



Técnicas de Indução e Parto Cirúrgico







Preparo para a indução de trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Avaliação do colo
- 3 Prostaglandinas para amadurecimento cervical
 - 3.1 Prostaglandinas orais
 - 3.2 Prostaglandinas vaginais
 - 3.3 Prostaglandinas endocervicais
 - 3.4 Prostaglandinas extra-amnióticas
 - 3.5 Comparações diretas entre diferentes vias
- 4 Outros métodos para amadurecimento cervical
 - 4.1 Estrogênios
 - 4.2 Ocitocina
 - 4.3 Métodos mecânicos
 - 4.4 Relaxina
 - 4.5 Estimulação mamária
- 5 Prostaglandinas *versus* outros métodos
- 6 Riscos do amadurecimento cervical
- 7 Conclusões

trabalhos de parto prolongados e exaustivos, elevada taxa de cesariana e outras complicações, como infecção intra-uterina quando é empregada amniotomia, bem como hipertonia uterina e outras complicações com o uso de ocitócicos.

A avaliação do estado do colo é altamente subjetiva, e até mesmo examinadores experientes podem diferir na avaliação das características cervicais. Foram desenvolvidos diversos sistemas de classificação em tentativas de estabelecer diretrizes mais comparáveis para avaliação cervical. O melhor desses é o sistema proposto por Bishop, que avalia cinco diferentes características: apagamento, dilatação e consistência do colo; posição do colo em relação ao eixo da pelve; e descida da apresentação fetal. A maioria dos outros sistemas de classificação usa os mesmos componentes, embora com diferentes pesos. Há algumas indicações de que a dilatação cervical isolada é mais preditiva de progresso subsequente do que a pontuação somada.

Como há considerável superposição entre os processos de amadurecimento cervical e indução do trabalho de parto, este capítulo deve ser lido em conjunto com o Cap. 40 (métodos de indução do trabalho de parto).

1 Introdução

A decisão de interromper a gravidez antes do início espontâneo do trabalho de parto é uma das formas mais drásticas de se intervir no processo natural de gravidez e parto. As explicações dadas para o parto eletivo (que pode ser realizado por indução do trabalho de parto ou por cesariana eletiva) variam da ameaça à vida ao trivial. Houve pouquíssimas pesquisas metodologicamente corretas sobre as indicações de parto eletivo; a maioria dessas pesquisas foi relacionada aos métodos para realizá-lo. Embora as comparações sobre esses métodos sejam secundárias à questão mais fundamental a respeito de quando, ou se, é necessário um parto eletivo, uma vez tomada a decisão de um parto eletivo, o método escolhido torna-se importante.

2 Avaliação do colo

O estado do colo no momento da indução é um dos determinantes mais importantes do curso de eventos subsequente. Um colo “imaturo” (que não está pronto para a indução do trabalho de parto) não se dilata adequadamente em resposta às contrações uterinas. A tentativa de indução quando o colo não está maduro pode resultar em altas taxas de fracasso da indução,

3 Prostaglandinas para amadurecimento cervical

As doses de prostaglandina, que sozinhas são insuficientes para induzir trabalho de parto com sucesso, produzem acentuado amolecimento do colo uterino. Esse amolecimento resulta mais de um efeito sobre o tecido conjuntivo cervical que de contrações uterinas.

As prostaglandinas podem amadurecer efetivamente o colo e facilitar a indução do trabalho de parto. O trabalho de parto começa antes do início da indução (durante o período destinado ao amadurecimento cervical) com maior frequência em mulheres tratadas com prostaglandinas para amadurecimento cervical do que em mulheres que recebem placebo ou que não recebem tratamento específico. O amadurecimento do colo com prostaglandinas aumenta a probabilidade de indução bem-sucedida do trabalho de parto e de se obter parto vaginal em 12 ou 24 horas.

Não está claro o efeito que tem o amadurecimento estimulado por prostaglandinas sobre a dor durante o trabalho de

parto. Os poucos relatos que fornecem dados sobre o uso de analgesia farmacológica ou peridural mostram que a analgesia peridural é usada com menor frequência em mulheres tratadas com prostaglandinas que em mulheres pertencentes aos grupos de controle, o que pelo menos sugere que essas mulheres podem sentir menos dor.

