



Manuelle Rigon Moro

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM
GESTÃO DE RISCO HABITUAL

Santa Maria, RS

2019

Manuelle Rigon Moro

**PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO EM
GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL**

Trabalho Final de Graduação (TFG),
apresentado ao Curso de Medicina, da
Universidade Franciscana, como requisito
parcial para aprovação na disciplina TFG.

Orientadora: Clarice dos Santos Mottecy

Santa Maria, RS

2019

RESUMO

PROTOCOLO ASSISTENCIAL: INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A indução do trabalho de parto, consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, em mulheres a partir da 20^a a 22^a semana de gravidez (peso fetal \geq 500g) com o objetivo de alcançar o parto vaginal, quando os benefícios de indução superam os riscos de continuar a gravidez. A indução do trabalho de parto apresenta indicações e contraindicações específicas, ou seja, não é um procedimento ausente de riscos, sendo necessário apoiar-se nas melhores evidências científicas para preservar a segurança materna e do recém-nascido. Desse modo, na busca de atenção mais eficaz às gestantes, o Protocolo Assistencial de Indução ao Trabalho de Parto em Gestações de Risco Habitual o qual foi elaborado de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil, tem como objetivo geral a sugestão de implementação deste no Hospital Casa de Saúde (HCS) para que o mesmo padronize as condutas da equipe multiprofissional que acolhem as gestantes com risco habitual, além de auxiliar no ensino e aprendizagem dos alunos da Universidade Franciscana que tem como hospital escola o HCS.

ABSTRACT

ASSISTANCE PROTOCOL: INDUCTION OF LABOR

The induction of labor TP, consists on artificially stimulating the uterine contractions coordinated and effective before their spontaneous onset, in women from the 20th to 22nd week of pregnancy (fetal weight \geq 500g) with the objective of achieving vaginal birth, when the induction benefits outweigh the risks of continuing the pregnancy. The induction of labor presents specific indications and contraindications, that is, it is not a procedure absent from risks, and it is necessary to rely on the best scientific evidence to preserve maternal and newborn safety. Thus, searching for more effective attention to pregnant women, the Care Protocol for Induction to Labor In Pregnancies of Habitual Risk, which was elaborated according to the guidelines of the Brazilian Ministry of Health, has as its general goal, its suggestion of implementation at Hospital Casa de Saúde (HCS) to standardize the multidisciplinary team behaviors that welcomes pregnant women with usual risk, besides assisting on teaching and learning of the students of Universidade Franciscana who have HCS as a school hospital.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	8
2.1 BASE DE DADOS	8
2.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID)	8
2.3 INDICAÇÕES DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO	8
2.3.1 Principais indicações com forte grau de recomendação	9
2.4 CONTRAINDICAÇÕES DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO	9
3 INTERVENÇÕES	10
3.1 MATURAÇÃO CERVICAL PRÉ-INDUÇÃO	10
3.1.1 Métodos mecânicos	11
3.1.2 Métodos farmacológicos	12
3.1.2.1 Posologia em casos de feto vivo	13
3.2 INDUÇÃO DO PARTO	14
3.3 SITUAÇÕES ESPECIAIS	15
3.3.1 Cesariana prévia	15
3.3.2 Ruptura prematura de membranas (RUPREME)	16
3.3.3 Feto morto	16
3.3.4 Cuidados com a vitalidade fetal	17
4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP	18
4.1 ESTRATÉGIAS	18
5 FLUXOGRAMA	19
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20
APÊNDICES	22
APÊNDICE A: INTERPRETAÇÃO CARDIOTOCOGRAFIA	23
APÊNDICE B: ESTRATÉGIAS EM CASO DE ATIVIDADE UTERINA EXCESSIVA E SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO UTERINA	24
APÊNDICE C: ANTIBIOTICOPROFILAXIA DE ESTREPTOCOCUS GRUPO B	25
APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) PARA REALIZAÇÃO DE INDUÇÃO DO PARTO	26

1 INTRODUÇÃO

A indução do TP consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, em mulheres a partir da 20^a a 22^a semana de gravidez (peso fetal \geq 500g) com o objetivo de alcançar o parto vaginal. É considerada uma opção terapêutica quando os benefícios da indução superam os riscos de continuar a gravidez, podendo ser necessário para garantir a segurança materna e fetal. (SOUZA et al., 2010).

A história da indução do trabalho de parto (TP) iniciou na antiguidade com descrições de Hipócrates por meio de estimulação mamária e dilatação mecânica cervical (RAMOS et al., 2009). Posteriormente, outros métodos foram utilizados, como a ruptura artificial de membranas e a dilatação manual do colo do útero. Em 1968, há relatos do início do uso de prostaglandinas para a indução do parto (RAMOS et al., 2009). Desde então, o uso de prostaglandinas, em diferentes variedades e formas de administração, tornou-se um método comum de indução do parto, com o desenvolvimento de um análogo sintético da prostaglandina E1 (PGE1), o misoprostol em 1973, conhecido como Cytotec.

O misoprostol foi autorizado no Brasil inicialmente em 1986 para o tratamento de úlcera gástrica e duodenal, porém a partir de observações foi evidenciado atividade uterotônica, causando abortos. Com esse fato, o medicamento foi suspenso em 1998 pelo Ministério da Saúde e voltou a ser comercializado em 1999, com uso restrito para maternidades e com indicação precisa para a indução de TP. O seu primeiro relato de utilização para indução em fetos vivos ocorreu em 1991 na Argentina.(SOUZA et al., 2010).

