

Ginecologia Obstetrícia



Assistência ao parto normal

MD

D

P

GD



Autoria

Mariana Correia, Ana Mendes da Silva



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
- Direção-Geral da Saúde. Registo de Indicações de Cesariana - norma no: 001/2015. [Online].; 2015. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Indução do trabalho de parto - norma no: 002/2015. [Online].; 2015. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0022015-de-19012015-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. Trabalho de parto estacionário – Orientação nº 001/2015 de 19/01/2015. Acessível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0012015-de-19012015-pdf.aspx>



Trabalho de parto (TP): conjunto de eventos fisiológicos que levam à contractilidade uterina **regular e dolorosa**, **dilatação** do colo do útero, **progressão** do feto através do canal de parto e a sua **expulsão** para o exterior

Contrações
uterinas regulares



Alterações do colo
útero



DICA PNA: perante um caso clínico de possível TP é necessário avaliar logo se estamos perante um verdadeiro TP: isto é, se existem contrações regulares associadas a alterações do colo do útero. Só na presença destas duas alterações é que podemos considerar que estamos perante um TP. É importante fazer a distinção das situações em que é necessário induzir o trabalho de parto (referido mais à frente)

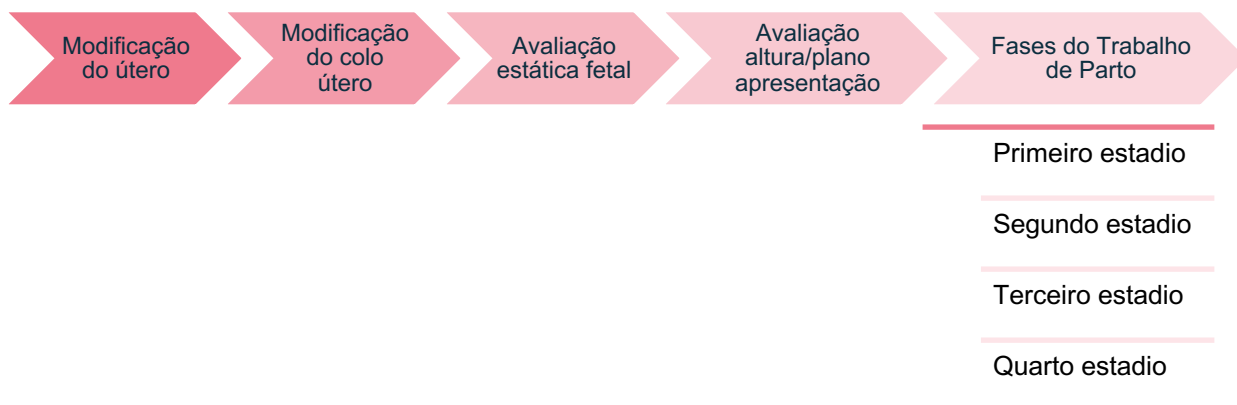


É frequente a grávida ter dificuldade em distinguir
“falsas” contrações versus “verdadeiras contrações” de TP

Contrações de Braxton-Hicks	Contrações de verdadeiro TP
Irregulares	Regulares
Não conduzem a modificações do colo uterino	Conduzem a modificações do colo uterino (dilatação e apagamento)
↓ intensidade e duração	↑ intensidade e duração
Intensidade e frequência constantes	Intensidade e frequência progressivamente ↑
Cedem a analgesia	Não cedem a analgesia

