÉTODOS DE INTERRUÇÃO DE GRAVIDEZ

### Métodos farmacológicos de interrupção de gravidez

Utilização de drogas farmacológicas na interrupção de gravidez. Podemos encontrar na literatura os termos como «Aborto não cirúrgico» ou «Aborto medicamentoso»<sup>8</sup>.

### Métodos cirúrgicos de interrupção de gravidez (aborto cirúrgico)

Utilização de procedimentos transcervicais para terminar a gravidez incluindo aspiração, dilatação e esvaziamento/evacuação (D&E)<sup>8</sup>.

## FÁRMACOS UTILIZADOS

A utilização de mifepristone em associação com misoprostol é mais eficaz e tem um tempo médio de actuação (desde a primeira aplicação de misoprostol à expulsão), mais curto que o uso isolado de misoprostol (em média menos 8 horas). A associação destes fármacos deve ser também utilizada na morte fetal (vide anexo 1)<sup>8-10</sup>. Os fármacos disponíveis são seguros devendo ter-se em atenção algumas precauções na sua utilização (Quadro I).

## PROCEDIMENTOS GERAIS

Devem ser individualizados em função da situação e da

QUADRO I. FÁRMACOS UTILIZADOS NA INTERRUÇÃO DE GRAVIDEZ: CONTRAINDICAÇÕES E PRECAUÇÕES

Fármacos	Contraindicações	Precauções
Mifepristone	Alergia ao mifepristone Gravidez ectópica Insuficiência suprarrenal	Anemia grave Doenças discrásicas Diminuem a eficácia do mifepristone: fenitoína, fenobarbital e carbamazepina Mifepristone diminui a eficácia da dexametasona, rifampicina e <i>hypericum perforatum</i>
Misoprostol	Alergia ao misoprostol Gravidez ectópica	Anemia grave Doenças discrásicas Doentes sob anticoagulação Doença cardíaca não controlada

idade gestacional:

1. Colocação de cateter em veia periférica
2. Colheita para hemograma
3. Antibioterapia profilática (definir em função do protocolo existente em cada Instituição)
4. Garantir analgesia adequada (vide anexo 2)
5. Imunoglobulina anti-D, nas mulheres Rh-negativas
6. Disponibilizar apoio psicológico

### PROTOCOLOS CLÍNICOS DO ESVAZIAMENTO UTERINO NO 2º TRIMESTRE E 3º TRIMESTRE

#### Interrupção médica de gravidez e morte fetal

Sempre que possível deve ser utilizada a terapêutica

com mifepristone seguido 12h a 48h da administração de misoprostol. O esquema de administração e a dose de misoprostol varia em função da idade gestacional (Quadro II) e em algumas situações particulares (vide Situações Particulares)<sup>8-13</sup>.

#### Protocolo cirúrgico

A terapêutica cirúrgica é uma alternativa possível, dependente dos recursos existentes, requerendo profissionais treinados para o efeito<sup>8</sup>.

O uso de ecografia para a D&E é boa prática.

Deve ser realizada profilaxia antibiótica pré-operatória de acordo com os protocolos vigentes em cada Instituição.

Antes da D&E é recomendada preparação cervical com agentes farmacológicos (Quadro III), com dilata-dores osmóticos (Quadro IV) ou ambos<sup>14,15</sup>.

QUADRO II. PROTOCOLO MEDICAMENTOSO NA INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ

Idade gestacional	D1		D2
12-24 semanas			Misoprostol 800 µg vaginal seguido de Misoprostol 400 µg vaginal/SL (3h/3h até à expulsão, máximo 5 utilizações) Ou Misoprostol 400 µg oral seguido de Misoprostol 400 µg vaginal/SL (3h/3h até à expulsão, máximo 5 utilizações)
25-32 semanas	Mifepristone 200 mg, PO Imunoglobulina anti-D* (250 UI <20 s e 1500 UI ≥20 s)	12h a 48h	Misoprostol 400 µg vaginal seguido de: Misoprostol 200 µg SL (4h/4h até à expulsão, máximo 4 utilizações) Ou Misoprostol 200 µg vaginal (6/6h até á expulsão, máximo 4 utilizações)
≥32 semanas			Misoprostol 200 µg vaginal seguido de: Misoprostol 50-100 µg SL ou Oral (4h/4h até à expulsão, máximo 4 utilizações) Ou Misoprostol 25- 50 µg vaginal (4/4h até à expulsão, máximo 4 utilizações)

\*a realizar nas 72 h após a administração de mifepristone se incompatibilidade Rh.

SL: sublingual

Ver informação adicional sobre: contraindicação à terapêutica médica; feticídio; situações especiais (cesariana anterior, placenta prévia); falha da expulsão; complicações; analgesia.

Depois das 24 semanas, é consensual a recomendação em diminuir a dose de misoprostol, mas não existem estudos especificando as doses.

