

RAFAEL MARTINS FERREIRA

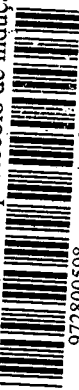
**AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE INDUÇÃO DE PARTO
COM MISOPROSTOL DA MATERNIDADE DO HU-UFSC
EM GESTAÇÕES ACIMA DE 41 SEMANAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

N.Cham. TCC UFSC TO 0343

Autor: Ferreira, Rafael M

Título: Avaliação do protocolo de indução



972800598

Ac. 254473

Ex.1 UFSC BSCCSM

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

**TCC
UFSC
TO
0343**

Ex.1

RAFAEL MARTINS FERREIRA

**AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE INDUÇÃO DE PARTO
COM MISOPROSTOL DA MATERNIDADE DO HU-UFSC
EM GESTAÇÕES ACIMA DE 41 SEMANAS**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal de
Santa Catarina, para a conclusão do Curso de
Graduação em Medicina.**

Coordenador do Curso: Prof. Dr. Edson José Cardoso

Orientador: Prof^a. Beatriz Maykot Kuerten Gil

Co-orientador: Dr. Prof. Paulo Freitas

Florianópolis

Universidade Federal de Santa Catarina

2002

AGRADECIMENTOS

Louvado seja o Senhor Jesus Cristo que me deu força e determinação para vencer tantos obstáculos.

Agradeço aos meus pais, Valter Melentino Ferreira e Izabel Cristina Martins Ferreira, por estarem sempre ao meu lado e terem me ensinado o verdadeiro sentido da vida.

Aos meus irmãos, Alexandre Martins Ferreira e Adriana Martins Ferreira, pela ajuda e convívio durante minha trajetória .

A minha namorada, Izabelita Suellen Alves, pela solidariedade e compreensão durante este período tão difícil.

A minha orientadora, Dra. Beatriz Maykot Kuerten Gil, que foi a grande mentora deste trabalho e com muita paciência e sabedoria ajudou-me a chegar até aqui.

Ao Dr. Paulo Freitas pela compreensão e paciência, possibilitando a realização da análise estatística deste trabalho.

Aos meus amigos de curso que de alguma forma contribuíram na realização deste trabalho, especialmente a Anderlei Tessarolo Degering, Antônio Kim, Eduardo Júlio Selbach, Victor Vinícius Paviani e Luciana Torres Pereira pela amizade e companheirismo.

Às funcionárias do Setor de Divisão em Tocoginecologia do HU-UFSC, Rebeca Caroline Pratt da Costa e Lidiane Almeida , pelo empenho e disposição em sempre me ajudar na elaboração deste trabalho.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	01
2 OBJETIVOS.....	04
3 MÉTODOS.....	05
3.1 Amostra.....	05
3.2 Ambiente.....	05
3.3 Procedimento.....	06
4 RESULTADOS.....	08
5 DISCUSSÃO.....	14
6 CONCLUSÃO.....	20
7 REFERÊNCIAS.....	21
NORMAS ADOTADAS.....	23
RESUMO.....	24
SUMMARY.....	25
APÊNDICE.....	26

1.INTRODUÇÃO

Conceitua-se como gravidez prolongada, segundo a Organização Mundial da Saúde e a Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (1976), aquela cuja duração ultrapassa 42 semanas completas, ou 294 dias, contadas a partir da data da última menstruação. Possui como sinônimas prenhez protraída, pós-maturidade ou pós-termo. “O termo pós-datismo refere-se a qualquer prolongamento da duração da gravidez além da data prevista para o parto (280 dias). Quando o pós-datismo ultrapassa duas semanas entra no conceito de gravidez prolongada”¹. “A incidência de gestações que atingem 41 semanas chega a 27%. Já as que completam 42 semanas variam de 4 a 14% e aquelas que completam 43 semanas vão de 2 a 7%”².

A grande maioria das complicações fetais e neonatais da pós-maturidade são decorrentes de uma disfunção placentária que se instala quando a gravidez se prolonga de forma patológica. Estudos histológicos mostram que a placenta se apresenta de espessura reduzida, com áreas de infarto, deposição de fibrina e calcificações³.

A gravidez prolongada apresenta maiores riscos de mortalidade perinatal^{2,3,4}, tendo como principais causas apontadas o oligodrâmnio e a asfixia com ou sem mecônio. Também apresenta maiores riscos de morbidade neonatal devido a macrosomia, distócias de ombro, síndrome de aspiração do mecônio, instabilidade térmica, hipoglicemia, policitemia, hiperbilerrubinemia, além de outras alterações menos importantes.

É aceito por todos obstetras que pacientes com gravidez pós-termo necessitam de alguma vigilância antenatal, geralmente realizada através da cardiotocografia, do perfil biofísico fetal e da dopplerfluxometria. Assim, a conduta deve ser norteada por três parâmetros básicos: a monitorização das condições fetais, o volume de líquido amniótico e as condições do colo uterino. No entanto, o tipo de intervenção e o momento de atuar são controversos. No início da década de 90, o momento certo para a conduta ativa parecia ser quando a gestação atingisse 42 semanas, mas diversos trabalhos de destaque, no final dessa mesma década, demonstravam que o risco de adversidade perinatal já aumentava com 41 semanas completas^{5,6}.

A indução do parto é uma abordagem importante na gravidez prolongada. “Chamamos de parto induzido aquele iniciado artificialmente (Guariento & Delascio, 1979; Montenegro &

Lima, 1991). É, portanto, distinto daquele em que se promove o aumento das contrações uterinas do parto que se iniciou espontaneamente (parto estimulado ou acelerado). Já o parto dirigido ou conduzido, segundo Rezende & Rezende Filho (1991), é aquele em que o obstetra participa ativamente em seu desenrolar, através de amniotomia, tocoanalgesia, ocitócitos e episiotomia”⁷.

O objetivo ao se induzir um parto é obter contrações uterinas adequadas que levem à dilatação da cérvix uterina e descida da apresentação fetal, semelhantes ao trabalho de parto espontâneo. O colo uterino precisa sofrer uma série de modificações biológicas e bioquímicas importantes para ocorrer o trabalho de parto. Em 1964, Bishop elaborou a primeira classificação clínica das condições de amadurecimento do colo uterino (vide Apêndice 1), criando um escore que passou a ser utilizado com o propósito de se estabelecer a predição de sucesso à indução de parto, sendo que hoje a condição da cérvix uterina talvez seja o fator determinante mais importante para uma indução próspera.

A indução tem sido associada a resultados promissores, contudo pode apresentar riscos maternos e fetais se não for realizada cautelosamente. Existe uma grande variedade de métodos. A infusão intravenosa de ocitocina tem sido largamente utilizada em nosso meio. É considerada um agente uterotônico fisiológico porque promove contrações intermitentes e regulares quando usado em doses terapêuticas normais. Embora seja aceita como agente seguro e eficaz para desencadear contrações uterinas, seu sucesso depende das condições cervicais no início da indução, geralmente fracassando com índice de Bishop desfavorável^{2,3,5,8}. Embora a maioria dos serviços procurem iniciar com doses baixas, aumentando gradativamente, não há consenso sobre a dosagem ideal de ocitocina para se obter atividade uterina adequada para indução próspera do trabalho de parto.

