

---

# INDUÇÃO DO PARTO

---

*1ª edição: dezembro/2003*

*1ª revisão: setembro/2008*

*Data prevista para revisão: setembro/2010*

---

## DEFINIÇÃO

Indução é a estimulação do útero objetivando o início do trabalho de parto para assegurar o nascimento da criança em um tempo apropriado quando se avalia que a mesma estará mais segura fora do útero que dentro dele.

---

### Indução e estimulação

- ✧ Indução significa iniciar o trabalho de parto
  - ✧ Estimulação significa aumentar um trabalho de parto que já se iniciou
- 

## RECOMENDAÇÕES

### GERAIS

- A mulher e seu acompanhante devem receber orientações detalhadas sobre o processo de indução, suas indicações e potenciais riscos associados. Tal discussão deve estar documentada no prontuário.
- Avaliar e documentar no prontuário antes de iniciar a indução:
  - Indicação da indução e qualquer contra-indicação;
  - Confirmação da idade gestacional;
  - Apresentação e variedade;
  - Adequação pélvica;
  - Condições cervicais pelo score de Bishop (ver tabela 1);
  - Estado das membranas

## 2 | **Indução do parto**

---

- Atividade uterina;
- Batimentos cardio-fetais e cardiotocografia basal.
- Deve haver uma enfermeira obstetra familiarizada com a indução e seus efeitos para acompanhar a mulher durante todo o processo e manter o médico obstetra informado da evolução.

### **Indicações para Indução do Parto**

- A indução é indicada quando a continuação da gravidez não é mais aconselhável nas seguintes circunstâncias clínicas:
- Desordens hipertensivas da gravidez
- Incompatibilidade RH
- Ruptura prematura de membranas
- Condições médicas maternas (e.x., diabetes insulino-dependente, doença renal, etc.).
- Gestação acima de 41 semanas
- Evidência de comprometimento fetal
- Insuficiência útero-placentária
- Morte fetal intra-uterina
- Corioamnionite
- Fatores logísticos (e.x., história de parto rápido, distância do hospital, condições psicossociais, etc.). Nestes casos, a indução deve ser bem discutida com a mulher e seus acompanhantes, possíveis riscos e após estimativa acurada da idade gestacional.

### **Potenciais riscos da indução**

- Aumento da incidência de parto vaginal operatório e cesariana
- Atividade uterina excessiva
- Anormalidades da frequência cardíaca fetal (FCF)
- Ruptura uterina
- Intoxicação hídrica (quando se usa a ocitocina)
- Prematuridade devido a estimativa inadequada da idade gestacional
- Possível prolapso de cordão quando se usa a ruptura artificial de membranas

**Contra-indicações para Indução do parto**

- Apresentações anômalas (e.x., transversa, oblíqua, pelvi-podálica)
- Desproporção cefalopélvica absoluta
- Placenta prévia
- Presença de incisão uterina clássica prévia
- Carcinoma invasor do colo
- Prolapso de cordão
- Herpes genital ativo

**ESCORE CERVICAL PRÉ-INDUÇÃO DE BISHOP**

**Pontos Consignados**

<b>Fator</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	5-6
Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	80
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
Posição	Posterior	Médio	Anterior	

**CONDIÇÕES DE ASSISTÊNCIA**

- Quando a indução for indicada, assegurar que condições adequadas de assistência estejam presentes:
  - Disponibilidade de pessoal de enfermagem para monitorar a frequência cardíaca fetal e contrações uterinas a cada 15–30 minutos durante todo o processo de indução;
  - De preferência, a disponibilidade de bomba de infusão para uso de ocitocina;
  - Um agente tocolítico disponível para uso no advento de hipertonia uterina.

### **Situações em que se deve ter cuidados na indução do parto**

- Grande multiparidade (maior que 4)
- Multiparidade
- Apresentação de vértice não encaixada
- Colo uterino desfavorável ou imaturo
- Apresentação de face, bregma e pélvica
- Polihidrâmnios
- Gestação múltipla
- Presença de cicatriz uterina
- Indução por motivos logísticos

## **AMADURECIMENTO CERVICAL PRÉ-INDUÇÃO**

Se o colo uterino for desfavorável (escore de Bishop  $\leq 6$ ) o amadurecimento cervical deve ser realizado antes da indução do parto.

