

Tema: indução do trabalho de parto

Protocolo Nº 215

1ª Versão: outubro de 2019

Versão Nº 01

Atualização: N/A

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	2
OBJETIVOS	2
CRITÉRIOS DE ADMISSÃO	2
FLUXOGRAMA	2
CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES	3
1) Indicações	3
2) Contraindicações	3
3) Idade Gestacional sugerida para indução	4
4) Avaliação da vitalidade fetal anteparto	4
5) Escolha do método	5
6) Complicações da indução	8
7) <i>CHECKLIST</i>	8
CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO	9
MONITORAMENTO	9
CONFLITOS DE INTERESSE	9
REFERÊNCIAS	10
SIGLAS	11
HISTÓRICO DAS VERSÕES	11

INTRODUÇÃO

A indução terapêutica objetiva reduzir os desfechos materno-fetais obtidos por meio da conduta expectante em se aguardar o trabalho de parto espontâneo. Cerca de 70-80% das induções resultam em um parto vaginal.

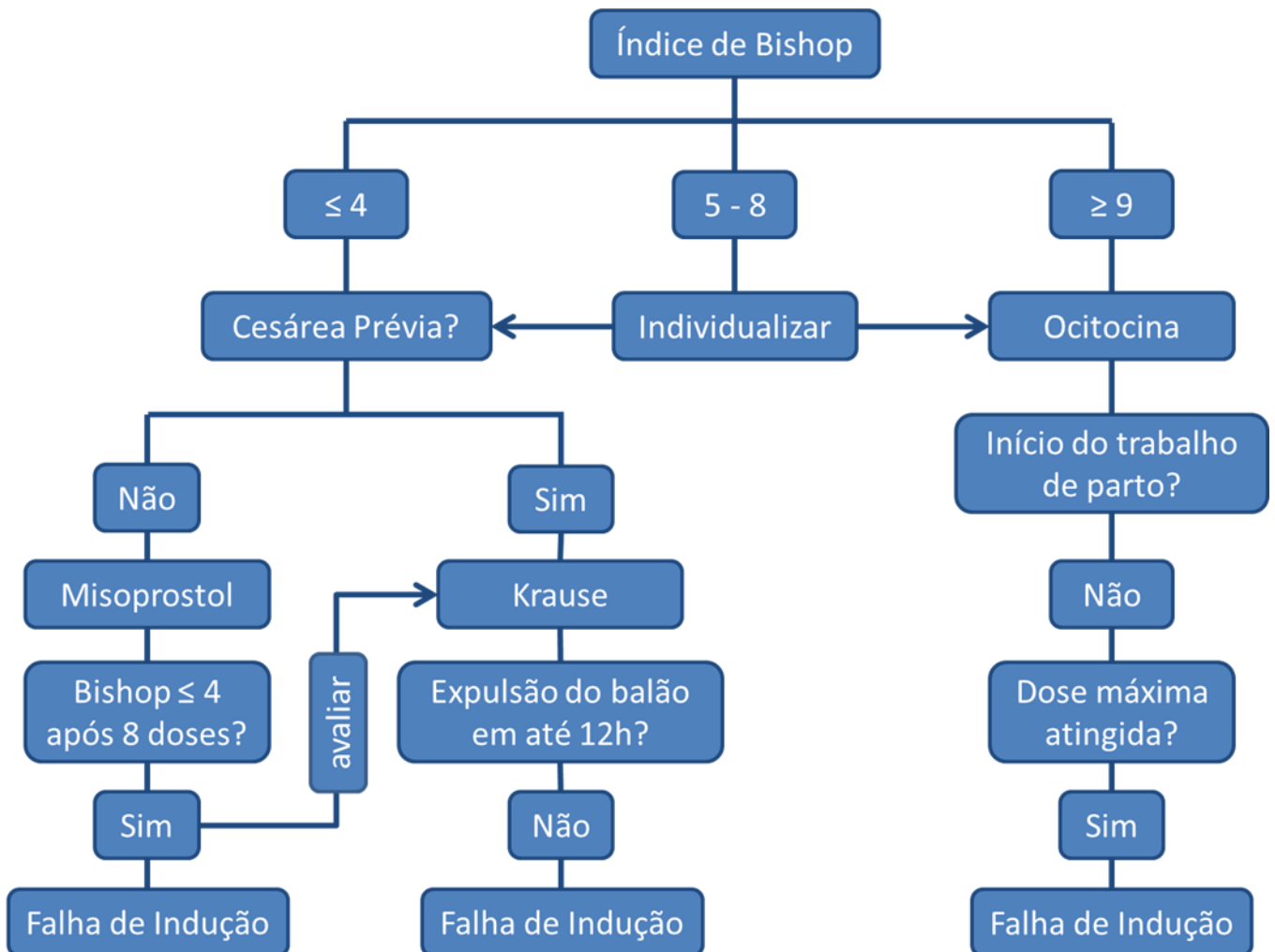
OBJETIVOS

Sistematizar as condutas nas gestantes com indicação de indução do trabalho de parto na tentativa de aumentar a taxa de sucesso de partos vaginais e reduzir o número de cesarianas sem indicação formal.

