
Indução e estímulo do trabalho de parto

ADILSON LOPES CARDOSO(UNINGÁ)¹
JAQUELINE MARIA FADONI(G-UNINGÁ)²
ROSELI ORDIG(G-UNINGÁ)²

RESUMO

Este artigo, foi baseado em um estudo de caso, realizado em uma instituição filantrópica da cidade de Maringá – PR, durante o estágio curricular de Saúde da Mulher II, do Curso de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ. O estudo aborda o caso de uma paciente gestante, que teve indicação para o uso de ocitocina. A realização desse trabalho teve como objetivo esclarecer sobre a indução no trabalho de parto, que consiste em estimular as contrações uterinas antes do início espontâneo do trabalho de parto, com a finalidade de que a gravidez ocorra de forma à preservar a vida materno-fetal. Indica-se tal procedimento quando os seus benefícios maternos e ou fetais superam o término da gravidez.

Palavras-chave: Indução. Estímulo. Parto. Ocitocina.

INTRODUÇÃO

O presente artigo foi realizado durante o estágio curricular de Saúde da Mulher II, pelos acadêmicos de Enfermagem da Faculdade Ingá – UNINGÁ, em uma instituição filantrópica da cidade de Maringá – PR, no Setor da Maternidade. Este trabalho foi realizado por meio de um estudo de caso, baseado em uma paciente com história e indicação para o uso de ocitocina. O trabalho teve como objetivo fornecer esclarecimentos para as pacientes que encontravam-se em trabalho de parto, oferecendo

¹ Professor Mestre Faculdade Ingá – UNINGÁ

² Acadêmicas do Curso de Enfermagem, Faculdade Ingá – UNINGÁ

para as mesmas, suporte de conhecimentos sobre a indução no trabalho de parto, que consiste em estimular as contrações uterinas antes do início espontâneo do trabalho de parto, tendo como finalidade de terminar a gravidez, procedimento indicado quando os seus benefícios maternos ou fetais superam os da continuação da gravidez.

PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

Evolução da paciente

Paciente do sexo feminino, 25 anos, gestante I para 0 aborto em aminiorrexe com 39 semanas de gestação, encontra-se calma, comunicativa, consciente, orientada, ao exame físico: corada, hidratada, face com presença de cloasma gravídico, mamas flácidas, mamilo protruso e íntegro, ao exame obstétrico: AU: 29cm, DU: 10' (5 contrações) feto em situação longitudinal cefálica, dorso D, pólo cefálico flutuante, BCF: 128bpm, sem edema. Lesão bolhosa em terço inferior de MID causada por alho. Iniciado indução com ocitocina as 8:30hs, estimulado deambulação, encaminhado ao banho de aspersão com degermante, tricotomia feito no domicílio pela parturiente, aceitou dieta. Diurese presente, evacuação ausente.

INDUÇÃO E ESTÍMULO DO TRABALHO DE PARTO

É feito na presença de situações de risco obstétrico ou clínico, como a ruptura prematura das membranas, distúrbios hipertensivos, diabetes ou qualquer outra afecção associada com insuficiência placentária, ou ainda como um método eletivo que pode basear-se nos antecedentes obstétricos da paciente de trabalhos de parto muito rápidos ou em circunstâncias pessoais da mulher, como a de residir a uma longa distância dos recursos hospitalares.

As condições necessárias para uma indução com sucesso são:

- A cérvix deve mostrar alguma das mudanças que normalmente tem lugar logo antes do trabalho de parto.
- Deve estar fina e parcialmente apagada, e o canal deve estar suficientemente aberto para admitir um dedo.
- A cabeça do feto deve estar fixada na pelve.

- A indução do trabalho de parto é contra-indicado quando existem contra-indicações ao trabalho de parto espontâneo que incluem:
 - Cesariana prévia e desproporção cefalopélvica conhecida;
 - Apresentação fetal anormal e a superdistensão do útero;
 - Sangramento pré-parto.

Dois métodos são empregados comumente para a indução do trabalho de parto que são:

- Ocitocina intravenosa
- Amniotomia

Um enema morno pode ser dado antes do começo da indução, não somente para limpar o intestino, mas pelo seu efeito estimulante sobre o útero.

Os métodos empregados para induzir o trabalho de parto também podem ser empregados para aumentar ou estimular um trabalho de parto que não está progredindo satisfatoriamente.

Segundo Paraná (2002),

Indução: início do parto por meios artificiais (ainda não iniciado).

Estimulação: ativar contrações espontâneas por meios artificiais.