Com a evolução da medicina, os métodos estão em constante evolução, incluindo uso de medicamentos e dispositivos mecânicos, de modo a oferecer métodos mais eficazes de induzir o parto.As indicações comuns de indução do TP incluem gravidez pós-termo, suspeita de restrição de crescimento intrauterino, ruptura das membranas, morte fetal, complicações hipertensivas da gravidez e diabetes materno, colocando em risco a gravidez. (SOUZA et al., 2010; LEDUC et al., 2015).

Apesar da constante evolução dos métodos de indução, não é um procedimento isento de riscos, sendo necessário preservar a segurança materna e do recém-nascido. Os riscos do procedimento incluem os efeitos da atividade uterina excessiva; um aumento potencial na taxa de cesárea; infecção uterina, aumento do risco de hemorragia pós-parto (HPP); e efeitos adversos no recém-nascido, como intolerância fetal ao parto, infecção e síndrome da angústia respiratória (SOUZA et al., 2010).

Além dos riscos da indução, é possível que ocorra falha na indução, a qual apresenta várias definições, como falha no parto vaginal, falha na entrada em trabalho de parto ativo e falha no trabalho de parto após um certo número de agentes de amadurecimento. Os principais fatores de risco para falha na indução incluem colo não maduro, nuliparidade e obesidade, apresentando taxa de parto cesáreo de 40% em mulheres obesas induzidas (SCHOEN, NAVATTE, 2015).

As taxas de indução do TP aumentaram de 9,5% para aproximadamente 22,8% entre 1990 e 2012 (BONSACK; LATHROP; BLACKBURN, 2014) realidade vista principalmente em centros de referência de gestações de alto risco. Além disso, considerando a atual prevalência de obesidade em mulheres durante os anos reprodutivos, esse cenário tende a piorar, visto que essa patologia conseqüentemente aumenta o número de outras doenças que apresentam indicação de indução de TP, como o diabetes materno e pré-eclâmpsia (BONSACK; LATHROP; BLACKBURN, 2014).

Desse modo, o parto induzido deve ser realizado quando há indicações precisas, pois, pode ser menos eficiente, mais longo e mais doloroso que o parto espontâneo. Com isso, é prudente o conhecimento das indicações, contraindicações e riscos da indução do parto apoiando-se nas melhores evidências científicas e de acordo com o grau de recomendação. O benefício da indução sobre a continuação de uma gravidez nem sempre é claro, no entanto, algumas ferramentas, como o índice de Bishop, devem ser consideradas para avaliar a probabilidade de um parto vaginal bem-sucedido (LEDUC et al., 2015).

A gestante e seu acompanhante devem receber orientações detalhadas sobre o processo de indução, suas indicações e potenciais riscos associados. Além disso, antes de iniciar a indução, devem ser avaliados: idade gestacional, estado do colo

uterino, exame pélvico, apresentação fetal, estado das membranas e o bem estar fetal (SOUZA et al., 2010).O obstetra deve documentar em prontuário todos os dados avaliados, qual a indicação de indução, se há contraindicação, , atividade uterina e cardiotocografia (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010)

Portanto, o objetivo geral de elaborar o protocolo assistencial de indução TP consiste na sugestão de implementação deste no Hospital Casa de Saúde (HCS) para que o mesmo padronize as condutas da equipe multiprofissional que acolhem as gestantes, na busca de atenção mais eficaz as mesmas.

Os objetivos específicos da elaboração do protocolo consistem em auxiliar no ensino e aprendizagem dos alunos da Universidade Franciscana que tem como hospital escola o HCS, além de ser o hospital de referência das gestações de risco habitual para a região Central do Estado; organizar o cuidado das gestantes e otimizar a atenção do final da gestação.

Desse modo, a justificativa da elaboração protocolo de indução de TP é estabelecer os parâmetros para a indução do TP buscando otimizar o atendimento da equipe multiprofissional no melhor cuidado materno fetal ao término da gravidez.

2 METODOLOGIA

2.1 BASE DE DADOS

O protocolo assistencial de indução de trabalho de parto foi elaborado de acordo com uma avaliação na literatura sobre o tema, com utilização da base de dados PubMed, e tendo como base as diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil.

2.2 CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS A SAÚDE (CID)

- O41.0 - Oligo-hidrânio;
- O41.1 - Infecção do saco amniótico e das membranas;
- O36.5 - Assistência prestada à mãe por insuficiência de crescimento fetal;
- O42 - Ruptura prematura de membranas;
- O42.9 - Ruptura prematura de membranas, não especificada;
- O48 - Gravidez prolongada;
- O36.4 – Assistência prestada à mãe por morte intrauterina
- O83 - Outros tipos de parto único assistido;
- P95 - Morte fetal de causa não especificada;

2.3 INDICAÇÕES DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

- Gestação pós-termo (≥ 41 semanas) - principal indicação
- Rotura prematura de membranas ovulares;
- Óbito fetal;
- Oligodraminia;
- Corioamnionite;
- Malformações fetais incompatíveis com a vida;
- Interrupção legal da gravidez. (KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

2.3.1 Principais indicações com forte grau de recomendação

Grau de recomendação A

- **Gestação prolongada (≥ 41 semanas)** – Reduz a mortalidade perinatal e a síndrome de aspiração meconial;
- **Ruptura prematura das membranas ≥ 34 semanas** – Risco de infecção aumenta quanto maior o tempo de ruptura

Grau de recomendação B

- **Oligodrâmnio** – Observar de acordo com vitalidade fetal ou gestação a termo;
- **Restrição de crescimento fetal a termo** – ≥ 37 semanas.

(KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

2.4 CONTRAINDICAÇÕES DE INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

- Cesariana prévia há menos de dois anos;
- Cesariana prévia com incisão corporal;
- Herpes genital ativo;
- Miomectomia prévia com incisão transmural;
- Desproporção cefalopélvica;
- Ruptura uterina prévia;
- Placenta prévia ou vasa prévia;
- Prolapso de cordão umbilical;
- Situação fetal transversa;
- Apresentações anômalas (cefálicas defletidas) e apresentação pélvica;
- Traçado de frequência cardíaca fetal, à cardiotocografia (CTG) categoria III (padrão sinusóide ou ausência de variabilidade da frequência cardíaca fetal basal, e qualquer das seguintes alterações: desacelerações tardias recorrentes, desacelerações variáveis recorrentes ou bradicardia).

(KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

3 INTERVENÇÕES

Condições de Assistência

Quando a indução for indicada, é necessário assegurar que condições adequadas de assistência estejam presentes:

- Disponibilidade da equipe para monitorar a frequência cardíaca fetal e contrações uterinas a cada 15–30 minutos durante todo o processo de indução;
- Se possível, a disponibilidade de bomba de infusão para uso de ocitocina;
- Um agente tocolítico disponível para uso no advento de hipertonia uterina.

3.1 MATURAÇÃO CERVICAL PRÉ-INDUÇÃO

O principal fator preditivo do sucesso da indução do parto são as características do colo uterino. A avaliação cervical é realizada por um escore de pontuação conhecido como Bishop modificado. O índice de Bishop (Tabela 1) fundamenta-se nas características do colo uterino (posição, comprimento, consistência e dilatação) e na altura da apresentação para predizer a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal.

Tabela 1 - Índice de Bishop (1964) modificado

Pontuação	0	1	2	3
Altura da apresentação	-3	-2	-1/0	+1/+2
Dilatação do colo (cm)	0	1-2	3-4	>4
Apagamento do colo (%)	0-30	40-50	60-70	≥80
Consistência do colo	Firme	Médio	Amolecido	-
Posição do colo	Posterior	Médio	Anterior	-

Desse modo, quando o índice de Bishop é ≤ 6 primeiro é necessário atingir amadurecimento cervical prévio, visto que o colo ainda não está em condições ideais, para posteriormente atingir contrações uterinas efetivas. Índices > 6 indicam boa resposta à indução com ocitocina e índices > 8 representam probabilidade de parto vaginal após a indução, equivalente a encontrada após trabalho de parto espontâneo (KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

Os métodos utilizados para promover maturação cervical podem ser divididos inicialmente em farmacológicos e não farmacológicos.

Entre os métodos não farmacológicos, há uma subdivisão entre naturais (homeopatia, acupuntura, relações sexuais, estimulação mamária) e artificiais (descolamento de membranas amnióticas, ruptura artificial de membranas e mecânicos). No entanto, como os métodos naturais e a ruptura artificial de membranas não apresentam evidências suficientes para sua recomendação, esse protocolo será baseado na utilização do método mecânico de inserção de sonda de Foley, como método não farmacológico (SOUZA et al., 2010).

Entre os fármacos descritos para promover a maturação cervical, as prostaglandinas (PG) são consideradas os principais agentes, entre elas a PGE1 (misoprostol) e PGE2 (dinoprostona). Outras drogas que podem ser utilizadas para esse fim são a relaxina, óxido nítrico e hialuronidase. No entanto, o misoprostol têm recebido maior destaque por ser um fármaco seguro, efetivo e de baixo custo (SOUZA et al., 2010b).

3.1.1 Métodos mecânicos

As opções mecânicas de amadurecimento cervical incluem dispositivos de balão que aplicam pressão no orifício interno do colo do útero para alongar o segmento uterino inferior e aumentar a liberação de prostaglandinas. Apesar de atualmente os métodos farmacológicos apresentarem maior utilização, as vantagens dos métodos mecânicos incluem baixo custo, simplicidade de uso, potencial de reversibilidade, baixo risco de taquissístolia, menor risco de hiperestimulação uterina e eventuais alterações

da frequência cardíaca fetal, bem como menor risco de efeitos colaterais sistêmicos (SOUZA et al., 2010).

A inserção asséptica da sonda de Foley nº 12-16-18 deve ser feita sob visualização direta com o espécuro, com a ajuda de uma pinça de Cheron. Depois de introduzida no canal cervical até ultrapassar o orifício cervical interno (OCI), onde atingirá o espaço extra-amniótico, infla-se o balonete com 30 a 60mL de solução salina e tracionar a sonda contra o OCI. O cateter deve permanecer sob tração do colo, 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 ainda submetido a trações manuais periódicas, cerca de 2 a 4 por hora, por 12 a 24 horas, ou até a sua expulsão, quando a infusão de ocitocina poderá ser iniciada, se necessário (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010 ; SOUZA et al., 2010).

O mecanismo de ação do método de inserção da sonda de Foley ocorre através de ação mecânica e também pela liberação de prostaglandinas devido separação do córion da decídua, promovendo amadurecimento cervical.

Esse método apresenta algumas contraindicações, como placenta baixa, sangramento uterino , ruptura de membranas, e desconforto materno (SOUZA et al., 2010). Além disso, o risco de infecção materna e neonatal é maior, devido a inserção de um corpo estranho, o que pode causar desconforto materno e descolamento de placenta em casos de inserção baixa.

Desse modo, o método artificial com a inserção de sonda de Foley apresenta grau de recomendação A (SOUZA et al., 2010), sendo recomendado, sobretudo na vigência de contraindicações aos métodos farmacológicos, como gestantes com cesariana anterior devido menor risco de taquissistolia e hiperestimulação uterina.

