



# Indução do parto em situações especiais



José Mauro Madi  
Universidade de Caxias do Sul

**31 MAIO  
A 2 JUN  
2018**

XIX CONGRESSO SUL-BRASILEIRO  
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA  
IV JORNADA SUL-BRASILEIRA  
DE MASTOLOGIA



Atendendo às resoluções do Conselho Federal de Medicina (nº 1595/2000 – artigo 2º), da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA nº 102/2000) e às Normas da Diretoria Científica e de Divulgação da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Rio Grande do Sul (SOGIRGS) informo que não possuo vinculações passíveis de conflito de interesses com os temas que serão abordados.

# **Indução do parto em situações especiais**

**(cesárea prévia, gravidez gemelar, retardo do crescimento intrauterino)**

**Table 2.** Summary: quality of evidence and grades of recommendation<sup>B</sup>

Indication	Quality of evidence	Benefits/harm	Grade of recommendation
Post-term pregnancy	High	Net benefits	Strong
PROM	High	Net benefits	Strong
PPROM	Moderate	Uncertain trade-offs	Weak
Macrosomia	Moderate	Net harm	Weak (against induction)
→ Twin gestation	Low	Uncertain trade-offs	Weak
Oligohydramnios	Low	Uncertain trade-offs	Weak
Diabetes	Moderate	Uncertain trade-offs	Weak
Cholestasis	Very low	Uncertain trade-offs	Weak
Cardiac disease	Very low	Uncertain trade-offs	Weak
Mild pre-eclampsia	No evidence	—	No recommendation
Severe pre-eclampsia (preterm) induction versus expectant	Moderate	Uncertain trade-offs	Weak (against induction)
Severe pre-eclampsia (preterm) induction versus caesarean section	Very low	Uncertain trade-offs	Weak
→ Eclampsia (induction versus caesarean section)	Low	Uncertain trade-offs	Weak
→ IUGR/SGA (preterm)	High	Trade-offs	Weak
→ IUGR/SGA (term)	Low	Uncertain trade-offs	Weak
Gastroschisis	Low	Uncertain trade-offs	Weak

SGA, small for gestational age.

Suzuki S, Otsubo Y, Sawa R, Yoneyama Y, Araki T. Clinical trial of induction of labour versus expectant management in twin pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49:24–7.

Dodd JM, Crowther CA. Elective delivery of women with a twin pregnancy from 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;CD003582.

# Indications for induction of labour: a best-evidence review

**E Mozurkewich,<sup>a</sup> J Chilimigras,<sup>a</sup> E Koepke,<sup>a</sup> K Keeton,<sup>a</sup> VJ King<sup>b</sup>**

<sup>a</sup>Division of Maternal-Fetal Medicine, Department of Obstetrics and Gynecology, University of Michigan, Ann Arbor, MI, USA

<sup>b</sup>Department of Family Medicine, Oregon Health and Science University, Portland, OR, USA

*Correspondence:* Dr E Mozurkewich, F4835, PO Box 0264, Mott Hospital, 1500 E. Medical Center Drive, Ann Arbor, MI 48109-0264, USA.  
Email mozurk@umich.edu

*Accepted 2 November 2008. Published Online 4 February 2009.*

## Gravidez gemelar

Revisão sistemática tentou responder a questão: a indução consegue reduzir a morbidade neonatal e a mortalidade fetal em gestações gemelares ?

Esta revisão incluiu um único estudo que alocou 36 gestações gemelares, com 37 semanas de gestação, para indução ou conduta expectante.

Este estudo foi considerado **muito fraco** para detectar redução na morbidade neonatal ou mortalidade fetal por ocasião da indução.

**A revisão não encontrou diferenças no peso ao nascer, via de parto ou resultado materno ou neonatal.**

**Os autores concluíram que não existem dados suficientes para apoiar o parto eletivo de gêmeos não complicados, com >37 semanas.**

Recomendações definitivas para o momento do parto em gestações gemelares deve aguardar a conclusão de estudos maiores.