Vários agentes têm sido usados para tentar amadurecer a cérvix uterina e induzir o parto, entre eles, as prostaglandinas. Elas separam e dissolvem os feixes de fibras colágenas do colo uterino, provocando apagamento e dilatação cervical, frequentemente iniciando o trabalho de parto e reduzindo a quantidade de ocitocina necessária. Diversas foram as vias de utilização, mas a vaginal mostrou-se mais vantajosa pelo encurtamento do intervalo entre a indução e o parto^{8,9,10}.

Embora sejam eficazes, as prostaglandinas E2 (PGE2), mesmo em baixas doses, mostraram-se dispendiosas, extremamente sensíveis à ação da temperatura ambiente e de difícil manipulação nos países tropicais. Todos esses visíveis obstáculos à sua utilização não

são encontrados no misoprostol, análogo da PGE1, originalmente desenvolvido para tratamento da úlcera péptica. Um produto sintético, de baixo custo, estável à temperatura ambiente e sem muitos dos efeitos colaterais presentes com grande frequência nas PGE2, como diarreia, náuseas, dispepsia e cefaléia. “Somente a partir de 1992, com Margulies *et al*, o misoprostol foi utilizado para indução de parto com feto vivo. A partir de 1995, com Wing *et al*, percebeu-se que doses cada vez menores da droga por via vaginal, mostraram-se efetivas, tanto no amadurecimento da cérvix como na indução de parto com baixa frequência de taquissístolia”¹⁰. Em 1998, o misoprostol foi introduzido no protocolo de indução da Maternidade do HU (Apêndice 1).

Em virtude de tantas dúvidas, numerosos estudos continuam a ser desenvolvidos no intuito de buscar a melhor conduta frente ao quadro de pós-datismo e técnicas ideais para indução de parto, destacando aquelas que utilizam o misoprostol .

2.OBJETIVOS

Os objetivos do trabalho visam:

1. Observar se o protocolo de indução de parto com misoprostol da Maternidade HU-UFSC está sendo aplicado pelos obstetras do serviço nos casos de gestações com 41 ou mais semanas;
2. Se uma vez aplicado, esse protocolo é efetivo e seguro.

3.MÉTODOS

3.1 Casuística

Trata-se de um estudo transversal, de caráter analítico e com coleta retrospectiva de dados a partir de prontuários de pacientes admitidas na Maternidade do Hospital Universitário (HU), na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, no período de janeiro de 2000 a julho de 2001, com o diagnóstico de gestação acima de 41 semanas e encaminhadas para indução.

Utilizaram-se os seguintes **critérios de inclusão** : pacientes com idade gestacional (IG) maior ou igual 41 semanas (corroborada por dois dos seguintes critérios – data da última menstruação confirmada por ultrassonografia até 20 semanas e/ou Capurro somático do recém-nascido), e encaminhadas para indução de parto, apresentando índice de Bishop menor que 6 na admissão do Centro Obstétrico. Além disso, era necessário também ser gestação única, com apresentação cefálica, boa vitalidade fetal antes de iniciar a indução do parto (avaliada pela cardiotocografia basal) e não apresentar doenças que contra-indicassem o uso de misoprostol (asma, glaucoma, cardiopatias). Encontraram-se 151 pacientes obedecendo a esses critérios.

Foram excluídas as pacientes com rotura prematura de membranas (23 casos), cesárea ou cirurgia uterina prévia (21 casos), anomalias fetais (dois casos) e prontuários com dados insuficientes (quatro casos).

Portanto, foram excluídas 50 pacientes e a população considerada nesse estudo para análise dos dados foi de 101 pacientes, as quais preencheram todos os requisitos acima citados.

3.2 Ambiente

A pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP) e no setor de Divisão de Tocoginecologia do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC).

3.3 Procedimento

Os dados foram coletados inicialmente a partir da ficha do Controle Latino Americano de Perinatologia (CLAP), o qual faz parte do prontuário de toda paciente admitida na Maternidade do HU/UFSC e está disponível na Divisão de Tocoginecologia deste serviço. As fichas apontaram 492 partos de gestantes com IG maior ou igual a 41 semanas no período de janeiro de 2000 a julho de 2001. Destas, muitas entraram em trabalho de parto espontâneo, outras foram diretamente para cesárea e algumas foram encaminhadas para indução com colo favorável, portanto sendo excluídas desta pesquisa. Observando os prontuários, verificou-se que 151 casos obedeciam aos critérios de inclusão deste estudo, mas 50 precisaram ser excluídos, totalizando uma amostra de 101 pacientes. As informações obtidas dos prontuários foram anotadas em um protocolo (Apêndice 2) elaborado para a presente pesquisa.

O Manual de rotinas da Maternidade do HU orienta internar as pacientes com idade gestacional maior ou igual a 41 semanas e realizar até duas sessões diárias de indução, monitorizando a vitalidade fetal através da cardiocotografia (CTG) antes e após o término de cada sessão. Em caso de sofrimento fetal ou de não ocorrer parto após três dias de indução, estaria indicado o parto cesareana.

No serviço de triagem obstétrica, realizou-se um exame clínico obstétrico antes do início da indução, caracterizando-se o tamanho e a apresentação fetal, a dinâmica uterina e a avaliação do colo uterino através do toque vaginal. Aqui consideramos imaturos os colos com Bishop abaixo de 6. Antes de iniciar cada indução foi realizada uma cardiocotografia basal.

A ultrassonografia permitiu avaliar o índice de líquido amniótico (ILA), conforme descrito por Phelan em 1987. Assim, um ILA menor ou igual a 5 cm foi considerado como oligoâmnio e entre 5,1 e 8 cm foi caracterizado como líquido amniótico diminuído¹¹.

De acordo com o protocolo de indução da maternidade do HU (apêndice 1), na indução de gestantes pós-data com Bishop menor que 6, dever-se-ia utilizar 25 mcg de misoprostol de 3/3h, pré-carregado em seringa, colocado no fundo de saco posterior, até 3 doses no primeiro dia e 3 doses no segundo dia (máximo de 150 mcg ou 6 doses), com interrupções no período noturno por problemas técnicos (como redução de plantonistas neste período), caso não se mostrasse favorável. A indução deveria ser suspensa quando atingisse o padrão de 3 contrações em 10' e modificação cervical (Bishop maior que 7 ou dilatação de 3 ou mais

centímetros), ou se atingisse o número máximo de doses. A ocitocina, quando necessária, deveria ser utilizada pelo menos 4h após a última dose de misoprostol.

Chamamos de grupo A as induções que obedeceram a esses critérios. Já as induções que não obedeceram a esses critérios foram classificadas como grupo B.

Assim, anotaram-se as intercorrências maternas e fetais durante o processo de indução e trabalho de parto, bem como os índices de Apgar e condições de nascimento dadas pelo neonatologista.

