

Eficácia dos métodos farmacológicos na indução do trabalho de parto

Efficacy of pharmacological methods in inducing labor

Ninybeth Bowens, Maria Luiza Toledo Leite Ferreira da Rocha, Ana Maria Pereira, Reginaldo Guedes Coelho Lopes
Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, Brasil.

RESUMO

Estima-se que, aproximadamente, 20% das mulheres grávidas em países desenvolvidos são submetidas a indução de trabalho de parto, com finalidade de estimular a contratilidade uterina, a fim de promover a interrupção da gestação através do parto vaginal. Este estudo tem como objetivo comparar a eficácia de dois métodos de indução de trabalho de parto, bem como seus desfechos maternos e fetais, assim como a aceitabilidade do método pelas usuárias. Ensaio clínico randomizado, não cego que envolveu 22 gestantes com indicação de indução de trabalho de parto na Seção de Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, no período de novembro de 2019 a maio de 2020. As pacientes foram distribuídas aleatoriamente em dois grupos distintos para o uso de misoprostol 25 mcg por via vaginal (n= 9 - Grupo M) ou pessário contendo 10 mg de dinoprostona (n= 13 - Grupo D) de acordo com o número de seu prontuário. Não houve relevância estatística ao se comparar os métodos quanto sua eficácia, desfechos maternos e fetais, e aceitabilidade do método pelas usuárias.

Descritores: Trabalho de parto induzido; maturidade cervical; misoprostol; dinoprostona.

ABSTRACT

It is estimated that approximately one in five pregnant women in developed countries undergo induction of labor to stimulate cervical maturation and uterine contractility in order to promote vaginal delivery. This study aims to compare the effectiveness of two methods of inducing labor, as well as their maternal and fetal outcomes, as well as the acceptability of the method by users. Randomized, unblinded clinical trial involving 22 pregnant women with indication for induction of labor in the Obstetrics Section of the Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP, from November 2019 to May 2020. Patients were randomly assigned to two different groups for the use of 25 mcg misoprostol via the vaginal route (n=9 - Group M) or pessary containing 10 mg of dinoprostone (n= 13 - Group D) according to the number in their medical record. There was no statistical relevance when comparing the methods regarding their effectiveness, maternal and fetal outcomes, and acceptability of the method by users.

Keywords: Induced labor; cervical ripening; misoprostol; dinoprostone.

Correspondência:

Ninybeth Bowens
E-mail: ninybowens@gmail.com
Data de submissão: 15/02/2022
Data de aceite: 01/06/2022

Trabalho realizado:

Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual "Francisco Morato de Oliveira", HSPE-FMO, São Paulo, SP.
Endereço: Rua Pedro de Toledo, 1800, 4º andar - Vila Clementino - CEP: 04039-901, São Paulo, SP, Brasil.

INTRODUÇÃO

A indução de trabalho de parto é o estímulo de contrações efetivas em pacientes sem atividade uterina eficaz, com o objetivo de promover o parto por via vaginal. Estima-se que aproximadamente uma em cada cinco mulheres grávidas em países desenvolvidos são submetidas à indução de trabalho de parto¹.

O método possui diversas indicações, e pode ser realizado por métodos químicos (misoprostol, dinoprostona e ocitocina), mecânicos (cateter de Foley) ou associados. A condição do colo uterino representa a variável com maior capacidade de modificar o desfecho da indução².

O amadurecimento do colo uterino consiste no processo fisiológico em que a cérvix assume uma consistência complacente, capaz de dilatar e permitir a passagem do feto pelo canal cervical. Uma das formas de avaliação e quantificação da maturidade do colo do útero é o índice de Bishop, escore através do qual se analisa a dilatação, esvaecimento, consistência, posição do colo uterino e a altura de apresentação fetal. Para cada uma dessas características se atribui pontuação de zero a três. Valor total inferior ou igual a seis demonstra que a maturação cervical não está completa, e sugere baixa probabilidade de parto vaginal³⁻⁴. Nesses casos, pode-se induzir a maturação do colo uterino através de medidas artificiais, dentre os quais, o uso das prostaglandinas parece ser mais eficaz no aumento das probabilidades de parto vaginal quando comparadas à amniotomia ou ao uso da ocitocina isoladamente. O uso das prostaglandinas aumenta a taxa de partos vaginais em 24 horas, bem como diminui a necessidade de ocitocina⁵. Em mulheres com o colo uterino desfavorável, as drogas amplamente utilizadas são a prostaglandina E1 (misoprostol) e prostaglandina E2 (dinoprostona).