CRITÉRIOS DE ADMISSÃO

Pacientes com indicação para indução do parto.

FLUXOGRAMA



CONCEITOS E RECOMENDAÇÕES

1) Indicações

1.1) Geral: A indução do parto deve ser realizada quando os riscos maternos/fetais associados à continuação da gravidez são considerados maiores do que os riscos maternos/fetais associados ao parto precoce (parto induzido, não espontâneo).

1.2) Maternas:

- Síndromes hipertensivas (hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, Síndrome HELLP)
- Nefropatias.
- Diabetes.
- Colestase.
- Doenças auto imunes.
- Outras doenças maternas: diabetes insulino-dependente, doença renal, etc.

1.3) Fetais:

- Crescimento intrauterino retardado (CIUR) – (ver protocolo específico).
- Aloimunização materna pelo fator Rh.
- Idade gestacional > 41 semanas.
- Rotura anteparto de membranas.
- Oligohidrânio isolado.
- Anomalias congênitas.
- Corioamnionite.
- Decesso fetal.

2) Contraindicações

2.1) Maternas:

- Pelve anômala.
- Herpes genital ativo.
- Placenta prévia total.
- Vasa prévia.
- Cirurgia ginecológica sobre o corpo uterino (ex: miomectomia intramural).
- Cesariana prévia com incisão corporal clássica.
- Câncer cervical invasivo.
- Desejo contrário da paciente.
- Qualquer situação que contra-indique o parto vaginal.

2.2) Fetais:

- Macrossomia (peso fetal estimado > 4 kg).
- Apresentações anômalas – exceção em decesso.
- Prolapso de cordão.
- Comprometimento da vitalidade fetal.
- Algumas anomalias congênitas: defeitos de fechamento de tubo neural e/ou parede abdominal com bom prognóstico neonatal, tumores fetais que determinem desproporção feto-pélvica.

3) Idade Gestacional sugerida para indução

Condição	Idade sugerida para a indução
Indicações Maternas	
Hipertensão Gestacional	≥ 37 semanas
Pré Eclâmpsia sem critérios de gravidade	≥ 37 semanas
Pré Eclâmpsia com critérios de gravidade	≥ 34 semanas
Hipertensão crônica com bom controle	≥ 39 semanas
Hipertensão crônica de difícil controle	≥ 37 semanas
Diabetes com bom controle sem insulina	≥ 40 semanas
Diabetes com bom controle com insulina	≥ 39 semanas
Diabetes com mau controle (com ou sem insulina)	Individualizar
Colestase	≥ 37 semanas
Outras	Individualizar
Indicações Fetais	
Rotura Anteparto de Membranas	≥ 34 semanas
Oligodrâmnio isolado (maior bolsão < 2cm)	≥ 36 semanas
Feto pequeno para a idade gestacional	≥ 40 semanas
CIUR estágio 1 de Gratacós	≥ 37 semanas
Aloimunização com baixa probabilidade de anemia	≥ 38 semanas
Aloimunização com alta probabilidade de anemia	≥ 37 semanas
Aloimunização pós transfusão fetal	≥ 35 semanas
Gemelar di/di com 1º feto cefálico	≥ 38 semanas

4) Avaliação da vitalidade fetal anteparto

Deve ser realizada previamente ao início da indução em todas as pacientes.

4.1) Métodos de avaliação anteparto:

- Cardiotocografia:
 - Método inicial de escolha.

- Interpretação a partir de 28 semanas.
- Alta taxa de falso positivo: sono fetal ou hipoglicemia materna.
- Perfil Biofísico Fetal:
 - Método complementar se avaliação cardiotocografia insatisfatória.
- Doppler arterial e venoso fetal:
 - Indicado nos casos de restrição de crescimento intrauterino, suspeita de insuficiência placentária e anemia fetal.

5) Escolha do método

Avaliação do colo uterino é fator determinante, de acordo com índice de Bishop. Este deve ser atualizado durante o processo de indução e o método de escolha redefinido periodicamente.