**QUADRO III. PREPARAÇÃO CERVICAL FARMACOLÓGICA**

	Via de administração, tempo	Comentários
Misoprostol	400 µg, vaginal, 3h antes da intervenção 400 µg SL, 2h antes da intervenção	Não está contraindicado em mulheres com útero cicatricial Pode ser utilizado em associação aos dilatadores osmóticos
Mifepristone	200 mg, oral, 24-48 antes da intervenção	Pode ser utilizado em associação aos dilatadores osmóticos

**QUADRO IV. CARACTERÍSTICAS DOS DILATADORES OSMÓTICOS DISPONÍVEIS**

	Laminária	Dilapan-S®
Diâmetro	2-10 mm	3-4 mm
Comprimento	60-85 mm	55 e 65 mm
Intervalo de tempo para efeito:		
Mínimo	6h	2h
Máximo	12-24h	4-6 h
Máximo de dilatação atingida	3 x o tamanho inicial	4x o tamanho inicial

**SITUAÇÕES PARTICULARES****Cesariana anterior**

Os esquemas terapêuticos publicados na situação de histerotomia prévia, são muito heterogêneos e referem-se exclusivamente à cesariana anterior (1 ou 2, raros casos 3). A associação cicatriz uterina anterior, uso de prostaglandinas e rotura uterina é rara, inferior a 1% (nível evidência 3), sendo que esta associação é maior com útero multicicatricial (risco absoluto de rotura de 2,5%, se 2 cicatrizes prévias)<sup>16-24</sup>.

Não existem orientações específicas para o útero multicicatricial, sugerindo-se<sup>8,16-24</sup>:

- **Terapêutica médica:** não está contraindicada. Utilizar a dose mínima recomendada de misoprostol, respeitando o intervalo de tempo entre as doses e vigiando a sintomatologia;
- **Terapêutica cirúrgica:** proceder à preparação cervical prévia com o uso de mifepristone e/ou dilatação mecânica.

Até às 24 semanas pode manter-se a dose recomendada no protocolo anterior (Quadro II). Após as 24 semanas deve reduzir-se a dose preconizada no protocolo anterior. Evitar a associação com a ocitocina pelo maior risco de rotura uterina.

**Placenta prévia**

Realizar previamente feticídio (vide feticídio) e diferir o protocolo de indução de expulsão fetal pelo menos 24 horas (ou ponderar mesmo até 1 semana) para reduzir o risco hemorrágico<sup>8,25</sup>.

Posteriormente utilizar o protocolo de esvaziamento adequado à idade gestacional.

**Contraindicação ao aborto medicamentoso**

Utilizar um método cirúrgico<sup>8</sup>.

**Risco materno iminente**

Utilizar tratamento cirúrgico: dilatação e esvaziamento uterino ou histerotomia<sup>8</sup>.

**Gravidez múltipla**

Utilizar o mesmo protocolo da gravidez unifetal<sup>8</sup>.

**Feticídio**

A indução da morte fetal (feticídio) deve ser realizada como adjuvante nas situações de interrupção médica de gravidez após as 21 semanas<sup>26,27</sup>, para evitar que o feto nasça vivo.

O feticídio poderá diminuir as perdas hemáticas associadas à placenta prévia (vide situações particulares: placenta prévia). Não estão demonstradas outras vantagens médicas na realização do feticídio como a diminuição do tempo de expulsão<sup>28</sup> ou a diminuição da percepção de dor fetal<sup>29</sup>.

Na informação prestada à mulher/casal, o feticídio deve ser incluído como um procedimento necessário e não opcional, na realização da interrupção<sup>30</sup>.

**Recomendações práticas:**

O feticídio é um procedimento ecoguiado, em mão livre, realizado em regime de ambulatório, no D1

(dia de toma de mifepristone) e com o material necessário à realização de um gesto invasivo em ambiente estéril.

O fármaco mais utilizado é o cloreto de potássio (KCl) (12mEq)<sup>31</sup>, sendo a lidocaína 1% (10ml) também uma opção segura<sup>32</sup>. A assistolia é obtida geralmente em menos de 1 minuto e deve ser confirmada na sequência do procedimento.

A administração intracardiaca é a via de escolha na maioria dos centros sendo a cordocentese uma boa opção. Pode utilizar-se um pequeno bólus de soro fisiológico para identificação do local de infusão.

## EFEITOS ADVERSOS

No decurso da interrupção medicamentosa, são efeitos adversos frequentes ao uso de misoprostol: **dor, diarreia, náuseas, febre e arrepios**.

São autolimitados e a intensidade está dependente da idade gestacional, dose e via de administração do misoprostol.

O controlo da dor deve ser assegurado profilaticamente e sintomaticamente (vide anexo 2). A febre, náuseas e diarreia devem ser tratados em função da sintomatologia com recurso a antipiréticos e antieméticos.

Se a febre persistir ou reaparecer 24h após a última toma de misoprostol a sua origem deve ser investigada<sup>8</sup>.