A prostaglandina E1, conhecida como misoprostol, atua por diluir as fibras de

colágeno da matriz extracelular e aumentar o ácido hialurônico. Além disso, relaxa o músculo liso da cérvix, facilita a dilatação e ao mesmo tempo, permite acréscimo de cálcio intracelular que promove, por sua vez, as contrações uterinas. Esses mecanismos descritos possibilitam o progressivo esvaecimento e dilatação do colo uterino, concomitante ao estímulo da atividade uterina, o que garante na maior parte dos casos, uma indução de trabalho de parto bem sucedida⁶.

A prostaglandina E2 (dinoprostona) apresenta-se em uma de suas formulações como um pessário de silicone para uso intravaginal que contém 10 mg do fármaco. Deve ser inserido no fundo de saco vaginal posterior, liberando 0,3 mg/hora do medicamento por até 24 horas. A principal vantagem da apresentação para inserção vaginal é a possibilidade de remoção do pessário em casos de taquissístolia ou hipertonia uterina, possibilitando a reversão dos quadros¹.

Ambas as prostaglandinas podem ser usadas para fins de indução de parto com mecanismos de ação e efeitos colaterais diversos. Desta forma, é oportuno que se avalie não apenas a eficácia desses métodos farmacológicos, mas as complicações e vantagens relacionadas ao uso de cada um deles.

OBJETIVOS

Objetivo Primário

Comparar a eficácia da prostaglandina E1 (misoprostol) com a da prostaglandina E2 (dinoprostona) na maturação de colo uterino e no desencadeamento de contrações uterinas em pacientes com indicação de indução de trabalho de parto.

Objetivo Secundário

Avaliar os desfechos maternos e fetais com o uso das prostaglandinas E1 e E2 e avaliar a aceitabilidade do método pelas usuárias.

MÉTODOS

Ensaio clínico randomizado, não cego realizado no período de novembro 2019 a maio 2020 na Seção de Obstetrícia do Hospital do Servidor Público Estadual “Francisco Morato de Oliveira” - HSPE FMO, São Paulo, SP, em que se comparou a eficácia, os desfechos maternos e fetais e os efeitos colaterais dos métodos farmacológicos dinoprostona e misoprostol, na maturação da cérvix uterina na indução do trabalho de parto.

A randomização da escolha da droga respeitou o seguinte critério: para pacientes cujo prontuário tinha numeração ímpar, a indução de trabalho de parto foi realizada com a prostaglandina E1 (misoprostol = Grupo M); e para aquelas com prontuários com numeração par, receberam a prostaglandina E2 (dinoprostona = Grupo D), com o propósito de diminuir o viés de seleção.

Para as pacientes que fizeram uso de misoprostol, este foi administrado via vaginal na posologia de 25 mcg a cada seis horas. A dose máxima total admitida foi de 100 microgramas/dia ou 4 comprimidos em 24 horas. O pessário de dinoprostona, por sua vez, foi inserido em fundo de saco vaginal, sendo o fármaco liberado de forma contínua. Foi mantido por 24 horas, desde que a gestante não apresentasse indicação de suspensão do método.

