

USO DO MISOPROSTOL PELA VIA VAGINAL COMO FACILITADOR PARA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO¹

PETERS, Liz Caroline²
TORRES, José Ricardo Painther³
GOMES, Douglas Soltau⁴

RESUMO

O uso do misoprostol na indução de partos normais pode ser feito de várias formas, e o nosso interesse é demonstrar que a administração do medicamento misoprostol pela via vaginal é uma das melhores opções para o parto natural. Parto é a cadeia de eventos fisiológicos que permitem que um feto complete a jornada do útero para o mundo exterior. Foi observado nas literaturas o uso freqüente de misoprostol para aumentar a dilatação do colo uterino facilitando o parto, com isso surgiram às dúvidas de como este método é utilizado em um hospital na cidade de Cascavel no Paraná, assim como observar as suas possíveis complicações para mãe e para o feto. Foram analisados 38 prontuários de gestantes entre 14 a 38 anos de idade que fizeram uso do misoprostol durante o ano de 2012 internadas pelo Sistema Único de Saúde. Observou-se que a média da dose administrada de misoprostol foi de 25mg um comprimido intravaginal de 6/6 horas, obtendo cerca de 22 horas de tempo de uso. A média da dilatação foi de 6,08cm a qual variou de zero a 10 centímetros de dilatação estando incluso, tanto as gestantes que evoluíram para parto normal como as que fizeram cesáreas. Não foram observados efeitos colaterais na mãe e no feto devido ao uso do misoprostol. Contudo, foi eficiente o uso do misoprostol, diminuindo o índice de cesárea naquelas pacientes que precisavam de interrupção da gravidez em situações em que a permanência fetal intra-útero poderia causar danos materno-fetal.

PALAVRAS-CHAVE: Misoprostol, via vaginal, parto induzido.

MISOPROSTOL PELA USE OF VAGINAL ROUTE AS FACILITATOR FOR INDUCTION OF LABOR

ABSTRACT

The use of misoprostol for induction of normal deliveries can be done in several ways , and our interest is to demonstrate that the drug misoprostol vaginally is one of the best options for natural childbirth . Childbirth is the chain of physiological events that allow a fetus complete the journey from the womb to the outside world was observed in the literatures frequent use of misoprostol to increase cervical dilation facilitating childbirth , it came to questions of how this method is used in a hospital in the city of Cascavel Parana , as well as observe their possible complications for mother and the fetus. We analyzed medical records of 38 pregnant women between 14-38 years of age who used misoprostol during the year 2012 admitted by the Unified Health observed that the average dose of misoprostol was 25mg one tablet intravaginal 6 / 6 hours , getting about 22 hours of use. The average dilation was 6.08 cm which ranged from zero to 10 centimeters dilated being included both pregnant women who developed vaginal delivery as they did cesarean . There were no side effects on the mother and fetus due to use of misoprostol . However, it was efficient use of misoprostol , decreasing the rate of cesarean section in those patients requiring termination of pregnancy in situations where the permanence fetal intrauterine could cause maternal and fetal damage .

KEYWORDS: Misoprostol vaginally induced labor.

1 INTRODUÇÃO

Existem várias formas de indução de parto normal, e o nosso interesse é demonstrar que o uso do medicamento misoprostol é uma das melhores opções para o parto natural.

Segundo Kundodyiwa (2009) o uso do misoprostol via vaginal tem demonstrado eficácia, sendo favorável pelo aceite das pacientes como também pela forma de uso, mesmo com isso e sendo aprovado pela FDA (2002) ainda se tem dúvidas da via e da quantidade administrada deste medicamento para a indução do trabalho de parto.

Souza (2003) diz que a indução de parto está crescendo cada vez mais, onde inclui a vontade da paciente em ter parto normal, e em situações em que o médico indica para evitar riscos para a gestante ou para o feto.

Parto é a cadeia de eventos fisiológicos que permitem que um feto complete a jornada do útero para o mundo exterior. A duração média de uma gravidez é de 40 semanas (280 dias), a contar a partir do primeiro dia do último período menstrual. São considerados partos prematuros (antes das 37 semanas) e pós-termo (após 42 semanas) (JOHN et al, 2005).