## EFICÁCIA

O sucesso dos protocolos médicos varia entre 92 a 100% sendo influenciado pela idade gestacional, dose, regime de administração de fármacos e experiência dos profissionais de saúde.

O tempo médio de duração do procedimento (intervalo entre a aplicação da 1.ª dose de misoprostol à expulsão) é de 4h a 12 h. O número médio de aplicações de misoprostol é inferior a 3<sup>8,9-11,13</sup>.

## FALHA DO PROTOCOLO MEDICAMENTOSO DE ESVAZIAMENTO UTERINO

Considera-se que há falha do protocolo medicamentoso de esvaziamento uterino quando não ocorre expulsão do conteúdo uterino em 24 h, após o início da terapêutica com misoprostol<sup>4,8,9,13</sup>. As opções de atuação são:

- continuar o tratamento com misoprostol (2.º dia). O efeito de sensibilização do miométrio desaparece ao fim de 3 dias de uma dose de mifepristone, pelo que depois deste intervalo de tempo pode repetir-se um ciclo completo de terapêutica (repetir 1 comprimido de mifepristone 3h depois da última dose de misoprostol e 12h depois recomeçar o misoprostol, na dose adequada à idade gestacional)<sup>13</sup>.
- sulprostone: 2 ampolas (1000 µg) em 1000 cc de soro fisiológico, em bomba perfusora a 90 ml/h até uma dose máxima de 1500 µg em 24 h.
- ocitocina: 10 U em 1000ml de soro fisiológico, início a 30ml/h aumentando 15 ml em intervalos de 20 minutos até uma dose máxima de 90 ml/h<sup>8,13</sup>.
- Terapêutica cirúrgica: Dilatação & Esvaziamento<sup>8,13</sup>.

## COMPLICAÇÕES

As complicações após uma interrupção de gravidez segura, são raras<sup>8</sup>.

### Aborto incompleto

Os sintomas comuns no aborto incompleto são hemorragia vaginal, dor e a persistência de restos ovulares à observação. A conduta no aborto incompleto após interrupção de gravidez deve ser a mesma que a utilizada após o abortamento espontâneo. Numa utente estável inclui 3 opções: atitude expectante (eficácia 82-100%); aspiração (eficácia 96-100%) ou aplicação de misoprostol (eficácia 61-100%). A decisão deve ser tomada em função da situação clínica da utente<sup>8</sup>.

### Outras complicações

- Relacionadas com o método de interrupção: hemorragia, infeção, rotura uterina, perfuração (interrupção cirúrgica)
- Relacionadas com a analgesia
- Relacionadas com a medicação utilizada: anafilaxia, reação asmática
- As complicações devem ser tratadas conforme com as recomendações gerais de tratamento.

## RECOMENDAÇÕES APÓS INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ

### Verificação da conclusão da interrupção

Quando a interrupção de gravidez (medicamentosa ou

cirúrgica) decorreu sem complicações o sucesso do procedimento é verificado clinicamente.

Se a ecografia for utilizada para a avaliação da conclusão do procedimento, a espessura da linha endometrial deve ser interpretada com precaução, considerando a idade gestacional e a sintomatologia, uma vez que não existe uma correlação entre este valor e a necessidade de intervenção (medicamentosa ou cirúrgica) e pode condicionar intervenções desnecessárias<sup>13,33</sup>.

### Inibição da lactação

Depois das 15 semanas deve ser preconizada a inibição da lactação, utilizando cabergolina 1mg (2 comprimidos de 0,5 mg) em toma única<sup>8,13</sup>.

### Informação disponibilizada à utente/casal

A informação deve ser clara e concisa e incluir:

- A atividade sexual pode ser retomada depois da perda hemática abundante ter terminado;
- O uso de tampões vaginais deve ser evitado nos primeiros dias após a interrupção de gravidez;
- A perda de sangue após a interrupção de gravidez (médica ou cirúrgica) em geral dura 2 semanas (pode durar até 45 dias). Após a interrupção medicamentosa pode verificar-se perda hemática moderada cerca de 9 dias. Após a interrupção cirúrgica a perda hemática é em geral ligeira;
- A mulher deve voltar ao hospital se apresentar: fe-

bre (para além do período de 24 h após o uso de misoprostol); aumento da intensidade da dor ou hemorragia abundante;

- A fertilidade retorna imediatamente: podendo ocorrer uma ovulação 2 semanas após a interrupção;
- A menstruação em geral surge 4 a 6 semanas após a interrupção<sup>8</sup>.

### Orientação para nova gravidez

A decisão de uma nova gravidez deve ser ponderada com o casal considerando os estudos realizados no âmbito da interrupção/morte fetal.

A recente literatura demonstra que o intervalo de tempo entre uma interrupção de gravidez/morte fetal e uma nova gravidez não condiciona alterações no prognóstico obstétrico da gravidez subsequente. Sendo assim, a decisão de uma nova gravidez deve ser da responsabilidade do casal não se devendo impor o tradicional intervalo de, pelo menos, 3 meses<sup>34</sup>.