A “hipertonia uterina” ou “hiperestimulação uterina” (contratilidade uterina excessiva), seja durante o período de amadurecimento cervical ou durante a indução subsequente do trabalho de parto, é mais freqüente em mulheres tratadas com prostaglandinas que entre mulheres que recebem placebo ou que não são tratadas antes da indução. Seja por essa ou por outras razões, as anormalidades da frequência cardíaca fetal também tendem a ser mais freqüentes no tratamento com prostaglandinas. Nenhuma dessas tendências causa aumento da incidência de parto cirúrgico. Pelo contrário, o tratamento com prostaglandinas reduz a taxa de parto cirúrgico, com uma diminuição pequena, mas estatisticamente significativa, da taxa de cesarianas e uma diminuição mais acentuada da taxa de parto vaginal instrumental.

Poucos estudos fornecem dados sobre a incidência de hemorragia pós-parto e/ou o uso de transfusão sanguínea. Os dados disponíveis não sugerem que esses resultados sejam influenciados pelo uso de prostaglandinas para amadurecimento cervical, mas as estimativas não são precisas.

Nenhum dos dados disponíveis sugere qualquer influência, boa ou má, do amadurecimento cervical sobre os resultados neonatais. Existe uma tendência a haver menos índices de Apgar baixos em bebês nascidos de mães que receberam prostaglandinas, mas poucos estudos fornecem dados sobre medidas mais essenciais do resultado do lactente, como ressuscitação do recém-nascido, internação em berçário de cuidados especiais e morte perinatal.

3.1 Prostaglandinas orais

A prostaglandina oral E_2 mostrou ser pouco ou nada melhor que o placebo ou a ausência de tratamento para amadurecimento cervical. O análogo sintético da prostaglandina E_1 , misoprostol, administrado por via oral, parece ser eficaz tanto para amadurecimento cervical quanto para indução do trabalho de parto, mas os dados sobre sua segurança são inadequados (ver Cap. 40).

3.2 Prostaglandinas vaginais

A administração vaginal de prostaglandinas para amadurecimento cervical foi mais estudada que a administração oral. Os resultados mostram aumento da frequência de início do trabalho de parto durante o período de amadurecimento, dimi-

nuição da incidência de falha da indução e aumento da probabilidade de “hipertonia” ou “hiperestimulação”. Os índices de parto vaginal instrumental e de cesariana são reduzidos com o uso de prostaglandinas vaginais. Não foi demonstrado efeito sobre quaisquer resultados do lactente.

As mulheres tratadas com prostaglandinas vaginais para amadurecimento cervical são mais propensas a serem submetidas a cesariana durante o período de espera pelo amadurecimento cervical do que as mulheres que recebem o tratamento de controle. Essa maior incidência de cesariana durante o amadurecimento cervical é mais que compensada por um menor índice de cesarianas durante o trabalho de parto induzido.

Das muitas preparações usadas para administração vaginal, as formas modernas em gel e pessário são mais eficazes do que as formas de comprimido usadas antes. A administração vaginal do misoprostol é discutida no Cap. 40.

3.3 Prostaglandinas endocervicais

As avaliações das prostaglandinas administradas em gel viscoso no canal cervical foram realizadas principalmente com 0,5 mg de PGE_2 , uma dose muito menor que a usada na administração oral ou vaginal. A administração endocervical de prostaglandina é mais propensa a resultar em atividade uterina no início do trabalho de parto do que o placebo ou a ausência de tratamento, em redução da necessidade de indução formal do trabalho de parto no fim do período de amadurecimento e em parto durante o período de amadurecimento. Como no caso das prostaglandinas vaginais, mais mulheres são submetidas a cesariana durante o período de amadurecimento, mas isso é compensado novamente por uma redução no índice de cesarianas durante o trabalho de parto. A probabilidade de fracasso da indução é reduzida, assim como a taxa de parto cirúrgico.

3.4 Prostaglandinas extra-amnióticas

Poucos estudos controlados com placebo avaliaram a administração extra-amniótica de uma prostaglandina para amadurecimento cervical. Os poucos dados disponíveis não permitem julgamento adequado sobre os méritos ou riscos relativos dessa via específica de administração.

3.5 Comparações diretas entre diferentes vias

As comparações controladas entre gel de PGE_2 endocervical e vaginal para amadurecimento cervical sugerem que a conduta endocervical resulta em maior número de mulheres que entram em trabalho de parto ou dão à luz durante o amadurecimento (se esse for considerado um resultado desejável). Não



foram constatadas diferenças estatisticamente significativas em relação a quaisquer outros resultados. A melhor forma de se determinar a escolha entre essas duas condutas pode ser a preferência clínica.