Esses grupos foram avaliados quanto ao desfecho da indução (parto vaginal ou cesareana), fatores que pudessem estar relacionado ao desfecho, número de doses de misoprostol necessárias para maturar o colo e resultados alcançados, sempre que possível, comparando-os.

A fim de evidenciar fatores que pudessem influenciar o desfecho das induções e ocasionar variações no efeito de grupo, observaram-se o desfecho das induções também de acordo com a idade (maior ou menor que a idade média da amostra), com a paridade (nulípara ou não-nulíparas), com a idade gestacional (41 a 42 semanas incompletas ou maior ou igual a 42 semanas) e com o Índice de Líquido Amniótico ($ILA \leq 8$ ou >8).

O protocolo foi considerado efetivo quando resultava em parto via vaginal e seguro quando não apresentava episódios de taquissistolia uterina ou sofrimento fetal agudo e obtinha recém-nascido com índice de Apgar > 6 no quinto minuto, comparando às taxas e aos resultados obtidos na literatura.

A tabulação dos dados e a análise estatística para este estudo foram realizadas utilizando-se o programa de computador de domínio público denominado Epi-Info (“Public Domain Software for Epidemiology and Disease Surveillance”). O teste estatístico aplicado foi o teste do Qui-quadrado de Mantel-Haenszel. O intervalo de confiança (IC) para as prevalências encontradas é apresentado para os resultados mais relevantes e expressa com que precisão os resultados daqui representam o esperado para uma população maior. A razão de prevalências foi utilizada para comparar o efeito de grupo dos fatores já citados anteriormente.

4.RESULTADOS

Neste estudo, foram analisados os prontuários de 101 pacientes com idade gestacional maior ou igual a 41 semanas, com índice de Bishop < 6, encaminhadas para indução de parto e obedecendo aos critérios de indicação de indução do serviço. Verificou-se que 53 induções seguiram os critérios de indução do serviço, constituindo o grupo A, enquanto 48 induções não obedeceram a esses critérios, constituindo o grupo B.

Ao investigar a homogeneidade entre os grupos (Tabela 1), não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas ao comparar a média de idade dos dois grupos, sendo que no grupo A, a idade materna variou de 15 a 40 anos. Já no grupo B, a idade variou entre 14 e 38 anos. Da mesma forma, não se encontraram diferenças significativas ao comparar a distribuição dos grupos quanto à paridade e à idade gestacional das pacientes.

TABELA 1 – Características maternas

CARACTERÍSTICAS	GRUPO A	GRUPO B
Idade (média)	23,6	24,2
Nulíparas (n)	36(67,9%)	33(68,8%)
Idade Gestacional > 42semanas (n)	20(37,7%)	16(33,3%)

Fonte: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Os resultados quanto ao desfecho das induções nos dois grupos são apresentados na Tabela-2, junto do intervalo de confiança obtido (IC). Observou-se uma razão de prevalências para parto vaginal entre as mulheres submetidas ao protocolo do serviço de 1,43 (43% mais chances de obter parto vaginal que no grupo B, $p < 0.05$).

TABELA 2 – Resultados das induções de parto nos grupos A e B

TIPO DE PARTO	GRUPO A	IC	GRUPO B	IC
	N(%)		N(%)	
Vaginal	38 (71,7%)	57,7%-83,2%	24 (50%)	35,2%-64,8%
Cesareana	15 (28,3%)	16,8%-42,3%	24 (50%)	35,2%-64,8%
TOTAL	53 (100%)		48 (100%)	

Fonte: Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Teste do quiquadrado, $p < 0.05$

As pacientes não-nulíparas responderam melhor às induções nos dois grupos (Tabela 3). Ao relacionar o desfecho das induções com a paridade das pacientes nos dois grupos, observou-se que a paridade das pacientes interferia de modo significativo com a efetividade do esquema de indução adotado, observando-se que o efeito do protocolo do serviço foi bem mais vantajoso para as nulíparas. Ocorreu uma interação entre o efeito do protocolo e a paridade das pacientes ($p=0.06$).

TABELA 3 – Relação entre a paridade das pacientes e o desfecho das induções nos grupos A e B

TIPO DE PARTO	GRUPO A		GRUPO B	
	NULÍPARAS	NÃO-NULÍPARAS	NULÍPARAS	NÃO-NULÍPARAS
Vaginal	24 (66,7%)	14 (82,4%)	12 (36,4%)	12 (80%)
Cesareana	12 (33,7%)	3 (17,6%)	21 (63,6%)	3 (20%)
TOTAL	33 (100%)	17 (100%)	33 (100%)	15 (100%)

Fonte: Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Teste do quiquadrado, interação efeito do protocolo x paridade $p=0.06$

Em relação de idade, verificou-se no grupo A que a efetividade do método de indução praticamente não se alterava ao separar as pacientes em ≤ 24 anos e > 24 anos (a idade média do grupo). Ao comparar o efeito de grupo na obtenção de partos vaginais de acordo com a idade entre os dois grupos (Tabela 4), percebeu-se que se mantinha a vantagem no grupo A, mas o fator idade não ocasionou variação neste efeito, pois obtinha uma razão de prevalências também de 1,43 em favor do grupo A.

TABELA 4 – Relação entre a idade das pacientes e o desfecho das induções nos grupos A e B

TIPO DE PARTO	GRUPO A		GRUPO B	
	≤ 24 anos	> 24 anos	≤ 24 anos	> 24 anos
Vaginal	22 (71%)	16 (72,7%)	15 (51,7%)	9 (47,4%)
Cesareana	9 (29%)	6 (27,3%)	14 (48,3%)	10 (52,6%)
TOTAL	31 (100%)	22 (100%)	29 (100%)	19 (100%)

Fonte: Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Teste do quiquadrado, p ns

Ao agrupar as pacientes de acordo com idade gestacional (IG) em 41 semanas e pacientes com 42 ou mais semanas de IG, percebeu-se que em ambos grupos (A e B), a efetividade do método de indução era ligeiramente maior nas gestantes com $IG \geq 42$ semanas. No entanto ao comparar o efeito de grupo na obtenção de partos vaginais de acordo com a IG entre os dois grupos (Tabela 5), observou-se uma razão de prevalências de 1,42 em favor do grupo A.

TABELA 5 – Relação entre a idade gestacional das pacientes e o desfecho das induções nos grupos A e B

TIPO DE PARTO	GRUPO A		GRUPO B	
	41S-41S 6DIAS/≥ 42 SEMANAS	41S-41S 6 DIAS/≥42 SEMANAS	41S-41S 6 DIAS/≥42 SEMANAS	41S-41S 6 DIAS/≥42 SEMANAS
Vaginal	23 (69,7%)	15 (75%)	14 (43,8%)	10 (62,5%)
Cesareana	10 (30,7%)	5 (25%)	18 (56,2%)	6 (37,5%)
TOTAL	33 (100%)	22 (100%)	32 (100%)	16 (100%)

Fonte: Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Teste do quiquadrado, p ns

Avaliando a influência da quantidade de líquido amniótico (ILA ≤ 8 ou > 8), verificou-se que as induções em gestantes com ILA ≤ 8 estava associada a uma efetividade ligeiramente maior nos dois grupos. Novamente, ao comparar o efeito de grupo na obtenção de partos

vaginais de acordo com a IG entre os dois grupos (Tabela 6), não se obteve variação neste efeito, mantendo a razão de prevalências citada anteriormente (1,43 em favor do grupo A).

