

Quando induzir o trabalho de parto em situações de risco habitual?

Dr. Marcelo Guimarães Rodrigues

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Hospital do Trabalhador

INDUÇÃO DE PARTO



INDUÇÃO DE PARTO



Conceito

- A indução do parto consiste em estimular artificialmente as contrações uterinas coordenadas e efetivas antes de seu início espontâneo, levando ao desencadeamento do trabalho de parto em mulheres a partir da 22ª semana de gravidez.
- Sucesso da indução se dá quando esse parto vaginal acontece após 24 a 48 horas após a essa indução

HISTÓRIA

- Inúmeros métodos foram utilizados para a indução do trabalho de parto, e os primeiros registros ocorreram há mais de 400 anos, com os Egípcios, utilizando-se o óleo de rícino.
- Um grande avanço nesta área foi o isolamento do primeiro hormônio, a **ocitocina**, por Henry Dale, em 1906. Nesse momento, foram descobertas propriedades uterotônicas do extrato da hipófise posterior. Utilizada clinicamente em 1953 por Vincent du Vigneaud – descoberta da estrutura molecular – Premio Nobel

HISTÓRIA

- Em 1973 houve o desenvolvimento de um análogo sintético da prostaglandina E1 , o **misoprostol** – tratamento e prevenção de úlceras gástricas – Biolab – Cytotec em 1988
- Hoje usado na indução de trabalho de parto e interrupção da gestação no primeiro trimestre em casos de abortos

Escolha dos métodos



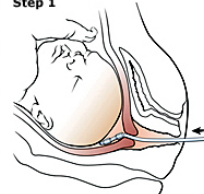
PROSTOKOS®
misoprostol 25,100 e 200mcg



Cervical ripening balloon
The cervical ripening balloon is indicated for mechanical dilation of the cervical canal prior to labor induction at term when the cervix is unfavourable for induction. Please refer to instructions for use for complete information on product usage, proper indications and contraindications. Supplied sterile in peel-open packages. Intended for one-time use.

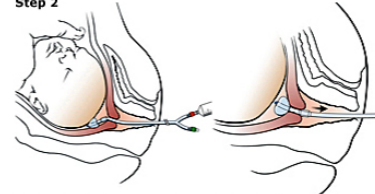
- All silicone, contains no latex
- Gradual mechanical dilation
- Easy to insert and remove

Step 1



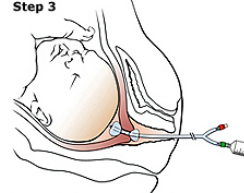
Advance the cervical ripening balloon through the cervix until both balloons have entered the cervical canal.

Step 2



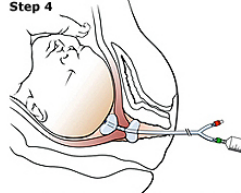
Inflate the uterine balloon with 40 mL of saline. Once the uterine balloon is inflated, the device is pulled back until the balloon abuts the internal cervical os.

Step 3



The vaginal balloon is now visible outside the external cervical os and is inflated with 20 mL of saline.

Step 4



Once the balloons are situated on either side of the cervix, saline is added to a maximum of 80 mL per balloon. Placement of the balloon should be timed so that it is in place no longer than 12 hours before active labor is induced.



Escolha do método

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.

INDICAÇÕES

- A indução é indicada quando o risco de continuar gravidez, para a mãe ou para o feto, excede o risco associado ao parto induzidos.
- A indicação deve ser convincente, consentida e documentada.
- A indução deve ser priorizada pela equipe de saúde de acordo com a urgência da situação clínica e da disponibilidade de recursos.

INDICAÇÕES – ALTA PRIORIDADE

High Priority

- Preeclampsia \geq 37 weeks
- Significant maternal disease not responding to treatment
- Significant but stable antepartum hemorrhage
- Chorioamnionitis
- Suspected fetal compromise
- Term pre-labour rupture of membranes with maternal GBS colonization

OUTRAS INDICAÇÕES

Other Indications

- Postdates ($> 41+0$ weeks) or post-term ($> 42+0$ weeks) pregnancy
- Uncomplicated twin pregnancy ≥ 38 weeks
- Diabetes mellitus (glucose control may dictate urgency)
- Alloimmune disease at or near term
- Intrauterine growth restriction
- Oligohydramnios
- Gestational hypertension ≥ 38 weeks
- Intrauterine fetal death
- PROM at or near term, GBS negative
- Logistical problems (history of rapid labour, distance to hospital)
- Intrauterine death in a prior pregnancy (Induction may be performed to alleviate parental anxiety, but there is no known medical or outcome advantage for mother or baby.)

