

# **PRODUÇÃO TÉCNICA**

**DESENVOLVIMENTO DE MATERIAL DIDÁTICO OU  
INSTITUCIONAL**

**FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU – UNESP**

**Programa de Pós Graduação em Medicina**

**Mestrado Profissional Associado à Residência Médica**

**MEPAREM**

## **PROTOCOLO DE PREPARO DE COLO UTERINO PARA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO**

Mestranda: **Daniela Aires Moreira**

Orientadora: **Prof<sup>a</sup> Adjunta Vera Therezinha Medeiros Borges**

## I. ATIVIDADE

---

Atualizar o protocolo e desenvolver um fluxograma para padronização de condutas no preparo de colo uterino para indução do trabalho de parto na Maternidade da Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP.

## II. OBJETIVOS

---

1. Apresentar as diferentes formas de preparo de colo uterino;
2. Descrever de forma sucinta as indicações e contra-indicações aos métodos de preparo de colo uterino;
3. Desenvolver um fluxograma para melhor visualização de condutas para preparo de colo uterino.

## III. INTRODUÇÃO

---

A indução do trabalho de parto é definida como o processo de estimulação artificial do útero para desencadear o parto (OMS, 2011). Segundo Kelly et. Al. (2014), até um quarto das gestantes necessitarão iniciar o parto de maneira artificial, ou seja, será necessária a indução do trabalho de parto.

A indução do parto é indicada quando a continuidade da gravidez acarreta mais riscos do que benefícios para a mãe e/ou para o feto. Tais circunstâncias incluem gestação prolongada (acima de 41 semanas de idade gestacional), rotura prematura de membranas amnióticas, corioamnionite, desordens hipertensivas, complicações médicas maternas, restrição de crescimento intra-uterino, óbito fetal, entre outros (OMS, 2011).

Contudo, boa parte das gestantes que tem indicação de induzir o parto apresenta condições cervicais desfavoráveis (ÍNDICE DE BISHOP MENOR QUE 6 – ANEXO I – Bishop, 1964.), que são associadas a maior tempo de indução de trabalho de parto, falha da indução e maior taxa de cesárea (SOUZA, 2010). Nesses casos, se faz necessária uma “pré-indução”

com preparo de colo uterino para maior sucesso do tratamento (SCISCIONE et. Al., 2001).

O preparo de colo é atualmente realizado por meio de duas categorias principais: métodos mecânicos e farmacológicos. O método mecânico utiliza a sonda de Folley intracervical para preparo de colo, a qual tanto dilata o colo diretamente, como estimula a secreção de prostaglandinas e ocitocina endógena. O método farmacológico mais comumente utilizado inclui o uso de prostaglandinas, especialmente o misoprostol, o qual amolece e prepara o colo principalmente por meio da desintegração e dissolução do colágeno intracelular (CHEN et. Al., 2015).

De maneira geral, a literatura aponta para a eficácia semelhante dos métodos, sendo que o preparo mecânico do colo com sonda de Folley tem sido menos associado a hiper-estimulação uterina e a cardiocografia desfavorável (SCISCIONE, 2014; WILKINSON et. Al, 2015), bem como é considerado um método mais barato e reversível a qualquer momento (DELANEY et. al, 2010).

## **IV. O PROTOCOLO**

---

### **PROTOCOLO DE PREPARO DE COLO**

INDICAÇÃO: ÍNDICE DE BISHOP MENOR QUE 6.

Pré-requisito para iniciar o preparo de colo:

- avaliação de Índice de Líquido Amniótico (ILA) e Dopplerfluxometria da circulação fetal;

#### **MÉTODOS**

##### **1. Sonda de foley**

- exame especular para exposição do colo;
- assepsia com solução não alcoólica;
- lubrificar a sonda com polvidine;

- introduzir a sonda de foley número 22 de 2 vias, até ultrapassar o orifício interno;
- insuflar o balão com 30 ml de soro fisiológico;
- retirar o espécuro;
- fixar a sonda com esparadrapo na coxa da paciente;
- após 12h da passagem da sonda, caso não haja queda espontânea do balão, o mesmo deverá ser retirado.

