

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

1. INTRODUÇÃO

Consiste em estimular artificialmente o preparo do colo e as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto, em mulheres a partir da 22ª semana de gestação. As tabelas abaixo descrevem as principais indicações e contraindicações da indução (tabela 1 e 2).

INDICAÇÕES*	RECOMENDAÇÃO	GRAU DE RECOMENDAÇÃO
Gestação prolongada	Reduz mortalidade perinatal e síndrome de aspiração meconial. Não se observou aumento na frequência de cesarianas	A
RAMO	Reduz risco de corioamnionite, endometrite e admissão em UTI neonatal.	A
Diabetes	Reduz incidência de macrosomia.	A
Pré-eclâmpsia leve a termo	Fracamente a favor, porém não há evidências suficientes.	D
Pré-eclâmpsia grave (<i>versus</i> cesariana)	Não se observam danos maiores em relação à cesariana eletiva.	C
Cardiopatia	Fracamente a favor, porém sem evidências suficientes.	B

Tabela 1- Indicações para indução do trabalho de parto

*Consultar protocolo específico para definição de idade gestacional da indução.

2. CONDIÇÕES PARA INDUÇÃO DO PARTO

- Gestação única a termo ou com maturidade pulmonar comprovada;
- Apresentação cefálica;
- Peso fetal > 2500g e < 4000g, avaliado pela regra de Johnson (se ultrassonografia – US, não disponível);
- Cardiotocografia normal;

Se houver acesso a US, esta deverá ser realizada para avaliação da vitalidade fetal, do líquido amniótico (ILA > 50 mm ou maior bolsão ≥ 20mm), peso fetal e doppler (se indicado). A ausência da US não deverá ser motivo para postergar a indução nas pacientes com indicação de resolução da gestação. Exemplos: RAMO ≥ 37 semanas e pós-datismo.

Regra de Johnson:

Peso fetal = 155 x (AU - K)

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

AU = altura uterina encontrada

K = 11 (cabeça insinuada), 12 (cabeça fixa) ou 13 (cabeça alta e móvel).

CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS	CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS
<ul style="list-style-type: none"> » Placenta prévia centro-total; » Vasa prévia; » Cardiotocografia anteparto não reativa; » Apresentação córmica; » Prolapso de cordão umbilical; » Cesárea clássica anterior e outras cicatrizes uterinas (miomectomias); » Anormalidade na pelve materna; » Herpes genital ativo; » Tumores prévios (colo ou vagina e mioma em segmento inferior); » Desproporção céfalo-pélvica. 	<ul style="list-style-type: none"> » Macrosomia fetal (peso fetal estimado por ultrassonografia $\geq 4000g$); » Gestação gemelar; » Apresentação pélvica; » Cardiopatia materna; » Cesariana anterior (cicatriz transversa): a depender do método escolhido para indução.

Tabela 2- Contraindicações para indução do trabalho de parto

2. RISCOS RELACIONADOS À INDUÇÃO:

- Rotura uterina;
- Infecção intracavitária;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Prematuridade iatrogênica;
- Sofrimento ou morte fetal;
- Falha na indução.

3. MÉTODOS PARA INDUÇÃO DO PARTO (fluxograma 1)

Para escolha do método da indução, utiliza-se o escore de Bishop modificado, que se fundamenta nas características do colo uterino e altura da apresentação fetal (tabela 3). Baixos escores cervicais têm sido associados à falha de indução, ao prolongamento do tempo e ao aumento do índice de cesariana. Independentemente do método escolhido a paciente deve ser esclarecida dos riscos e dos benefícios e assinar o termo de consentimento.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---

A. Descolamento de membranas ovulares:

Tentativa de separação das membranas ovulares da decídua parietal no segmento inferior uterino, através do toque vaginal. Além de auxiliar na dilatação do colo, promove liberação de prostaglandinas. Observou-se redução na duração da gravidez e no número de gestantes que ultrapassam 41 semanas, sem aumentar risco materno ou neonatal de infecção.