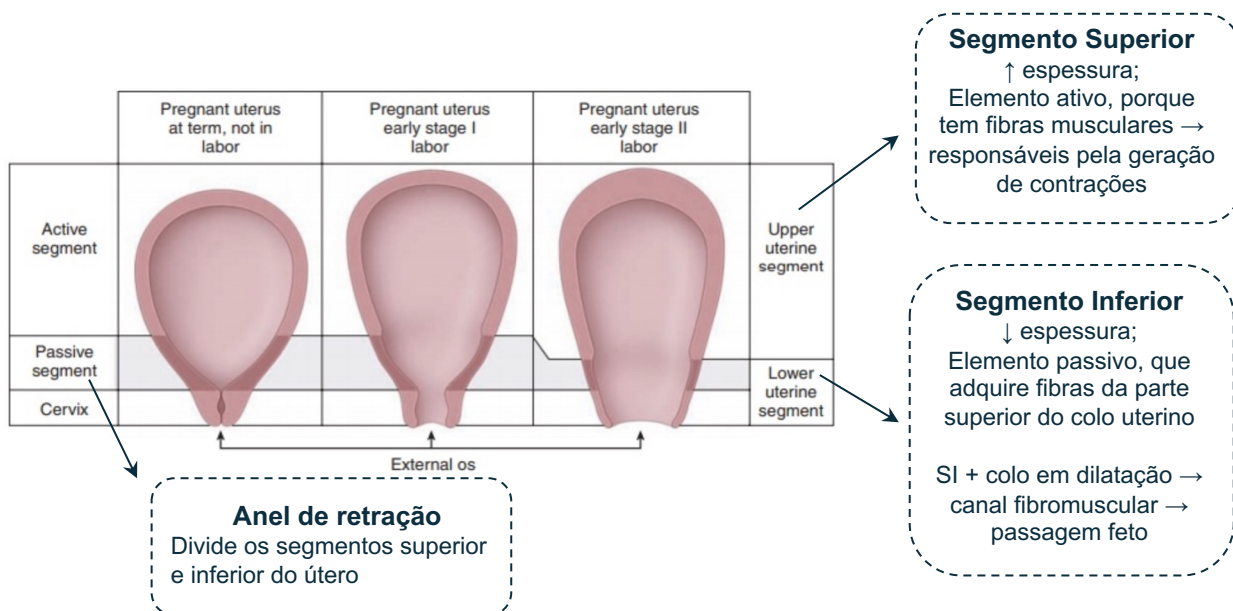
MD

Perante um possível TP, são avaliadas uma série de alterações fisiológicas que culminam no TP:



Conceitos Gerais

MD Modificações estruturais do útero



MD Modificações estruturais do colo do útero

• EXTINÇÃO / APAGAMENTO

% de encurtamento em relação ao comprimento inicial

- começa com 3-4 cm → Orifício circular limitado por uma estrutura cervical delgada

→ **Colo extinto/apagado**

Consequência: Expulsão rolhão mucoso



Sem apagamento
Sem dilatação

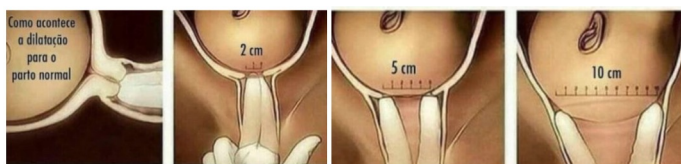
Apagamento total
Dilatação de 2 cm

Apagamento total
Dilatação total 10 cm

• DILATAÇÃO

abertura do colo; completa se diâmetro de 10cm;

Consequência: progressão da ap. fetal

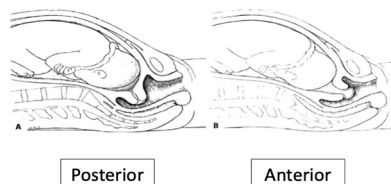


• CONSISTÊNCIA

firme /duro → intermédio → amolecido

• POSIÇÃO

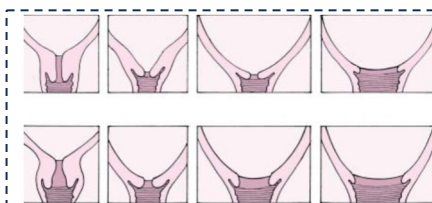
posterior → intermédio → anterior



Posterior

Anterior

O colo "ideal" para o parto é o colo **mole e anterior** (além de com apagamento e dilatação total, naturalmente).