Depois da fertilização, o desenvolvimento humano se divide em crescimento, expansão da forma e diferenciação (onde ocorre a maturação dos processos fisiológicos). Na 1ª semana ocorre a implantação do blastocisto superficialmente no endométrio em seguida 2ª e 3ª semana tem o término da implantação e desenvolvimento do embrião. Entre a 4ª e 8ª semana todos os principais órgãos e sistemas são formados. Da 9ª semana ao nascimento que é onde o embrião se transforma em feto ocorre um rápido crescimento do corpo e diferenciação dos tecidos, órgãos e sistemas. Até a 20ª semana são fetos pré viáveis e a partir da 22ª são viáveis (MOORE, 2008).

¹ Artigo elaborado a partir de pesquisa realizada como Trabalho de Conclusão de Curso – TCC, do uso de Medicina, da Faculdade Assis Gurgacz

² Acadêmica do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) e-mail: lizcarolinepeters@hotmail.com

³ Professor Orientador Docente do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz (FAG) e-mail: ricardo@fag.edu.br

⁴ Professor Co-orientador Docente do curso de Medicina da Faculdade Assis Gurgacz. E-mail: drdouglassgomes@gmail.com

São três períodos em que se divide o trabalho de parto: período de dilatação, período de expulsão e secundamento, este último é depois que o concepto foi expulso onde acontece à saída da placenta e das membranas (NETTO, 2005).

Ao iniciar o trabalho de parto ocorrem as contrações uterinas que se apresentam com frequência, intensidade e duração adequada para a evolução até a expulsão do feto e seus anexos. O que contribui também para o amadurecimento do colo uterino é a pressão feita pela apresentação do feto e da bolsa amniótica contribuindo para o trabalho de parto (NETTO, 2005).

Mediante definição, conclui-se que o trabalho de parto é a seqüência de contrações uterinas involuntárias, que fazem a dilatação do colo uterino, por onde sai o feto e a placenta. As contrações do músculo liso uterino são provocadas pela oxitocina, podendo também ser administrado quando necessário (MOORE, 2008).

O colo uterino se modifica no final da gestação, ficando mais amolecido, edemaciado, elástico e distensível nas últimas semanas. Tendo como nome esta etapa de amadurecimento cervical, que antecipam o trabalho de parto. Quando o colo uterino é imaturo ou inadequado, se utiliza métodos para indução do parto podendo ser por meios mecânicos ou farmacológicos (LEPPERT, 1995).

Chegando ao final da gestação tem dois acontecimentos que modificam a estrutura cervical, um é elevação do ácido hialurônico e água e o outro acontece juntamente diminuindo o dermatan sulfato que provoca a ruptura das ligações entre fibrilas colágenas, ruptura do colágeno e as fibras são redirecionadas, ou seja, a matriz celular é modificada tornando o colo uterino mais mole e com distensão (LEPPERT, 1995).

Por indicação clínica ou do obstetra é realizada a indução do parto, sendo feita por métodos que provocam as contrações uterinas antes que ela ocorra naturalmente, objetivando a dilatação cervical e como consequência o parto vaginal (ACOG, 2009).

As indicações para indução do trabalho de parto têm passado por modificações nos últimos 200 anos, incluindo dês da necessidade de expulsar o feto morto até a indução do trabalho de parto para reduzir os riscos maternos como também para o feto (MACKENZIE, 2006).

As recomendações para indução do trabalho de parto são: 42 semanas de gestação ou mais, rompimento prematuro de membranas, hipertensão, doenças maternas, sofrimento fetal que dificulta o desenvolvimento e morte fetal. A indução do trabalho de parto também pode ser realizada em casos especiais como ansiedade, depressão materna e aceitação, nestes casos se leva em consideração a idade gestacional que deve ser igual ou superior a 39 semanas, que se tem uma confirmação da maturação pulmonar do feto e índice de Bishop superior ou igual a 8 (DURHAM, VELTMAN, DAVIS, 2008).