CUIDADOS

- avaliar

- maturidade fetal
- vitalidade fetal
- apresentação fetal
- idade gestacional
- excitabilidade uterina

INDICAÇÕES

- maternas

- síndrome hipertensiva
- hepatopatas crônicas
- diabetes mellitus
- colagenases
- outras

- Obstétricas

- pós – datismo/ gestação prolongada
- aminiorrexe crônicas
- polihidrâmnio
- óbito fetal

hipoatividade uterina
isoimunização
retardo de crescimento intra-uterino

CONTRA – INDICAÇÕES

- Absolutas

desproporção céfalo –pélvica
apresentações viciosas
descolamento prematuro da placenta
placenta prévia centro – total
sofrimento fetal agudo com colo desfavorável
cirurgias uterinas prévias

- Relativas

cicatriz de cesárea prévia
prenhez múltipla
grande multipara
insuficiência placentária
apresentação pélvica

USO DA OCITOCINA

Quando a ocitocina é usada para induzir ou aumentar o trabalho de parto, geralmente é administrada por gotejamento intravenoso em uma solução muito diluída. A dose de ocitocina usada durante a indução do trabalho de parto é expressa pelo número de miliunidades dados por minuto. O teor de ocitocina administrada por minuto é regulado pelo número de mililitros de solução dado por minuto.

A administração de ocitocina é responsabilidade do médico. Trata-se de uma droga perigosa quando usada antes do parto, e a enfermeira não deve assumir a responsabilidade pela sua administração. Uma enfermeira experiente no cuidado de pacientes em trabalho de parto, e que esteja bem informada sobre implicações do uso de ocitocina na estimulação do trabalho de parto, em geral colabora com o médico na monitorização das respostas materna e fetal e assegurando que a mulher nunca será deixada sozinha.

A indução com ocitocina, pode ser administrada por um gotejamento muito lento com regulação cuidadosa do número de gotas por minuto, ou pelo uso de uma bomba de infusão contínua. A bomba de infusão é altamente preferível ao método de gotejamento, visto que

assegura uma taxa constante porque flutuações na taxa permitida podem ser perigosas quando o útero responde intensamente à droga.

Quando a infusão de ocitocina é iniciada, primeiro ela é dada bem lentamente para testar a sensibilidade da paciente à droga, depois o fluxo é aumentado gradativamente até 15 a 30 gotas por minuto para obter a resposta desejada em força e frequência das contrações uterinas.

A indução é iniciada com não mais de 1 a 2um de ocitocina por minuto, a medida que o gotejamento é aumentado, a ocitocina, também o é, lentamente. Frequentemente 5 a 10um por minuto são suficiente para estimular boas contrações, algumas vezes a dose é aumentada um pouco mais. À medida que o trabalho de parto progride, o gotejamento pode ser diminuído de novo, ou a ocitocina pode ser abandonada quando o trabalho de parto está bem estabelecido.

A taxa de administração de ocitocina é regulada de acordo com a resposta da musculatura uterina. É dada em um gotejamento que produza contrações uterinas efetivas de cerca de 50mmHg, com duração de 40 a 50 segundos, ocorrendo a cada 3 minutos. As contrações não devem ocorrer em um intervalo inferior a 2 minutos, pois pode haver tempo para um relaxamento adequado entre elas para evitar sofrimento fetal. Também não devem ultrapassar 60 a 70 mmHg de pressão: algumas vezes mesmo pressões inferiores a 50mmHg provocarão dilatação da cérvix. As contrações não devem durar mas de 60 segundos, uma contração mais longa aproxima-se daquela considerada tetânica.

Quando a ocitocina é empregada para a intensificação do trabalho de parto, o útero pode ser muito sensível e suscetível a droga, as contrações uterinas começam quase imediatamente após um gotejamento de ocitocina se iniciado, mas essas contrações precoces não são verdadeiras contrações do trabalho de parto, depois as contrações tornam-se mais efetivas.

É absolutamente essencial a observação cuidadosa das contrações uterinas durante a administração de ocitocinas, contrações agudas e prolongadas podem resultar em ruptura uterina, descolamento prematuro da placenta e hipóxia fetal.

Embora a enfermeira não seja a principal responsável pela administração de ocitocina, ela em geral auxilia na observação do paciente, o útero é observado cuidadosamente com respeito à frequência e duração das contrações e o relaxamento entre elas. O BCF é verificado a cada 15 minutos. O progresso do trabalho de parto e qualquer fenômeno físico incomum devem ser observados de perto.

A ocitocina também é usada após o parto, ela ajuda no controle do sangramento pós-parto através da estimulação da contração da musculatura uterina.

A injeção intramuscular, outro método pela qual o medicamento é eficaz, não deve ser empregada para a indução ou estímulo do trabalho de parto, visto que o medicamento não pode ser removido no caso de uma reação indesejável e seu efeito continua até a completa absorção. A administração de ocitocina intravenosa é mais segura do que qualquer outro método.

A posologia intravenosa pode ser cuidadosamente regulada e imediatamente interrompida. O efeito do medicamento não se prolonga porque a ocitocina é rapidamente inativada e excretada. Por esses motivos a administração deve substituir todos os outros métodos.

Quando o partograma indica que necessita de indução?