### Contraceção após interrupção de gravidez

A introdução de um método de contraceção deve ser uma decisão partilhada com a utente depois de informada sobre os métodos disponíveis. Numa mulher saudável todos os métodos de contraceção são elegíveis após uma interrupção de gravidez ou morte fetal (2.º e 3.º trimestre) (Quadro V)<sup>35</sup>.

**QUADRO V. CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO APÓS INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ/MORTE FETAL (WHO 2015)**

	CHC (oral, vaginal, selo)	PO	P inj.	Implante (ETG)	DIU-Cu	SIU LNG	LT
2º trimestre	1	1	1	1	2	2	1
3º trimestre	1	1	1	1	2	2	1
Notas	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Iniciar no dia do misoprostol</li> <li>- Iniciar no dia do procedimento cirúrgico</li> </ul>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colocar/realizar às 4-6 semanas após a interrupção/morte fetal</li> </ul>		

CHC: Contraceção hormonal combinada, PO: Progestativo oral, P inj: Progestativo injetável, DIU Cu: dispositivo intrauterino de cobre; SIU LNG: Sistema intrauterino de levonogestrel; LT: Laqueação tubária

## ANEXO 1

## FÁRMACOS UTILIZADOS NA INTERRUPTÃO MEDICAMENTOSA

**Mifepristone:**

Hormona: 19-noresteróide;

- Afinidade para os recetores de progesterona e de glucocorticóides (5 a 7 vezes maior que a progesterona);
- Bloqueia os recetores de Progesterona e de Glucocorticóides promovendo a libertação de ocitocina pela hipófise;
- Administração oral;
- O efeito clínico começa entre as **12-24 horas** após a toma. O efeito clínico máximo é as **36-48 horas** após a toma. Semivida 24-48 h;
- Tem 3 ações clínicas principais:
  - Decídua: Descolamento do saco gestacional.
  - Miométrio: Alteração do potencial de membrana, aumentando a contractilidade e a sensibilidade à ação das prostaglandinas.
  - Cervical: Amolecimento e dilatação cervical.

**Misoprostol**

- Prostaglandina E1.
- Tem 2 ações principais:
  - Miométrio: Induz contrações.
  - Cervical: Amolecimento e dilatação cervical.

## ASPECTOS PRÁTICOS

Via	Considerações	Notas
Oral	Comprimidos deglutidos com água	Efeitos secundários adversos: diarreia, náuseas, febre e arrepios
Bucal	Comprimidos colocados na bochecha e deglutidos ao fim de 20-30 minutos	Efeitos secundários mais intensos do que com a via vaginal
Sublingual	Comprimidos colocados debaixo da língua e deglutidos ao fim de 30 minutos	Efeitos secundários mais intensos do que com a via vaginal Via com pico plasmático mais rápido
Vaginal	Comprimidos colocados no fundo de saco vaginal. A mulher deve permanecer deitada 30 minutos	Menos efeitos secundários Podemos encontrar na vagina fragmentos de comprimidos

## CONCENTRAÇÃO PLASMÁTICA DO MISOPROSTOL SEGUNDO A VIA DE ADMINISTRAÇÃO

Via	Oral	Bucal	Sublingual	Vaginal
AUC	Pequena	Moderada	Moderada	Grande
C <sub>máx</sub>	Elevada	Moderada	Muito elevada	Moderada e variável
T <sub>máx</sub>	≈ 30 min	≈ 60 min	≈ 10 min	≈ 60 min

AUC: *area under the curve*; C<sub>máx</sub>: concentração plasmática máxima; T<sub>máx</sub>: intervalo de tempo para atingir a concentração máxima.