O Índice de Bishop que avalia as chances de sucesso quando se pretende fazer à indução do trabalho de parto, cita as características dos parâmetros envolvidos no parto, como o colo uterino e a altura da apresentação fetal e a elas recebem uma pontuação. Considera-se colo imaturo, não sendo favorável a indução quando o índice é menor que 9 (NETTO, 2005).

Tabela 1 – Índice de Bishop

PARÂMETROS AVALIADOS	PONTOS ATRIBUÍDOS			
	0	1	2	3
ALTURA DA APRESENTAÇÃO FETAL (DeLee)	-3	-2	-1	0 ou abaixo
COLO UTERINO Dilatação (cm)	0	1 e 2	3 e 4	>5
COLO UTERINO Apagamento (%)	0 a 30	40 a 50	60 a 70	>80
COLO UTERINO Consistência	Firme	Médio	Amolecido	
COLO UTERINO Posição	Posterior	Central	Anterior	

Fonte - NETTO (2005)

Nota - Índice de Bishop usado para avaliação da indução do trabalho de parto.

O Parto induzido (PI) é uma tentativa de início iatrogênico do trabalho de parto (TP), objetivando o parto natural (RCOG, 2008). É realizado em mais de 22% das gestantes nos EUA (MARTIN, HAMILTON, SUTTON, 2006).

Para utilizar a indução do parto deve se ter um benefício muito maior do que um risco para a gestante e para o feto, assim devendo a sua indicação ser bem estudada. Geralmente ela é para gravidez pós-termo onde a idade gestacional é superior a 42 semanas ou então na pré-eclâmpsia e rotura prematura de membranas (RPM) (ACOG, 2009).

Várias pesquisas mostraram que nos últimos 10 anos o misoprostol via vaginal foi muito utilizado para induzir partos, ele foi comparado com outros métodos como ocitocina, dinoprostona e placebo, visto com este estudo demonstrou um resultado satisfatório do uso do misoprostol (SOUZA et al, 2010).

Em vários ensaios clínicos já foram mostrados que o uso do misoprostol que é um éster sintético da prostaglandina E1, tem como objetivo de preparar o colo uterino e fazer a indução do parto (WING, 1999).

A pesquisa tem como objetivo verificar o número de gestantes que fizeram uso de misoprostol e que conseguiram evoluir para um parto normal, como também abordar as principais conseqüências do misoprostol assim como o tempo de evolução do parto como também apresentar as possíveis complicações para mãe e para o feto encontradas na pesquisa.

2 METODOLOGIA

A metodologia deste trabalho seguiu todos os procedimentos éticos de pesquisa seguindo as técnicas adequadas descritas na literatura e não causando qualquer risco físico, psicológico ou moral ou prejuízo aos indivíduos do qual o prontuário foi analisado. O estudo cumpriu com as “Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos” (196/96) editadas pela Comissão Nacional de Saúde. Antes de sua realização, foi enviado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da FAG – Faculdade Assis Gurgacz, tendo sido aprovado sob o parecer nº 086/2013.

Os dados coletados somente foram utilizados para fins desta pesquisa, sendo resguardada a identidade dos sujeitos da pesquisa.

Foram avaliados individualmente os prontuários das gestantes que utilizaram o misoprostol, no próprio hospital durante o horário e dias marcados antecipadamente com a secretaria, sem prejuízo às atividades.

A presente pesquisa trata de uma análise de dados dos prontuários, baseado nos arquivos do SAME (Serviço de Arquivo Médico e Estatístico) de um Hospital na cidade de Cascavel, utilizando os prontuários de gestantes. Tivemos como população alvo gestantes que fizeram uso de misoprostol para indução do parto durante o ano todo de 2012 que foram internadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) tendo entre 14 a 38 anos de idade.

