

ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

by Ana Faria Pereira



B

D

PARTO ANORMAL

Parto anormal ou distócia: Progressão anormal do parto devido a fenômenos que interferem com a dilatação do colo uterino **e/ou** com a progressão do feto no canal de parto.

[D]

As causas de parto anormal podem ser divididas em 3 grupos (**3P**): problemas relacionados com o útero (**P**ower), com o feto (**P**assenger) ou com o canal de parto (**P**assage).

Power

A atividade uterina pode ser monitorizada através palpação manual ou CTG.

A frequência ideal das contrações uterinas é de **3-4 a cada 10 minutos**. A presença de 5 ou + contrações (=taquisistolia) pode conduzir à hipoxia fetal.

Peso fetal + forma como o feto se apresenta no canal de parto.

Se peso fetal entre 4000-4500g existe aumento do risco de distócia (nomeadamente distócia de ombros e incompatibilidade feto-pélvica)

A atitude, apresentação e posição fetais também determinam risco de distócia:

Posição occipito-anterior e apresentação de vértice são as que conduzem a TP mais rápido.

Passenger

- Apresentação de **vértice** é a apresentação normal.
- Apresentação de **face** geralmente conduz a cesariana
- Apresentação de **fronte** geralmente progride para vértice (parto pode progredir normalmente) ou para face (e aí geralmente requer cesariana)

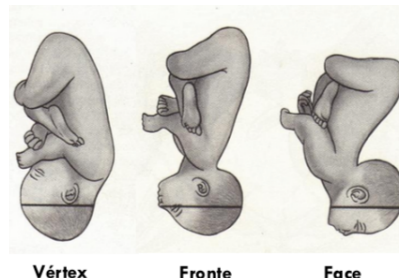


Figura 1: Tipos de apresentação fetal; da esquerda para a direita: vértex, fronte e face

Dizemos que temos uma **apresentação composta** quando se toca um pé ou uma mão adjacente à apresentação. Na maioria dos casos há retração do membro e o parto vaginal decorre normalmente. O prolapso do cordão umbilical é uma indicação para cesariana emergente.

Hidrocefalia, tumores dos tecidos moles e outras anomalias também podem causar distócia (geralmente detetáveis em ecografia pré-natal)

Passage

Pode haver problemas da dinâmica pélvica por:

- Incompatibilidade feto-pélvica (estrutura esquelética materna muito estreita)
- Anomalias do colo uterino
- Massas pélvicas não ginecológicas
- Bexiga distendida
- Mioma uterino ou malformação uterina
- Obesidade mórbida

Não há forma de prever esta dinâmica antes do TP, pelo que a melhor forma de avaliar é monitorizando a progressão fetal durante o TP – “prova” do trabalho de parto



ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

by Ana Faria Pereira



B

A documentação gráfica do TP (**curva de Friedman**) é muito útil. Um anormal desenrolar do TP pode ser por prolongamento (TP mais lento que o normal) ou por paragem da progressão.

[D]

FASES		PROLONGAMENTO	PARAGEM
1ª latente			
Nulípara	> 20h	(Não podemos afirmar paragem na fase latente)	
Multípara	> 14h		
1ª ativa			
Nulípara	< 1 cm/h	Sem dilatação há > 2h ou > 4h (com analgesia)	
Multípara	< 1,2-1,5 cm/h	Sem dilatação há > 2h	
2ª fase			
Com analgesia	> 3h	Sem descida após 1 hora de esforços expulsivos	
Sem analgesia	> 2h ou descida < 1cm/h		

PARTO INSTRUMENTADO

O parto pode ser assistido por fórceps ou ventosa (e em alguns hospitais por espátulas).