## **MÉTODOS**

### **MISOPROSTOL**

- Antes da inserção do misoprostol, uma cardiocografia (CTG) deve ser realizada. O procedimento só deve continuar após um teste normal
- O misoprostol deve ser utilizado na dose de 25 mcg de 4 em 4 horas até um máximo de 6 doses ou colo com escore de Bishop  $> 6$  ou fase ativa do trabalho de parto.
- Após cada inserção realizar monitoração da atividade uterina e frequência cardíaca fetal (FCF) por pelo menos 30 minutos.
- TER CUIDADO para não administrar a dose errada de misoprostol.
- A avaliação dos sinais vitais maternos (temperatura, pulso, pressão arterial) deve ser de acordo com a rotina, ou seja, de 4 em 4 horas.
- **Não iniciar ocitocina em menos de 4 horas após a última administração de misoprostol.**
- Nas pacientes em uso de misoprostol que atingirem a fase ativa do

trabalho de parto não há necessidade de uso da ocitocina, exceto para outras indicações como necessidade de estimulação na vigência de progresso inadequado.

- **Não utilizar misoprostol em pacientes com cesariana prévia devido ao risco aumentado de ruptura uterina.**

### Riscos do Misoprostol

- Atividade uterina excessiva: mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos;
- Síndrome de hiperestimulação uterina: atividade uterina excessiva com desacelerações e ou outras anormalidades da FCF.
- A hiperestimulação uterina ocorre mais comumente logo após a administração da droga.
- Se houver sinais de comprometimento fetal:
  - Remover qualquer quantidade restante do misoprostol da vagina com soro fisiológico ou água estéril e
  - Administrar um agente tocolítico (terbutalina ou salbutamol 0,25 mg por via subcutânea)
- Comunicar imediatamente ao médico obstetra responsável

### CATETER DE FOLEY

- Introduzir, sob condições estéreis, um cateter de Foley nº 18 no canal cervical, ultrapassando o orifício interno e encher o balão com 30 a 60 cc de água.
- O cateter deve ser deixado no local até se soltar espontaneamente ou no máximo por 24 horas.
- O cateter pode ser mantido sob tração através da fixação em um frasco de 1000 ml de solução IV pendurado nas bordas do leito ou fixado sob tração, com uma fita adesiva ou esparadrapo, à face interna da coxa ou submetido a trações manuais periódicas, cerca de 2 a 4 por hora, até o mesmo se soltar.
- Pode-se também infundir solução salina no espaço extra-amniótico através do cateter na velocidade de 1 ml/min.
- Quando o cateter se soltar, se não houver atividade uterina suficiente, realizar amniotomia e iniciar ocitocina conforme protocolo adiante.

- Contra indicações: placenta baixa, sangramento uterino, ruptura de membranas, cervicite.

## **INDUÇÃO DO PARTO**

Quando o colo uterino estiver favorável para a indução (escore de Bishop > 6), a ocitocina com amniotomia é o método de escolha para indução do parto.

### **OCITOCINA (COM AMNIOTOMIA)**

- O objetivo da administração de ocitocina é produzir atividade uterina que seja suficiente para produzir alterações cervicais e ao mesmo tempo evitar hiperestimulação uterina e comprometimento fetal.
- A ocitocina só deve ser utilizada quando o colo apresentar condições favoráveis, ou seja, escore de Bishop > 6, exceto quando se tratar de ruptura prematura de membranas onde pode ser utilizada mesmo se o colo não apresentar condições favoráveis.
- A prescrição de ocitocina deve ser realizada e registrada em mU/minuto.
- As doses e aumento da ocitocina devem ser de acordo com a tabela 2.
- De preferência, a ocitocina deve ser administrada através de uma bomba de infusão, com uma linha venosa secundária conectada a uma linha principal.
- Antes de qualquer aumento na dose as contrações uterinas devem ser avaliadas por palpação ou monitoração eletrônica externa. A menor dose efetiva possível deve ser usada para prevenir a hiperestimulação uterina.
- Logo após iniciar a ocitocina, realizar ruptura artificial das membranas (cuidado com a altura da apresentação para evitar prolapso de cordão).
- As contrações uterinas devem ser avaliadas de preferência a cada 30 minutos e a FCF a cada 15-30 minutos.
- Os dados vitais maternos (pulso, temperatura e pressão arterial) devem ser avaliados a cada 4 horas.
- Se ocorrer atividade uterina excessiva ver Box para conduta adequada.