Para atender aos objetivos específicos, a coleta de dados desenvolveu-se em etapas: (1) triagem inicial para a identificação das gestantes no arquivo do SAME do Hospital que se situa na cidade de Cascavel, (2) análise dos prontuários identificando as gestantes do SUS e que fizeram uso do misoprostol, por quanto tempo e a quantidade do medicamento que foi utilizado, observou-se a idade da paciente, se teve gestações anteriores e o tipo de parto e se já teve algum aborto. (3) Observaram-se as conseqüências do uso do misoprostol nas gestantes atendidas, se teve algum fator agravante, se evoluiu para parto vaginal ou cesárea, como também observado se existiu sofrimento fetal, o peso do recém nascido e o Apgar do primeiro e quinto minuto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A média de idade das gestantes em que foi utilizado o misoprostol foi de 22 anos, onde encontrou-se gestantes de 14 a 38 anos. Segundo FEBRASGO (2010) a gestação é recomendada dos 16 aos 35 anos de idade, fora destas idades se tem um maior risco. No caso da adolescente com menos de 16 anos, a adaptação fisiológica necessária para a gestação é difícil, como no caso uma alimentação inadequada, um aumento de peso, hipertensão própria da gravidez, prematuridade no parto como também alterações emocionais. No adulto com mais de 35 anos, o risco é elevado de se ter uma hipertensão arterial crônica, diabetes e alterações genéticas. Em comparação com outro estudo de Gomes (2010) que foi realizado em Ribeirão Preto – SP, em que também se tratava da indução do parto com misoprostol, a média de idade foi de 22,39 anos variando de 14 a 42 anos. Com isso pode-se constatar que com relação à média de idade do uso do misoprostol da nossa pesquisa, se equivale a padrões de uso deste medicamento em outras entidades.

A idade gestacional variou de 17 a 41 semanas gestacionais, que deu uma média de 39,6 semanas e 2,8 dias, diante disso observamos que a indução está sendo feita antes de 42 semanas (pós-termo) que é a indicação mais freqüente para indução do trabalho de parto pela American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG, 2009).

Segundo Durham (2008), a indução é permitida com 39 semanas gestacionais ou mais e em algumas circunstâncias como, ruptura prematura de membrana (RPM), doenças hipertensivas associadas ou próprias da gravidez, outras patologias médicas maternas, sofrimento fetal crônico com limitação do desenvolvimento, morte fetal, ansiedade e depressão da mãe.

A média da dose administrada de misoprostol foi de 25mg 1 comprimido intravaginal de 6/6 horas. Notou-se que em nosso hospital a administração do misoprostol, tanto pela via de administração que foi a vaginal como a quantidade em miligramas está sendo feita corretamente para indução do trabalho de parto quando comparado a um estudo segundo Hofmeyr (2009) que mostra ser eficaz essa quantidade de medicamento para induzir trabalho de parto.

O misoprostol via vaginal tem mostrado eficácia comparando com o uso do misoprostol via oral ou a dinoprostona que também é uma prostaglandina, onde se tem uma maior aceitação por parte das grávidas (KUNDODYIWA, 2009).

Em um estudo em que o misoprostol foi administrado em doses altas (50mg de 6/6 horas) na gestação de termo, associa-se a um maior risco de complicações, que inclui: taquissístolia uterina e diminuição da frequência cardíaca fetal, e quando ele administrado por via oral, pode provocar, diarreia, náuseas, vômito e febre. Esses efeitos colaterais estão relacionados com a quantidade de medicamento administrado (WING, GAFFANEY, 2006).

A média do tempo de uso do misoprostol foi 22,4 horas, tendo um tempo mais curto em comparação com um estudo segundo Stitely (2000) em que as gestantes que fizeram uso do misoprostol entraram em trabalho de parto dentro de 48 horas após a medicação.

A média da dilatação foi de 6,08cm onde variou de zero a 10 centímetros de dilatação estando incluso aqui tanto as que evoluíram para parto normal como as que foram submetidas a cesárea. O recomendado pela Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina (2001) para ver se a paciente está ou não em trabalho de parto é ter contrações uterinas de 1 a 3 em 5 minutos e de dilatação cervical maior ou igual a 3 cm com colo fino e apagado.

Como diagnóstico principal (que é feito quando a paciente chega ao hospital, é a vontade da gestante) observou-se que o número esperado de partos normais era 23, de cesáreas de emergência 4, cesárea por vontade própria da mãe 9, aborto 1, curetagem 1. No final do trabalho de parto a evolução foi de 19 partos normais e 17 partos cesárea dando um total de 36 partos com mais 1 aborto e mais 1 curetagem, totalizando 38 gestantes.