Existem 4 pressupostos a cumprir para se proceder ao parto instrumentado:

- Dilatação completa (10 cm)
- Rotura de membranas
- Apresentação encravada (Plano 0 DeLee ou III de Hodge – a nível das espinhas isquiáticas)
- Não existir suspeita de coagulopatia fetal nem de doença óssea desmineralizante (osteogénese imperfecta)

Indicações (não são absolutas):

- Paragem ou prolongamento da 2ª fase do TP
- Suspeita de sofrimento fetal imediato ou potencial (estado fetal não tranquilizador)
- Encurtamento do 2º estágio para benefício materno

O parto instrumentado por ventosa está desaconselhado < **34 semanas e apresentação não de vértice**

	COMPLICAÇÕES MATERNAS	COMPLICAÇÕES RN
FÓRCEPS	<ul style="list-style-type: none">• Trauma perineal• Trauma pavimento pélvico• Hematoma	<ul style="list-style-type: none">• Lesões cerebrais e medulares• Lesões musculo-esqueléticas• Abrasão da córnea• Distócia de ombros, nomeadamente em RN com >4 kg
VENTOSA	Pouco trauma materno	<ul style="list-style-type: none">• Hemorragia intracraniana• Hematoma subgaleal <input type="checkbox"/>• Cefalohematoma• Lacerações no escalpe• Hiperbilirrubinemia• Hemorragia da retina



ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

by Ana Faria Pereira



B

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

Há 3 tipos de apresentação pélvica:

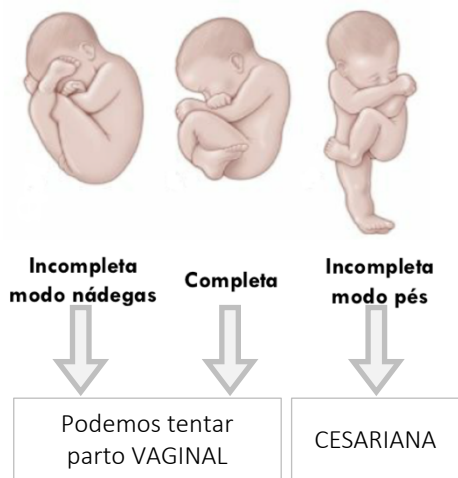


Figura 2: Tipos de apresentação pélvica e via de parto correspondente

Antes de proceder ao parto podemos fazer uma tentativa de versão cefálica externa (VCE), que é uma técnica de versão da apresentação pélvica em apresentação cefálica. É mais eficaz nas multiparas e deve ser idealmente feito depois das **36 semanas**. Há 3 pressupostos têm de ser cumpridos para proceder à VCE:

- Feto sem anomalias e com CTG tranquilizador
- Líquido amniótico adequado
- Apresentação não encravada

Devemos ter o cuidado de administrar **Ig anti-D** nas grávidas Rh-.

A decisão clínica da via de parto depende da experiência do clínico (geralmente prefere-se **cesariana** devido à inexperiência para parto pélvico vaginal).

Se optarmos por parto vaginal, temos de garantir o cumprimento dos seguintes pressupostos:

- Partograma normal
- > 37 semanas
- Apresentação pélvica completa ou incompleta de nádegas
- Ausência de anomalias fetais
- Pelve materna adequada
- Peso fetal estimado entre 2500-4000g
- Flexão da cabeça fetal documentada
- Líquido amniótico adequado
- Disponibilidade de anestesiólogos e neonatologistas

Riscos da VCE:

- REM prematura
- Descolamento de placenta
- Lesão do cordão umbilical
- Rutura uterina

DISTOCIA DE OMBROS

É quando o feto fica preso no TP ao nível dos ombros. Não há nada que possa fazer prever esta condição, mas há fatores de risco, tais como:

- Multiparidade
- Gestação pós-termo
- Macrossomia (ainda assim sem indicação direta para cesariana)
- História prévia de distócia de ombros

[D]



Geralmente é um diagnóstico sugerido pelo **Sinal da Tartaruga**, isto é, a retração da cabeça fetal em direção ao períneo materno.

