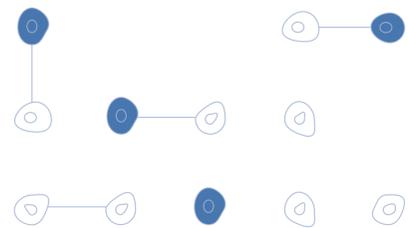


## Indução do parto



## Descrição

### Definição

Desencadear contrações uterinas efetivas, por meio de métodos específicos, antes do deflagrar espontâneo. Usada em pacientes fora de trabalho de parto.

Não é o mesmo que:

- Condução: praticada durante o trabalho de parto com o propósito de adequar as contrações uterinas
- Maturação cervical: obtenção de colo uterino mais macio, complacente, capaz de dilatar facilmente e acomodar a passagem do feto

### Indicações

Valoriza-se a indução do parto na presença de indicação médica adequada e quando o término da gestação promover benefício materno e /ou fetal. O procedimento não deve ser proposto apenas para conveniência médica e /ou da gestante.

A indução é indicada, principalmente, nos casos abaixo:

- Estados mórbidos maternos de difícil controle (síndromes hipertensivas e diabetes melito)
- Circunstâncias de risco no agravo da vitalidade fetal (restrição de crescimento intra-uterino, gestação prolongada, doença hemolítica perinatal)
- Malformações que apresentam evolução desfavorável com o continuar da gestação
- Rotura prematura de membranas
- Corioamnionites
- Óbito fetal

### Principais contra-indicações

- Vício pélvico
- Desproporção cefalopélvica
- Macrossomia fetal evidente
- Tumores prévios
- Apresentações anômalas
- Inserção baixa da placenta
- Vasa prévia
- Comprometimento da vitalidade fetal
- Grande multiparidade
- Cicatriz uterina prévia (cesáreas, miomectomias, metroplastias)
- Gemelidade
- Polidrâmio

## Descrição

### Principais complicações

A indicação bem fundamentada, com supervisão adequada, atuação precisa e o uso correto dos métodos, evitando-se tentativas prolongadas de indução de parto, diminuem muito a possibilidade dessas ocorrências:

- Trabalho de parto prolongado
- Síndrome de hiperestimulação uterina (taquissístolia de 6 ou mais contrações a cada 10 minutos associada a sinais de sofrimento fetal)
- Descolamento prematuro da placenta
- Ruptura uterina
- Infecção intraparto
- Embolia amniótica
- Toco-traumatismos
- Prolapso funicular
- Sofrimento fetal
- Hemorragia pós-parto

## Diagnóstico

### Método de indução do parto

O índice de Bishop norteia a escolha do método:

Quando < 6 pontos

Empregar métodos para proporcionar maturação cervical

Quando ≥ 6 pontos

Empregar métodos para desencadear contrações uterinas (indução propriamente dita)

### Índice de Bishop modificado

	Pontuação			
	Zero	Um	Dois	Três
Dilatação (cm)	impérvio	1 a 2	3 a 4	>4
Comprimento do colo (cm)	>2	2	1	<1
Altura da apresentação	-3	-2	-1 ou 0	+1 ou +2
Consistência	Firme	Intermediária	Amolecida	
Posição	Posterior	Intermediária	Central	

## Tratamento

### Maturação Cervical

Métodos mais usados {

- Prostaglandina E2
- Misoprostol
- Hialuronidase

### Prostaglandina E2

Dinoprostone (Propress®) – dose única por via vaginal na forma de pessário por, no máximo, 24 horas. Deve ser retirado após esse período ou se houver desencadeamento de contrações uterinas.

### Misoprostol (Prostokos®)

Análogo sintético da Prostaglandina E1 com apresentação em comprimidos de 25 mcg e 200 mcg. Promove maturação cervical de forma indireta, pois é capaz de desencadear contrações uterinas mesmo em doses baixas.

### Dose recomendada no termo

Misoprostol (Prostokos®) – 25 mcg a cada 6 horas, por via vaginal, durante 24 horas

### Observações

Aconselha-se elevação gradual e lenta das doses, se necessário; essas doses deverão ser individualizadas em idades gestacionais mais precoces e no óbito fetal.

O uso do Misoprostol eleva sobremaneira a possibilidade de síndrome de hiperestimulação; está contra-indicado na presença de incisões uterinas prévias em idades gestacionais avançadas.

### Hialuronidase – (Hyalozima®)

É considerado método exclusivo para maturação cervical; é de uso ambulatorial, podendo ser utilizado após 34 semanas de gestação.

### Dose

Diluir 1 frasco de 20.000 UTR em 4 ml de água destilada e injetar 2 ml nas posições cervicais 6 horas e 12 horas, utilizando prolongador e agulha de insulina (não retirar a agulha antes de 30 segundos, para evitar refluxo).

Após 48 horas, reavaliar as condições do índice de Bishop e repetir a aplicação, se necessário.

## Tratamento

### Indução de parto

Na prática, o uso de Ocitocina é o mais empregado. O descolamento digital das membranas ovulares e a amniotomia também podem ser praticados, em casos selecionados, com dilatação pronunciada e insinuação presente.

### Ocitocina (Syntocinon®)

Apresenta melhores resultados na presença de índice de Bishop ≥ 6 e próximo ao termo da gestação. Uso endovenoso com infusão controlada por meio de bomba.

### Preparo da solução

SG 5% – 500 ml } cada 1 ml (20 gotas) = 10 mUI  
Ocitocina – 5 UI

- Inicia-se com 2 mUI/min (4 gotas/min ou 12 ml/h em bomba de infusão)

- Aumentam-se 2 mUI a cada 30 minutos, até o desencadeamento de contrações uterinas efetivas. Dose máxima de 32 mUI/minuto (ou 64 gotas/minuto)

### Atenção

Evitar períodos prolongados de uso de Ocitocina; possui efeito anti-diurético e há risco de intoxicação hídrica.

### Falha de indução com Ocitocina

É considerada diante de ausência de atividade uterina após 2 horas de infusão de dose máxima.

### Observações

Os métodos de indução de parto podem ser associados, posteriormente, aos de maturação cervical, em busca de melhores resultados.

O uso da cardiotocografia anteparto atestando boa vitalidade fetal é fundamental antes de instalar-se a indução do parto. Diante de contrações uterinas efetivas, o registro deve ser repetido e mantido continuamente, se possível.

## Tratamento

### Em caso de Síndrome de hiperestimulação uterina

- Retirar imediatamente o método de indução

- Decúbito lateral esquerdo e monitorar os batimentos cardíacos fetais

- Avaliar a possibilidade de praticar amniotomia ou instalar analgesia

- Tocólise aguda, se necessário, com ½ ampola de terbutalina por via subcutânea

- Reavaliar a possibilidade de manter resolução por via vaginal, ou indicar cesárea, preferencialmente após melhoria das condições fetais