- A ocitocina pode ser utilizada em pacientes com cesariana prévia seguindo os cuidados já preconizados neste guia.
- **Não iniciar ocitocina a um intervalo menor que 4 horas após a última dose de misoprostol nas pacientes que o estiverem utilizando para maturação cervical.**

#### Riscos da ocitocina

- Atividade uterina excessiva: mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos:
  - Diminuir a velocidade de infusão da ocitocina e reavaliar a situação. Reiniciar a infusão a uma dose e velocidade menor caso as condições melhorem
- Síndrome de hiperestimulação uterina: atividade uterina excessiva com desacelerações e ou anormalidades da FCF:
  - SUSPENDA A INFUSÃO DE OCITOCINA
  - Posicione a paciente em decúbito lateral esquerdo
  - Ofereça O<sub>2</sub> por máscara a 10 L/min
  - Comunique imediatamente ao médico obstetra
  - Avalie pressão arterial
  - Faça um exame pélvico para avaliar dilatação cervical e possível prolapso de cordão
  - Considere infusão rápida de cristalóides dependendo das condições maternas
  - Prepare para uma possível cesariana se as condições fetais não retornam ao normal
  - Administre um agente tocolítico (terbutalina ou salbutamol 0,25 mg por via subcutânea ou intravenosa)
- Se a ressuscitação intra-uterina for bem sucedida, a ocitocina pode ser reiniciada na metade da última dose.

Infusão de ocitocina		
Tempo após o início (min)	Dose de ocitocina (mU/min)	Volume infundido ml/hora
		Diluição 5 UI em 500 ml
0	1	6
30	2	12
60	4	24
90	8	48
120	12	72
150	16	96
180	20	120
210	24	144
240	28	168
270	32	192

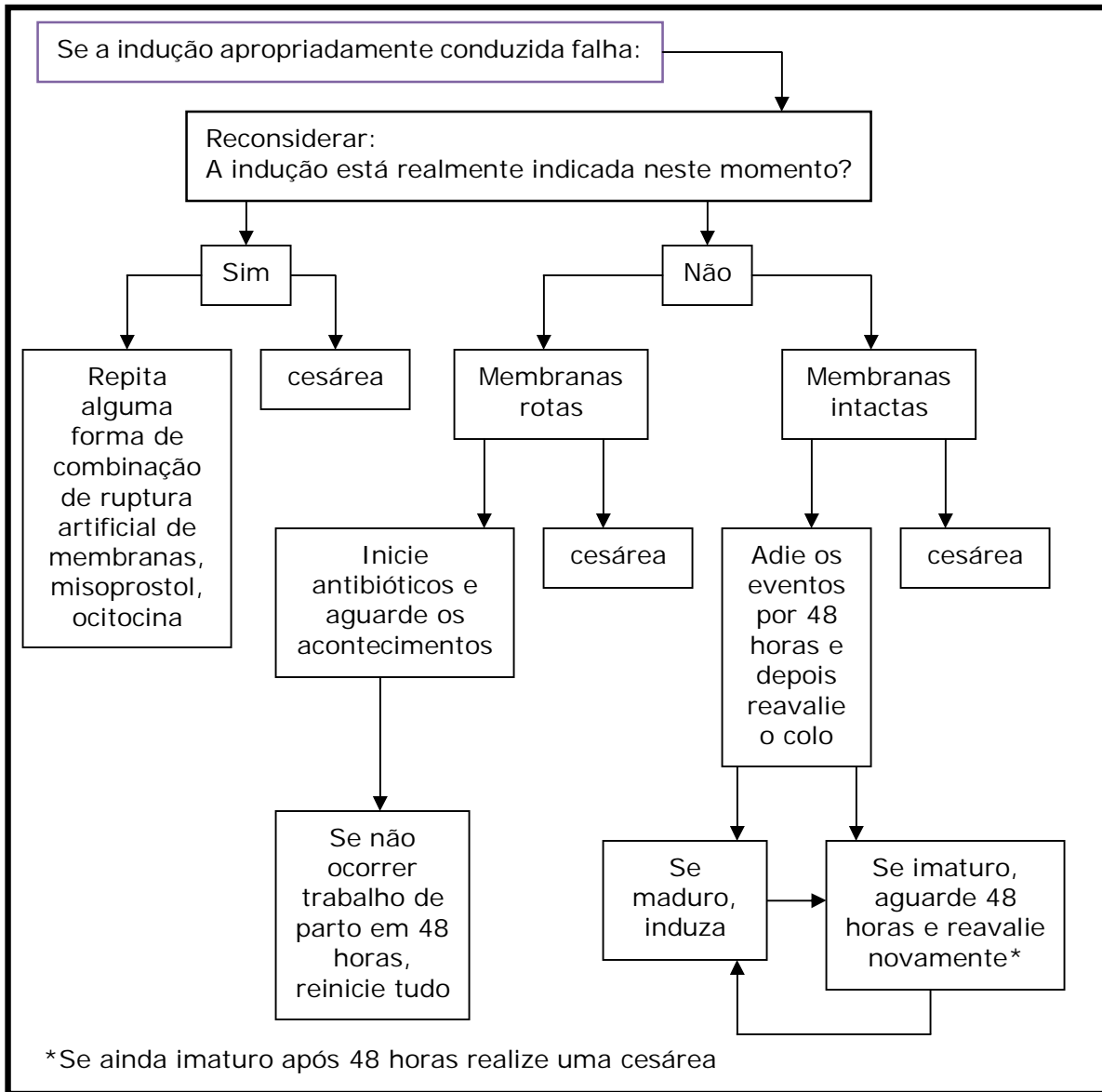
As doses realçadas são quantidades as quais o médico obstetra deve ser comunicado antes de se prosseguir com o incremento.