Pontuação	0	1	2	3
Altura da Apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Dilatação do Colo (cm)	0	1-2	3-4	>4
Comprimento do Colo (cm)	>2	2	1	<1
Consistência do Colo	Firme	Intermediário	Amolecido	-
Posição do Colo	Posterior	Intermediário	Central	-

Tabela 3- Índice de BISHOP modificado

B. Sonda de Foley (método de Krause):

Utilizada nos casos em que o índice de Bishop é menor que 7 e existe contraindicação ao uso do misoprostol (pacientes com cicatriz uterina). A associação com Krause + ocitocina diminui o risco de cesárea em relação ao parto induzido apenas com ocitocina, parecendo ser tão efetiva quanto o misoprostol. Contraindicação ao método: rotura anteparto de membranas ovulares.

Técnica:

1. Especular;
2. Limpar colo e vagina com solução antisséptica (Clorexidina aquosa);
3. Com auxílio de uma pinça Cheron realizar a inserção da sonda de Foley Nº 16 no colo e enchimento do balão com 60ml de soro fisiológico a 0,9%;
4. Tracionar a sonda (através da fixação na face medial da coxa da paciente com esparadrapo). Manter o balão tracionado por no máximo 24h;
5. Imediatamente após expulsão espontânea ou retirada do balão, iniciar ocitocina conforme o protocolo (item C).

C. Ocitocina:

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
---------------------------	---------------------------------	------------------

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

Utilizada para estimular as contrações uterinas. Ocorre melhor resposta nas últimas semanas de gestação, pois é dependente dos níveis de estrógeno circulante (aumento de receptores).

Apesar da ação rápida tanto para início da estimulação quanto da sua cessação (suspensão da infusão), não é usualmente indicado quando colo ainda é imaturo (Bishop < 7), sendo associada a percentual elevado de partos prolongados, intoxicação hídrica (pelo aumento sucessivo das doses) e, conseqüentemente, de cesáreas.

Apresentação da ampola: 5 unidades internacionais (UI)/ml. Iniciar com doses de 1 a 2 miliUI/min, EV, aumentando 1 a 2 miliUI/ min a cada 30 min até desencadeamento do trabalho de parto.

D. Misoprostol

Análogo sintético da prostaglandina E1. Utilizado quando Bishop < 7, promovendo amadurecimento cervical e estimulação de contrações uterinas;

Apresentações: comprimidos de 25 mcg e 200 mcg;

Dose para indução do parto com feto vivo: 25 mcg a cada 6h; administração do comprimido via vaginal, em fundo de saco posterior, embebido em pequena quantidade de água destilada (evitar embebê-lo em gel);

4. COMPLICAÇÕES DA INDUÇÃO

- **Ocorrência de mecônio:** reavaliar a vitalidade fetal e continuar ou não a indução;
- **Taquissistolia:** 5 ou mais contrações em 10 min, detectadas por 2 vezes consecutivas (20 min), ou presença de contração uterina \geq 120 segundos;
- **Hiperestimulação uterina:** taquissistolia + alteração da frequência cardíaca fetal (FCF)
- **Iminência de rotura uterina:** presença do anel de Brandl-Frommel (retesamento dos ligamentos redondos).
- **Conduta nos casos de taquissistolia:**
 - Remoção de partes não absorvidas do medicamento (não utilizar irrigação vaginal);
 - Hidratação materna, 2000 ml de SRL, EV, rápido e decúbito lateral esquerdo;
 - Se não solucionado, faz-se como primeira escolha, tocólise com Terbutalina 0,25mg SC. Alternativamente, pode-se administrar nifedipina 20mg VO a cada 30 minutos (máximo de 4 doses) ou sulfato de magnésio 6g EV diluído em 100ml de SG a 5% até cessação ou diminuição das contrações;
 - Oxigenação materna com cateter de O₂/ 3L/min é também recomendada em

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por:	Revisado por:	Validado por:
Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral

casos de alteração na FCF, porém sem evidências fortes;