Abordagem segundo o acrónimo **HELPP-R**:

Help (pedir ajuda)

Episiotomia (ou alargamento da já feita – mas não é obrigatório)

Legs (hiperflexão das pernas da grávida) – Manobra de McRoberts

Pressão supra-púbica

P de ombro **P**osterior (devemos tentar soltar o ombro posterior)

Rotação (manobras em “saca-rolhas”)

No limite podemos proceder à manobra de Zavanelli, na qual a cabeça fetal é fletida e reinserida na vagina, procedendo-se à cesariana.

D



ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

by Ana Faria Pereira



B

D

VIGILÂNCIA INTRAPARTO

Tem como objetivo reconhecer alterações na oxigenação fetal intraparto que poderão resultar em maus desfechos perinatais. Há vários indicadores que indiretamente nos podem fornecer esta informação:

[D]

- FC fetal (CTG)
- Alterações dos gases na circulação fetal
- Líquido amniótico
- Resposta fetal à estimulação

Encefalopatia neonatal é uma síndrome caracterizada por alterações neurológicas nos primeiros dias (48h) de vida de um RN de termo, que se manifesta por:

- Dificuldade respiratória
- Alteração do tônus muscular
- Alteração dos reflexos neuromusculares
- Nível de consciência subnormal
- Convulsões

A **encefalopatia hipóxico-isquêmica** é um subtipo de encefalopatia neonatal, cuja causa é a limitação de O₂ e fluxo sanguíneo ao cérebro. Historicamente pensava-se que a encefalopatia neonatal era sempre de causa hipóxico-isquêmica, mas hoje em dia sabe-se que a maioria é causada por fatores presentes antes do parto, tais como AVC pré-natal, infeções pré-natais, alterações genéticas ou doenças congénitas (metabólicas ou da coagulação).

Paralisia cerebral é uma doença crónica do SNC caracterizada por controlo aberrante de movimentos de surgimento precoce e que resulta em doença neurológica progressiva. Apenas um tipo de paralisia cerebral (quadriplegia espástica) está associado à interrupção intraparto do fluxo sanguíneo fetal.

Critérios para definir que um evento hipóxico agudo intraparto é suficiente para causar paralisia cerebral:

Critérios essenciais (têm de estar os 4 presentes):

1. **Acidose metabólica fetal** (pH<7 e défice de bases $\geq 12\text{mmol/L}$)
2. Encefalopatia neonatal precoce grave ou moderada em RN ≥ 34 semanas de idade gestacional
3. Paralisia cerebral espástica ou paralisia cerebral discinética
4. Exclusão de outras causas (trauma, coagulopatia, infeções ou anomalia genética)

Critérios inespecíficos (mas que apontam para relação temporal do insulto isquémico com o parto):

1. Evento hipóxico intraparto ou imediatamente após o parto
2. Traçado cardíaco fetal não tranquilizador
3. Score de Apgar 0-3 aos 5 e aos 10 minutos
4. Início de doença multissistémica até 72h pós-parto (isquemia intestinal, insuficiência hepática, dano cardíaco e alterações hematológicas)
5. Imagem cerebral compatível com lesão cerebral aguda
6. Ausência de outros fatores



ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

by Ana Faria Pereira



B

D

MONITORIZAÇÃO FETAL INTRAPARTO

[D]