Tabela 2 – Porcentagens de partos normais, cesáreas, aborto e curetagem realizados em um hospital na cidade de Cascavel, PR no ano de 2012

	DIAGNÓSTICO PRINCIPAL	PROCEDIMENTO REALIZADO
P.NORMAL	61%	50%
P.C.EMERGÊNCIA	11%	-
P.CESÁREA	22%	44%
ABORTO	3%	3%
CURETAGEM	3%	3%

Fonte – Serviço de arquivo médico e estatístico, SAME (2012)

Frente a estes resultados surgem às dúvidas, por que só 19 evoluíram para parto normal sendo que 23 mulheres o queriam, com isso, buscamos na literatura algumas possíveis respostas. Segundo Cecatti (2001) mostra que umas das principais dificuldades para o sucesso da indução é representado pelas condições cervicais desfavoráveis como índice de Bishop menor que 6 e falha na indução com o misoprostol devido a desproporção céfalo-pélvica.

Cerca de 9 em cada 10 mulheres entrevistadas em uma pesquisa que já haviam passado pela experiência das duas vias de parto, cesárea e normal, preferem o parto vaginal. A dor durante ou após o parto, foi relatado entre os motivos para dar preferência ao parto vaginal, e mulheres que tinham a experiência de parto pelas duas vias, relataram preferir parto normal por terem menos dor e sofrimento, facilitando o retorno breve para a vida social (FAÚNDES et al, 2004).

Podemos incluir o desejo da mulher, em um estudo segundo Cotzias (2001) diz que a mulher tem o direito de decidir qual a via de parto de sua preferência.

A presença de pessoa significativa durante o parto, como o marido ou mãe da gestante, a expectativa quanto ao que se espera dessa companhia podem variar de pessoa para pessoa (CRANLEY, HEDHAL, PEGG, 1983).

Muitos estudos têm mostrado que a presença do pai ou de outra figura de apoio durante o parto tem efeitos positivos no bem estar físico e emocional da gestante tanto em parto normal como em cesárea (BRAZELTON, 1981).

Não foi observado efeitos colaterais na mãe e nem no feto devido ao uso do misoprostol.

Os fatores que podem ser negativos para uma indução do trabalho de parto incluem, índice de massa corpórea (>30Kg/m²) da mãe, mais que 35 anos de idade, raça afro-americana (sendo a raça Hispânica a que maior sucesso tem na indução), a macrossomia fetal (>4.000g), membranas íntegras, pré-eclâmpsia, nuliparidade e, e um Índice de Bishop desfavorável (PEVZNER et al, 2009) e (MBELE, MAKIN, PATTINSON, 2007).

Dentre as gestantes pesquisadas 2 eram tabagista, 2 com circulação do cordão no pescoço da criança, 1 sofrimento fetal, 1 óbito fetal, 1 laceração de colo de útero, 2 laceração grau II, 1 laceração médio lateral grau I do lado direito, 1 laceração mediana grau I sem episiotomia, 1 laceração grau II com grande sangramento vaginal, 1 episiotomia médio lateral esquerda, 1 desproporção céfalo-pélvica com falha de indução, 1 curetagem.

Em relação aos desfechos neonatais, observou-se a média de batimentos cardíacos fetais de 140,9 batimentos por minuto que está dentro da normalidade. Apesar da frequência cardíaca fetal normalmente oscilar entre 120-140 (próximo ao termo da gestação) a 160 batimentos por minuto (no início da gestação), nas últimas semanas de gravidez, pode ocorrer queda gradual da Frequência Cardíaca Fetal (FCF), atingindo valores normais entre 110 e 160 batimentos por minuto (MARIANI, 2005).

O sexo das crianças teve 17 masculinos e 18 femininos, a média da altura foi 48,9cm, onde que o preconizado é de 49 A 50cm. A média do peso 3.000 gramas estando dentro do parâmetros que é de 3.000 a 3.500 gramas. Relacionado às características antropométricas, observou-se que os dados obtidos estão dentro do recomendado (CHERMONT, 2010).