Suzuki S, Otsubo Y, Sawa R, Yoneyama Y, Araki T. Clinical trial of induction of labour versus expectant management in twin pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 2000;49:24–7.

**Dodd JM, Crowther CA. Elective delivery of women with a twin pregnancy from 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev* 2003:CD003582.**

RESEARCH ARTICLE

Open Access



# The effect of induction method in twin pregnancies: a secondary analysis for the twin birth study

Elad Mei-Dan<sup>1\*</sup>, Elizabeth V. Asztalos<sup>1</sup>, Andrew R. Willan<sup>2</sup> and Jon F. R. Barrett<sup>1</sup>



Estudo multicêntrico internacional, que comparou as taxas de cesárea e segurança entre os métodos de indução do parto em gestações gemelares (prostaglandina ou amniotomia e / ou ocitocina).

Mulheres com gestação gemelar, em que o 1º gêmeo estava em apresentação cefálica.

Os desfechos principais foram as taxas de cesárea não planejada e mortalidade neonatal e materna ou morbidade grave.

Nuliparidade, idade materna tardia, apresentação não-cefálica do 2º gemelar e alta taxa de mortalidade perinatal do país foram fatores independentemente associados com a indução para terminar com um cesariana não planejada.

Não houve diferenças significativas entre os grupos em relação aos desfechos adversos maternos e neonatais.

# RCIU

Identificou-se dois ensaios clínicos randomizados de partos antecipados cujos fetos apresentavam RCIU.

## 1º estudo

Estudo multicêntrico em gestações com fetos com RCIU e que alocou 548 mulheres com 588 fetos entre 24 e 36 semanas, com comprometimento ao doppler da artéria umbilical e indicação para parto imediato (seja por indução de trabalho de parto ou cesariana) vs. conduta expectante.

GRIT Study Group. A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. BJOG 2003;110:27–32.

Thornton JG, Hornbuckle J, Vail A, Spiegelhalter DJ, Levene M; GRIT Study Group. Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT): multicentred randomized controlled trial. Lancet 2004;364:513–20.

**No geral, não houve diferença mortalidade perinatal, mas a indução imediata aumentou a número de gestações que resultaram em cesariana.**

Dois anos de seguimento do desenvolvimento infantil foram conduzidos com 98% dos sobreviventes de participantes randomizados. Não houve diferença global para incapacidade grave entre os grupos.

**No entanto, no subgrupo de gestações randomizado antes 31 semanas de gestação, houve mais crianças com deficiência no grupo de parto imediato em comparação com o grupo de parto tardio (14 de 107 [13%] versus 5 de 83 [5%])**

GRIT Study Group. A randomised trial of timed delivery for the compromised preterm fetus: short term outcomes and Bayesian interpretation. BJOG 2003;110:27–32.

Thornton JG, Hornbuckle J, Vail A, Spiegelhalter DJ, Levene M; GRIT Study Group. Infant wellbeing at 2 years of age in the Growth Restriction Intervention Trial (GRIT): multicentred randomized controlled trial. Lancet 2004;364:513–20.

## 2º estudo

Estudo do Trial at Term foi um pequeno estudo clinico randomizado, piloto, que comparou indução imediata vs. conduta expectante quando de suspeita de RCIU a termo.

Este estudo randomizou 33 mulheres com suspeita de RCIU (circunferência abdominal fetal com percentil  $<10^0$ ). **O estudo não foi devidamente conduzido para avaliar as diferenças no tipo de parto ou morbiletalidade perinatal.**

O manejo expectante resultou em gravidez prolongada por  $\pm 14,9$ .