- Se essas medidas se mostrarem ineficazes e a taquissistolia com ou sem alterações na FCF persistir, resolve-se a gravidez por via abdominal, idealmente em um tempo que não ultrapasse 30min.
- Nos casos de taquissistolia sem comprometimento da vitalidade fetal que cedeu com as medidas acima descritas, poderemos reiniciar a indução de acordo com o índice de Bishop e se as condições maternas permitirem.
- **Malogro de Indução:** definido quando há ausência de trabalho de parto após administração da oitava dose de Misoprostol. Deve-se aguardar até, no mínimo, 12 a 18h (fase latente) da administração da última dose de Misoprostol, para que se dê o diagnóstico de malogro de indução. Paciente com trabalho de colo, porém apresentando Bishop <7, devem ser avaliadas individualmente para o uso de Ocitocina.
- **Rotura uterina:** alteração de FCF, sangramento transvaginal, mudança na altura da apresentação, dor abdominal, facilidade na palpação de partes fetais via abdominal, cessação das contrações, hipotensão, sudorese, palidez, taquicardia. Indicado cesárea de emergência.

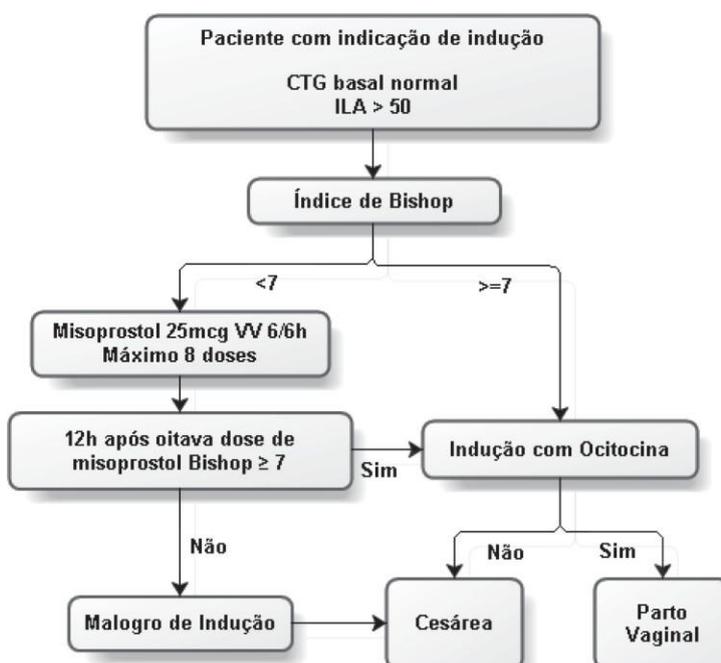
5. INDUÇÃO EM PACIENTES COM CESÁREA ANTERIOR

- Contraindicado uso de misoprostol;
- Pacientes com cérvix desfavorável (Bishop < 7): inserção de sonda de Foley (método de Krause), seguido de ocitocina imediatamente após a expulsão do balão e amniotomia;
- Pacientes com cérvix favorável (Bishop ≥ 7): realizar amniotomia e administrar ocitocina.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------

PROTOCOLO OBS 15 – INDUÇÃO DE TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO

Elaborado por: Dr. Fernando Legnani de Souza – Dir. Técnico	Revisado por: Dr. Marco Aurélio Sampaio de Paulo – Dir. Clínico	Validado por: Enfª Marcilene de Paula Diretora Geral
---	---	---



Fluxograma 1- Indução do trabalho de parto

REFERÊNCIAS

THE SOCIETY OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS OF CANADA. Induction of labor: Review. SOGC clinical practice guideline, nº 296, Set 2011, Reviewed March, 2015.

WING, D.A. Techniques for ripening the unfavorable cervix prior to induction. Disponível em: http://www.uptodate.com/contents/techniques-for-ripening-the-unfavorable-cervix-prior-to-induction?source=search_result&search=Techniques+for+ripening+the+unfavorable+cervix+prior+to+induction&selected-Title=1%7E150. Acesso em 12 abril de 2019.

Data da criação MAIO/2020	Data de Implantação: JUNHO/2020	Validade: 2 anos
----------------------------------	--	-------------------------