

	PROTOCOLO		Código do Documento	Página
			PROT.DT.028	1 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO		Especialidade	Revisão
			Direção Técnica/ Obstetrícia	2

OBJETIVO	
Padronizar o processo de indução do parto na Clínica Santa Helena.	
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
<ul style="list-style-type: none"> TCLE para indução do parto. 	
PROTOCOLO	
Obstetra	Indicar a indução do parto;
	Prescrever os medicamentos adequadamente: <ul style="list-style-type: none"> Misoprostol via vaginal; Ocitocina intravenosa com uso de bomba de infusão contínua;
	Preencher o FORM.DT.008.00 - PARTOGRAMA;
	Assinar o TCLE de indução do parto;
	Ficar disponível para dúvidas da paciente;
Enfermeira	Apresentar o TCLE de indução do parto para assinatura da paciente;
	Traçar cardiotocografia, se indicado;
Secretária Clínica	No caso de pacientes internadas em caráter particular, ou no caso de negativa do convênio para pagamento do uso da bomba de infusão e equipo, cobrar em conta extra;
Técnica de Enfermagem	Seguir prescrição médica;
	Preencher a parte que lhe cabe do FORM.DT.008.00 – PARTOGRAMA;
	Realizar o controle de BCF: <ul style="list-style-type: none"> 30/30 minutos na fase ativa; 15/15 minutos no expulso.

PROTOCOLO CLÍNICO
O QUE É INDUÇÃO DO PARTO?
<p>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 contra-indicações para o trabalho de parto e parto vaginal a indução é geralmente preferida, dado o aumento dos riscos maternos associados à cesariana. O parto induzido tende a ter um tempo maior que o espontâneo. As taxas de sucesso dependem da idade gestacional: 57% entre 24 a 28 sem; 54% entre 28 a 31 semanas e 67% entre 31 a 34 semanas.</p>
QUAIS AS INDICAÇÕES DE SE INDUZIR UM PARTO?
<ul style="list-style-type: none"> Gestação pós-termo; Rotura prematura de membranas ovulares; Síndromes hipertensivas: pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP, hipertensão crônica; Óbito fetal; Condições médicas maternas: Diabetes mellitus, doença renal, doença pulmonar crônica, síndrome antifosfolípido, colestase intra-hepática; Restrição do crescimento intrauterino (RCIU) fetal; Corioamnionite; Oligodramnia; Doença Hemolítica Perinatal com anemia fetal; Gemelaridade; Indução eletiva ≥ 39 semanas, com consentimento da família^{1,3}
QUANDO NÃO SE DEVE UTILIZAR MEDICAMENTOS PARA INDUZIR UM PARTO (CONTRA-INDICAÇÕES)?

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.028	2 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Obstetrícia	2

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

QUAIS OS CUIDADOS O OBSTETRA DEVE TER ANTES DE INICIAR A INDUÇÃO DO PARTO?

Recomenda-se que seja feito um check-list que inclua:

1. Reavaliação da idade gestacional (para previsão de tempo de indução);
2. A estimativa do peso fetal (risco maior nos menores e macrossômicos);
3. Avaliação do colo (para definir uso de medicamentos);
4. Avaliação canal de parto (potencial de distócia);
5. Determinação da apresentação fetal (aumento do risco em posições não habituais);
6. Avaliação do BCF (alguns padrões que contraindicam uso de ocitocina);
7. Revisão do histórico médico e pré-natal da paciente (foco em história prévia de hemorragias e distócia de ombro)².

QUAL A FORMA MAIS PRÁTICA E UTILIZADA DE PREVER A RESPOSTA À INDUÇÃO E DECIDIR O MELHOR MOMENTO PARA INICIAR A OCITOCINA?

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 prever a probabilidade de a indução resultar em um parto vaginal.

COMO INTERPRETAR O RESULTADO DO ESCORE DE BISHOP?