3.1.2 Métodos farmacológicos

O misoprostol (análogo sintético da PGE1) induz as contrações uterinas e age favorecendo o amolecimento e dilatação do colo, decorrentes da fragmentação e solubilização do colágeno e aumento do tecido conectivo do colo. Quando o índice de Bishop é ≤ 6 , seu uso associa-se a redução da incidência de trabalho de parto

prolongado, redução da dose de ocitocina, além a diminuição das taxas de cesariana, quando comparado ao uso exclusivo da ocitocina (SOUZA et al., 2013; CUNHA, 2010).

O misoprostol está disponível para utilização via oral, sublingual ou vaginal, nas apresentações de 25 e 200µg (dose cumulativa máxima 1600 µg em 36 horas) . Tanto a via oral quanto a sublingual necessitam de doses três a quatro vezes maiores comparado a via vaginal, apresentando desse modo, maiores efeitos gastrointestinais, como vômitos (SOUZA et al., 2013). A via vaginal tem a vantagem de o comprimido ser removido da vagina em casos de hiperestimulação uterina e apresentar biodisponibilidade maior por evitar a primeira passagem hepática.

Por isso, a via de administração mais recomendada é vaginal, sendo atualmente recomendado pelo Ministério da Saúde e pelo American College of Obstetricians and Gynecologists a dose de 25µg a cada quatro ou seis horas (SOUZA et al., 2010b).

Entre os efeitos colaterais do uso do misoprostol estão náuseas, vômitos, diarreia, aumento da frequência cardíaca, cefaleia, hipotensão postural e leucocitose.

O misoprostol apresenta riscos, como atividade uterina excessiva, e síndrome de hiperestimulação uterina, sendo necessário remover o misoprostol da vagina com soro fisiológico, se administrado via vaginal, e administrar um agente tocolítico se houver sinais de comprometimento fetal.

Além disso, é contraindicado em gestantes com cicatriz uterina prévia, em casos de alergia ao medicamento, assim como asma brônquica, colite ulcerosa, epilepsia, glaucoma, infecções locais (cervicite, corioamnionite), doenças cardíacas, hepáticas ou renais graves, bem como presença de tireotoxicose (SOUZA et al., 2013).

Antes da inserção do misoprostol, uma CTG deve ser realizada, sendo indicado após padrão normal, reativo. O procedimento só deve continuar após um teste normal.

3.1.2.1 Posologia em casos de feto vivo

Administrar 1 comprimido de 25 µg via vaginal a cada quatro ou seis horas (SOUZA et al., 2010b), no fundo de saco vaginal junto à porção posterior do colo uterino, até que desencadeiem as contrações uterinas e o índice de BISHOP atingir escore > 6. O tempo máximo de uso é de 36 horas com administração de 4/4h até o

máximo de 6 comprimidos (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010. Em caso de necessidade de administração de ocitocina, é recomendado um período de no mínimo 4h entre o último comprimido de misoprostol e o início da mesma, devido a seu efeito sinérgico.

Se via oral, a dose recomendada é 1 cp de 25 µg via oral a cada duas horas (CUNHA, 2010).

3.2 INDUÇÃO DO PARTO

Quando o colo uterino estiver favorável para a indução (escore de Bishop ≥ 6), ou seja, amolecido, apagado e com a espessura reduzida, a ocitocina endovenosa pode ser administrada, pois o colo será capaz de responder bem à ação das contrações uterinas que empurram o feto em direção ao colo.

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. As mulheres devem ser informadas que a ocitocina irá aumentar a frequência e intensidade das contrações e que o feto deverá ser monitorada continuamente ou com mais frequência.

A resposta miometrial à infusão de ocitocina é proporcional ao número de receptores de ocitocina no miométrio e na decídua. A partir das 20 semanas, o miométrio começa a responder à infusão de ocitocina, com aumento gradativo até as 34 semanas.

Durante a indução com ocitocina a gestante deve ter contrações uterinas e frequência cardíaca fetal avaliadas a cada 30 minutos, e sinais vitais maternos avaliados a cada quatro horas, além de monitorizar a evolução do trabalho de parto através do partograma.

Apresentação: a ocitocina está disponível na apresentação de frascos-ampola de 1mL contendo 5UI de ocitocina. Tem meia vida curta (3 a 6 minutos, com média de 5 minutos).

Posologia: ocitocina, 5 UI em 500mL de solução glicosada 5%, iniciando com 8 gotas/minuto (1mL/h = 3 gotas/min). Após cerca de 20-30 minutos e ausência de padrão de contratilidade uterina eficiente, dobrar número de gotas progressivamente

(SOUZA et al., 2013). Não ultrapassar 40 gotas/minuto, pois é improvável que doses maiores tenham o efeito desejado.

Se disponível bomba de infusão, seu uso é preferencial, não ultrapassando 120ml/hora e períodos maiores que 8 a 16 horas de indução (SOUZA et al., 2013).

Entre os riscos da infusão de ocitocina, estão a atividade uterina excessiva, a qual é caracterizada por mais de 5 contrações em 10 minutos ou contrações durando mais de 120 segundos, necessitando/ reduzir a velocidade de infusão. Outro risco importante é a síndrome de hiperestimulação uterina, quando atividade excessiva uterina acarretar em desacelerações e ou anormalidades da FCF, sendo necessário interromper a infusão.