Todas as pacientes foram avaliadas em intervalos de seis horas com cardiotocografia, dinâmica uterina e toque vaginal para determinação do índice de Bishop. Ambos os métodos foram suspensos quando houve maturação cervical completa (índice de Bishop maior do que seis), presença de contrações uterinas compatíveis com início do trabalho de parto, atividade uterina regular (independente do estado cervical), ruptura espontânea ou artificial das membranas, taquissístolia uterina (definida como cinco ou mais contrações uterinas em dez minutos) ou sofrimento fetal. O método foi considerado

eficaz, quando modificou a cérvix uterina, atingindo pontuação maior do que seis no índice de Bishop, dentro de no máximo 24 horas de indução. O uso de ocitocina foi necessário para condução e/ou indução do trabalho de parto em alguns casos, e foi uma variável avaliada. Sua administração, quando necessária, ocorreu obrigatoriamente, após o intervalo preconizado em bula: o mínimo de quatro horas após o uso de misoprostol e trinta minutos após a retirada do pessário de dinoprostona.

Foram incluídas neste estudo gestantes com indicação de indução de trabalho de parto com as seguintes características: idade gestacional de trinta e sete semanas completas ou mais; membranas ovulares íntegras; índice de Bishop menor ou igual a seis e sem contraindicações para indução de trabalho de parto.

O trabalho de parto foi analisado através dos critérios: maturação cervical, dinâmica uterina, duração da indução, suspensão do método de indução antes de vinte e quatro horas (e os critérios utilizados para suspensão), necessidade do uso de ocitocina para condução do parto (dose e tempo máximo do uso do fármaco) e via de parto.

Os desfechos maternos foram avaliados pela ocorrência de taquissístolia, rotura uterina, rotura de membranas amnióticas, descolamento prematuro de placenta e complicações puerperais. Os desfechos fetais analisados foram: presença ou não de líquido meconial, score de Apgar ao nascimento, destino do recém-nascido após o parto, doença pulmonar de membrana hialina com a necessidade ou não do uso de surfactante, hemorragia intracraniana, apneia, aspiração meconial, convulsão, fototerapia, hiperbilirrubinemia e infecção neonatal. A aceitabilidade do método foi analisada através da queixa algica, avaliada pela escala visual analógica da dor - EVA).

Todas as gestantes foram esclarecidas sobre a participação no estudo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

Para análise estatística foi confeccionada uma planilha no programa Excel® com as variáveis coletadas e foram analisadas através do programa Epi Info 7®. Foram conduzidas análises de correlação através do Teste Exato de Fisher, devido ao N da amostra. Também foi conduzida comparação de médias através do teste T-Student ou teste Mann-Whitney a depender da normalidade da distribuição dos dados. O estudo foi cadastrado na Plataforma Brasil e obteve aprovação do CEDEP, CAAE número 45104821.1.0000.5463.

RESULTADOS

Nove pacientes foram submetidas a a indução com misoprostol (Grupo M), e 13 submetidas a indução com o pessário de dinoprostona (Grupo D), completando 22 gestantes. Do total de 15 pessários de dinoprostona inseridos, dois foram excluídos do estudo. Um pessário foi inserido de forma equivocada, culminando em expulsão espontânea, e outro por informações incompletas em prontuário.

A amostra total consistiu em 63,64% (n= 14) de primigestas. Destas 72,73% (n= 16) eram

nulíparas e 86,36% (n= 19) não tinham histórico de abortamento prévio. A média de idade das pacientes foi de 31,09 (+- 7,46) anos com variações entre 17 e 41. As pacientes do Grupo M eram, em média, quatro anos mais jovens em comparação ao Grupo D (p= 0,0395). A média do índice de massa corpórea (IMC) calculado com base no peso da paciente na data do parto foi de 32,0712 (+- 6,0592) kg/m², variando entre 23,28 e 44,03 kg/m², sem diferença estatística quando ambos foram comparados. A idade gestacional média do Grupo M foi de 38,9525 semanas (+- 1,5205), e do Grupo D 39,4255 semanas (+- 0,8545), os decimais estão proporcionados correspondendo aos sete dias da semana. As médias das idades gestacionais dos dois grupos não demonstraram significância estatística ao serem comparadas. O pós datismo esteve presente em 27,27% (n = 6) dos casos.

No total de pacientes avaliadas, atingiu maturação cervical (índice de Bishop com pontuação superior a seis) ao final da indução, um total de cinco pacientes. Os critérios analisados relacionados ao índice de Bishop variaram conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Modificação do colo uterino durante a indução conforme os critérios de Bishop.