A AUC (*area under the curve*) para a concentração do misoprostol é maior quando utilizada a via vaginal quando comparada com as outras vias, daí a sua maior eficácia. Na presença de sangramento ou de uma vaginose bacteriana a absorção vaginal pode estar alterada e a eficácia diminuída. O que explica a grande variabilidade na farmacocinética da via vaginal<sup>8,13</sup>.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diário da República I Série n.º 109 de 1984-05-11. Lei 6/1984 de 11 de maio. Artigo 140º - Exclusão da ilicitude do aborto.
2. United Nations International Conference on Population and Development. 1999
3. Diário da República I Série n.º 75 de 17/04/2007. Lei n.º 16 / 2007 de 17 abril: Exclusão da ilicitude da interrupção de gravidez
4. Norma n.º 001/2013, 29 de janeiro de 2013, Direção-Geral da Saúde
5. Diário da República I série — n.º 118 — 21 de junho de 2007. Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de junho
6. Salomon LJ, Alfirevic Z, Bilardo CM, Chalouhi GE, Ghi T, Kagan KO, et al. ISUOG Practice Guidelines: performance of first-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2013; 41: 102–113.
7. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen SL, et al. Practice guidelines for performance of the routine fetal mid-trimester ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2011; 37: 116–126.
8. Clinical practice handbook for safe abortion. World Health Organization, 2014.
9. Cochrane database of Systematic Reviews 2011, issue 1. Art. N.º: CD0005216
10. Shaw KA, Topp NJ, Shaw JG, Blumenthal PD. Mifepristone-misoprostol dosing interval and effect on induction abortion times: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2013; 121: 1335-1347.
11. Dickinson JE, Jennings BG, Doherty DA. Mifepristone and Oral, Vaginal, or Sublingual Misoprostol for Second-Trimester Abortion: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2014; 123: 1162–1168.
12. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Late intrauterine fetal death and stillbirth. Green top Guideline 55, London, RCOG, October 2010.
13. Gemzell-Danielsson K, Fiala C, Agostini A, Cameron S, Bombas T, Lertxundi, et al. Medical abortion beyond 1º Trimester including fetal dead in utero. A practical guide for health professionals. *Affinités Santé;* 2015.
14. Fox MC, Krajewski CM. Cervical preparation for second trimester surgical abortion prior to 20 weeks' gestation SFP Guideline 2013–4. *Contraception.* 2014; 89: 75–84.
15. Andrikopoulou M, Lavery JA, Ananth CV, Vintzileos AM. Cervical ripening agents in the second trimester of pregnancy in women with a scarred uterus: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Am J Obstet Gynecol.* 2016; 2015: 177–194
16. Clouquer E, Coulon C, Vaast P, Chauvet A, Deruelle P, Subtil D, Houfflin-Debarge V. Use of misoprostol for induction of labor in case of fetal death or termination of pregnancy during second or third trimester of pregnancy: Efficiency, dosage, route of administration, side effects, use in case of uterine scar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2014; 43: 146-161. French.
17. Pluchon M, Winer N. Misoprostol in case of termination of pregnancy in the second and third trimesters. *Trials. J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2014; 43:162-168. French.
18. Deruelle P, Lepage J, Depret S, Clouquer E. Induction of labor and intrapartum management for women with uterine scar. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2012; 41: 788-802. French.
19. Berghella V, Airolidi J, O'Neill AM, Einhorn K, Hoffman M. Misoprostol for second trimester pregnancy termination in women with prior caesarean: a systematic review. *Int J Obstet Gynecol.* 2009; 116: 1151-1157.
20. Lin CJ, Chien SC, Chen CP. The use of misoprostol in termination of pregnancy of second-trimester pregnancy. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2011; 50: 275-282.
21. Cayrac M, Faillie JL, Flandrin A, Boulot P. Second- and third- trimester management of medical termination of pregnancy and fetal death in utero after prior caesarean section. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2011; 157: 145-149.
22. Gitz L, Morel O, Thiebaugeorges O, Sibiude J, Desfeux P, Barranger E. Termination of pregnancy and intra-uterine fetal death after 14 weeks of pregnancy: Which protocol for induction of labour in 2010? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2011; 40: 1-9. French.
23. Goyal V. Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2009; 113: 1117-1123
24. Chen BA, Reeves MF, Creinin MD, Gilles JM, Barnhart K, Westhoff C, Zhang J. Misoprostol for treatment of early pregnancy failure on women with previous uterine surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2008; 198: 626. e1-626.e5
25. Ruano R, Dumez Y, Cabrol D, Dommergues M. Second and third-trimester therapeutic terminations of pregnancy in cases with complete placenta previa – Does feticide decrease postdelivery maternal haemorrhage? *Fetal Diagn Ther.* 2004; 19:475-8.
26. ACOG Practice Bulletin No. 135: Second-trimester abortion. *Obstet Gynecol.* 2013 Jun; 121:1394-1406.
27. RCOG 2012 Termination of pregnancy for fetal abnormality. Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/termination-of-pregnancy-for-fetal-abnormality-in-england-scotland-and-wales/> Accessed December 2016
28. Silva LV, Cecatti JG, Pinto e Silva JL, Amaral E, Barini R. Feticide does not modify duration of labor induction in cases of medical termination of pregnancy. *Fetal Diagn Ther.* 2008; 23: 192–197.
29. Benatar D, Benatar M. A pain in the fetus: toward ending confusion about fetal pain. *Bioethics.* 2001; 15:57-76.
30. Mason K, Rankin J, Robson SC. The role of feticide in the context of late termination of pregnancy: a qualitative study of health professionals' and parents' views. *Prenat Diagn.* 2009; 29: 875-881.
31. Diedrich J, Drey E. Induction of fetal demise before abortion. SFP Guideline 20101, Release date January 2010. *Contraception.* 2010; 81: 462-473.
32. Senat MV, Fischer C, Bernard JP, Ville Y. The use of lidocaine for feticide in late termination of pregnancy. *BJOG.* 2003; 110: 296-300.
33. Reeves MF, Fox MC, Lohr PA, Creinin MD. Endometrial thickness following medical abortion is not predictive of subsequent surgical intervention. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009; 34: 104-109.
34. Wong LF, Schliep KC, Silver RM, Mumford SL, Perkins NJ, Ye A, et al. The effect of a very short interpregnancy interval and pregnancy outcomes following a previous pregnancy loss. *Am J Obstet Gynecol.* 2015; 212: 375.e1–375.e11
35. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO, 5th edition, 2015.