A indução do parto pode falhar, sendo esta considerada quando a paciente que estiver em processo de amadurecimento cervical pré-indução não estiver com escore cervical ≥ 6 após 6 doses de misoprostol ou após 24 horas de inserção de uma sonda de Foley (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010). Naquelas que estiverem em uso de ocitocina, considera-se como falha do procedimento quando não apresentarem padrão contrátil eficaz, ou seja, que promova dilatação cervical progressiva, após doses máximas de ocitocina. Nesses casos, deve ser compartilhada com a paciente e seus familiares a melhor conduta.

3.3 SITUAÇÕES ESPECIAIS

3.3.1 Cesariana prévia

O parto induzido após cesariana apresenta maior chance de complicações como rotura uterina, sendo necessário vigilância rigorosa e contínua da contratilidade uterina e da frequência cardíaca fetal através de monitorização eletrônica.

Histórico de parto vaginal anterior e cérvix favorável (pontuação Bishop modificada >6) são dois fatores aumentam a chance de parto vaginal bem-sucedido em gestantes com cesariana prévia: Nos partos induzidos em gestantes com 1 ou 2 cesarianas prévias a chance de parto vaginal parece ser similar: 69% se tiveram uma versus 65% se tiveram duas cesarianas anteriores (MILLER; GROBMAN, 2015).

Portanto, observar a história obstétrica da paciente e as condições cervicais quando considerar induzir o parto, individualizando a conduta em cada caso. Nesses casos, se indicada a indução do parto, o uso do misoprostol está contraindicado. Deve ser realizada com sonda de Foley ou ocitocina em doses baixas.

3.3.2 Ruptura prematura de membranas (RUPREME)

Nos casos de RUPREME, com o objetivo de reduzir as infecções maternas e neonatais, admissões na UTI neonatal e o uso de antibióticos pelo recém nascido, nos casos em que há indicação de indução do parto ela pode ser realizada imediatamente após a ruptura das membranas, sendo apropriada dentro das 24 horas após a ruptura precoce das membranas (BRASIL, 2016).

Por outro lado, uma vez que o parto se desencadeará de forma espontânea em 60% dos casos nas primeiras 24 horas (BRASIL, 2016) de RUPREME e que a conduta expectante por até 24 horas não aumenta significativamente a morbidade infecciosa materno-fetal, nem a taxa de cesarianas, na ausência de corioamnionite e sofrimento fetal, o TP espontâneo pode ser aguardado por 12 a 24 h. Após este período iniciar a indução de acordo com as condições cervicais e disponibilidade de UTI Neonatal.

Quando RUPREME \geq 18 horas é recomendado realizar profilaxia para estreptococo do grupo B com o uso de Penicilina G cristalina: 5 milhões UI, EV, dose de ataque; a seguir 2,5 a 3 milhões UI, EV, 4/4 horas, até o parto ou Ampicilina: 2 g, EV, dose de ataque; a seguir, 1 g, EV, 4/4 horas até o parto. A cefazolina é recomendada para gestantes alérgicas à penicilina, as quais apresentam baixo risco de anafilaxia, enquanto a clindamicina e a eritromicina são indicadas para os casos com alto risco de anafilaxia. (COUTINHO et al.. 2011)

3.3.3 Feto morto

Entre 20 e 26 semanas - Misoprostol 200 μ g via vaginal a cada 4/6hs (MORRIS et al., 2017).

Entre 27 e 28 semanas - Misoprostol 100µg, via vaginal de 4/4h (MORRIS et al., 2017).

Após 28 semanas - Misoprostol 25 µg via vaginal de 6/6 h. Se a opção for pela via oral, administrar 1 cp de 25 µg via oral de 2/2 h (MORRIS et al., 2017).

Os esquemas acima são administrados até a expulsão do feto (respeitar dose cumulativa máxima de 1600 µg ou 36 horas). Se necessário, repetir após 24 h da última dose.

Quando necessário, pode-se utilizar ocitocina em esquema de macroinfusão: 20UI em 500 ml solução glicosada 5%, 20gts/min (ou 60 ml/h em bomba de infusão), adicionando-se 10UI de ocitocina para cada 100 ml infundidos (KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

Em caso de cesariana prévia, em óbitos fetais após 28 semanas, dar preferência ao uso da sonda de Foley e/ou ocitocina em baixas doses.

O uso de analgesia no trabalho de parto nos casos de óbito fetal deve ser estimulado. Opções: Morfina 10mg, diluir até 10 mL de soro fisiológico e aplicar 3 a 5 mg EV até de 6/6 h. Cloridrato de petidina 1 ampola de 100mg (50mg/mL), diluir até 10mL de soro fisiológico e administrar 30 mg EV lento até de 4/4h (KONOPKA; NAIDON; FELTRIN, 2017).

3.3.4 Cuidados com a vitalidade fetal

- Realizar cardiotocografia (CTG) antes da indução. A CTG obtém um registro gráfico da frequência cardíaca fetal (FCF) com o objetivo de avaliar a vitalidade fetal juntamente com contrações uterinas e movimentos fetais. Padrões de CTG disponível em apêndices (Apêndice A).

- Monitorização intermitente se oligodrâmio e nos casos de trabalho de parto de evolução lenta.