TABELA 6 – Relação entre o índice de líquido amniótico (ILA) das pacientes e o desfecho das induções nos grupos A e B

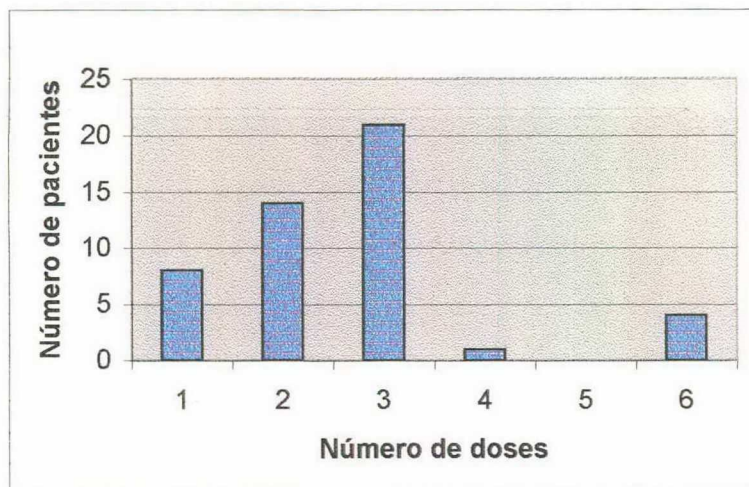
TIPO DE PARTO	GRUPO A		GRUPO B	
	ILA ≤ 8	ILA > 8	ILA ≤ 8	ILA > 8
Vaginal	11 (78,6%)	27 (69,2%)	6 (50%)	18 (50%)
Cesareana	3 (21,4%)	12 (30,8%)	6 (50%)	18 (50%)
TOTAL	14 (100%)	39 (100%)	12 (100%)	36 (100%)

Fonte: Serviço de Prontoário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01.

Teste do quiquadrado, p ns

Em relação ao grupo A, 43 pacientes (81,1%) obtiveram o amadurecimento do colo uterino e o início do trabalho de parto durante o primeiro dia de indução com misoprostol, sendo que 8 delas precisaram de apenas uma dose de misoprostol (Figura 1). Por sua vez, 5 delas necessitaram do segundo dia de indução com a droga citada para maturar o colo e desencadear o trabalho de parto. A dose média de misoprostol necessária foi de 65 mcg. Ainda relacionado ao grupo A, 25 delas não precisaram utilizar ocitocina após desencadear o trabalho de parto com misoprostol. Observou-se apenas um caso de taquissistolia no grupo A, com duração efêmera, resolução espontânea e sem repercussões fetais.

Em relação às 48 induções do grupo B, 38 delas utilizaram diretamente ocitocina sem utilizar misoprostol para maturar o colo. As outras 10 induções deste grupo iniciaram o misoprostol, mas logo começaram a infusão de ocitocina sem tentar o número de doses preconizadas pelo protocolo do serviço para maturar o colo uterino e desencadear o trabalho de parto.



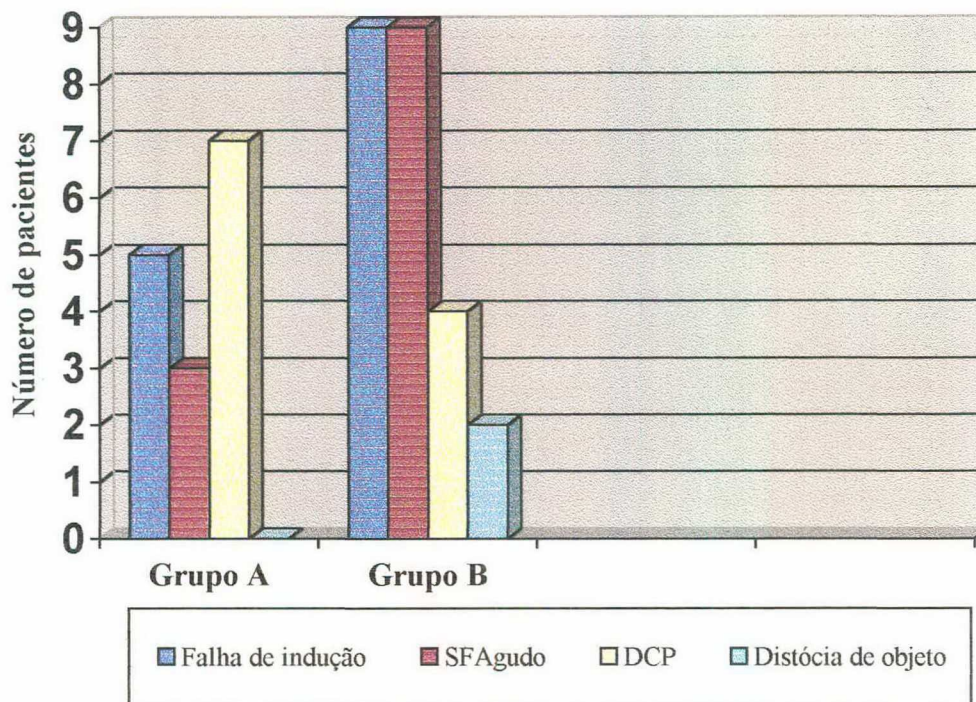
Fonte: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01

Figura 1 – Número de doses de misoprostol (25 mcg cada) necessárias para maturar o colo e desencadear o trabalho de parto nas pacientes do grupo A.

Em relação às 48 induções do grupo B, 38 delas utilizaram diretamente ocitocina sem utilizar misoprostol para maturar o colo. As outras 10 induções deste grupo iniciaram o misoprostol, mas logo começaram a infusão de ocitocina sem tentar o número de doses preconizadas pelo protocolo do serviço para maturar o colo uterino e desencadear o trabalho de parto.

Do grupo A, de um total de 14 cesareanas, somente 5 delas foram indicadas por falha de indução, enquanto no grupo B, considerando as 24 cesareanas, 9 delas foram indicadas por falha de indução. A Figura 2 relaciona as indicações de cesareanas nos dois grupos.

Em relação aos resultados neonatais (Tabela 3), obteve-se um Apgar médio de 7.6 no primeiro minuto e de 9.0 no quinto minuto no grupo A, enquanto no grupo B, obteve-se 7.8 e 8.8 nos respectivos minutos. Somente um recém-nascido (RN) de cada grupo teve Apgar < 7 no quinto minuto. Apenas um RN necessitou de ventilação com ambu e máscara no grupo A, enquanto dois necessitaram deste procedimento no grupo B, sendo que nestes três casos os RNs recuperaram-se logo.



Fonte: Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), HU-UFSC, Jan 00 a Jul 01

Figura 2 – Indicações de cesárea.