*Contra- indicação:* rotura prematura de membranas

## **2. Misoprostol**

*Contra-indicação absoluta:*

- cesárea ou cicatriz uterina anterior;
- alergia às prostaglandinas;
- disfunções hepáticas severas;
- coagulopatias;
- uso de anticoagulantes.

*Contra-indicação relativa:*

- grande multiparidade;
- gravidez gemelar;
- polidrâmnio;
- em paciente asmática avaliar se há broncoespasmo antes de usar a medicação.

*Dose, intervalo e tempo de utilização(feto vivo):*

- Via vaginal – 25mcg a cada 6 horas;
- A administração deve ser iniciada pela manhã e mantida até no máximo 20 horas (7- 13 – 19h);
- Permanecer no máximo até 48h.

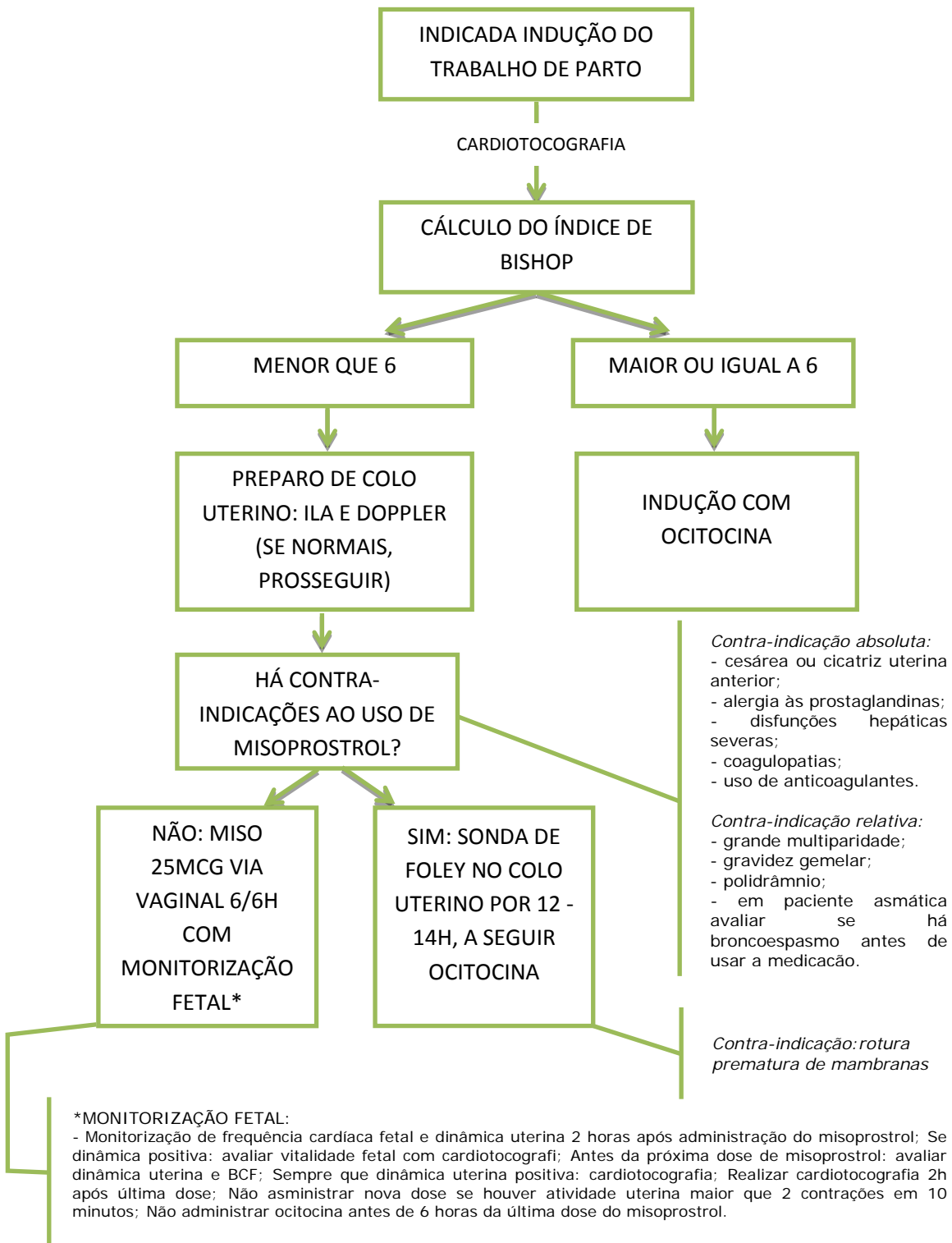
*Cuidados para paciente com uso de misoprostol:*