4 PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS PADRÃO - POP

Protocolo Clínico de Parto Normal

Procedimento Operacional Padrão (POP) de Cardiotocografia

POP de Amnioscopia

POP de monitorização intra- parto

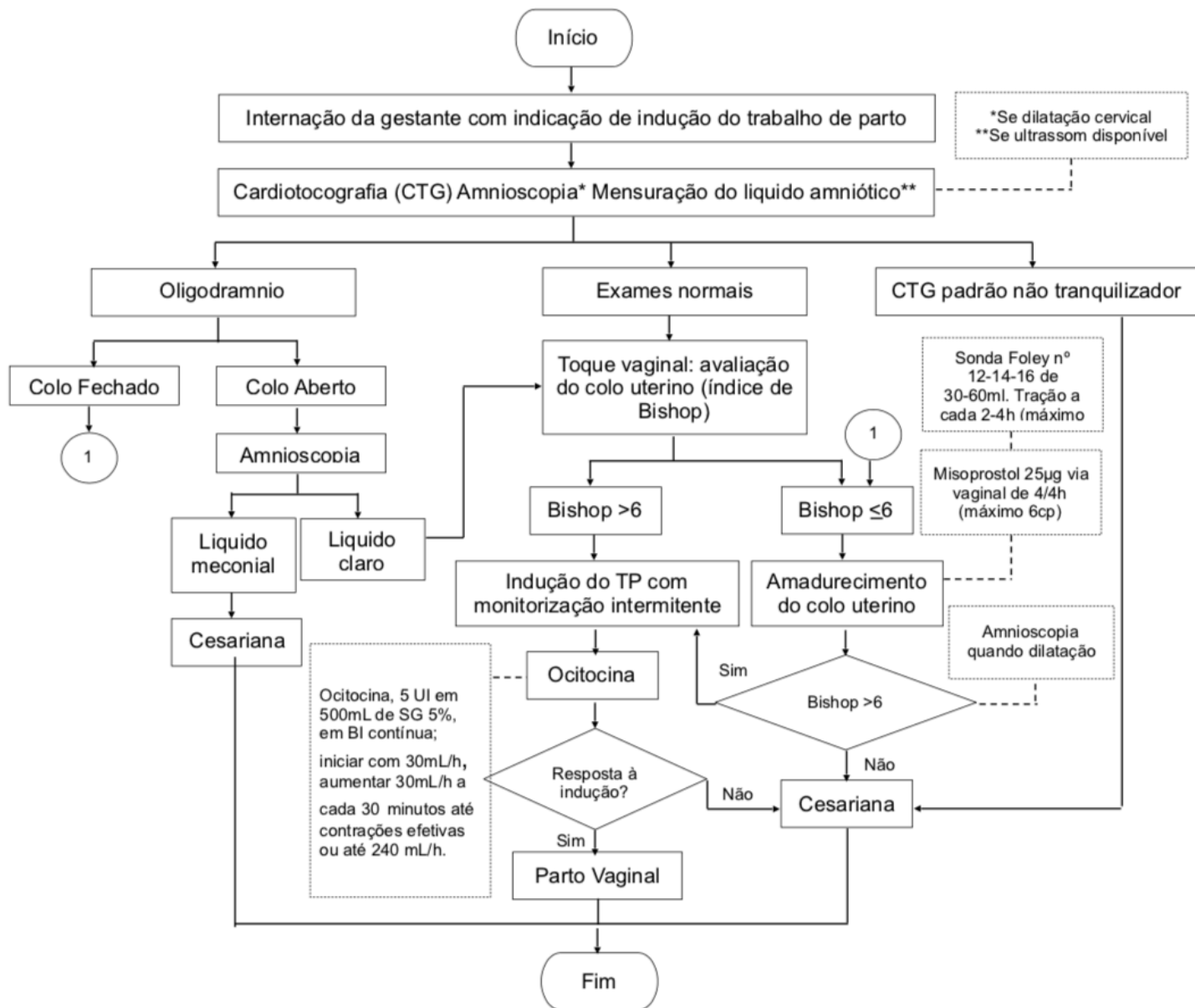
4.1 ESTRATÉGIAS

Primeiramente, a paciente e seu acompanhante devem receber orientações detalhadas sobre o processo de indução, suas indicações e potenciais riscos associados. Essas orientações devem estar documentadas no prontuário, assim como, indicação da indução e qualquer contra-indicação; confirmação da idade gestacional; apresentação e variedade; adequação pélvica; condições cervicais pelo escore de Bishop e estado das membranas .

Realizar cardiotocografia antes de induzir o parto, com o objetivo de assegurar boa vitalidade fetal e, se houver dilatação cervical, avaliar o líquido amniótico através da amnioscopia. Se houver presença de mecônio leve e a monitorização fetal intra-parto puder ser realizada (desde que haja aparelho disponível), o procedimento de indução não é contra-indicado.

Em casos de hiperestimulação uterina, detectáveis através da hipertonia (aumento persistente do tônus uterino), taquissistolia (mais de 5 contrações em 10 minutos) e hipersistolia (contrações que durem mais de 1,5 minutos), verificar Apêndice B para conduta adequada (HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010).

5 FLUXOGRAMA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz nacional de assistência ao parto normal**. Brasil: Ministério da Saúde, 2016.

_____. _____. **Protocolo Misoprostol**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BONSACK, C. F.; LATHROP, A.; BLACKBURN, M. Induction of labor: update and review. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [s. l.], v. 59, n. 6, p. 606-615, 2014.

COUTINHO, T; COUTINHO C.M; ZIMMERMANN J.B; MARCATO R.M; COUTINHO L.M; Prevenção da doença perinatal pelo estreptococo do grupo B: atualização baseada em algoritmos. **Femina** [s.l.], v.39, n.6, p. 329-333, 2011

CUNHA, A. A. Indução do trabalho de parto com feto vivo. **Femina**, [s. l.], v. 38, n. 9, p. 469-480, 2010.