5.DISSCUSSÃO

Em 1997, o Comitê de Medicina Materno Fetal da Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Canadá ² aprovou um *guidelines* sobre condutas na gravidez pós-termo, ressaltando o risco aumentado de adversidade perinatal nas gestantes já quando elas atingiam 41 semanas de idade gestacional (IG). Eles analisaram onze estudos randomizados importantes e apontaram que uma indução de parto com 41 semanas, com cérvix uterina desfavorável, diminuía a taxa de cesareanas tanto em multíparas quanto em nulíparas, além de proporcionar um menor número de adversidades perinatais, recomendando uma política de indução de parto nas gestantes que atingissem tal IG. No estudo realizado aqui no HU, 37% das gestantes pós-data só foram encaminhadas para indução de parto com 42 ou mais semanas no período de jan/2000 a jul/2001, embora o Manual de Rotinas da Maternidade já recomendasse a indução conforme as orientações do *guidelines* canadense. Este fato pode estar relacionado a uma má orientação dos pré-natais na periferia, por desconhecimento de alguns funcionários do serviço das rotinas locais e, principalmente, pelas más condições sócio-econômicas da população local, muitas não conseguindo um atendimento pré-natal especializado.

Em 1992, no *Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group*, um ensaio clínico randomizado amplo e bem elaborado, Hannah e cols ⁵ compararam a conduta expectante e a ativa em um grupo de 3407 gestantes com 41 ou mais semanas, demonstrando uma taxa de cesareana ligeiramente menor no grupo que foi à indução (21,2% contra 24,5% na conduta expectante, com um $p=0,03$), além de menores taxas de sofrimento fetal agudo no grupo com conduta ativa. Aquele estudo utilizou prostraglandinas E2 gel 0,5 mg intravaginal e obteve uma taxa de cesareanas de 21,2% para os partos induzidos ($p=0,03$). Após o adequado controle de idade materna, paridade e raça, verificou maiores taxas de cesareanas em nulíparas, mulheres mais velhas e negras, com resultados estatisticamente significativos; no entanto, as induções precoces não interferiram no quesito morbimortalidade perinatal naquele estudo. Uma meta-análise ⁶ de 13 ensaios clínicos randomizados entre 1980-1995, comparando a conduta expectante e a ativa em gestantes com 41 ou mais semanas, concluiu também que uma conduta ativa resultava em menor taxa de morbimortalidade neonatal, mas parecia não alterar as taxas de cesareana significativamente.

Analisando os resultados do estudo realizado aqui na Maternidade, observou-se que das 101 pacientes incluídas, todas apresentando as condições necessárias para a aplicação do protocolo com misoprostol do serviço, somente em 52,4% das induções obedeceu-se às regras de utilização da droga conforme este orientava. E ainda, em cerca de 38% das induções utilizou-se apenas ocitocina, mesmo com colo uterino imaturo e sem nenhuma contra-indicação ao uso de misoprostol. Diversos estudos confirmam melhores resultados nas induções que utilizam misoprostol para casos com colo desfavorável^{3, 5, 8, 9, 10}. Kelly e cols¹² concluíram que o uso de ocitocina sozinha para indução de colos desfavoráveis estava associada a um maior número de insucessos na obtenção de partos vaginais (52% contra 28% daqueles que utilizavam análogos de prostaglandina intravaginais) e um aumento nas taxas de cesareanas. Além disso, Bernstein¹³ descreveu que o uso prévio de análogos de prostaglandinas intravaginal para preparar o colo, diminuía a dose de ocitocina necessária para indução. Com tantos estudos evidenciando a superioridade do misoprostol na indução com colos desfavoráveis, ficou difícil compreender o alto percentual de induções (38%) que iniciaram diretamente com ocitocina. Neste estudo, observaram-se os resultados esperados de acordo com a literatura, com as induções do grupo A apresentando 43% mais chances de obter parto via vaginal (razão de prevalências de 1,43, com $p < 0.05$) e taxas de cesareana significativamente maiores no grupo B (50% contra 28,3% no grupo A).

Katz et al¹⁴ realizaram um ensaio clínico, utilizando 25 mcg de misoprostol de 4/4h (máximo de 200 mcg) na indução de 254 gestantes, obtendo uma dose média de 75 mcg da droga para maturar o colo e desencadear o trabalho de parto, com 62% dos casos necessitando de complementação com ocitocina para o término do processo; ressaltando que incluíram no trabalho também gestantes a termo e casos de rotura prematura de membranas. Bugalho e cols¹⁵, em um trial com quase 100 pacientes, compararam a indução com 50 mcg de misoprostol 4/4h contra o uso de ocitocina isolada em gestantes pós-termo com colo desfavorável, obtendo uma média de 14h para o parto no grupo com misoprostol e de 31h no grupo com ocitocina, sendo que no grupo do misoprostol, 81% atingiu o sucesso com dose menor ou igual a 100 mcg. A disciplina de Obstetrícia da UNIFESP⁸ analisou suas induções com 50 mcg de 12/12h e percebeu que quase todos seus casos já desencadeavam o trabalho de parto poucas horas após a dose inicial, obtendo partos vaginais em 80% dos casos. Já no estudo realizado aqui no HU, observaram-se partos vaginais em 71,7% das pacientes do grupo que seguia o protocolo do serviço, sendo que 81% das induções obtiveram o amadurecimento do

colo uterino/início do trabalho de parto com dose menor ou igual a 75 mcg (dose média 65 mcg) e 55% delas desenvolveram trabalho de parto efetivo apenas com as doses de misoprostol preconizadas pelo protocolo, não necessitando de complementação com ocitócitos.

A análise do tempo médio para o parto não pôde ser realizado neste trabalho, já que a maternidade do HU optou por interromper o processo de indução após a terceira dose da droga, por razões que não cabem aqui ser discutidas, reiniciando a indução somente na manhã seguinte, enquanto todos estudos que serviram de base para este trabalho consideram o efeito cumulativo do misoprostol e não interrompem o processo de indução antes de atingir a dose máxima. Surpreendentemente, percebeu-se que mesmo assim, os resultados do presente estudo foram iguais ou até superiores a muitos protocolos da literatura que consideravam este efeito cumulativo da droga.

Em 1999, Michel e cols¹⁶ avaliaram o uso de prostaglandinas E2 no amadurecimento no amadurecimento cervical na indução de parto de 42 casos de gravidez prolongada, e apenas 14,3% daquelas pacientes foram submetidas a cesareana por falha de indução. No estudo realizado no HU, observou-se que apenas 5 induções do grupo A (9,43%) culminaram em cesareana por falha de indução, contra 9 casos do grupo B (18,75%). Em 2001, Pajak e cols¹⁷ também compararam a indução com misoprostol e ocitocina em colos desfavoráveis, utilizando 50 mcg de misoprostol de 12/12h (máximo de 150 mcg) e incluindo apenas gestações pós-termo, e obtiveram taxas de falha de indução de 12 % no grupo do misoprostol e de 32 % no grupo com ocitocina. Esses resultados demonstraram que o esquema adotado pelo protocolo daqui tem se mostrado eficiente com as doses de 25 mcg.