Nulíparas:










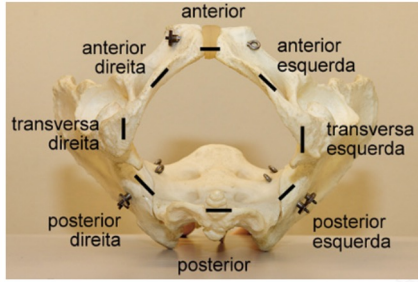
apagamento → dilatação

Multíparas

apagamento e dilatação simultâneas

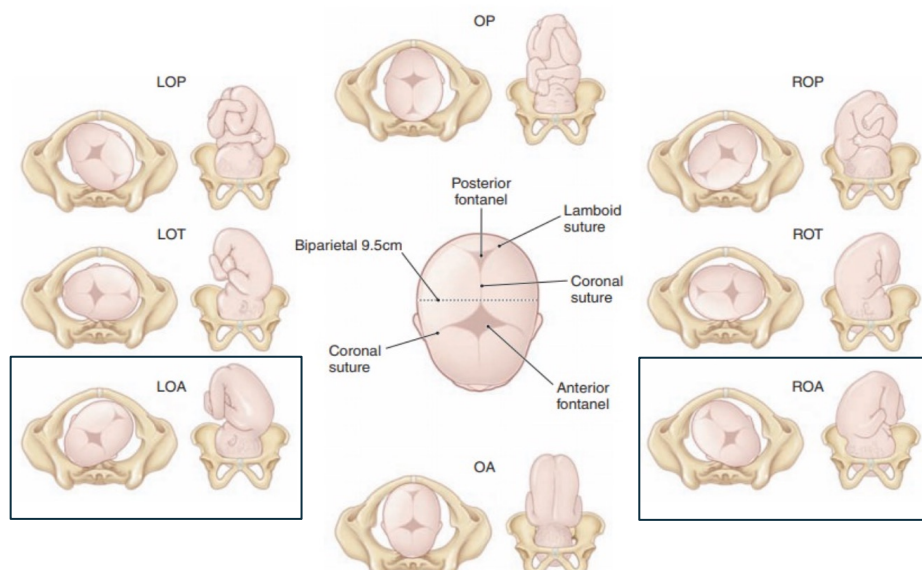
D Avaliação estática fetal

É um determinante na escolha do tipo de parto (vaginal ou cesariana)

Situação	Apresentação	Atitude	Posição	Variedade
<p>Relação entre os longos eixos materno e fetal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Longitudinal +++  <ul style="list-style-type: none"> ○ Transversa*  <ul style="list-style-type: none"> ○ Obliquo* (transitória) 	<p>Porção fetal mais perto do canal de parto (o que se sente ao toque vaginal):</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Cefálica +++  <ul style="list-style-type: none"> ○ Pélvica  <ul style="list-style-type: none"> ○ Espádua 	<p>Postura que o feto toma relativamente a si próprio, geralmente é a flexão generalizada de todo o corpo:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Vértice +++  <ul style="list-style-type: none"> ○ Bregma  <ul style="list-style-type: none"> ○ Fronte  <ul style="list-style-type: none"> ○ Face 	<p>Relação do ponto de referência (o + usado é a fontanela posterior - lambda) com o lado do canal de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Esquerda ○ Direita 	<p>Relação do ponto de referência (o + usado é a fontanela posterior - lambda) com o lado do canal de parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Anterior ○ Posterior 

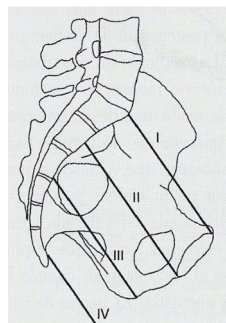
* Indicação formal para cesariana

! Maioria dos partos (2/3) → feto em **OEA**
Variedade anterior associada a partos + rápidos

