



INDUÇÃO DO PARTO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

INDUÇÃO DO PARTO

É a estimulação artificial das contrações uterinas para realizar o parto antes do seu início espontâneo. A resolução da gestação antes do início do trabalho de parto espontâneo é indicada quando há riscos materno/fetais associados a continuidade da gravidez. Quando não há contraindicações para o trabalho de parto e parto vaginal a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana.

INDICAÇÕES:

- Gestação pós-termo
- Rotura prematura de membranas ovulares
- Síndromes hipertensivas
- Óbito fetal
- Condições médicas maternas: Diabetes mellitus, doença renal, doença pulmonar crônica, síndrome antifosfolípido.
- Restrição do crescimento fetal
- Corioamnionite
- Malformações fetais incompatíveis com a vida
- Oligodramnia
- Doença Hemolítica Perinatal
- Interrupção legal da gravidez

CONTRAINDICAÇÕES:

- Cicatrizes uterinas corporais
- Rotura uterina prévia
- Herpes genital ativo
- Placenta prévia ou vasa prévia
- Prolapso de cordão umbilical ou apresentação funicular persistente
- Apresentações anômalas
- Câncer cervical invasivo
- Desproporção cefalopélvica
- Traçado de frequência cardíaca fetal categoria III, (padrão sinusóide ou ausência de variabilidade da fcf basal, e qualquer das seguintes alterações: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia).

O status do colo é um dos mais importantes fatores preditivos da probabilidade de sucesso da indução do parto. O índice de Bishop parece ser a melhor forma de avaliar o colo uterino e predizer a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal.

INDICE DE BISHOP:

Parâmetros avaliados		Pontos Atribuídos			
		0	1	2	3
Altura da apresentação fetal (De Lee)		- 3	- 2	- 1	0 ou abaixo
Colo uterino	Dilatação (cm)	0	1-2	3-4	>5
	Apagamento (%)	0-30	40-50	60-70	>80
	Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
	Posição	Posterior	Intermediário	Central	

- Índice ≤ 6 : necessário amadurecimento cervical prévio a indução
- Índice > 6 : indução (ocitocina)
- Índice >8 : a probabilidade de parto vaginal após a indução é semelhante àquela após trabalho de parto espontâneo.
- Avaliação detalhada das condições maternas e fetais deve ser realizada antes do início da indução, para assegurar que a indicação seja apropriada, confirmar a ausência de contraindicações e para avaliar a probabilidade de êxito na indução.
- Minimamente, essa avaliação deve incluir a reavaliação da idade gestacional, a estimativa do peso fetal e do potencial de distocia, determinação da apresentação fetal, avaliação do colo uterino, verificação do padrão da frequência cardíaca fetal e revisão do histórico médico e pré-natal da paciente.

AMADURECIMENTO DO COLO (Bishop ≤ 6):

O amadurecimento do colo uterino é um processo complexo que resulta no amolecimento e no aumento da distensibilidade do colo, levando ao seu apagamento e dilatação.

As duas principais formas de amadurecimento do colo são:

- **Método de Krause (indução mecânica):**
 - Colocação de sonda de Foley nº 14 ou 16 através do colo, atingindo a cavidade uterina
 - Enchimento do balão com 30ml de água destilada ou soro fisiológico
- **Misoprostol :**
 - 25 a 50 mcg 6/6h VV, iniciado preferencialmente durante o dia.
 - Este esquema deve ser mantido até o colo atingir um índice de Bishop ≥ 6 em 24h
 - Caso não seja atingido um índice de Bishop ≥ 6 em até 24h, o caso deve ser revisto e avaliada a possibilidade de novo ciclo por mais 24h
 - Após 48h sem evolução satisfatória, considerar como falha do procedimento.

INDUÇÃO COM OCITOCINA (Bishop > 6):

- Perfusão venosa de ocitocina em bomba de infusão
- Diluir 5UI de ocitocina em 500ml SG5% (10 mUI/ml)
- Velocidade de infusão: 2 mUI/min (12 ml/h)
- Aumentar a velocidade em 2 mUI/min a cada 15 min até atingir padrão contrátil adequado para a fase do trabalho de parto, até a dose máxima de 40 mUI/min (240 ml/h).
- Caso a atividade uterina não tenha atingido o padrão desejado em 2 horas de administração de dose máxima de ocitocina, considerar como falha de indução.

MONITORIZAÇÃO DA INDUÇÃO

- Quando ocorrer taquissístolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal, diminuir ou suspender a perfusão de ocitocina, administrar oxigênio sob cateter nasal, hidratação venosa e mudança de decúbito da paciente.
- Monitorização eletrônica fetal intraparto.

LEMBRETES

- A resposta uterina à ocitocina depende da idade gestacional. Há aumento gradual na resposta entre 20 e 30 semanas, seguido por *plateau* entre 34 semanas e o termo.
- A proporção gotejamento/infusão contínua em bomba é de 1:3.
- Exemplo: para infundir 2 mUI/ml de ocitocina/ minuto, usar 5 U de ocitocina em 500 ml de soro glicosado 5%, gotejar em equipo 4 gotas/minuto, ou 12 microgotas/min ou 12 ml/hora em bomba de infusão.

LEITURA SUGERIDA

1. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice Bulletin, n.107. Induction of labor. **Obstet. Gynecol.**, v.114, n.2pt.1, p.386-397, 2009.
2. FIGUEIRA, V.S.; FIGUEIRA JUNIOR, O.; PEREIRA, M.N. Indução do parto. In: MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. **Rezende Obstetrícia**. 11.ed, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p.263-272.
3. SHANCHES-RAMOS, I.; DELKE, I. Induction of labor and termination of the previable pregnancy. In: JAMES, D., et al. **High risk pregnancy: management options**. 4th.ed. Philadelphia: Saunders, 2011. p.1145-1168.