



O uso racional do misoprostol

MAI 8 • [NOTÍCIAS](#) • 19017 VIEWS • COMENTÁRIOS DESATIVADOS

Osmar R. Colás

Muito discutido atualmente em virtude da polêmica política de restrição ao seu acesso do uso ambulatorial, o misoprostol foi tema de uma magnífica reunião realizada na Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha em junho.

Inicialmente, Nelson Sass, chefe do Serviço de Obstetrícia do Hospital Municipal Maternidade-Escola de Vila Nova Cachoeirinha (HMMEVNC), apresentou as características do serviço. Seus números e resultados, baseados nos indicadores de qualidade de assistência, colocam realmente esta maternidade como um dos melhores serviços do município, cujos indicadores se aproximam muito aos dos Hospitais Universitários avaliados, como Escola Paulista de Medicina e Faculdade de Medicina da USP.

Em continuidade, Cristiano Fernando Rosas, gerente de internação do HMMEVNC, apresentou as políticas restritivas que a Anvisa impõe ao acesso desta medicação, bem como toda a movimentação que a FEBRASGO, o Ministério da Saúde e várias outras organizações estão realizando para quebrar estas barreiras apoiadas em uma gama de justificativas hipócritas relacionadas ao aborto.

Comentou que muitas mulheres estão morrendo pela falta de acesso ao medicamento e que, em locais muito mal supridos de serviços hospitalares (por exemplo, áreas remotas da região amazônica), vidas poderiam ser salvas. Interessante a discussão sobre a apresentação do nosso medicamento brasileiro, o Prostokos, que apresenta em sua caixa uma ilustração de “proibida a utilização por gestantes”, quando a indicação é exclusiva para obstetrícia!!!???

Aníbal Faúndes, membro do Board da Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia – FIGO, nos trouxe uma atualização do uso do misoprostol, com as dosagens atualmente recomendadas por aquele órgão. Sempre baseado nos melhores trabalhos e evidências disponíveis, foram apresentados os esquemas e dosagens utilizados para indução de abortamentos no primeiro e segundo trimestres, tratamento do abortamento incompleto, indução de partos, profilaxias e tratamento das hemorragias pós-parto. Comentou também a recomendação da FIGO para a substituição das curetagens uterinas no primeiro trimestre pelas técnicas aspirativas (manual ou elétrica), por conta das evidentes vantagens destas técnicas sobre as curetagens. Também demonstrou evidências que apoiam a utilização do misoprostol na prevenção das hemorragias pós-parto, mas que ainda não são melhores do que o uso da ocitocina, devendo ser utilizadas apenas na ausência desta medicação (por exemplo, em partos domiciliares).

A associação das duas também não apontou vantagens de potencialização de qualquer uma delas. O uso terapêutico nas hemorragias pós-parto (atonía uterina) também apresenta dúvidas sobre se o melhor é a ocitocina ou o misoprostol. Mas na falta de ocitocina, o misoprostol estaria bem indicado.

Foi discutida a utilização do misoprostol em pacientes com cicatriz de cesárea, e a orientação em geral é não utilizar em gestações mais avançadas, salvo em situações muito bem selecionadas e com a vigilância obstétrica intensa. Nas gestações abaixo de 24 semanas (feto morto ou interrupção da gestação), a dose deve ser menor e/ou ampliado o tempo entre as doses.

Lembramos que no Brasil só temos disponível o misoprostol do laboratório Hebron, sob o nome de Prostokos, que até o presente momento só apresenta a forma de uso vaginal, nas doses de 25 mcg, 100 mcg e 200 mcg. Segundo informações do representante do laboratório, em breve será lançada a forma de uso oral, que (esperamos) poderá ser utilizado via bucal e retal, na dose de 600 mcg/comprimido.

Esquemas propostos pela FIGO para utilização racional do misoprostol

Indicações	Doses – via vaginal	Doses – via bucal	Doses – via oral	Doses – via retal	Observações
Abortamento retido/ eletivo 1º trimestre	800 mcg; a cada 4 a 6 horas (x 3)	800 mcg; 3 a 4 horas (x 3)	_____	_____	
Abortamento retido/eletivo 2º trimestre	200 a 400 mcg a cada 4 a 6 horas (x 3)	200 a 400 mcg a cada 4 a 6 horas (x 3)	200 a 400 mcg a cada 4 a 6 horas (x 3)	_____	13ª a 17ª semanas: 400 mcg; 18ª a 26ª semanas: 200 mcg
Abortamento incompleto do 1º e 2º	600 mcg; dose única	400 mcg; dose única	400 mcg; dose única	_____	Ovo cego; 800 mcg; dose única

trimestre

Hemorragia pós-parto (atonía uterina)	_____	600 mcg; dose única	600 mcg; dose única	400 mcg; dose única	O misoprostol só deve ser utilizado quando não há ocitocina disponível 10 unidades de ocitocina EV apresentam melhores resultados A dose pode chegar a 50 mcg, caso não haja resposta com a dose inicial. Contra-indicado em cesárea prévia
Prevenção da hemorragia pós-parto (dequitação)		600 mcg; dose única	600 mcg; dose única	400 mcg; dose única	
Indução do parto 28 a 36 semanas	25 a 50 mcg; a cada 4 a 6 horas (x 3)	25 a 50 mcg; a cada 3 a 6 horas (x 3)	25 mcg; a cada 3 a 6 horas (x 3)	_____	
Indução de parto acima de 36 semanas	12,5 a 25 mcg; a cada 4 a 6 horas (x 3)	_____	_____	_____	Não utilizar em cesárea prévia

Mcg = microgramas; (x 3) = número de doses em 24h

Osmar R. Colás é presidente da Comissão de Violência Sexual e Aborto Previsto em Lei da FEBRASGO