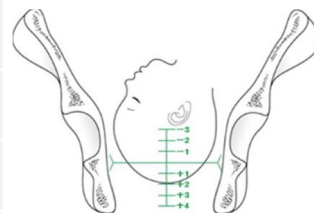


D Avaliação altura fetal

Perceber a progressão da apresentação pelo canal de parto



PLANOS DE HODGE	PLANOS DE DELEE
I – Promontório ao bordo superior da sínfise púbica	Plano 0 → Espinhas Isquiáticas (EI)
II – Bordo inferior da sínfise púbica	Acima das EI → -1, -2, -3, -4, -5
III – Espinhas isquiáticas	Abaixo das EI → +1, +2, +3, +4, +5
IV – Introito vulvar	

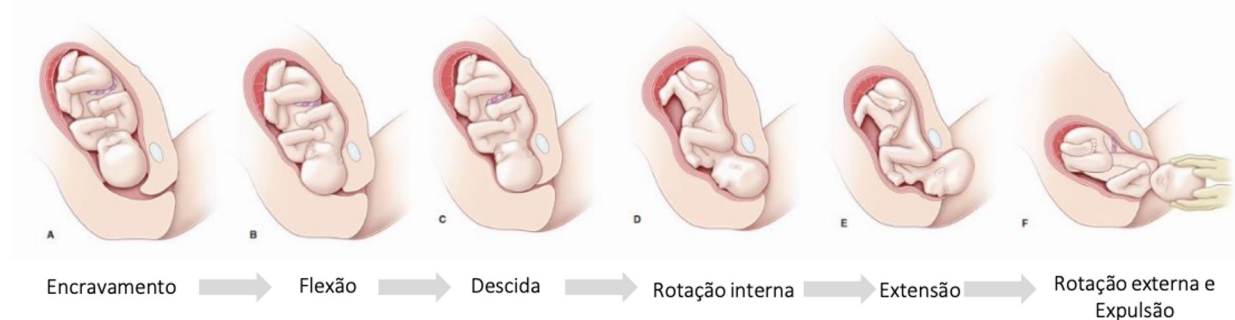


Plano 0 (DeLee) ou III (Hodge) → **encravamento da apresentação**



DICA PNA: é importante saber! A apresentação (encravamento) irá ditar a possibilidade ou não de realizar parto instrumentalizado

Movimentos cardinais do feto durante o TP



Mecanismo do TP

Movimentos
cardinais do TP



Contrações
uterinas

2 princípios importantes:

- O maior diâmetro da cabeça do feto alinha com o maior diâmetro do canal de parto;
- O canal de parto tem a forma de um “J”, em que a face posterior côncava corresponde ao sacro e a anterior ao púbis e tem 2 estreitamentos (superior e inferior);
- Através dos movimentos cardinais (que não ocorrem isoladamente, mas em conjunto) o feto vai descendo e passando por estes estreitamentos



Forma em J do canal de parto

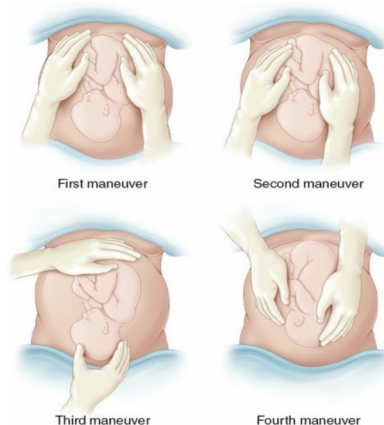
Avaliação da grávida em possível TP

D **Sinais de alarme** que devem motivar a vinda da grávida ao hospital:

- Contratilidade **regular** de 5/5 minutos por **> 1 hora**
- **Perda de líquido** via vaginal
- Perda hemática vaginal **significativa**
- **Diminuição** da percepção dos movimentos fetais

Avaliação inicial da grávida deve contemplar:

- Identificar sintomatologia atual/complicações da gravidez
- Confirmar idade gestacional (diferenciar PPT de TP de termo)
- Revisão exames analíticos e ecográficos
- Exame objetivo
 - Sinais vitais
 - Avaliação do bem-estar fetal (ACF, CTG, Ecografia)
 - Exame abdominal – tônus uterino e manobras de Leopold
 - Toque vaginal – características do colo
- Ecografia para avaliar apresentação, localização da placenta, LA



Manobras de Leopold

Avaliação da grávida em TP

D **Posição** Evitar o decúbito dorsal → risco de compressão da veia cava inferior
Aconselha-se **decúbito lateral**

Alimentação Na fase ativa evitar ingestão oral, exceto líquidos claros em quantidade moderada

Avaliação do Bem-estar Fetal

Avaliação da FC fetal intermitente ou monitorização eletrónica contínua.
A partir da **fase ativa** está preconizada em Portugal a monitorização contínua (CTG contínuo), mesmo em situações de baixo risco. Se indisponível, a auscultação intermitente deve ser assegurada.

	1º estadio (fase ativa)	2º estadio
Gravidez baixo risco	30/30min	15/15min
Gravidez alto risco*	15/15min	5/5min

*Hemorragia genital, dor abdominal aguda, febre, PPT, HTA ou FCF não tranquilizadora

Analgesia e Anestesia

Tipo de analgesia	Local de administração	Situações em que se usa	Vantagens/Desvantagens e EA
Bloqueio Epidural <i>Gold-standard</i>	Espaço epidural	<ul style="list-style-type: none"> • Parto vaginal (Fase ativa do 1º estadio) • Cesariana 	Titulação EA: cefaleias, hipotensão materna
Raquianestesia	Espaço subaracnoideu	Parto vaginal rapidamente progressivo	Desvantagem – dose única, sem possibilidade de titulação
Bloqueio de nervo pudendo	Nervo pudendo	Período expulsivo, reparação de episiotomia e lacerações	
Anestesia geral	EV ou inalada	Cesariana emergente	Extração do feto deve ser rápida, sob risco do anestésico passar para feto EA: aspiração de conteúdo GI, Depressão do RN



Solicitação materna é indicação médica suficiente para analgesia do TP

Abordagem no TP

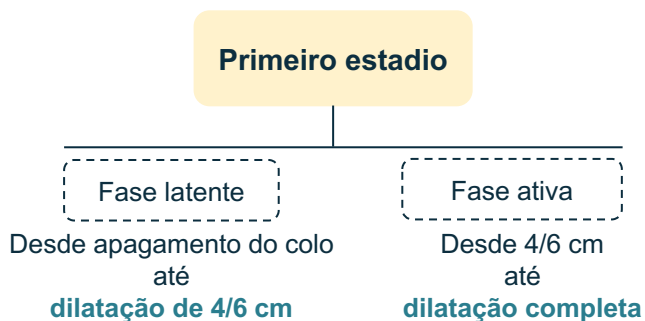
GD

Primeiro estadio

Segundo estadio

Terceiro estadio

Quarto estadio



Rotura de membranas:

- Normal → fase ativa
- Prematura → antes do início do TP
- Prematura pré-termo → antes das 37 semanas
- Prolongada > 18h

GD

ABORDAGEM NO TRABALHO DE PARTO – PRIMEIRO ESTADIO

Toque Vaginal Periódico	<ul style="list-style-type: none"> • Em intervalos de 1h para avaliar progressão do TP • Avaliar: dilatação, extinção, apresentação, plano da apresentação e integridade membranas • Registrar no partograma <div> <p>Toque vaginal NÃO deve ser feito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotura prematura de membranas pré-termo - Hemorragia vaginal - Placenta ou vasa prévia </div>
Monitorização Bem-estar Fetal	Se não tranquilizador (p.ex. desacelerações FCF) → toque vaginal + freq para excluir prolapso CU ou parto iminente
Analgesia Materna	+ esvaziamento vesical → bexiga pode ser um obstáculo à passagem do feto Analgesia epidural na Fase ativa no 1º estadio!
Profilaxia SGB	Penicilina G ou Ampicilina (4/4h) se: <ul style="list-style-type: none"> • Rastreio positivo (colheita exsudado vaginal entre as 35-37 semanas) • Filho anterior com doença causada por SGB; • Urocultura desta gestação com isolamento SGB
Uterotónicos - Oxitocina	Podem ser utilizados → não há necessidade se evolução normal do TP
Amniotomia	= Rotura artificial de membranas Efetuada se necessidade de monitorização fetal interna, suspeita de sofrimento fetal ou aceleração do Tp Não é necessária se boa evolução do TP
Esforços Maternos Expulsivos	Vontade da grávida para “puxar”, devido à pressão do polo cefálico no períneo NÃO SE RECOMENDAM ESFORÇOS EXPULSIVOS NO 1º ESTADIO