HOSPITAL SOFIA FELDMAN. **Protocolo Indução do parto**. 2010. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/atencao-basica/rede-cegonha/eventos-2/oficina-processos-de-trabalho-na-rede-cegonha/diretrizes-clinicas-hospital-sofia-feldman/7613-inducao-do-parto/file>>. Acesso em 15 abr.2019.

KONOPKA, C. K; NAIDON, D; FELTRIN, M. **Protocolo de indução de trabalho de parto do Hospital Universitário de Santa Maria**. Santa Maria: HUSM, 2017.

LEDUC, D; BIRINGER, A.; LEE, R.; DY, J. Induction of labour. Review. **Journal of Obstetrics and Gynecology**, Canada, [s. l.], v. 2013, n. 296, p. 380–381, 2015.

SCHOEN C.; NAVATHE, R; Failed induction of labor. **Seminars in Perinatology**, p. 1-5, 2015.

MILLER, E. S.; GROBMAN, W. A. Obstetric outcomes associated with induction of labor after 2 prior cesarean deliveries. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**, [s. l.], v. 213, n. 1, p. 1–5, 2015.

MORRIS, J. L.; WINIKOFF, B.; DABASH, R.; WEEKS, A.; FAUNDES, A.; GEMZELL-DANIELSSON, K.; KAPP, N.; CASTLEMAN, L.; KIM, C.; HO, P. C.; VISSER, G. H. A. FIGO's updated recommendations for misoprostol used alone in gynecology and obstetrics. **International Journal of Gynecology & Obstetrics**, [s. l.], v. 138, p. 363–366, 2017.

RAMOS; A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NORONHA NETO, C.; AMORIN, M. M. R. Induction of labor: concepts and particularities. **FEMINA**, v. 38, n. 4, p. 185-194, abr. 2010.

RIBEIRO, G.G; SOUSA P.C.P. Cardiotocografia. **Protocolos clínicos e Diretrizes Terapêuticas Maternidade-Escola Assis Chateaubriand** p. 533-546. 2010. Disponível em: < <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/Cap%C3%ADtulo-5-Cardiotocografia.pdf/d9e27f54-06b1-424e-993b-10e649bc9989> >. Acesso em 14 junho 2019.

SOUZA, A. S. R.; COSTA, A. A. R.; COUTINHO, I.; NORONHA NETO, C.; AMORIM, M. M. R.. Indução do trabalho de parto : conceitos e particularidades. **Femina**, [s. l.], v. 38, n. 4, p. 185-194, 2010.

SOUZA, A. S. R.; SAKITA, M.; LOPES, V.; FERREIRA, D. K; MOHAMED, S. H. M.; SOUZA, E. Métodos de indução do trabalho de parto. **Femina**, [s.l.], v. 41, n.1, p. 47-54, 2013.

SOUZA, A. S. R; AMORIM, M M. R.; COSTA, A. A. R.; NORONHA NETO, C.; FEITOSA, F. E. L. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. **Femina**, [s.l.], v. 38, n. 4, p. 195-201, 2010.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; COSTA, A. A. R.; NORONHA NETO, C.; FEITOSA, F. E. L. O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto. **Femina**, [s.l.], v. 38, n. 3, p. 127-134, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: INTERPRETAÇÃO CARDIOTOCOGRAFIA

	Reativo	Hiporreativo	Não reativo
FCF	110-160 (termo) 120-160 (pré-termo)	100-109 161-180	< 100 > 180
Variabilidade	≥ 5	≤ 5 (≥ 40 min mas < 90 min)	< 5 (≥ 90 minutos) LISA PADRÃO SINUSOIDAL(≥ 10 min)
Acelerações	Presentes	Hipoacelerações (<15bpm < 15 segundos)	Ausentes
Desacelerações	Ausentes	DIP I DIP III favoráveis isoladas Desaceleração prolongada < 3 minutos	DIP II DIP III desfavoráveis repetitivas. Desaceleração prolongada > 3 minutos

Conclusão do traçado de cardiocardiografia (CTG):

Normal: CTG onde todos os parâmetros são da categoria reativa

Subnormal: CTG onde 1 dos parâmetros é da categoria hiporreativa e os outros 3 são da categoria reativa

Patológica: CTG onde 2 ou mais parâmetros são da categoria hiporreativa ou 1 ou mais parâmetros são da categoria não reativa.

(RIBEIRO; SOUSA, 2010)

APÊNDICE B: ESTRATÉGIAS EM CASO DE ATIVIDADE UTERINA EXCESSIVA E SÍNDROME DE HIPERESTIMULAÇÃO UTERINA

- **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 O2 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

(HOSPITAL SOFIA FELDMAN, 2010)