5.1) Índice de Bishop

Variáveis	Pontos Atribuídos			
	0	1	2	3
Dilatação	fechado	1 – 2 cm	3 – 4 cm	≥ 5 cm
Apagamento	0 – 30%	40 – 50%	60 – 70%	≥ 80%
Consistência	firme	médio	macio	--
Posição do colo	posterior	intermediário	anterior	--
Altura apresentação	-3	-2	-1, 0	+1, +2

- Índice de Bishop > 9: colo favorável para indução com ocitocina.
- Índice de Bishop < 4: colo desfavorável, necessitando realizar amadurecimento cervical com misoprostol ou método de Krause.
- Índice de Bishop entre 5 e 8: individualizar, geralmente preferível promover amadurecimento cervical antes do uso da ocitocina.

5.2) Misoprostol (*prostaglandina E1 - PGE1*)

- A administração de prostaglandinas provoca dissolução de feixes de colágeno e um aumento do teor de água submucosa do colo do útero.
- Prostaglandinas também podem fazer com que o útero contraia, iniciando o trabalho de parto.
- Apresentação: comprimidos de 25µg
- Via vaginal: 25µg a cada 4-6 horas ou 50 µg a cada 6 horas
- Limite: 8 doses, sendo que a partir do 5º comprimido de 25µg, passar a inserir de 50µg (2 comprimidos de 25µg)

- Caso o índice de Bishop permaneça inferior a 5 após 8 doses, considerar como falha de indução.
- Contraindicado em casos de cesariana prévia ou alguma cirurgia uterina prévia de maior extensão (risco aumentado de ruptura uterina), hipertensão pulmonar, história de alergia ou taquissistolia com uso da medicação. Contraindicação relativa: contrações uterinas efetivas.
- Nova avaliação de colo e dinâmica uterina antes da nova dose, avaliando necessidade de troca do método. Não deve ser inserido se a paciente estiver em trabalho de parto.
- Registrar em prontuário doses, via de administração horário, estado materno e fetal.
- Intervalo mínimo de 4 horas entre administração de misoprostol e infusão de ocitocina.
- Efeitos colaterais: taquissistolia, eliminação de mecônio, febre, náuseas, vômitos.

5.3) Método de Krause

- Indicado principalmente em pacientes com cesariana anterior e colo desfavorável. Tem como vantagens a simplicidade do seu uso, potencial de reversibilidade, menor estímulo uterino, baixo custo. Como desvantagem há sempre a necessidade de um método complementar.
- Contraindicações: inserção baixa de placenta, corioamnionite, cesariana corporal prévia, rotura prematura de membranas.
- Considerar como falha de indução a ausência de expulsão do balão em até 12 horas.
- Técnica:
 - Gestante em posição de litotomia.
 - Introdução de espéculo vaginal estéril.
 - Antissepsia vaginal.
 - Introdução da sonda de Foley nº 14 ou 16 ultrapassando o orifício interno do colo.
 - Encher o balonete com água bidestilada ou SF 0,9% 30 a 60 ml (preferir volumes menores).
 - Fixar a extremidade distal da sonda de Foley com esparadrapo e tracionar através de peso (bolsa de soro de 1.000ml).
 - Manter a sonda de Foley por 12 a 48hs (o tempo estimado depende da idade gestacional e da paridade).
 - Caso não seja expulso o cateter, pode-se adicionar ocitocina ao esquema.

5.4) Amniotomia

- Leva a liberação de prostaglandinas e ocitocina com encurtamento das fibras uterinas favorecendo as contrações e dilatação do colo. Indicada como método mecânico nos colos favoráveis.
- Desvantagens: maior risco de infecções, prolapso de cordão umbilical, sangramento, embolia amniótica e desconforto materno.
- Contra indicações: placenta prévia total, vasa prévia, infecção genital ativa.
- A amniotomia associada a ocitocina leva a uma redução na necessidade dos partos operatórios e cesariana. A utilização dos dois métodos combinados é recomendada.
- Documentar indicação, momento da realização, aspecto do líquido (cor, quantidade) e estado fetal (pós procedimento).

5.5) Ocitocina

- Resposta uterina 3 a 5 minutos do início da infusão. Nível plasmático estabiliza em 40 minutos. Meia vida de 5 minutos.
- Sua ação é influenciada por idade gestacional, paridade, condições do colo, ruptura das membranas e apresentação fetal.
- Pode ser utilizada em casos de cesariana prévia com monitorização materna e fetal.
- Diluição de 1 ampola de ocitocina (5UI) + 500ml de SGI 5% = 500ml de solução com 10mU/mL.
- Dose estabelecida – baixa dose alternativa.
 - Dose inicial 6-12ml/h.
 - Aumento progressivo de 12-36ml/h, respeitando intervalos de 15-30 min.
 - Dose máxima: 240 ml/h.