Nenhuma vantagem foi observada no grupo indução além da necessidade de vigilância pré-natal.

van den Hove MML, Willekes C, Roumen FJME, Scherjon SA. Intrauterine growth restriction at term: induction or spontaneous labour? Disproportionate intrauterine growth intervention trial at term (DIGITAT): a pilot study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;125:54–8.  
Boers KE, Bijlenga D, Mol BWJ, LeCessie S, Birnie E, van Pampus MG, et al. Disproportionate Intrauterine Growth Intervention **Trial At Term: DIGITAT**. BMC Pregnancy Childbirth 2007;7:12.

## Resumo

1 Em **gestações prematuras** com suspeita de RCIU, a indução do trabalho de parto não reduziu as mortes perinatais, tampouco a incapacidade a longo prazo. Foram realizadas menos cesarianas quando a conduta foi expectante. Qualidade da evidência: alta, grau de recomendação: fraco.

2 O estudo clínico atualmente disponível de indução de trabalho de parto para suspeitos de RCIU **a termo** não possuía poder estatístico para demonstrar qualquer benefício ou dano para a indução do trabalho de parto. Qualidade de evidência: baixo, grau de recomendação: fraco.

---

## Induction versus expectant monitoring for intrauterine growth restriction at term: randomised equivalence trial (DIGITAT)

K E Boers, obstetrician,<sup>1</sup> S M C Vijgen, health economist,<sup>2</sup> D Bijlenga, psychologist, senior researcher,<sup>2</sup> J A M van der Post, obstetrician,<sup>2</sup> D J Bekedam, obstetrician,<sup>3</sup> A Kwee, obstetrician,<sup>4</sup> P C M van der Salm, obstetrician,<sup>5</sup> M G van Pampus, obstetrician,<sup>3</sup> M E A Spaanderman, obstetrician,<sup>6</sup> K de Boer, obstetrician,<sup>7</sup> J J Duvekot, obstetrician,<sup>8</sup> H A Bremer, obstetrician,<sup>9</sup> T H M Hasaart, obstetrician,<sup>10</sup> F M C Delemarre, obstetrician,<sup>11</sup> K W M Bloemenkamp, obstetrician,<sup>1</sup> C A van Meir, obstetrician,<sup>12</sup> C Willekes, obstetrician,<sup>13</sup> E J Wijnen, obstetrician,<sup>14</sup> M Rijken, neonatologist,<sup>1</sup> S le Cessie, statistician,<sup>1</sup> F J M E Roumen, obstetrician,<sup>15</sup> J G Thornton, obstetrician,<sup>16</sup> J M M van Lith, obstetrician,<sup>1</sup> B W J Mol, obstetrician,<sup>2</sup> S A Scherjon, obstetrician<sup>1</sup> on behalf of the DIGITAT study Group

Estudo realizado em oito hospitais universitários e 44 não universitários na Holanda, entre 2004 e 2008.

Participaram gestantes com gravidezes únicas, >36 semanas, com suspeita de restrição de crescimento intrauterino.



## Resultados

Do total de 750 gestantes, 321 foram distribuídas aleatoriamente para indução do parto e 329 para conduta expectante.

No grupo de indução, o parto ocorreu 10 dias antes ( $\leq 9,9$  dias; IC95% -11,3 a -8,6) e os RN foram 130g mais pesados do que os RN do grupo expectante.

Um total de 17 (5,3%) RN do grupo indução apresentou desfecho neonatal adverso composto comparado com 20 (6,1%) do grupo expectante (diferença -0,8%, IC95% -4,3% a 3,2%).

Cesáreas: n=45 (14,0%) no grupo de indução vs. n=45 (13,7%) no grupo expectante.

## Conclusões

**Em mulheres com suspeita de RCIU e a termo, não foram observadas diferenças nos desfechos adversos entre indução do TP e conduta expectante.**

Cochrane Database of Systematic Reviews

# Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section

  

Helen M West, Marta Jozwiak , Jodie M Dodd

First published: 9 June 2017

Editorial Group: Cochrane Pregnancy and Childbirth Group

DOI: 10.1002/14651858.CD009792.pub3 [View/save citation](#)

This review is an update of a review first published in 2013 ([Jozwiak 2013](#)).