- Índice ≤ 5 : necessário amadurecimento cervical prévio a indução;
- Índice ≥ 6 : favorável à indução com ocitocina.¹

OBSERVAÇÃO: Com um índice ≥ 9 , a probabilidade de parto vaginal após a indução é semelhante

ESCORE DE BISHOP					
DILATAÇÃO do COLO	POSIÇÃO do COLO	CONSISTÊNCIA do COLO	APAGAMENTO do COLO	PLANO de De Lee	PONTUAÇÃO
Fechado	Posterior	Firme	0 - 30	- 3	0
1 ou 2 cm	Intermediário	Intermediário	40 - 50	- 2	1
3 ou 4 cm	Anterior	Amolecido	60 - 70	-1 ou 0	2
≥ 5 cm	--	--	> 80	+ 1 ou + 2	3

àquela após trabalho de parto espontâneo.

O QUE FAZER NOS CASOS DE COLO IMATURO (BISHOP ≤ 6), PARA AMADURECIMENTO DO COLO, ANTES DE INICIAR A OCITOCINA?

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.

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.028	3 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Obstetrícia	2

Método de escolha:

Misoprostol dose de **25 mcg de 6/6 h** via vaginal (mais eficaz), prescrito preferencialmente durante o dia.⁶

- * Este esquema deve ser mantido até o colo atingir um índice de Bishop ≥ 6 ;
- * 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 24 horas;
- * Após 48 horas sem evolução satisfatória, considerar como falha do procedimento.

Efeitos colaterais: taquissistolia (30% dos casos), febre, calafrios, vômitos e diarreia.

QUANDO NÃO SE DEVE UTILIZAR MISOPROSTOL:

- Gestações a termo em gestantes com cesárea prévia (ou cirurgias em miométrio recentes) pelo risco de ruptura uterina aumentado;
- Trabalho de parto já iniciado espontaneamente.

QUANDO INICIAR A OCITOCINA?

1. De preferência **6 HORAS** após ultimo **MISOPROSTOL** (para não somar efeitos);
2. Aguardar **Bishop ≥ 6** para iniciar.

Mecanismo de ação: A ocitocina é um hormônio exógeno que produz contrações uterinas episódicas, com meia vida de 3 a 6 minutos (por isso é melhor seu uso contínuo). O efeito começa após 40 minutos. A contração não depende da dose diretamente (a concentração plasmática aumentada não aumenta a contração). A dose variável é mais por variações na expressão do gene do receptor da ocitocina.

Por possuir ação antidiurética, evitar seu uso prolongado, principalmente se associado a solução de SG 5%, pelo risco de intoxicação hídrica.

INDUÇÃO COM OCITOCINA:

Para o preparo, associar:

- ✓ 1 ampola de ocitocina (Syntocinon^R), contendo 5 UI/ML;
- ✓ + 500 mL de SF 0,9%, SG 5% ou Soro Glicofisiológico 1:1
(após diluir a concentração final será de 10 mUI/mL)

Após associar, virar o frasco de cabeça para baixo 5 vezes para homogeneizar bem o produto.

I. PROTOCOLO DE BAIXA DOSAGEM (MAIS RECOMENDADO):

- a. INFUNDIR EM BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA (BIC);
- b. VAZÃO inicial de 12 ML/HORA (2 mUI/min);
- c. Aumentar 12 ML/HORA a cada 30 minutos até contrações efetivas (máximo de 192 ML/HORA);
- d. Quando as contrações forem efetivas, voltar para vazão ANTERIOR a esta que permitiu a contração efetiva e manter nesta dose como manutenção. Esta dose pode ainda ser reduzida durante a fase ativa do parto conforme avaliação do obstetra.

II. PROTOCOLO DE ALTA DOSAGEM (opcional: não altera a taxa de cesarianas, com maior risco de taquissistolia, apesar de reduzir o tempo de indução¹):

- a. INFUNDIR EM BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA (BIC);
- b. VAZÃO inicial de 24 ML/HORA (4 mUI/min);
- c. DOBRAR a dose a cada 30 minutos até contrações efetivas (máximo de 192 ML/HORA);

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.028	4 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Obstetrícia	2

- d. Quando as contrações forem efetivas, voltar para vazão ANTERIOR a esta que permitiu a contração efetiva e manter nesta dose como manutenção. Esta dose pode ainda ser reduzida durante a fase ativa do parto, conforme avaliação do obstetra.

LEMBRETES:

- A resposta uterina à ocitocina depende da idade gestacional. Há aumento gradual na resposta entre 20 e 30 semanas, seguido por estabilização entre 34 semanas e o termo;
- Quando ocorrer taquissistolia, hipertonia uterina e sofrimento fetal:
 - a. Diminuir ou suspender a perfusão de ocitocina;
 - b. Administrar oxigênio sob cateter nasal;
 - c. Manter hidratação venosa;
 - d. Mudança de decúbito da paciente (Decúbito lateral esquerdo).