Linha de base	<p>A linha de base do CTG deve encontrar-se entre os 110 e os 160 bpm</p> <p><u>Taquicardia</u> pode traduzir situações como corioamnionite, febre materna, hipoxia fetal crónica, tirotoxicose, pode ser por efeitos de medicação ou por arritmias cardíacas fetais</p> <p><u>Bradicardia</u> pode traduzir hipoxia fetal e morte fetal iminente</p> <p>Um CTG normal tem flutuações em relação à linha de base (é bom que haja variabilidade)</p>
Variabilidade	<p><u>Baixa variabilidade</u> pode traduzir hipóxia fetal, acidemia, pode ser por efeitos de medicação, por taquicardia fetal, alterações cardíacas ou do SNC fetais ou prematuridade, mas também podem ser totalmente benignas (ocorrem no período de sono fetal).</p>
Acelerações	<p>São aumentos abruptos da frequência cardíaca que se traduzem graficamente por deflexões positivas da linha de base. São o reflexo fisiológico dos movimentos fetais</p> <p>São diminuições abruptas da frequência cardíaca que se traduzem graficamente por deflexões negativas da linha de base. Podem ser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Precoces: são fisiológicas e resultam da compressão da cabeça fetal pelo canal de parto – é a desaceleração que ocorre em simultâneo com a contração uterina.• Tardias: são desacelerações que ocorrem atrasadas relativamente à contração uterina; são não tranquilizadoras e traduzem hipoxia fetal.• Variáveis: são desacelerações que não têm qualquer relação com as contrações uterinas; são não tranquilizadoras se repetitivas e traduzem <u>compressão do cordão umbilical e/ou oligoâmnios</u>.• Prolongadas: são desacelerações > 3 min (a causa mais frequente é a excessiva contractilidade uterina)
Desacelerações	
Padrão sinusoidal	<p>Padrão ondulatório com baixa variabilidade → traduz feto com lesões cerebrais</p>

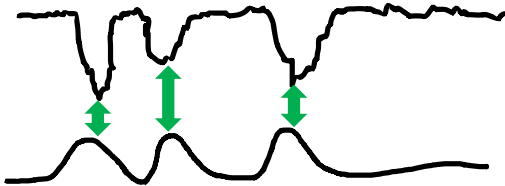


Acelerações



São o reflexo fisiológico dos movimentos fetais
OK

Desacelerações precoces



Desacelerações sincronizadas com as contrações uterinas (por compressão da cabeça fetal)
OK



ASSISTÊNCIA AO PARTO ANORMAL E VIGILÂNCIA FETAL INTRAPARTO

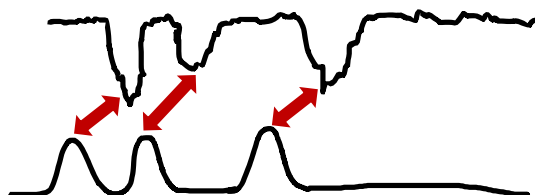
by Ana Faria Pereira



B



Desacelerações tardias



Desacelerações depois ocorrem depois das contrações uterinas (traduzem hipoxia fetal) →
CESARIANA

Desacelerações variáveis



Desacelerações sem qualquer relação com as contrações uterinas (traduzem compressão/prolapso do cordão umbilical e/ou oligoâmnios) →
CESARIANA

[D]

Em caso de estado fetal não tranquilizador (sobretudo desaceleração prolongada) o que fazer?

1º Medidas gerais:

- Reposicionamento materno (decúbito lateral esquerdo)
- O₂
- Fluídos
- Descontinuar ocitocina
- Iniciar tocólise pode ser apropriado em casos de taquissistolia uterina (contrações uterinas excessivamente frequentes – ≥5 contrações em 10 minutos)

Estas medidas irão resultar para as principais causas **reversíveis**: atividade uterina excessiva (taquissistolia), hipotensão materna, compressão do cordão umbilical

2º Se os primeiros falharem, é para proceder a cesariana emergente ou ao **parto** vaginal (se iminente)

São causas **irreversíveis** as seguintes: prolapso do cordão umbilical, descolamento de placenta major, rotura uterina, hemorragia fetal.



REFERÊNCIAS

Casanova, R., Chuang, A., Goepfert, A., Hueppchen, N., Weiss, P., Beckmann, C., Ling, F., Herbert, W., Laube, D. & Smith, R (2019), *Obstetrics and Gynecology, Eighth Edition*, Wolters Kluwer



LEGENDA DE SÍMBOLOS



Ideia-chave ou nota importante a reter.



Mnemónica ou nota que ajuda a memorizar o conteúdo.