Quando ocorre a progressão anormal do trabalho de parto ou seja, a fase latente prolongada caso uma gestante seja admitida em trabalho de parto na fase latente, menos de 3cm de dilatação, e permanece nesta fase nas próximas 8hs, a progressão é anormal, por esse motivo que existe uma linha traçada em negrito, no final das 8hs da fase latente.

PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

- fumante
- parada da dilatação
- aminiorrexe prematuro
- trabalho de parto prolongado
- ansiosa
- uso de ocitocina
- lesão bolhosa em terço inferior de MID

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

- Verificar SSVV de 2/2hs
- Verificar BCF de 2/2hs
- Realizar DU de 2/2hs
- Verificar AU 1x/dia
- Atentar para perdas vaginais: sangramento vaginal, perda de líquido amniótico, tampão mucoso
- Realizar manobra de Leopold-Zweifel

- Colocar penço para controlar quantidade e aspecto de perdas vaginais
- Orientar a deambulação
- Encaminhar ao banho de aspersão morno com PVPI degermante
- Encorajar a mãe, proporcionando apoio emocional
- Orientar a mãe esclarecendo suas dúvidas e sobre a evolução do parto
- Proporcionar conforto fazendo massagem nas costas
- Realizar toque vaginal 4/4hs
- Realizar cardiotocografia 1x/período
- Realizar tricotomia em região perineal
- Controlar gotejamento de soro rigorosamente em bomba de infusão
- Manter cabeceira elevada 30°
- Manter parturiente em DLE
- Atentar para reações adversas da ocitocina, na mãe: arritmias cardíaca, aumento da motilidade uterina, aumento da frequência e débito cardíaco, contrações tetânicas, convulsão, náusea, vômito, hipotensão. No feto: anorexia, arritmia cardíaca, asfixia, aumento da bilirrubina no sangue, bradicardia, taquicardia.

OCITOCINA

O que é: estimulante uterino, estimulante da lactação, hormônio hipofisário, hormônio pituitário.

Para que serve: estimulante da lactação, indução do trabalho de parto, hemorragia pós-parto, hemorragia pós-aborto.

Como age: age diretamente estimulando a contração uterina. Estimula a contração músculo liso na região mamária, induzindo a saída do leite.

Não usar o produto nas seguintes condições: durante o trabalho de parto, quando ele estiver progredindo normalmente, durante o 1° e 2° estágios do mesmo, para induzir o trabalho de parto, quando a análise dos riscos e benefícios para a mãe e a criança, levarem à indicação de cesariana, quando houver padrões hipertônicos ou quando o parto pela vagina for contra-indicado.

Reações que o produto pode provocar:

Na mãe: alterações no sangue, arritmias cardíaca, aumento da motilidade uterina, aumento do retorno venoso sistêmico, da frequência e do débito cardíacos, coma, contrações tetânicas, convulsão, descolamento prematuro da placenta, diminuição do fluxo de sangue uterino,

hipersensibilidade, hemorragia sub-aracnóide, náusea, queda da pressão arterial, ruptura uterina, vômito.

No feto: anorexia, arritmia cardíaca, asfixia, aumento da bilirrubina no sangue, bradicardia, contração ventricular prematura, taquicardia.

CONCLUSÃO

Através desse estudo de caso pudemos concluir que a indução é feita quando, o prolongamento da gravidez for de risco para a mãe e para o bebê, por exemplo, incompatibilidade de Rh, em que a continuidade da gestação expõe a criança aos anticorpos, à diabetes, ao sofrimento da passagem mal-sucedida, ou quando acontece o rompimento prematuro da bolsa d'água, nestes casos, a indução deve ser tentada, não sem antes proceder a uma avaliação da maturidade do bebê e à verificação do colo do útero que já deve estar um pouco dilatado. A finalidade da indução é fazer o parto começar de uma forma artificial, provocando as contrações uterinas, como num parto normal, dilatando o colo do útero e expulsando então o bebê espontaneamente. Não é aconselhável à gestante persuadir o médico a induzir o nascimento só porque está cansada da gravidez ou quer uma data marcada para ter o seu bebê. Uma indução mal conduzida ou em situação indesejável pode acarreta muito sofrimento para a criança devido à demora e às contrações prolongadas.

REFERÊNCIAS

CAETANO, N. **BPR – Guia de remédios**. 6.ed. São Paulo: Escala, 2003.

PARANÁ. SECRETARIA de ESTADO da SAÚDE. **Protegendo a vida 1999 – 2000/Enfermagem na Assistência ao Trabalho de Parto e Puerpério**.

PARANÁ. SECRETARIA de ESTADO da SAÚDE. **Protocolo de gestação de alto risco/secretaria de Saúde do Paraná**. 3.ed. Curitiba: SESA, 2002.

ZIEGEL, E. E; CRANLEY, M.S. **Enfermagem obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1985.