- Monitorização de frequência cardíaca fetal e dinâmica uterina 2 horas após administração do misoprostol;
- Se dinâmica positiva: avaliar vitalidade fetal com cardiotocografia;

- Antes da próxima dose de misoprostol: avaliar dinâmica uterina e batimento cardíaco fetal;
- Sempre que dinâmica uterina positiva: cardiotocografia
- Realizar cardiotocografia 2h após última dose;
- Não administrar nova dose se houver atividade uterina maior que 2 contrações em 10 minutos;
- Não administrar ocitocina antes de 6 horas da última dose do misoprostol.

Obs: No caso de rotura prematura de membrana em gestação de termo, aguardar 24h para evolução da parturiente para trabalho de parto espontâneo (prescrever antibiótico para profilaxia para sepse neonatal após 18h de bolsa rota até o nascimento); caso não haja deflagração de trabalho de parto espontâneo em 24h, iniciar indução com ocitocina independente do índice de Bishop (ANEXO I).

## V. FLUXOGRAMA



## **VI. CONSIDERAÇÕES**

---

Consideramos de fundamental importância a atualização periódica de protocolos do serviço para seguimento de condutas homogêneas entre profissionais. A criação de fluxogramas facilita a visualização rápida do protocolo para tomada de condutas de maneira clara, rápida e objetiva.

Esperamos que este trabalho contribua para o serviço da Maternidade da Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP), de maneira a facilitar a tomada de decisões pelos profissionais quanto ao preparo de colo uterino na indução do trabalho de parto.

## VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

BISHOP, E. H. Pelvic score for elective induction. *Obstet. Gynecol.* 24; 266-272. 1964.

CHEN W., et al. Meta-analysis of Foley catheter plus misoprostol versus misoprostol alone for cervical ripening. *Int J Gynecol Obstet*, 2015, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.01.005>

DELANEY, Shani, et. Al. Labor Induction With a Foley Balloon Inflated to 30 mL Compared With 60 mL: A Randomized Controlled Trial. **American College of Obstetricians and Gynecologists**. *Obstetrics and Gynecology*. VOL. 115, NO. 6, JUNE 2010.

KELLY, Anthony J; ALFIREVIC, Zarko; GHOSH, Arpita. Outpatient versus inpatient induction of labour for improving birth outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**. In: *The Cochrane Library*, Issue 7, Art. No. CD007372. DOI: 10.1002/14651858.CD007372.pub2; 2014.

SCISCIONE, Anthony C. Methods of Cervical Ripening and Labor Induction: Mechanical. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 57, Number 2, 369–376, 2014.

SCISCIONE, et. Al. A prospective, randomized comparison of Foley catheter insertion versus intracervical prostaglandin E2 gel for preinduction cervical ripening. *Am J Obstet Gynecol*.180(1 Pt 1):55-60, jan 1999.

SOUZA ASR, COSTA AAR, COUTINHO I, NORONHA NETO C, AMORIM MMR. Análise crítica dos métodos não-farmacológicos de indução do trabalho de parto. *FEMINA*, vol 38, nº 4, Abril 2010.

WILKINSON *et al.* A comparison of inpatient with outpatient balloon catheter cervical ripening: a pilot randomized controlled trial. *BMC Pregnancy & Childbirth* 15:126, Sampledoi:10.1186/s12884-015-0550-z, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for **Induction of labour**. **WHO Library Cataloguing-in-Publication Data**. ISBN 978 92 4 150115 6, 2011.



## IX. ANEXO I

---

### Score do Índice de Bishop

SCORE	0	1	2	3
Dilatação	0	1-2	3-4	5 ou mais
Esvaecimento	0-30%	40-50%	60-70%	80% ou mais
Altura da apresentação	-3	-2	-1	0
Consistência do colo	Duro	Médio	Amolecido	
Posição do colo	Posterior	Média	Anterior	

Índice de Bishop menor que 6 indica preparo de colo uterino para indução do trabalho de parto.