O trabalho de parto é mais provável durante o amadurecimento com o uso de prostaglandinas extra-amnióticas, e não vaginais ou endocervicais. Não foram constatados efeitos diferenciais sobre outras medidas de resultado nos poucos estudos controlados realizados, mas os estudos foram pequenos demais para detectar diferenças discretas.

4 Outros métodos para amadurecimento cervical

4.1 Estrogênios

O uso de estrogênios para amadurecimento cervical foi sugerido de acordo com fundamentos teóricos de que esses agentes poderiam amadurecer o colo sem efeitos concomitantes sobre a contratilidade uterina. Dados de estudos controlados com diversas preparações estrogênicas não mostraram quaisquer efeitos benéficos.

4.2 Ocitocina

As infusões de ocitocina por longos períodos (como geralmente ocorre quando o objetivo é amadurecer o colo) são desagradáveis, limitam a mobilidade da mulher e podem causar intoxicação hídrica quando administradas em grandes doses. A administração de ocitocina para amadurecer o colo (e não para induzir trabalho de parto) não tem utilidade e deve ser abandonada.

4.3 Métodos mecânicos

Dispositivos mecânicos, como cateteres com ou sem infusão extra-amniótica de solução salina, laminárias e materiais hidrofílicos sintéticos, mostraram aumentar os graus de maturidade cervical e podem aumentar a parcela de mulheres que entram em trabalho de parto. Não foi demonstrado efeito sobre a incidência de parto cirúrgico, febre puerperal ou baixos índices de Apgar.

Diversos estudos recentes mostraram pequena diferença, ou nenhuma, nos efeitos entre vários métodos mecânicos e prostaglandinas administradas por via vaginal ou intracervical, mas todos esses estudos foram pequenos. Os fatores que devem ser levados em consideração ao se escolher um método de amadurecimento cervical são, por um lado, que a aplicação dos métodos mecânicos é mais desconfortável, enquanto, por outro lado, são menos dispendiosos e menos propensos a causar hiperestimulação uterina que as prostaglandinas.

4.4 Relaxina

O uso de relaxina suína para amolecer o colo e encurtar o trabalho de parto teve um breve período de popularidade na década de 1950. Estudos controlados por placebo não mostraram qualquer benefício.

Estudos recentes com uma preparação mais pura e relaxina humana recombinante também não demonstraram quaisquer efeitos úteis. A relaxina não deve ser adotada na prática clínica, exceto se estudos grandes e apropriadamente controlados mostrarem evidência de benefício.

4.5 Estimulação mamária

Em uma tentativa de explorar métodos “naturais” para amadurecimento do colo, dois grupos de pesquisadores avaliaram os efeitos da estimulação mamária. Ambos relataram que as mulheres designadas para estimulação mamária foram mais propensas a entrar em trabalho de parto durante o período de intervenção que aquelas alocadas no grupo de controle, mas não foi sugerido se isso resultou em trabalho de parto ou parto mais fácil.

5 Prostaglandinas *versus* outros métodos

Vários pequenos estudos compararam as prostaglandinas com agentes opcionais para amadurecimento cervical, incluindo ocitocina e estrogênios. Nenhum desses estudos foi suficientemente grande para permitir avaliações úteis do efeito, seja individualmente ou por associação de seus dados. A conclusão geral obtida com esses estudos sugere que as prostaglandinas são mais eficazes que os outros agentes.

6 Riscos do amadurecimento cervical

O aumento do preparo do colo para indução não é uma intervenção trivial. Dependendo do método usado, os riscos do amadurecimento incluem um (pequeno) risco de infecção intra-uterina com procedimentos mecânicos e administração extra-amniótica de medicamentos, aumento da probabilidade de hipertonia uterina e anormalidades da frequência cardíaca fetal e um certo grau de desconforto e inconveniência para a mãe. Alguns desses riscos, a hipertonia uterina e as anormalidades da frequência cardíaca fetal em particular, são mal definidos e têm significado incerto, mas algumas vezes motivaram cesarianas durante o amadurecimento cervical.