Primeiro estadio

Segundo estadio

Terceiro estadio


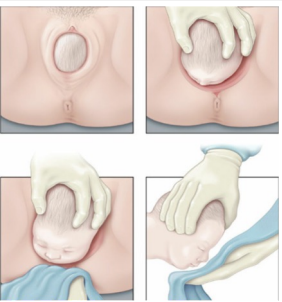

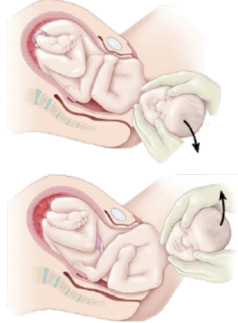
Quarto estadio

GD

ABORDAGEM NO TRABALHO DE PARTO – SEGUNDO ESTADIO

= Manobra de Valsalva extensa → aumenta pressão intra-abdominal → descida feto
SIMULTÂNEOS com as contrações uterinas involuntárias

Esforços maternos expulsivos só no 2º estadio (ou seja, **após a dilatação completa**) !

Posicionamento Grávida	Litotomia Dorsal 
Episiotomia Seletiva	<ul style="list-style-type: none"> • Incisão perineal iatrogénica → ↑ diâmetro do introito vaginal • Episio medio-lateral preferível à mediana (associa-se + a lesões esfíncter anal e reto) • Melhor timing: quando períneo ↓ espessura consideravelmente devido à descida do feto • Indicações: Se forte probabilidade de laceração perineal espontânea (p. ex parto instrumentado) ou necessidade de abreviar 2o estadio • Desvantagens: Atraso na retoma vida sexual e dor;
Manobra de Ritgen Modificada	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar mão sobre o vértice fetal enquanto outra mão exerce pressão no períneo materno sob o queixo fetal (↓ risco lacerações); • Uso toalha estéril → evitar contaminação luvas 
Excluir presença de circulares	<p>Se larga → deslizar sobre a cabeça Se apertada → Clampagem com 2 pinças e seccionar entre elas</p> 
Extração dos ombros	<ul style="list-style-type: none"> • Precaução → evitar lesão plexo braquial; • Se impossibilidade de extrair ombro anterior → distócia de ombros 
Oxitocina <u>após</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Encurtar o 3º estadio e prevenir atonia uterina

Ocorre **espontaneamente até 30 MINUTOS** após a expulsão do fetal



Espontânea

- 3 **sinais clássicos** de separação da placenta:

Útero com configuração globular
“Jorro” de sangue
Alongamento do cordão umbilical

- Administração de uterotônicos
Oxitocina em perfusão contínua

Evitar tração excessiva para extrair a placenta → risco de inversão uterina

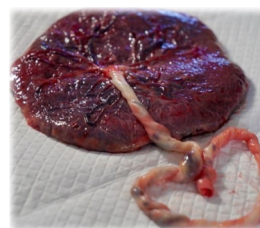
Após desprendimento → tração leve do cordão + pressão supra-púbica

Manual

APÓS 30 MINUTOS sem expulsão espontânea da placenta

Após expulsão da placenta

- Verificar integridade da placenta e membranas
- Morfologia do cordão umbilical (2 artérias e 1 veia)
- Palpação do fundo uterino