## ANEXO 2

### ANALGESIA NA INTERRUÇÃO DE GRAVIDEZ NO 2º/3º TRIMESTRE E NA MORTE FETAL

#### INTRODUÇÃO

A analgesia na interrupção médica da gravidez e na morte fetal deve fazer parte de um programa global de assistência à gravidez.

Apesar do aumento de Interrupções Médicas da Gravidez (IMG) nas últimas décadas, o tratamento adequado da dor nestas situações ainda permanece em aberto.

Deparamo-nos com a inexistência de protocolos de analgesia definidos e amplamente divulgados<sup>1,2</sup>.

#### CRITÉRIOS PREDITIVOS DE NECESSIDADE DE ANALGESIA

Os critérios preditivos de necessidade de analgesia são variáveis. A intensidade da dor associada a estes procedimentos é, no entanto, muito variável indo desde ligeiro desconforto abdominal até dor severa como a sentida durante o trabalho de parto de termo. A idade materna, a idade gestacional, o tempo que medeia entre a indução e a expulsão, o número de doses de prostaglandinas administradas são fatores determinantes na necessidade de analgesia<sup>3</sup>.

#### FACTOS LEVADOS EM CONSIDERAÇÃO NA ELABORAÇÃO DESTE PROTOCOLO

Devido à imprevisibilidade da dor associada a estes procedimentos, a dor foi o fator discriminativo usado na elaboração deste protocolo.

Na quantificação e na progressão da intervenção analgésica foram seguidas as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A vigilância e monitorização propostas foram definidas de acordo com *standards* de monitorização internacionais.

Sabendo que os antiinflamatórios não esteroides não interferem negativamente no efeito das prostaglandinas, nem na evolução da interrupção da gravidez, fazem atualmente parte da maior parte dos protocolos de analgesia na IMG.

Vários estudos apontam para uma incidência de dor severa, com necessidade de utilização de analgésicos narcóticos, em cerca 75% das grávidas submetidas a estes procedimentos.

A maioria dos estudos publicados aponta para uma maior eficácia dos regimes analgésicos profiláticos.

A dor está sobretudo associada à utilização de prostaglandinas, ou à expulsão do feto em gestações >22 semanas.

A analgesia epidural tem demonstrado ser eficaz e é a técnica de escolha na maior parte das situações, em muitos centros obstétricos<sup>1,4-9</sup>.