Um dos fatores que vêm sendo apontados pela literatura como relevante na predição do sucesso da indução é o número de paridades da paciente. Em 1998, Parry et al¹⁸ realizaram um estudo retrospectivo comparando o manejo de protocolos para indução de parto em gestantes pós-termo, observando que a indução de parto em nulíparas estava correlacionada a uma redução na obtenção de partos vaginais (apenas 43 % de partos vaginais) , conforme já sugeria o *Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group*⁵ em 1992. No presente estudo, também observou-se influência da paridade sobre o sucesso da indução, com uma maior taxa de insucesso nas induções de nulíparas dos dois grupos. A indução foi efetiva em 66,7% das nulíparas do grupo A e apenas em 36,4% das nulíparas do grupo B – uma diferença considerável. Em compensação, 82,4% das pacientes não-nulíparas do grupo A e 80% das

não-nulíparas responderam favoravelmente às induções - números próximos aqui. O efeito do misoprostol, aplicado segundo as orientações da Maternidade HU-UFSC, teve uma vantagem importante quando aplicado nas nulíparas, mas uma efetividade apenas ligeiramente maior nas induções de pacientes não-nulíparas, quando comparado aos casos que iniciaram ocitocina com colo desfavorável (grupo B). Estes resultados sugeriram existir uma interação entre a paridade das pacientes e o efeito do protocolo aplicado ($p=0.06$), ou seja, a prevalência de partos vaginais obtidos modificou-se de acordo com a paridade das pacientes ao comparar o efeito obtido nos dois grupos.

Hannah e cols⁵ já relataram o maior número de insucessos nas induções de gestantes pós-data mais velhas (> 35 anos naquele estudo). Na presente pesquisa, a população total envolvia poucas gestantes com 35 anos ou mais (apenas 8 pacientes), por isso optou-se por dividi-las levando como ponto de corte a média de idade da população, 24 anos. Verificou-se que a efetividade das induções era muito semelhante ao comparar as pacientes com idade maior ou menor ao ponto de corte, tanto no grupo A quanto no grupo B. Ao analisar o efeito de grupo do fator em questão, constatou-se que este não ocasionou variação no efeito obtido, mantendo a razão de prevalências de 1,43 para o grupo A já citada anteriormente.

Contrariando a literatura mundial^{5, 19}, a qual afirma que o sucesso das induções tende a ser ligeiramente maior nas gestantes mais próximas do período a termo, o estudo aqui realizado obteve percentual de partos vaginais um pouco maior nas gestantes com 42 ou mais semanas, em relação àquelas com 41 semanas, tanto no grupo A quanto no B. No entanto, este fator praticamente não ocasionou variação no efeito de grupo quando comparados os dois grupos em questão, determinando uma razão de prevalências de 1,42 em favor do grupo A.

Por sua vez, ao observar a influência do valor do ILA sobre o desfecho das induções, percebeu-se que as induções do grupo A com $ILA \leq 8$ obtiveram efetividade num percentual ligeiramente maior (78,6%) do que as pacientes com $ILA > 8$ (69,2%), com fato semelhante ocorrendo no grupo B. Também este fator não ocasionou variação no efeito de grupo, mantendo-se a mesma razão de prevalências de 1,43 em favor do grupo A.

Enfim, Alexander e cols²⁰ publicaram uma meta-análise em 2001 sobre oito grandes estudos avaliando os efeitos da indução de parto sobre as taxas de cesareanas e concluiu que, na verdade, os fatores intrínsecos das pacientes também são importantes para determinar a taxa de cesareanas em gestantes pós-termo, fato este também sugerido pelo presente estudo, mas ressaltando aqui que o único dos fatores relacionados a ocasionar variação no efeito de

grupo foi a paridade, sugerindo uma interação entre a paridade e a aplicação de misoprostol segundo o protocolo do serviço.

A respeito dos efeitos colaterais com a utilização de misoprostol, “Wing et al publicou em 1995 dois trabalhos: o primeiro deles utilizava 50 mcg demonstrando resultados duvidosos com alta prevalência de taquissistolia, enquanto o segundo, utilizando doses de 25 mcg, obteve um número muito menor de complicações”¹⁰. Os resultados da pesquisa realizada no serviço demonstraram que a utilização de misoprostol segundo as orientações deste estava associada a baixíssima prevalência de efeitos colaterais, com apenas um caso de taquissistolia, de duração breve e que cedeu espontaneamente, considerando a hipersistolia variou na literatura de zero a 10,9%^{25,9,10}.

Lemancewick e cols²¹, em 1999, analisaram induções em gestantes pós-termo com misoprostol 50 mcg de 4/4h, avaliando as artérias umbilicais e uterinas através de ecodoppler, e concluíram que o misoprostol intravaginal aumentava um pouco a resistência utero-placentária, mas provavelmente não influenciava a perfusão de maneira significativa. Na presente pesquisa, constatou-se a ocorrência somente de 3 casos de parto cesareana por sofrimento fetal agudo no grupo A (5,66%), enquanto na literatura consultada^{5,10} aqui a prevalência de sofrimento fetal agudo variava de 10,3% a 19,4% nas induções com misoprostol, demonstrando que o esquema preconizado pelo serviço parece ser muito seguro. Já no grupo B, ocorreram 9 casos (18,75%) de sofrimento fetal agudo.

Maia Filho et al¹⁰ publicou um trabalho interessante em jun/2001, analisando a indução de parto em 36 gestantes de alto risco, utilizando misoprostol 25 mcg de 3/3h (máximo de 200 mcg). Observou que 23 das 36 pacientes desencadearam o trabalho de parto com 3 ou menos doses e num período menor que 12 horas, sendo que 50% delas necessitaram da infusão de ocitocina após desencadeado o trabalho de parto. Naquele estudo, ele obteve 72,2% de partos via vaginal e nenhum caso de falha de indução. Além disso, obteve 7 cesareanas por sofrimento agudo fetal, sendo que 5 recém-nascidos tiveram Apgar menor que 7 no quinto minuto, com índices baixíssimos de hipersistolia. Ressaltando que ele incluiu neste estudo gestantes de alto risco com variadas idades gestacionais, dentre elas gestantes apresentando doença hipertensiva e rotura prematura de membranas, fato que poderia justificar um maior índice de morbidade neonatal se comparado ao estudo do HU, no qual avaliou-se apenas pacientes com idade gestacional maior que 41 semanas.

No estudo avaliando o protocolo do nosso serviço (ou seja, considerando apenas as 53 pacientes do grupo A), 81,18% das induções desencadearam trabalho de parto num período menor que 12 horas e necessitaram de doses menores ou iguais a 75 mcg, com 45% delas necessitando de infusão complementar de ocitocina. Ocorreram 3 cesareanas por sofrimento fetal agudo e apenas 1 caso de Apgar menor que 7 no quinto minuto. São resultados muito semelhantes aos resultados obtidos por Maia, com a única diferença que Maia¹⁰ não obteve nenhum caso de falha de indução. Talvez porque este não interrompia o processo de indução após a terceira dose e assim aproveitava o efeito cumulativo do misoprostol, ou mesmo pelas próprias características intrínsecas de suas pacientes.