Bishop	Total N = 22	Grupo M	Grupo D	P	RR (IC)
Pontuação total final > 6	5	1	4	0,2932330827	1,284 (0,8354 - 1,9733)
Consistência final > 2	10	3	7	0,3049535604	1,4444 (0,6843 - 3,0491)
Esvaecimento final ≥ 2	5	1	4	0,2932330827	1,284 (0,8354 - 1,9733)
Dilatação final ≥ 2	10	4	6	0,6393188854	1,0317 (0,4771 - 2,2310)
AAF ≥ 2	1	-	1	0,5909090909	1,0833 (0,926 - 1,2674)
PCU ≥ 2	3	-	3	0,1857142857	1,3 (0,9652 - 1,7509)

AAF = altura da apresentação fetal; PCU: posição do colo uterino

A média da duração dos intervalos da indução está exposta na tabela 2. Houve diferença entre as médias do tempo de duração da indução entre os grupos, mostrando que as pacientes do

Grupo M tiveram uma indução de trabalho de parto que durou em média seis horas a mais quando comparada ao Grupo D (p= 0,0354), conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 - Média dos intervalos do tempo de indução de trabalho de parto.

Intervalos do tempo de indução - em horas	Grupo M	Grupo D	P
Tempo total (início da indução até o parto)	23,55 (± 13,68)	21,48 (± 11,95)	0,8152
Duração da indução (início ao fim da indução)	16,89 (± 6,7)	10,55 (± 7,53)	0,0354
Tempo entre a suspensão da indução e o parto	6,68 (± 9,43)	10,89 (± 8,07)	0,1330

O uso de ocitocina para condução do trabalho de parto foi necessário em um total de 27,27% (n = 6) dos casos. Seu uso não apresentou significância estatística (p= 0,52). A suspensão do método de indução antes das 24 horas ocorreu

em 81,81% do total de casos (n = 18). O critério de suspensão de método de indução antes das 24 horas mais observado foi o desencadear do trabalho de parto (33,33%, n = 6). Demais critérios de suspensão demonstrados na tabela 3.

Tabela 3 - Critérios de suspensão do método de indução antes de 24 horas.

Critérios suspensão	N total = 18*	Total = 100%	Grupo M N= 7	Grupo D N= 7
CTB categoria 2	1	5,56%	1	-
Desejo materno	3	16,67%	2	1
Maturação	2	11,11%	1	1
SFA	2	11,11%	1	1
Taquicardia fetal e desejo materno	1	5,56%	-	1
Taquissistolia	1	5,56%	-	1
Taquissistolia e SFA	1	5,56%	-	1
Trabalho de parto	6	33,33%	2	4
Trabalho de parto e maturação do colo	1	5,56%	-	1

CTB = cardiocografia; SFA = sofrimento fetal agudo; N = número absoluto; % - percentual. *Quatro pacientes não tiveram seu método de indução de trabalho de parto suspenso antes de 24 horas.

Do total de casos avaliados, em relação aos desfechos maternos a taquissistolia foi observada em três casos, atonia uterina em um e hemorragia puerperal em dois casos, todos no Grupo D. A rotura prematura de membranas ovulares ocorreu em quatro casos e o líquido

meconial foi observado em seis. Não foi evidenciado nenhum quadro de descolamento prematuro de placenta, infecção puerperal ou rotura uterina, conforme tabela 4. A comparação dos desfechos maternos entre os dois grupos não mostrou significância estatística.

Tabela 4 - Desfechos maternos nas pacientes submetidas a indução de trabalho de parto.