#### QUANTIFICAÇÃO DA DOR E PROGRESSÃO ANALGÉSICA

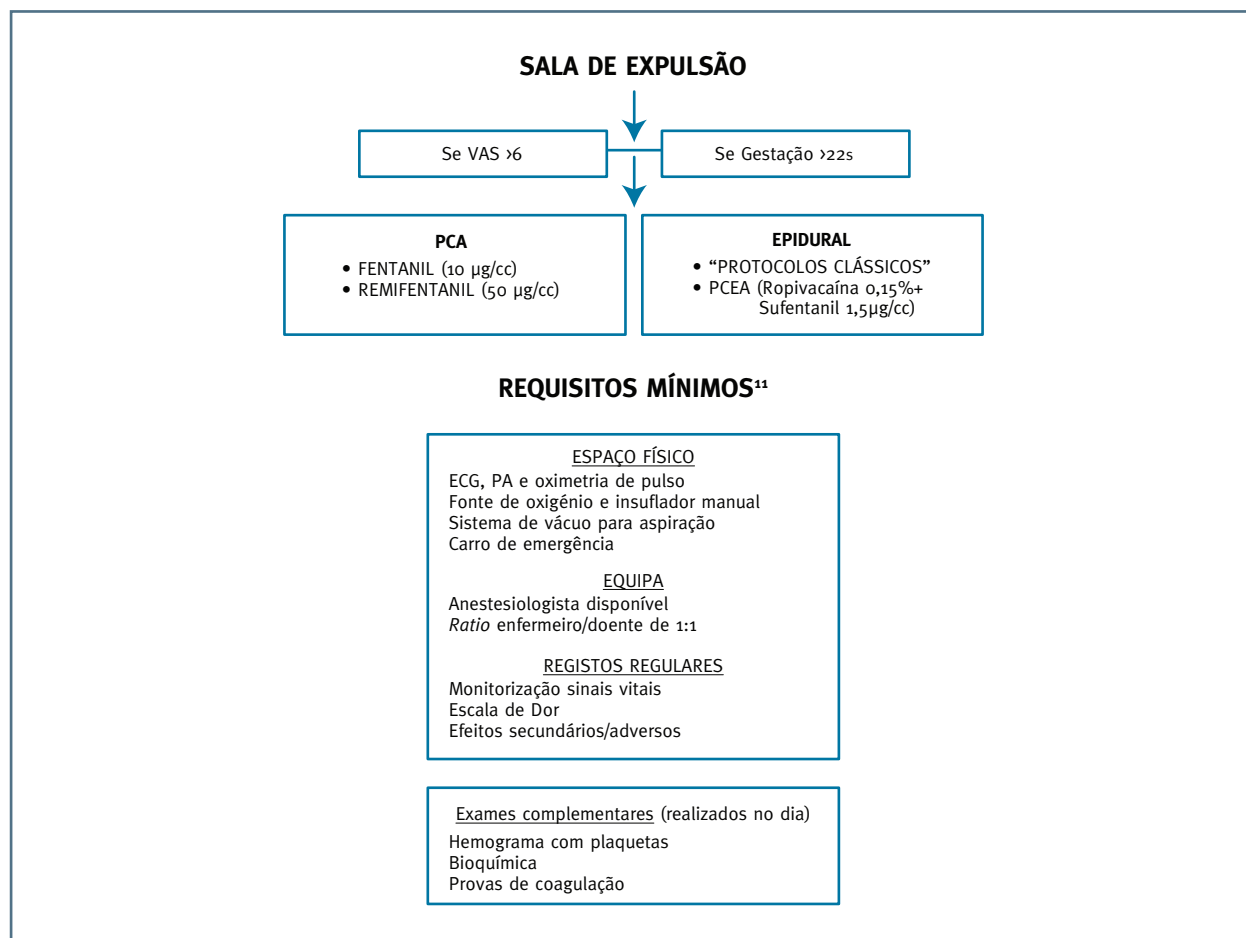
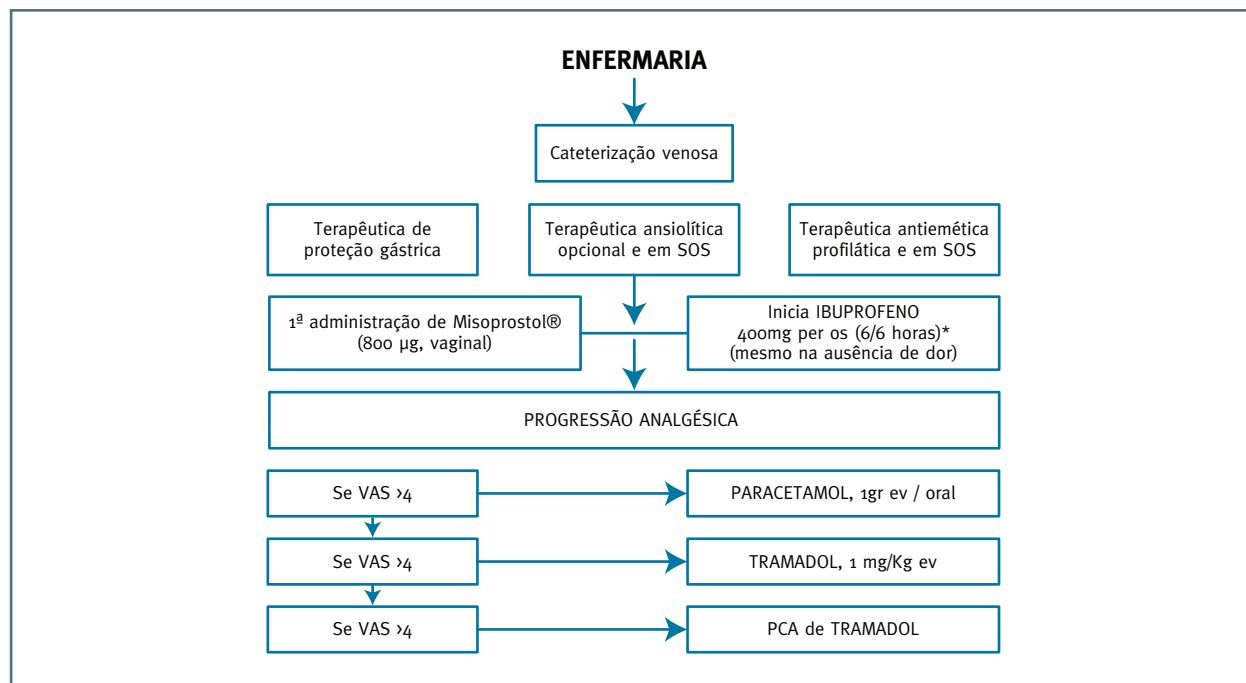
A OMS estabelece normas básicas para o uso de fármacos analgésicos baseando-se numa adequada «quantificação da dor». A escala visual analógica EVA (VAS) foi a utilizada: a grávida deve ser questionada quanto ao seu grau de dor sendo que: **0** representa ausência total de dor e **10** o nível de dor máxima que considera suportável.

A progressão analgésica é feita de acordo com a escada analgésica, «WHO'S Pain ladder».