A proporção entre a vazão ML/HORA para gotas/minuto é de 3:1. Isto significa que 12 ML/HORA equivaleria a 4 gotas/minuto.

QUAIS AS CONTRAINDICAÇÕES AO USO DA OCITOCINA?

- Conhecida hipersensibilidade à ocitocina ou a qualquer excipiente de Syntocinon®;
- Hipertonia uterina;
- Sofrimento fetal quando a expulsão não é iminente;
- Qualquer estado em que, por razões fetais ou maternas, se desaconselha o parto espontâneo e/ou o parto vaginal seja contraindicado, por exemplo:
 - a. Desproporção céfalo-pélvica significativa;
 - b. Má apresentação fetal;
 - c. Placenta prévia e vasos prévios;
 - d. Descolamento prematuro da placenta;
 - e. Apresentação ou prolapso do cordão umbilical;
 - f. Distensão uterina excessiva ou diminuição da resistência uterina à ruptura, como por exemplo, em gestações múltiplas;
 - g. Presença de cicatriz uterina resultante de intervenções cirúrgicas, inclusive da operação cesárea clássica.
- São consideradas contraindicações relativas:
 - a. Polidraminia;
 - b. Multiparidade (exceto as grandes múltiparas);
 - c. Cesárea anterior única.

QUANDO REALIZAR A AMNIOTOMIA?

Durante a indução, a amniotomia mostrou auxiliar no processo, reduzindo o tempo de indução em até 5 horas, comparada a rotura espontânea¹, além de reduzir o risco de embolia amniótica.

Pode ser realizada precocemente (logo após o amadurecimento adequado do colo com misoprostol) ou tardiamente (assim que for alcançada a fase ativa do trabalho de parto).

QUAL A MONITORIZAÇÃO IDEAL DURANTE A INDUÇÃO?

- Monitorizar habitualmente com uso do partograma (anotar as medicações utilizadas);
- Controle de BCF:
 - a. 30/30 minutos na fase ativa;
 - b. 15/15 minutos no expulsivo;
- Cardiotocografia: indicação médica individualizada nos partos de alto risco.

POR QUE A OCITOCINA DEVE SER FEITA EM BOMBA DE INFUSÃO CONTÍNUA?

1. Os efeitos colaterais da ocitocina são sérios, de forma que um gotejamento inadvertido pode potencializar os efeitos colaterais da medicação:
 - a. Alterações na frequência cardíaca fetal;¹

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.028	5 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Obstetrícia	2

- b. Taquissístolia (5 ou mais contrações em 10 minutos): que pode levar a sofrimento fetal agudo e acidemia ou até mesmo ruptura uterina;¹
- c. Hiponatremia (ocitocina tem estrutura semelhante a vasopressina que reduz a diurese e acumula água livre, sendo este efeito colateral piorado quando se usa diluição com SG 5%, visto que a glicose será consumida e o volume de água livre administrado será elevado): aumenta mortalidade e edema cerebral (náuseas, vômitos, dores de cabeça e rebaixamento do nível de consciência), com sequelas neurológicas irreversíveis – artigos 76 a 78 do uptodate pode atingir 5% das pacientes;¹
- d. Hipotensão e taquicardia, por ser vasodilatadora, levando a efeitos cardiovasculares indesejados para a gestante (arritmia, infarto, etc), bem como para o feto (anóxia);¹
- e. Duplica o risco de embolia amniótica.¹
2. O uso da bomba de infusão permite infusão contínua e precisa da dose recomendada. A recomendação internacional é de que os hospitais implementem protocolo que garanta redução dos erros na administração de ocitocina, com uso da bomba de infusão;^{7,12}
3. Meia vida curta (3 a 6 minutos), por isso o uso contínuo é mais seguro;⁴
4. A recomendação atual é de uso de doses baixas (American College e Royal College of Obstetricians)¹¹, o que é impossível por meio de gotejamento, pois não se consegue um gotejamento de 4 ou 8 gts/min como preconizado. Abaixo de 8 gotas/minuto o gotejamento é irregular para infusão gota a gota através da força gravitacional, não sendo possível estabelecer com precisão as doses adequadas nas pequenas concentrações iniciais, por exemplo, 4 gotas/minuto. Um aumento do volume do diluente (geralmente glicose 5%) para facilitar o gotejamento geraria hipervolemia e hiponatremia, com aumento do risco de morte;^{1,8}
5. Recomendação internacional e da bula do medicamento é que seja feita em bomba como modo de escolha;^{4,7}
6. Visando a segurança do paciente, premissa de qualidade hospitalar, visto que ocitocina configura na lista de medicamentos potencialmente perigosos;⁵
7. Os protocolos de outros hospitais públicos e privados do país, já contemplam o uso da bomba de infusão.⁹