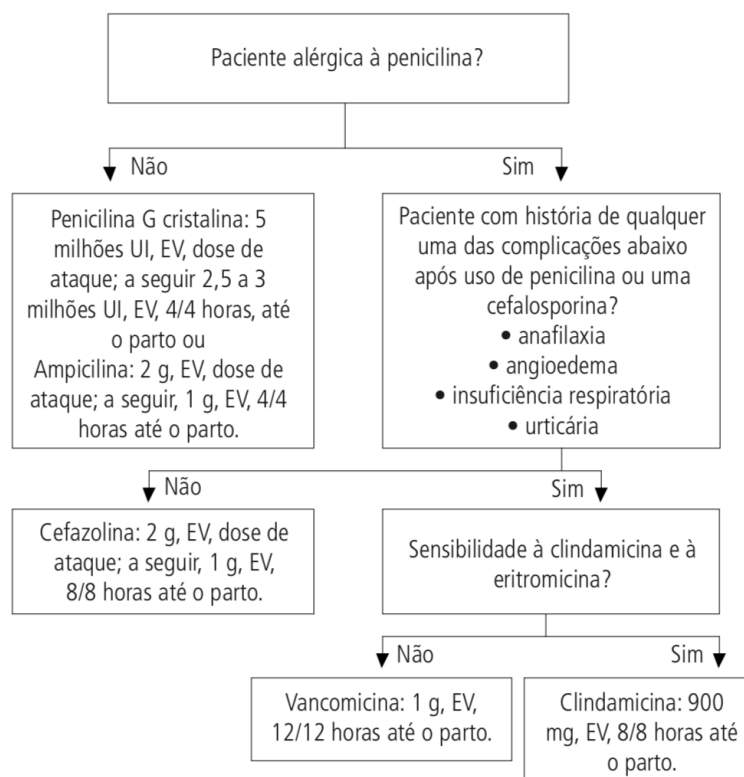
APÊNDICE C: ANTIBIOTICOPROFILAXIA DE ESTREPTOCOCUS GRUPO B

Indicada:

- Recém-nascido prévio com doença invasiva pelo estreptococcus grupo B (EGB)
- Bacteriúria pelo EGB em qualquer trimestre da gestação atual
- Cultura de rastreio positiva para EGB na gestação atual (exceto se for realizada cesárea programada, na ausência de TP ou de RUPREME)
- Condições desconhecidas de colonização pelo EGB no início do TP (cultura não realizada, incompleta ou com resultado desconhecido) e qualquer uma das seguintes situações:
 - RUPREME \geq 18 horas
 - Temperatura intraparto \geq 38 °C

Não-indicada

- Colonização pelo EGB em gestação anterior (exceto se cultura positiva na gestação atual)
- Bacteriúria pelo EGB em gestação anterior (exceto se houver outra indicação para profilaxia na gravidez atual)
- Realização de cesariana planejada na ausência de TP ou RUPREME, independentemente da colonização pelo EGB ou da idade gestacional
- Cultura de rastreio negativa para EGB vaginal e retal no final da gestação atual, independentemente dos fatores de risco intraparto.



(COUTINHO et al.. 2011)

**APÊNDICE D: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
PARA REALIZAÇÃO DE INDUÇÃO DO PARTO**

Eu, _____ (nome completo), _____ (nacionalidade) e inscrita no CPF sob nº _____, residente e domiciliada à _____ (cidade), _____ (estado), declaro para os devidos fins minha decisão de realizar INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO, após as orientações abaixo.

1. A indução do parto consiste em provocar o término de gestação por indução do trabalho de parto quando a manutenção da gestação pode causar riscos maternos e fetais.
2. O parto pode ser induzido através de diferentes formas, dependendo das características de cada caso, ficando a juízo do médico a indicação e seleção do método empregado, que poderá ser individual ou combinado. Os métodos são: a) colocação de sonda através do colo uterino; b) rotura da bolsa amniótica; c) administração de prostaglandinas por via vaginal ou oral, que se utilizada para melhorar a manutenção do colo uterino; d) administração intravenosa de ocitocina por gotejamento. Esse pode realizar-se diretamente ou após o emprego dos métodos anteriores.
3. Apesar da indução de partos ser amplamente utilizada e seus riscos não serem elevados, deve-se considerar que diferentes complicações podem ocorrer na mãe ou no feto, sendo as mais importantes: a) fracasso na indução; b) sofrimento fetal agudo (também denominado situação fetal não tranquilizadora), que consiste na queda da frequência cardíaca fetal decorrente da diminuição do aporte de oxigênio ao feto durante as contrações uterinas, que também pode ocorrer no parto não induzido; c) infecção materna ou fetal, cujo risco aumenta principalmente a partir das 24 horas da rotura da bolsa amniótica; d) rotura uterina, complicação infrequente, cujo risco aumenta quando se administra ocitocina ou prostaglandinas em altas doses. Ocorre mais frequentemente quando há cirurgias uterinas prévias e implica em risco para a vida da mãe e feto; e) prolapso de cordão, complicação rara que pode ocorrer após rotura da bolsa amniótica e que põe em grave perigo a vida fetal, não sendo sua incidência maior que no parto não induzido; f) o aparecimento de algumas dessas complicações obriga habitualmente a realização de uma cesárea abdominal para salvaguardar a vida da mãe e do filho.

4. Durante o trabalho de parto, existem situações obstétricas em que pode haver necessidade de alguma intervenção, com a finalidade de preservar as condições ideais de nascimento para a mãe e o feto, como: - realização de amnioscopia (exame para avaliar a cor do líquido amniótico), - amniotomia (rotura artificial da bolsa das águas), - cardiocografia (registro das contrações uterinas e da frequência cardíaca fetal), -necessidade de analgesia e/ou anestesia locorregional, -episiotomia (corte no períneo); -procedimentos operatórios para abreviar o tempo de expulsão do bebê (fórceps ou vácuo-extrator). Nesse caso, o parto deixará de ser “normal” e será chamado de parto vaginal operatório.

Assim, declaro agora que estou satisfeita (o) com as informações recebidas e que compreendo o alcance e riscos do tratamento. Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclarecendo-me todas as dúvidas. Também entendi que, a qualquer momento e sem necessidade de fornecer nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto.

Por tal razão e nestas condições, CONSINTO que se realiza a INDUÇÃO DO PARTO proposta. Reservo-me expressamente o direito de revogar a qualquer momento meu consentimento antes que o procedimento, objeto desde documento, se realize.

Santa Maria, ____ de _____ de _____.

Assinatura da gestante

Assinatura e carimbo do obstetra

(nome, assinatura e RG da testemunha)