INACEITÁVEIS

Unacceptable Indications

- Care provider or patient convenience
- Suspected fetal macrosomia (estimated fetal weight > 4000 gm) in a non-diabetic women is an unacceptable indication because there is no reduction in the incidence of shoulder dystocia but twice the risk of CS.⁵⁻⁷

CONTRAINDICAÇÕES

CONTRAINDICATIONS

Induction should be avoided if there are any contraindications to labour or vaginal delivery. They include, but are not limited to the following:

- placenta or vasa previa or cord presentation
- abnormal fetal lie or presentation (e.g. transverse lie or footling breech)
- prior classical or inverted T uterine incision
- significant prior uterine surgery (e.g. full thickness myomectomy)
- active genital herpes
- pelvic structural deformities
- invasive cervical carcinoma
- previous uterine rupture

RISCOS

Induction of labour using various methods may be associated with an increased risk of:

- failure to achieve labour
- Caesarean section
- operative vaginal delivery
- tachysystole with or without FHR changes
- chorioamnionitis
- cord prolapse with ARM
- inadvertent delivery of preterm infant in the case of inadequate dating
- Uterine rupture in scarred and unscarred uteri

Indicações	Recomendação	Grau de recomendação
Gestação prolongada	Fortemente a favor da indução, pois reduz a mortalidade perinatal e a síndrome de aspiração meconial. Não se observou aumento na frequência de cesarianas.	A
Ruptura prematura das membranas a termo	Fortemente a favor da indução, pois reduz o risco de corioamnionite, endometrite e admissão na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal.	A
Ruptura prematura das membranas pré-termo	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente de que a indução imediata do parto seja melhor para o recém-nascido em relação à conduta expectante com antibioticoterapia e corticoterapia. Observou-se diminuição da frequência de corioamnionite.	A
Macrossomia	Fracamente contra a indução, pois não melhora os desfechos perinatais e aumenta a incidência de cesarianas.	A
Gestação gemelar	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Não se observaram diferenças entre os grupos quanto aos desfechos perinatais.	B
Oligo-hidrânio	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Não se observaram diferenças entre os grupos quanto aos desfechos perinatais.	B
Diabetes em uso de insulina	Fracamente a favor da indução, pois reduz a incidência de macrossomia.	A
Colestase	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Observou-se que a indução pode reduzir a mortalidade fetal.	B
Doença cardíaca	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Não se observou diferenças entre os grupos quanto aos desfechos maternos e perinatais.	B
Pré-eclâmpsia leve no termo	Fracamente a favor da indução, porém não existem estudos, não havendo evidência suficiente.	D
Pré-eclâmpsia grave pré-termo (indução <i>versus</i> expectante)	Fracamente contra a indução, pois a conduta expectante aumenta o peso ao nascer e reduz a morbidade neonatal.	A
Pré-eclâmpsia grave pré-termo (indução <i>versus</i> cesariana)	Fracamente a favor da indução, pois não se observam danos maiores em relação à cesariana eletiva.	C
Eclâmpsia (indução <i>versus</i> cesariana)	Fracamente a favor da indução, pois diminui o tempo de internamento hospitalar após o parto e a frequência de complicações maternas.	B
Restrição de crescimento fetal pré-termo	Fracamente a favor da indução, não reduz a mortalidade perinatal, porém a conduta expectante prolonga a gestação por um tempo médio de apenas 4 dias. Houve mais mortes fetais com a conduta expectante e mais mortes neonatais com a indução. A cesariana foi menos necessária com a conduta expectante. Não houve diferença entre os grupos quanto ao acompanhamento dos recém-nascidos por 2 anos.	A
Restrição de crescimento fetal no termo	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Acredita-se que pode reduzir a mortalidade perinatal.	B
Gastrosquises	Fracamente a favor da indução, porém não existe evidência suficiente. Não se observou benefício da indução com 36 semanas. Houve uma tendência a menor tempo neonatal de internação hospitalar.	B

Absolutas

- Placenta prévia centro-total
- Vasa prévia
- Apresentação córmica
- Prolapso de cordão umbilical
- Cesárea clássica anterior e outras cicatrizes uterinas prévias (miomectomias)
- Anormalidade na pelve materna
- Herpes genital ativo
- Tumores prévios (tumor de colo ou vagina e mioma uterino em segmento inferior)
- Desproporção cefalopélvica

Relativas

- Frequência cardíaca fetal não-tranquilizadora
- Macrossomia fetal (peso fetal estimado pela ultrassonografia >4.000 g)
- Gestação gemelar
- Apresentação pélvica
- Doença cardíaca materna
- Polidrâmnio
- Grande multiparidade
- Oligo-hidrâmnio (ILA <5 cm)
- Cesariana anterior (cicatriz transversa): a depender do método escolhido para indução

FINALIZANDO



OBRIGADO