## **FALHA DE INDUÇÃO**

- Considerar falha de indução quando a paciente que estiver em processo de amadurecimento cervical pré-indução não estiver com escore cervical  $\geq 6$  após 6 doses de misoprostol ou após 24 horas de inserção de uma sonda de Foley. Naquelas que estiverem em uso de ocitocina, considera-se coma falha do procedimento quando não apresentarem padrão contrátil eficaz, ou seja, que promova dilatação cervical progressiva, após doses máximas de ocitocina.
- Diante da falha de indução, conduzir segundo fluxograma seguinte.
- Deve-se compartilhar com a mulher e seus familiares a melhor conduta.



Fluxograma de decisões diante da falha de indução



## BIBLIOGRAFIA

- ADAIR, C. D. Nonpharmacologic Approaches to Cervical Priming and Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 447-454, sept. 2000.
- CHAMBERLAIN, G., ZANDER, L. ABC of labour care – Induction. *BMJ*, v. 318, p. 995-998, april 1999. [www.bmj.com](http://www.bmj.com).
- HADI, H. Cervical Ripening and Labor Induction: Clinical Guidelines. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 524-536, sept. 2000.
- RAMSEY, P. S.; OWEN, J. Midtrimester Cervical Ripening and Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 495-512, sept. 2000.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Clinical Green Top Guidelines. *The Management of Early Pregnancy Loss (25)* - Oct 2000.  
<http://www.rcog.org.uk/guidelines.asp?PageID=106&GuidelineID=8>.
- RCOG - Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Induction of labour. Evidence-based Clinical Guideline Number 9*, London: RCOG Press, June 2001. [www.rcog.org](http://www.rcog.org).
- SANCHEZ-RAMOS, L.; GAUDIER, F. L.; KAUNITZ, A. M. Cervical Ripening and Labor Induction After Previous Cesarean Delivery. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 513-523, sept. 2000.
- SANCHEZ-RAMOS, L.; KAUNITZ, A. M. Misoprostol for Cervical Ripening and Labor Induction: A Systematic Review of the Literature. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 475-488, sept. 2000.
- SOGC – Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Induction of Labour at Term. SOGC Clinical Practice Guideline No. 107, august 2001. *J Obstet Gynaecol Can*, v. 23, n. 8, p. 717-728, 2001.  
[www.sogc.org](http://www.sogc.org).
- STUBBS, T. M. Oxytocin for Labor Induction. *Clin. Obstet. Gynecol.*, v. 43, n. 3, p. 489-494, sept. 2000.