Tabela de Conversão:

Esquemas	Doses		
	mUI/minuto (microgotas)	ml/hora (bomba de infusão)	gotas/minuto
Inicial	1 a 2	6 a 12	2 a 4
Acréscimo	1 a 6	6 a 36	2 a 12
Dose Máxima	40	240	80

- Se a paciente não entrar em trabalho de parto em até 30 minutos após a dose máxima ser atingida (40mUI/minuto), considerar como falha de indução.
- Complicações: hipertonia, taquissístolia e de ruptura uterina. Mais raramente pode ocorrer hiponatremia (quando a ocitocina é utilizada em altas doses, ela

pode reagir de forma cruzada com o receptor renal de vasopressina devido à estrutura similar da ocitocina com a vasopressina). Hipotensão e taquicardia também são raras e podem ocorrer nos casos de infusão intravenosa rápida de ocitocina.

- Suspende infusão (meia vida curta). Avaliar retomada do método após melhora do quadro.
- Registro do horário, doses utilizadas e estado materno e fetal em prontuário.

6) Complicações da indução

- Ruptura uterina, particularmente nos casos de pacientes com cesariana prévia.
- Infecção de cavidade uterina.
- Manipulação excessiva da via genital baixa.
- Prolapso de cordão umbilical (principalmente em caso de polidrâmnio).
- Prematuridade iatrogênica (Cálculo inadequado da Idade Gestacional - IG).
- Sofrimento fetal/ óbito.
- Taquissístolia: presença de seis ou mais contrações em 10 minutos, em dois períodos sucessivos de 10 minutos.
- Hipertonia: definida como uma contração de dois ou mais minutos de duração.

7) CHECKLIST

- Cálculo correto da Idade Gestacional:
 - Conferido com Ultrassonografia (USG) de 1º trimestre.
- Avaliação das condições clínicas materna e fetal:
 - Comorbidades maternas.
 - Estabilidade clínica.
 - História de cirurgias, cicatrizes uterinas ou restrições anatômicas.
 - Avaliação da necessidade de maturação pulmonar.
 - Avaliação da vitalidade fetal.
 - Avaliação da apresentação fetal e peso fetal estimado.
- Avaliação do colo do útero:
 - Índice de Bishop.
 - Status das membranas.
- Termo de consentimento para parto vaginal e orientação da paciente e dos acompanhantes.
- Registro em prontuário:

- Data e hora, descrição do colo uterino, dinâmica e tônus uterino, batimentos cardíacos fetais (BCF), método de indução.
- Acompanhamento materno e fetal:
 - Intermitente ou contínuo.
 - Reavaliação do método de indução.
- Diagnóstico de trabalho de parto ou falha de indução:
 - Condução individualizada de acordo com cada diagnóstico estabelecido.
- Assistência materna e fetal durante o parto.
- Equipe multidisciplinar – obstetrícia, pediatria, enfermagem obstétrica e assistencial.

CRITÉRIO DE SAÍDA DO PROTOCOLO

- Ocorrência do parto.
- Falha de indução.

MONITORAMENTO

Taxa de sucesso da indução.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os participantes declaram não haver conflito de interesse.

REFERÊNCIAS

ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor. *Obstet Gynecol* 2009; p.114:386.

American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013; p.121:911.

Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas; 2005.

Cunha, A. A. Indução do trabalho de parto. *Rev. femina*, v. 38, n. 9, setembro, 2010.

Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gistrstrap III LC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Induction of Labor. Chapter 22, p. 500-10. In: Williams Obstetrics. 23rd edition. McGraw-Hill. New York, 2010

FIGO - https://www.figo.org/sites/.../FIGO_Dosage_Chart%20EN_0.pdf

Gagnon, R.; Van den Hof, M. Diagnostic Imaging Committee, Executive and Council of the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. The use of fetal Doppler in obstetrics. *J Obstet Gynaecol Can.*, v.25, p.601-14, 2003)

Kelly, A. J.; Kavanagh, J.; Thomas, J. Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1, 2009. Oxford: Update Software

National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Induction of labour. Clinical Guideline. London: RCOG Press at the Royal College of Obstetricians and Gynecologists. 2008.

SIGLAS

BCF	Batimento cardíaco fetal
CIUR	Crescimento intrauterino retardado
CTG	Cardiotografia
IG	Idade gestacional
PBF	Perfil Biofísico Fetal
USG	Ultrassonografia

HISTÓRICO DAS VERSÕES

1ª versão

- Elaborada em 06/04/2018 por: Daniela Guimarães e Ana Paula Caldeira Brant.
- Avaliada em 07/07/2018 por: Mário Dias Corrêa Júnior e em outubro de 2019 por Rochelle Coppo Militão Rausch.
- Responsável técnico: William Schneider Cruz Krettli.
- Aprovada em outubro de 2019 por: Alexandre Rodrigues Ferreira, gerente de Atenção à Saúde e diretor técnico.