O Apgar do 1º minuto a média deu 8 e o Apgar do 5º minuto a média foi 9, estando dentro da normalidade. O Apgar é usado para avaliar o estado do recém-nascido no primeiro e no quinto minuto de vida após o nascimento, que avalia 5 sinais clínicos da criança. Cada sinal clínico recebe uma pontuação de zero a dois que somados vão dar o Índice de Apgar, quando der menos que 7 no quinto minuto, indica uma depressão no SNC e inferior a 4 depressão grave (CHERMONT, 2010).

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Notou-se que foi eficiente o uso do misoprostol, diminuindo o índice de cesárea naquelas pacientes que precisavam de interrupção da gravidez a curto prazo e que apresentava cérvix imatura em situações que a permanência fetal intra-utero poderia causar danos materno-fetal.

A via de administração utilizada foi pela via vaginal, a qual também é a recomendada, porém, ainda é necessário definir qual a melhor via e dosagem para se ter um desencadeamento de trabalho de parto com a menor quantidade de complicações.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO MEDICA BRASILEIRA E CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Projeto Diretrizes. Assistência ao Trabalho de parto.** 2001.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Induction of labor** (Practice Bulletin no. 107). ACOG Washington, DC 2009.

BRAZELTON T.B. **On becoming a father.** New York, 1981.

CECATTI J.G.; PARPINELLI M.A. **Indução do parto.** Medicina materno-fetal. São Paulo: Atheneu, 2001.

CHERMONT A. Universidade Federal do Pará. **Terminologia e Classificação do recém-nascido.** 2010.

CRANLEY, M.S.; HEDHAL, K.J.; PEGGS, S.S. **Women's perceptions of vaginal and cesarean deliveries.** Nursing Research. 1983.

DURHAM L.; VELTMAN L.; DAVIS P. **Standardizing criteria for scheduling elective labor inductions.** MCN Am J matern Child Nurs 2008.

FEBRASGO. **Assistência Pré-Natal, Manual de Orientação.** 2010

HOFMEYR, G. J.; GULMEZOGLU, A. M. **Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour.** In: The Cochrane Library, 2009.

KUNDODIWA, T.W.; ALFRIREVIC Z.; WEEKS A. D. **Low-dose oral misoprostol for induction of labor: a systematic review.** Obstet Gynaecol 2009.

LEPPERT P. C. **Anatomy and physiology of cervical ripening.** Clin Obstet Gynecol 1995.

MACKENZIE I. Z. **Induction of labour at the start of the new Millennium.** Reproduction, 2006.

MARIANI N. C. **Cardiotocografia anteparto.** Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier, 2005.

MARTIN J. A.; HAMILTON B. E.; SUTTON P. D. **Births** 2006.

MBELE A.M.; MAKIN J.D.; PATTINSON R.C. **Can the outcome of induction of labour with oral misoprostol be predicted.** 2007

MOORE K.L.; PERSAUD T. V. N. **Embriologia Básica.** 7. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2008.

NETTO C. H. **Obstetrícia básica.** São Paulo: Editora Atheneu, 2005.

PEVZNER L.; RAYBURN W. F.; RUMNEY P.; WING D.A. **Factors predicting successful labor induction with dinoprostone and misoprostol vaginal inserts.** ObstetGynecol, 2009.

STITELY M. L.; BROWNING J.; FOWDEL M.; GENDRON R.T.; GHERMAN R.B. **Outpatient cervical ripening with intravaginal misoprostol.** ObstetGynecol, 2000.

SOUZA A.; AMORIM M.; COSTA A.; NETO C.; FEITOSA F. **O uso do misoprostol para indução do trabalho de parto.** Recife (PE) 2010.

SOUZA E.; SOUZA G. N.; GARCIA M. T.; CAMANO L. **Indução do parto.** São Paulo: Manole. 2003.

WING D. A. **Labor induction with misoprostol.** Am J ObstetGynecol 1999.

WING D.A.; GAFFANEY C. A. **Vaginal Misoprostol Administration for cervical Ripening and Labor Induction.** ClinObstetGynecol, 2006.