Desfechos maternos	Total N=16*	Grupo M N = 4	Grupo D N= 12	P	RR (IC)
Taquissistolia	3	-	3	0,1857142857	1,3 (0,9652 - 1,7508)
Atonia uterina	1	-	1	0,5909090909	1,0833 (0,926 - 1,2674)
Hemorragia puerperal	2	-	2	0,3376623377	1,1818 (0,9373 - 1,4901)
RPMO	4	1	3	0,4496240602	1,1556 (0,7927 - 1,6844)
Líquido meconial	6	3	3	0,4767801858	0,8667 (0,5002 - 1,5016)
DPP	0	-	-	-	-
Infecção puerperal	0	-	-	-	-
Rotura uterina	0	-	-	-	-

RPMO = ruptura prematura de membranas ovulares; DPP = descolamento prematuro de placenta; N = número absoluto; RR = Risco Relativo; IC = Intervalo de confiança. * Seis pacientes não tiveram intercorrências durante a indução de trabalho de parto.

A cesárea foi o tipo prevalente de parto na população estudada (72,72 % - n = 16). Sete casos foram indicados por sofrimento fetal agudo, sendo quatro do Grupo M e três do Grupo D. Cinco cesarianas foram realizadas por desejo materno (n= 3 Grupo M; n=2 Grupo D) e quatro cesarianas foram realizadas por falha da indução, todas no Grupo D.

Não foi realizada a comparação de indicação de cesariana entre os dois grupos.

Entre os desfechos neonatais, a hiperbilirrubinemia foi prevalente no Grupo M (p 0,02 – IC 0,2281 - 1,0164). Foram observados cinco casos de hiperbilirrubinemia em nove gestantes induzidas com misoprostol (Grupo M) e apenas um caso entre treze pacientes induzidas com dinoprostona (Grupo D). Um recém-nascido apresentou hiperbilirrubinemia por baixa ingesta, dois por hiperbilirrubinemia própria do termo, um por incompatibilidade ABO, e um por icterícia neonatal idiopática.

Tabela 5 - Desfechos neonatais - Seção de Obstetrícia HSPE – SP, 2020

Desfechos RN	Total N= 22	GrupoM N= 9	Grupo D N = 13	P	IC
Apgar 1° m >7	21	9	12	0,59090909	-
Peso < 2500 g	3	2	1	0,358441558	0,8426 (0,5746 - 1,2356)
Peso entre 2500 e 4000g	17	7	10	0,6842105263	0,963 (0,1994 - 4,6494)
Peso > 4000g	2	-	2	0,3376623377	1,1818 (0,9373 - 1,4901)
Apneia	1	-	1	0,59090909	1,0833 (0,926 - 1,2674)
Aspiração meconial	1	1	-	0,4090909091	0,8889 (0,7056 - 1,1199)
Hiperbilirrubinemia	6	5	1	0,0230790881	0,4815 (0,2281 - 1,0164)
Fototerapia	3	3	-	0,0545454545	0,6667 (0,42 - 1,0581)
Alojamento conjunto	17	4	13	0,004784689	-
Ventilação	1	-	1	0,5909090909	1,0833 (0,926 - 1,2674)

RN = recém-nascido; N = número absoluto; % - percentual; RR = Risco Relativo; IC = Intervalo de confiança.

Não foram observados casos de uso de surfactante, antibioticoterapia, convulsão membrana hialina e hipertensão intracraniana. Os desfechos neonatais demonstraram apenas um caso de Apgar inferior a sete no primeiro minuto associado à apneia e necessidade de ventilação de um RN no Grupo D, sem relevância estatística. Da amostra total 72,72% (n= 16) apresentavam queixa algica importante no momento de suspensão do método de indução (pontuação na escala visual analógica da dor maior ou igual a seis) no momento da suspensão do método de indução. Na comparação entre os grupos não foi observada significância estatística.

DISCUSSÃO

Estudos e revisões sistemáticas nos últimos vinte anos demonstraram a eficácia das prostaglandinas na indução de trabalho de parto, porém poucos compararam o uso de misoprostol em baixas doses (25 mcg via vaginal a cada seis horas) com o pessário de 10 mg de dinoprostona.