QUANDO CONSIDERAR FALHA DA INDUÇÃO?

- Falha em induzir o amadurecimento do colo após 2 ciclos de misoprostol (tentativa por 24 horas de misoprostol, seguido de folga de um dia para liberar receptores e nova tentativa por mais 24 horas);
- Falha em induzir contração após 2 horas da dose máxima de ocitocina (192 mL/hora);
- Fase latente muito prolongada (falha em induzir 3 contrações em 10 minutos, geralmente considerada prolongada se acima de 12 horas);
- Tempo prolongado (acima de 12 horas) após a amniotomia, pelo risco de infecção.

OBSERVAÇÃO: não é considerado falha na indução quando indicado cesariana por prolongamento ou parada na fase ativa do parto ou no caso de segundo estágio prolongado, suspeita de anóxia fetal ou indicação materna com necessidade de relução em caráter emergencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Grobman W. Induction of labor with oxytocin. Up to date (last updated Jun 26, 2020)
2. American College of Obstetricians and Gynecologists. Patient Safety Checklist no. 5: scheduling induction of labor. Obstet Gynecol 2011; 118:1473.
3. Practice Advisory: Clinical guidance for integration of the findings of The ARRIVE Trial: Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Advisories/Practice-Advisory-Clinical-guidance-for-integration-of-the-findings-of-The-ARRIVE-Trial> (Accessed on August 09, 2018).

	PROTOCOLO	Código do Documento	Página
		PROT.DT.028	6 / 6
	INDUÇÃO DO PARTO	Especialidade	Revisão
		Direção Técnica/ Obstetrícia	2

- Bula do medicamento SyntocinonR injetável: disponível em <https://portal.novartis.com.br/UPLOAD/ImgConteudos/1847.pdf>
- Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar, lista atualizada em 2019, pelo Instituto para Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP Brasil), disponível online em: <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2019/02/615-boletim-ism-2019-fevereiro-2019.pdf>
- Recomendação para uso de misoprostol da FIGO, 2017, disponível em <https://www.figo.org/sites/default/files/2020-03/FIGO%20Dosage%20Chart%20-%20PORTUGUESE.pdf>
- Hayes EJ, Weinstein L. Improving patient safety and uniformity of care by a standardized regimen for the use of oxytocin. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(6):622.e1
- Relatório técnico farmacêutico – CSH, com testes realizados em 27/07/2020
- Rotinas de uso de ocitocina da UFRJ, EBSERH
- 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.
- Budden A, Chen LJ, Henry A. High-dose versus low-dose oxytocin infusion regimens for induction of labour at term. Cochrane Database Syst Rev 2014; :CD009701.
- Liu J, Yi Y, Weiwei X. Effects of Increased Frequency, High Dose, and Pulsatile Oxytocin Regimens on Abnormal Labor Delivery. Med Sci Monit. 2018.

Elaborado por:	Revisado por:	Aprovado por:	Validado por:
MARCOS ALVES PAVIONE Diretor técnico	MARCOS ALVES PAVIONE Diretor técnico	MATHEUS KUMMER Coord. Obstetrícia	ULLY MARIANNE F. LEMOS Coordenadora da Qualidade
Data: 23/06/2020	Data: 16/04/2024	Data: 16/04/2024	Data: 18/04/2024
Assinaturas e carimbo:			
   			

Histórico das últimas duas revisões

Nº	Descrição das alterações:	Data:
1.	Ajuste	15/03/2021
2.	Ajuste conforme gestão de documentos (2 anos)	16/04/2024