6.CONCLUSÃO

Baseado no presente trabalho, podemos concluir que:

1. Significativa parcela de obstetras do serviço (47,5%) não seguem às diretrizes locais de utilização do misoprostol na indução de parto de gestantes pós-data;
2. A utilização de misoprostol, segundo o protocolo do serviço, tem se mostrado efetiva e segura na indução de parto de gestantes acima de 41 semanas, salientando-se a interação observada entre o protocolo e a paridade das pacientes.

7.REFERÊNCIAS

1. Kfoury A. Gravidez prolongada. In: Benzecry R, editors. Tratado de obstetrícia da Febrasgo. Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p. 495-98.
2. Maternal-Fetal Medicine Committee, Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Post-term pregnancy: Committee opinion. J Soc Obstet Gynaecol Can 1997; 19(6): 646-50.
3. Sá RAM, Lopes LM, Netto HC. Conduta na gestação pós termo. Femina 2000; 28(8):451-55.
4. Souza LR. Gravidez prolongada. GO 1993; 5: 96-8.
5. Hannah ME, Hannah WJ, Hellmann J, Hewson S, Milner R, Willian A, and the Canadian Multicenter Post-term Pregnancy Trial Group. Induction of labor as compared with serial antenatal monitoring in post-term pregnancy: a randomized controlled trial. N Engl J Med 1992; 326: 1587-92.
6. Rand L, Robinson JN, Economy KE, Norwitz ER. Post-term induction of labor revisited. Obstetrics & Gynecology 2000; 96: 779-83.
7. Santos JFK, Souza E, Sass N, Camano L. Indução do parto. In: Prado FC, editors. Atualização terapêutica. 19th ed. São Paulo: Artes Médicas; 1999. P.917-21.
8. Garcia MT, Souza E, Santos JFK, Maltar R, Camaro L. Indução de parto. Femina 2000; 28(5): 271-75.
9. Macedo RM, Ávila I, Gonçalves MM. Misoprostol no amadurecimento cervical e indução de parto. Femina 1998; 26(5): 379-80.
10. Maia Filho NL, Mathias L, Bés CS, Ribeiro LN, Cassaro A, Fonseca C, Souza RH. Misoprostol 25 mcg na indução do feto vivo: estado atual. Ginecologia e Obstetrícia atual 2001; 6: 7-12.
11. Freitas F, Costa SHM, Ramos JGL, Magalhães JAM. Rotinas em obstetrícia. 3th ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.
12. Kelly AJ, Tan B. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening induction of labour (Cochrane Review). IN: The Cochrane Library , Issue 2, 2002.

13. Bernstein p, editor. Prostaglandin E2 gel for cervical ripening and labor induction: a multicenter placebo controlled trial. *Can. Med. Assoc. J.* 1991; 145: 1249.
14. Katz VL, Farmer RM, Dean CA, Carpenter ME. Use of misoprostol for cervical ripening. *Southern Medical Journal* 2000; 93(9): 881-4.
15. Bugalho A, Bique C, Machurgi F. Vaginal misoprostol as na alternative to oxytocin for induction of labor in women with post-term pregnancies. *Acta Obst Gyn Scand* 1995; 74: 194-8.
16. Milchev N, Pehlivanov B, Paskaleva B, Velchev G, Gurova A. Prostaglandin E2 in preinduction cervical ripening in postdate pregnancy. *Folia Med (Plovdiv)* 1999; 41(3): 81-5.
17. Pajak J, Tomia M, Heimrah J. Comparison of vaginal misoprostol and oxytocin for labor induction in post-term pregnancy. *Ginekol Pol* 2001; 72(12): 1300-4.
18. Parry E, Parry D, Pattison N. Induction of labor for post-term pregnancy: na observational study. *Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 1998; 38(3): 275-80.
19. Sues-A-Quan AK, Hannah ME, Cohen MM, Foster GA, Liston RM. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *Can Med A J* 1999; 160: 1145-9.
20. Alexander LM, Mclintire DD, Leveno KJ. Prolonged pregnancy: induction of labors and cesarean births. *Obstetrics & Gynecology* 2001; 97(6): 911-5.
21. Lemancewicz A, Urban R, Skotnicki MZ, Karpiuk A, Urban J. Uterine and fetal doppler flow changes after misoprostol and oxytocin therapy for induction of labor in post-term pregnancies. *Int J Gyn & Obst* 1999; 67(3): 139-45.

NORMAS ADOTADAS

A elaboração deste trabalho seguiu a normatização vigente para os trabalhos de conclusão de Curso de Graduação em Medicina, resolução nº 001/2001 do colegiado do Curso.

RESUMO

Objetivo: Avaliar se as rotinas do serviço estão sendo seguidas e se, uma vez aplicadas, têm resultados efetivos e seguros. **Métodos:** Em um estudo transversal, analisaram-se os prontuários de 101 pacientes com idade gestacional (IG) \geq 41 semanas e encaminhadas para indução de parto com Bishop $<$ 6, avaliando o método e os resultados materno-fetais do processo. O protocolo do serviço orienta utilizar 25 mcg de misoprostol intravaginal de 3/3h, até 6 doses, com intervalo período noturno. As induções foram divididas em grupos A (obedeciam ao protocolo) e B (não obedeciam). **Resultados:** Em 53 induções aplicou-se o protocolo do serviço. Neste grupo (A), 38 induções resultaram em partos vaginais (71,7%) e 14 em cesareanas (28,3%) com $p < 0.05$. Obteve-se amadurecimento da cérvix no primeiro dia em 43 casos, com uma dose média de 65 mcg de misoprostol, sendo que 25 delas não precisaram utilizar ocitocina. Ocorreram 3 casos de sofrimento fetal e um caso de Apgar $<$ 7 no quinto minuto. Já das 48 induções do grupo B, 24 terminaram em parto vaginal (50%) e 24 em cesareanas (50%). Em 38 induções deste grupo utilizou-se apenas ocitocina, ocorrendo 9 casos de sofrimento fetal e um caso de Apgar $<$ 7 no quinto minuto. As chances de obter parto vaginal foram 43% maiores no grupo A. Em ambos grupos, os desfechos mais favoráveis ocorreram em pacientes não-nulíparas e com IG \geq 42 semanas, sendo que a variação da idade e do ILA não estiveram relacionadas a alterações significativas nos desfechos. Destes fatores, apenas a paridade ocasionou variação no efeito de grupo, observando-se uma interação entre o protocolo e a paridade das pacientes ($p = 0.06$). **Conclusão:** Significativa parcela dos médicos do serviço não obedecem às rotinas locais, embora estas obtenham resultados efetivos e seguros quando aplicadas. Além disso, observou-se uma interação relevante entre protocolo e paridade.