Observou-se que das 22 pacientes que tiveram seu parto induzido com algum dos métodos, apenas cinco alcançaram índice de Bishop maior que seis (favorável). Dessas cinco, quatro partos foram induzidos com dinoprostona (Grupo D), enquanto apenas um

pertencia ao grupo induzido com misoprostol (Grupo M). Essa constatação poderia sugerir uma tendência em se atribuir melhor eficácia ao Grupo D. Mas, devido ao N reduzido e diferente entre os dois grupos, a comparação pelo teste de Fisher em cada grupo, não demonstrou diferença na eficácia dos métodos quanto ao escore de Bishop.

Apesar de não apresentar significância estatística, tal dado discorda do estudo de Özkan, et al. (2009) e de Tan, et al. (2010) que afirmaram que o amadurecimento do colo é mais eficaz com misoprostol 7-8. Revisão sistemática de Austin, et al. (2010) ⁹ concluiu que o tempo de intervalo até o parto é menor com misoprostol. Porém, no presente estudo, a análise das médias dos intervalos de indução mostrou que o Grupo M teve uma indução de trabalho de parto que durou em média seis horas a mais em comparação ao Grupo D ($p=0,0354$).

O uso de ocitocina para condução do trabalho de parto foi necessário em um total de 27,27% ($n=6$), distribuídos em números semelhantes nos dois grupos. Entre as nove pacientes do Grupo M, apenas duas necessitaram da medicação (22,22%), enquanto, no Grupo D composto por 13 pacientes, a ocitocina foi utilizada em quatro pacientes (30,76%). Apesar da discreta tendência, de maior necessidade de ocitocina no Grupo D, não houve relevância estatística ao se comparar os dois grupos, provavelmente devido ao N reduzido.

Estudo brasileiro de 2011 por Oliveira, et al., realizado com pacientes nulíparas que foram submetidas a indução de trabalho de parto com doses semelhantes de misoprostol e dinoprostona, também não observou diferenças entre medicamentos quanto o uso de ocitocina ¹⁰. Infelizmente, a cesariana foi prevalente no estudo. Do total, 72,72 % ($n=16$) foram submetidas ao parto operatório por diferentes indicações. Das sete pacientes do Grupo M que foram submetidas a cesariana, quatro dos casos foram indicados por sofrimento fetal agudo (SFA), a indicação preponderante nesse grupo.

Isso também foi demonstrado nos estudos de Calder, et al. (2008) e Megalo, et al. (2004) ¹¹⁻¹². Em estudo envolvendo 1308 pacientes, Wing, et al., em 2008 ¹³ encontraram padrões não tranquilizadores da cardiotocografia, taquissistolia, hipertonia e hiperestimulação, em proporções semelhantes ao comparar uso de misoprostol e dinoprostona, assim como o presente estudo.

Em 2019, Torralba, et al., ¹⁴ demonstraram que a dinoprostona apresenta mais efeitos adversos como a taquissistolia, atonia uterina e hemorragia puerperal. No presente estudo os casos de taquissistolia ($n=3$), atonia uterina ($n=1$) e hemorragia puerperal ($n=2$) estiveram presentes apenas no Grupo D, corroborando com esse estudo, porém sem demonstrar relevância estatística ao se comparar os dois grupos ($p=0,185714285$), possivelmente pelo N pequeno. Quanto aos desfechos neonatais, a hiperbilirrubinemia teve aparente significância do ponto de vista estatístico através do teste de Fisher ($p=0,023$), com uma prevalência maior de hiperbilirrubinemia nos casos que usaram misoprostol. Entretanto, o intervalo de confiança (IC 0,228-1,016) sugere que essa variável não tenha uma real significância. Além disso, não foram encontrados estudos que correlacionaram a presença de hiperbilirrubinemia com o tipo de método farmacológico utilizado para indução de trabalho de parto na atual revisão bibliográfica. Em relação ao destino do RN, todos os integrantes do Grupo D foram encaminhados ao alojamento conjunto. Apesar de apresentar valor de p significativo, o dado não pode ser quantificado em medida de efeito, uma vez que não houve atendimento de RN do Grupo D na unidade de tratamento intensivo (UTI) ou semi-intensivo. A casualidade pelo N reduzido da amostra pode justificar tal dado.