Mulheres com um parto cesáreo prévio têm um risco aumentado de ruptura uterina e, para as mulheres que subsequentemente necessitam de indução do parto, não está claro qual método é preferível para evitar desfechos adversos.

### Objetivos

Avaliar os benefícios e os danos associados a diferentes métodos usados para induzir o parto em mulheres que tiveram uma cesariana anterior.

Oito estudos (dados de 707 mulheres e RN). A metanálise não foi possível porque os estudos compararam diferentes métodos de indução do parto. Todos os estudos incluídos tinham pelo menos uma limitação no seu desenho (ou seja, falta de cegamento, atrito da amostra, outro viés ou viés de relatório). Um estudo parou prematuramente devido a preocupações de segurança.

### **PGE2 vaginal versus ocitocina intravenosa**

Um ensaio com 42 mulheres: **sem diferenças claras para cesariana** (razão de risco (RR) 0,67, intervalo de confiança de 95% (IC) 0,22 a 2,03, evidência classificada baixa), **morbidade neonatal grave ou morte perinatal** ( RR 3,00, IC 95% 0,13 a 69,70, evidência classificada como baixa), **morbidade ou morte materna grave** (RR 3,00, IC 95% 0,13 a 69,70, evidência classificada como baixa). A hiperestimulação uterina com alterações da frequência cardíaca fetal não foram relatadas.

### **Misoprostol vaginal versus ocitocina intravenosa**

Um estudo com 38 mulheres: este estudo foi interrompido precocemente porque uma mulher que recebeu misoprostol teve ruptura uterina (RR 3,67, IC 95% 0,16 a 84,66) e uma apresentou deiscência uterina. Nenhum outro resultado (incluindo resultados GRADE) foi relatado.

### **Cateter de Foley versus ocitocina intravenosa**

Um ensaio num subgrupo de 53 mulheres: nenhuma diferença clara entre grupos para o parto vaginal foi alcançada em 24 horas (RR 1,47, IC 95% 0,89 a 2,44, evidência classificada como baixa), hiperestimulação uterina com alterações da FCF (RR 3,11, IC 95% 0,13 a 73,09, baixa evidência), e cesariana (RR 0,93, IC 95% 0,45 a 1,92, baixa evidência).

Os seguintes resultados GRADE não foram relatados: morbidade neonatal grave ou morte perinatal e morbidade materna grave ou morte.



### **Cateter de balão duplo versus PGE2 vaginal**

Um ensaio em um subgrupo de 26 mulheres: nenhuma diferença clara na cesariana (RR 0,97, IC 95% 0,41 a 2,32, evidência como muito baixa).

O parto vaginal não foi alcançado em 24 horas, hiperestimulação uterina com alterações da FCF, morbidade neonatal grave ou morte perinatal e morbidade materna grave ou morte não foram relatadas.

A evidência de estudos clínicos randomizados sobre métodos de indução do trabalho de parto para mulheres com uma cesariana prévia é inadequada, e os estudos são insuficientes para detectar diferenças clinicamente relevantes.

O nível GRADE para qualidade da evidência foi de moderado a muito baixo, devido à imprecisão e às limitações do desenho do estudo.

## Conclusão

A necessidade de amadurecimento cervical pela prostaglandina não teve efeito sobre a incidência de parto cesáreo ou um resultado anormal. Existe um risco significativo de cesariana não planejada independente da escolha método de indução.

Palestrantes Internacionais Confirmados



XXI Congresso Gaúcho  
de  
Ginecologia  
e  
Obstetrícia

De 2 a 4 de agosto de 2018  
Plaza São Rafael | Porto Alegre | RS



Nicolás Crisosto  
Santiago / Chile



Joanne Kurtzberg, M.D.  
North Carolina / EUA



Alan G. Waxman, M.D.  
Albuquerque / EUA

[www.sogirgs.org.br/congresso2018](http://www.sogirgs.org.br/congresso2018)