SUMMARY

Objective: To evaluate if the routines of the service are being proceeded and if, once applied, they have effective and safe results. **Methods:** In a transversal research, we studied 101 patients with gestational age (IG) \geq 41 weeks and guided for labor induction with Bishop <6 , evaluating the method and the maternal-fetal results of the process. The protocol of the service guides to use 25 μ g of misoprostol intravaginal - 3/3h, up to 6 doses, with interval night period. The inductions were divided in groups A (they obeyed the protocol) and B (they didn't obey). **Results:** In 53 inductions the protocol of the service was applied. In this group (A), 38 inductions resulted in vaginal birth (71,7%) and 14 in cesareans (28,3%) with $p < 0.05$. It was obtained cervical ripening in the first day in 43 cases, with 65 μ g medium dose of 65 μ g of misoprostol, and 25 of them didn't need to use oxytocin. Occurred 3 cases of fetal distress and one case of Apgar <7 in the fifth minute. Already of the 48 inductions in group B, 24 finished in vaginal birth (50%) and 24 in cesareans (50%). In 38 inductions of this group, they used only ocitocina, occurring 9 cases of fetal distress and one case of Apgar <7 in the fifth minute. The chances of obtaining vaginal delivery were 43% larger in the group A. In both groups, the most favorable results happened in patients not-nulliparous and with IG \geq 42 weeks. The variation of the age and ILA were not related to significant alterations in the results. Of these factors, only the parity caused variation in the group effect, being observed an interaction between the protocol and the patients' parity ($p=0.06$). **Conclusion:** Significant portion of the doctors of the service doesn't obey the local routines, although these obtain effective and safe results when applied. Besides, an important interaction was observed between protocol and parity.

APÊNDICE 1

IDENTIFICAÇÃO

NOME.....REGISTRO.....
 IDADE.....G.....P.....A.....
 IDADE GESTACIONAL.....
 INDICAÇÃO:.....

MISOPROSTOL – INDUÇÃO (protocolo)

- **Regime:**
- 25 mcg de misoprostol – 3/3 horas colocado no fundo de saco posterior – 3 doses no 1º dia e 3 doses no 2º dia (máximo 6 doses)
 OBS: Tentar iniciar no máximo até às 9h da manhã.
- **Critérios de inclusão:**
- (1) gestação única
- (2) apresentação cefálica
- (3) membranas íntegras
- (4) indução de Bishop ≤ 5
- (5) cardiotocografia reativa
- (6) consentimento da paciente
- **Critérios de exclusão:**
- (1) CTG com padrão anormal
- (2) apresentações anômalas
- (3) peso fetal $> 4.500g$
- (4) desproporção cefalo – pélvico
- (5) membranas rôtas
- (6) placenta prévia ou sangramento vaginal inesplorado
- (7) vasaprécia
- (8) herpes simples ativo
- (9) contra – indicações para uso de PGs (asma, glaucoma, cardíaco prévio)
- (10) disfunção renal ou hepática

- (11) suspeita de corioamnionite
- (12) cesária prévia ou cirurgia uterina
- (13) paridade > 5
- Objetivos – Suspender indução com misoprostol quando:
 - (1) padrão de contrações – 3 ou mais em 10 minutos
 - (2) modificação cervical – Bishop \geq 8 ou dilatação \geq 3 cm
 - (3) ruptura prematura de membranas
 - (4) quando se esgotar período de 24 horas

Obs: A ocitocina quando necessário deve ser utilizada 4 horas após a última dose do misoprostol (meia vida do misoprostol de 4,5h.)

Iniciar com dose de 0,4 um/min de ocitocina e aumentar cada 30 min até no máximo 22,8 mu/min. (7ml/hora com 2 u. no soro).

ATENÇÃO

- (1) Taquissistolia - > 6 contrações em 10 minutos no período de 20 minutos.
- (2) Hipertonia – contração com duração > 2 minutos.
- (3) Síndrome de hipuestimulação fetal – presença de taquissistolia com padrão CTG anormal.

Obs: * Nesses casos administrar terbutalina endovenosa.

*Repetir índice de Bishop a cada dose do misoprostol.

ÍNDICE DE BISHOP

ESCORE	0	1	2	3
DILATAÇÃO (CM)	0	1-2	3-4	\geq 5
APAGAMENTO (%)	0-30	40-50	60-70	80
ALTURA DA APRESENTAÇÃO	-3	-2	-1-0	\div 1

1º DIA DATA ___/___/___

Avaliação

1ª DOSE
pré-indução
Bishop=
CTG

2ª DOSE

3 horas após.....h

Bishop-

AU-

CTG-

3ª DOSE

8 horas após-.....h

Bishop-

AU-

BCF/CTG-

2º DIA DATA ___ / ___ / ___

1ª DOSE

3 horas após-h

Bishop-

AU-

BCF/CTG-

2ª DOSE

3 horas após -h

Bishop-

AU-

BCF/CTG-

3ª DOSE

6 horas após -h

Bishop-

AU-

BCF/CTG-

***Intercorrências da indução:**

Taquisistolia s() n()

Hipertonia s() n()

Outros:.....
.....
.....

***Parto**

Via de Parto:.....

Indicação (cesariana):.....

Hora do Parto:.....

Apgar.....

Peso:..... Capurro.....

APÊNDICE 2

PROTOCOLO

“AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO DE INDUÇÃO DE PARTO COM MISOPROSTOL DA MATERNIDADE HU-UFSC EM GESTAÇÕES ACIMA DE 41 SEMANAS”

Registro nº : _____

Nome: _____

Endereço: _____

Cidade: _____

Fone: _____

1) PERFIL EPIDEMIOLÓGICO

Idade: _____ anos

Estado civil: () casada () solteira () união estável

Alfabetizada: () sim () não

Instrução: () 1º grau () 2º grau () superior

2) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Gesta: _____ Para: _____ Cesárea: _____ Abortos:

3) GESTAÇÃO ATUAL

DUM: (____ / ____ / ____) IGDUM: _____ Dúvidas: () sim () não

USG: (____ / ____ / ____ - ____ semanas ____ dias) IGUSG: ____ semanas ____ dias

ILA: () oligoâmnio () LA diminuído () normodramnia () LA aumentado

CTG basal: () reativa () não reativa () não reativa patológica

Pré natal: () sim, ____ consultas No HU? () sim () não

não

4) PARTO

Data internação: ____ / ____ / ____

Apresentação: cefálica pélvica córmica

Início: espontâneo

induzido → colo favorável? sim não Índice de Bishop: _____

usou misoprostol? sim _____ doses/dia/horários. Quantos dias?

não

usou ocitocina? sim _____ UI

_____ concentração máxima

não

Obedeceu critérios de indução do HU? sim não

Término (____ / ____ / ____)

parto vaginal

cesárea → indicação distócia

falha indução

desproporção céfalo pélvica

sofrimento fetal agudo

outra Especificar: _____

Sufrimento Fetal Intraparto? sim. Método diagnóstico _____

não

Morte intraútero sim

não

5) RECÉM NASCIDO

Sexo: feminino masculino

Peso: _____ gramas Peso/IG: PIG AIG GIG

Capurro: _____ semanas _____ dias

Apgar: 1º min : _____ 5º min: _____

Reanimação respiratória: () sim → () tubo () máscara

() não

Hospitalizado: () sim () não

6)ALTA RECÉM NASCIDO

Data: ____ / ____ / ____

Condições: () sadio

() encaminhado _____

7)ALTA MATERNA

Data: ____ / ____ / ____

Condições: () sadia

() encaminhada

() óbito