A aceitabilidade do método pelas pacientes foi avaliada pela escala analógica da dor no momento da suspensão do método de indução. Das 16 pacientes que apresentavam dor moderada a intensa no momento de

suspensão do método, cinco eram do Grupo M, e as demais pertenciam ao Grupo D (n=11). Esse achado poderia sugerir uma maior aceitabilidade do misoprostol pelas usuárias. Porém, a comparação entre os dois grupos não demonstrou diferença estatística, provavelmente devido ao N reduzido.

O estudo de Torralba, et al.¹⁴ corrobora com o presente estudo, e demonstra que ambos

os métodos se mostraram igualmente aceitos. Por se tratar de um N reduzido, o estudo apresenta limitações e demonstra a necessidade de trabalhos adicionais que comparem o uso de misoprostol por via vaginal em baixas doses com o pessário de dinoprostona, pois são os fármacos mais utilizados no Brasil para indução de trabalho de parto.

CONCLUSÃO

Não foi observada diferença de eficácia entre os métodos prostaglandina E1 e prostaglandina E2 na indução de trabalho de parto. Não houve relevância estatística

entre os desfechos maternos e fetais, e aceitabilidade pelas usuárias ao se comparar os dois métodos.

REFERÊNCIAS

- Rankin K, Chodankar R, Raymond K, Bhaskar S. Misoprostol vaginal insert versus dinoprostone vaginal insert: A comparison of labour and delivery outcomes. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;235:93-96.
- Souza AS, Amorim MM, Noronha Neto C. Métodos farmacológicos de indução do trabalho de parto: qual o melhor? *Femina.* 2010;38(5):277-87.
- Zugaib M. *Zugaib Obstetrícia.* 2 ed. Barueri, SP: Manole; 2016.
- Rocha ML, Silva HF, Rodrigues CT (Org's). *Conduitas em obstetrícia.* São Paulo; 2022.
- Mayer RB, Oppelt P, Shebl O, Pömer J, Allerstorfer C, Weiss C. Initial clinical experience with a misoprostol vaginal insert in comparison with a dinoprostone insert for inducing labor. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2016;200:89-93.
- Silva FP, Ramos MS, Partata AK. Misoprostol: propriedades gerais e uso clínico. *Rev Cientif ITPAC.* 2013;6(4):1-10.
- Özkan S, Caliskan E, Doger E, Yücesoy I, Ozeren S, Vural B. Comparative efficacy and safety of vaginal misoprostol versus dinoprostone vaginal insert in labor induction at term: a randomized trial. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;280(1):19-24.
- Tan TC, Yan SY, Chua TM, Biswas A, Chong YS. A Randomised controlled trial of low-dose misoprostol and dinoprostone vaginal pessaries for cervical priming. *BJOG Int J Obstet Gynaecol.* 2010;117(10):1270-77.
- Austin SC, Sanchez-Ramos L, Adair CD. Labor induction with intravaginal misoprostol compared with the dinoprostone vaginal insert: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;202(6):624.e1-9.
- Oliveira TA, Melo EM, Aquino MM, Mariani NC. Eficácia de dinoprostone e misoprostol para indução do trabalho de parto em nulíparas. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2011;33(3):118-22.
- Calder AA, Loughney AD, Weir CJ, Barber JW. Induction of labour in nulliparous and multiparous women: a UK, multicentre, open-label study of intravaginal misoprostol in comparison with dinoprostone. *BJOG.* 2008;115(10):1279-88.
- Megalo A, Petignat P, Hohlfeld P. Influence of misoprostol or prostaglandin E(2) for induction of labor on the incidence of pathological CTG tracing: a randomized trial. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;116(1):34-8.
- Wing DA. Misoprostol vaginal insert compared with dinoprostone vaginal insert: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol.* 2008;112(4):801-12.
- Torralba CB, Cabrejas EL, Lázaro BM, Royo JF, Arquillué MR, Maza JM. Low-dose vaginal misoprostol vs vaginal dinoprostone insert for induction of labor beyond 41st week: A randomized trial. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2019; 98(7):913-19.