Os riscos do amadurecimento cervical não são limitados àqueles relacionados à própria intervenção, mas incluem aqueles associados à indução do trabalho de parto. O maior perigo



é que a facilidade do amadurecimento cervical possa resultar em indução desnecessária de trabalho de parto em mulheres para as quais não teria sido considerada uma interrupção artificial da gravidez.

7 Conclusões

Não devem ser feitas tentativas de amadurecer o colo, exceto se houver motivos válidos para se interromper a gravidez artificialmente. Nenhum dos métodos bem-sucedidos de amadurecimento cervical atua exclusivamente no colo, e todos eles tendem a aumentar a contratilidade miométrial.

Quando é necessário induzir o trabalho de parto na presença de “imaturidade” do colo, o método usado deve aumentar não apenas o preparo cervical mas também a probabilidade de parto vaginal espontâneo de um bebê saudável em um período razoável e causar a mínima inconveniência ou desconforto para a mãe.

O uso de prostaglandinas reduz a probabilidade de “fracasso da indução”, diminui a incidência de trabalho de parto prolongado e aumenta as chances de parto vaginal espontâneo. Ainda não há dados suficientes para permitir quaisquer conclusões seguras sobre os efeitos no bebê.

A administração oral de prostaglandinas, além do misoprostol, não tem utilidade no amadurecimento cervical. A administração extra-amniótica, se usada, deve ser reservada para mulheres com colos muito “imatuross” e para aquelas que provavelmente não responderão adequadamente à administração vaginal ou endocervical.

A administração vaginal e endocervical de prostaglandina PGE₂ na forma de gel ou pessário são os métodos de escolha atuais. As duas formas de administração parecem ser igualmente eficazes. A via vaginal tem a vantagem de ser aplicada facilmente.

Relatos recentes demonstraram a eficácia dos métodos mecânicos, particularmente aqueles que empregam um cateter com balão, embora o desconforto causado pela sua introdução possa limitar a aceitabilidade desses métodos.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Chalmers, I. and Keirse, M.J.N.C., Evaluating elective delivery.

Keirse, M.J.N.C. and van Oppen, A.C., Preparing the cervix for induction of labour.

Biblioteca Cochrane

Alfirevic, Z., Howarth, G. and Gausmann, A., Oral misoprostol for induction of labour with a viable fetus.

Boulvain, M. and Irion, O., Stripping/sweeping the membranes for inducing labour or preventing post-term pregnancy.

Boulvain, M., Irion, O., Lohse, C. and Matonhodze, B., Mechanical methods for inducing labour [protocol].

Hofmeyr, G.J. and Gulmezoglu, A.M., Vaginal misoprostol for cervical ripening and labour induction in late pregnancy.

Lumbiganon, P., Laopaiboon, M., Kuchaisit, C. and Chinsuwan, A., Oral prostaglandins (excluding misoprostol) for cervical ripening and labour induction when the baby is alive [protocol].

Turnbull, D.A., Wilkinson, C.S. and Griffiths, E., Breast stimulation for cervical ripening in pregnancy [protocol].

Outras fontes

Brennand, J.E., Calder, A.A., Leitch, C.R., Greer, I.A., Chou, M.M. and MacKenzie, I.Z. (1997). Recombinant human relaxin as a cervical ripening agent. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, 104, 775–80.

Gilson, G.J., Russell, D.J., Izquierdo, L.A., Qualls, C.R. and Curet, L.B. (1996). A prospective randomized evaluation of a hygroscopic cervical dilator, Dilapan, in the preinduction ripening of patients undergoing induction of labor. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 175, 145–9.

Keirse, M.J.N.C. and de Koning Gans, H.J. (1995). Randomized comparison of the effects of endocervical and vaginal prostaglandin E₂ gel in women with various degrees of cervical ripeness. Dutch Collaborative Prostaglandin Trialists' Group. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 173, 1859–64.

Stempel, J.E., Prins, R.P. and Dean, S. (1997). Preinduction cervical ripening: a randomized prospective comparison of the efficacy and safety of intravaginal and intracervical prostaglandin E₂ gel. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 176, 1305–9.

St. Onge, R.D. and Connors, G.T. (1995). Preinduction cervical ripening: a comparison of intracervical prostaglandin E₂ gel versus the Foley catheter. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 172, 687–90.

Williams, M.C., Krammer, J. and O'Brien, W.F. (1997). The value of the cervical score in predicting successful outcome of labor induction. *Obstet. Gynecol.*, 90, 784–9.