#### AValiação ANESTÉSICA

O anestesiológista deve ser envolvido precocemente no processo para, em conjunto com a grávida e o obstetra, delinear a melhor opção terapêutica para o seu caso específico.

A Consulta de Anestesia é um momento essencial não só para a avaliação clínica da grávida, como também para o seu esclarecimento quanto à analgesia e sedação durante o procedimento<sup>10,11</sup>.



## FÁRMACOS – ENFERMARIA E SALA DE EXPULSÃO

### → TRAMADOL, Bolus

Diluir 1 ampola de tramadol (100mg) com soro fisiológico até 10cc

Peso	Dose
40Kg	4cc da diluição (40mg)
50Kg	5cc da diluição (50mg)
60Kg	6cc da diluição (60mg)
70Kg	7cc da diluição (70mg)
80Kg	8cc da diluição (80mg)
90Kg	9cc da diluição (90mg)
100Kg	10cc da diluição (100mg)
>100Kg	10cc da diluição (100mg)

### → PCA DE TRAMADOL

TERAPÊUTICA ANTIEMÉTICA: ondansetrom 4mg ev; droperidol 1,25mg ev sos

TERAPÊUTICA ANSIOLÍTICA: oxazepam 7,5mg per os; alprazolam 1,5mg per os

TERAPÊUTICA DE PROTEÇÃO GÁSTRICA: ranitidina 50mg ev/pantoprazol 40mg per os

## EPIDURAL

Método analgésico amplamente utilizado, com controlo satisfatório da dor<sup>12</sup>.

### PCA (PATIENT CONTROLLED ANALGESIA) E PCEA (PATIENT CONTROLLED EPIDURAL ANALGESIA)

Modo de administração de analgesia controlada pelo próprio doente/grávida.

Maior satisfação das utentes comparativamente aos métodos tradicionais.

PCA e.v – Considerada atualmente o método mais seguro de administração endovenosa de analgésicos opioides<sup>13,14</sup>.

Todos os protocolos utilizados são os da Unidade de Dor Aguda, Serviço de Anestesiologia. CHUC.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Dubar G, Benhamou D. Anesthesiologists' practices for late termination of pregnancy: a French national survey. *Int J Obstet Anesth.* 2010; 19: 395-400.
2. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher HM. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004; 84: 264-265.
3. Hamoda H, Ashok PW, Flett GM, Templeton A. Analgesia requirements and predictors of analgesia use for women undergoing medical abortion up to 22 week of gestation. *BJOG.* 2004; 111: 996-1000.
4. Avraham S, Gat I, Duvdevani NR, Haas J, Frenkel Y, Seidman DS. Pre-emptive effect of ibuprofen versus placebo on pain relief and success rates of medical abortion: a double-blind, randomized, controlled study. *Fertil Steril.* 2012; 97: 612-615.
5. Jackson E, Kapp N. Pain control in first-trimester and second-trimester medical termination of pregnancy: a systematic review. *Contraception.* 2011; 83: 116-126.
6. Penney G. Treatment of pain during medical abortion. *Contraception* 2006; 74: 45-47.
7. Wiebe E. Pain control in medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2001; 74: 275-280.
8. Abdel-Aziz E, Hassan I, Al-Taher HM. Assessment of pain associated with medical abortion. *Int J Gynaecol Obstet.* 2004; 84: 264-265.
9. Bombas T, Magalhães M, Ferreira F, Fernandes TS, Silva I, Alves I, et al. A dor na I.G. medicamentosa: resultados preliminares de um estudo nacional multicêntrico. Oral communication presented at Encontro de Relaxão sobre Interrupção de gravidez, 2013, Porto. Portuguese.
10. Ducloy JC, Flinois D, Valat-Rigot AS, Ducloy-Bouthors AS, Puech F, Krivosic-Horber R. Anesthésie et analgesie des interruptions volontaires de grossesses d'indication médicale. MAPAR 2000. Available from: [www.mapar.org](http://www.mapar.org)
11. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Late intrauterine fetal death and stillbirth. Green top Guideline 55, London, RCOG, October 2010.
12. Gitz L, Morel O, Thiebaugeorges O, Sibiude J, Desfeux P, Barranger E. Termination of pregnancy and intra-uterine fetal death after 14 weeks of pregnancy: Which protocol for induction of labour in 2010? *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2011; 40: 1-9. French.
13. Orbach-Zinger S, Paul-Keslin L, Nicholson E, Chinchuck A, Nitke S, Eidelman LA. Tramadol-metoclopramide or remifentanyl for patient-controlled analgesia during second trimester abortion: a double-blinded, randomized controlled trial. *J Clin Anesth.* 2012; 24: 28-30.
14. Maggiore ULR, Silanos R, Carlevaro S, Gratarola A, Venturini PL, Ferrero S, et al. Programmed intermittent epidural bolus versus continuous epidural infusion for pain relief during termination of pregnancy: a prospective, double-blind, randomized trial. *Int J Obstet Anesth.* 2016 25: 37-44.