Massagem uterina



Uterotônicos
(+++ oxitocina em perfusão contínua)

Inspeção do canal de parto



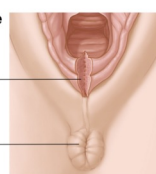
1º Grau	Mucosa vaginal e/ou pele do períneo
2º Grau	Mucosa e tecido subcutâneo
3º Grau	Estende-se até ao esfíncter retal
4º Grau	Estende-se até à mucosa retal

Tto conservador: AINEs
Sutura se decisão médica

Cirurgia para reparação de esfíncter e mucosa
Antibioterapia

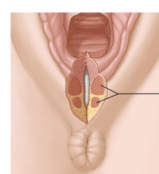
1st Degree

Vaginal mucosa torn
Anus



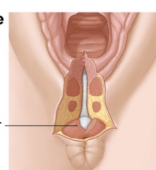
2nd Degree

Perineal muscles torn



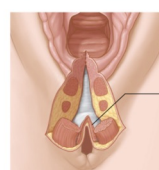
3rd Degree

Anal sphincter torn



4th Degree

Rectum torn



Primeiro estadio

Segundo estadio

Terceiro estadio

Quarto estadio

GD

ABORDAGEM NO TRABALHO DE PARTO – QUARTO ESTADIO

Risco de complicações pós-parto graves é maior na 1ª HORA



+++ Hemorragia pós-parto (HPP) (1%), mais comum em TP rápidos ou prolongados, úteros com grande volume (macrossomia fetal, polidrâmnios, gestação múltipla) ou corioamnionite

MANTER VIGILÂNCIA

- Monitorização de sinais vitais
- Palpação do útero
- Monitorização de perdas hemáticas

É um estadio sobretudo de **VIGILÂNCIA**, mas também de tratamento de complicações, caso surjam.

Visão Global do TP (associado com Parto Anormal)



FASES DO TP	Monitorização Fetal	Duração Nulipara	Duração Multipara	se tempo ultrapassado /não atingido?	Critérios para TP estacionário*	ABORDAGEM
ESTADIO 1 Dilatação/Extinção	Início das contrações REGULARES até dilatação completa (10cm) e extinção total do colo	Fase latente Extinção e dilatação até 4-6cm	--	<20h	<14h	Repouso Analgesia eficaz (não é a anestesia) Atitude expectante (evitar amniotomia)
		Fase Ativa (+ rápida) >4- 6cm extinto até dilatação completa	30/30 min 15/15 min*	> 1 cm/h	> 1,2 - 1,5 cm/h	Fase latente arrastada
ESTADIO 2 Expulsão	Dilatação completa até expulsão do feto	15/15 min 5/5 min*	<3h	<1h	Nuliparas e Multiparas >2h ou <1cm/h (+1h se anestesia)	Cesariana
		Não desce após 1h				Nuliparas Multiparas >2h (+1h se anestesia)
ESTADIO 3 Dequitação	Expulsão do feto até expulsão da placenta	--	Até 30 min		-	Cesariana
ESTADIO 4 Pós-parto Imediato	2h após a dequitação – alterações fisiológicas maternas Fase de > risco de HPP	--			-	

*de acordo com a NOC de trabalho de parto estacionário, não existe a referência (e distinção) em TP arrastado/prolongado e paragem do TP. Essa distinção é realizada apenas na bibliografia e em guidelines americanas (e que por isso pode estar referida em casos clínicos de plataforma de perguntas americanas).

Indução do TP

Quando os benefícios maternos ou fetais ultrapassam os riscos de continuar a gravidez.

A indução do TP pode ser feita através de **maturação do colo** ou através **indução das contrações**

D

A QUEM?

- Gravidez pós termo (≥ 41 sem)
- Rotura prematura membranas
- Estado fetal não tranquilizador
- Condições médico-cirúrgicas maternas*

HTA na gravidez, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, HELLP, DM materno, corioamnionite

Contra-indicações

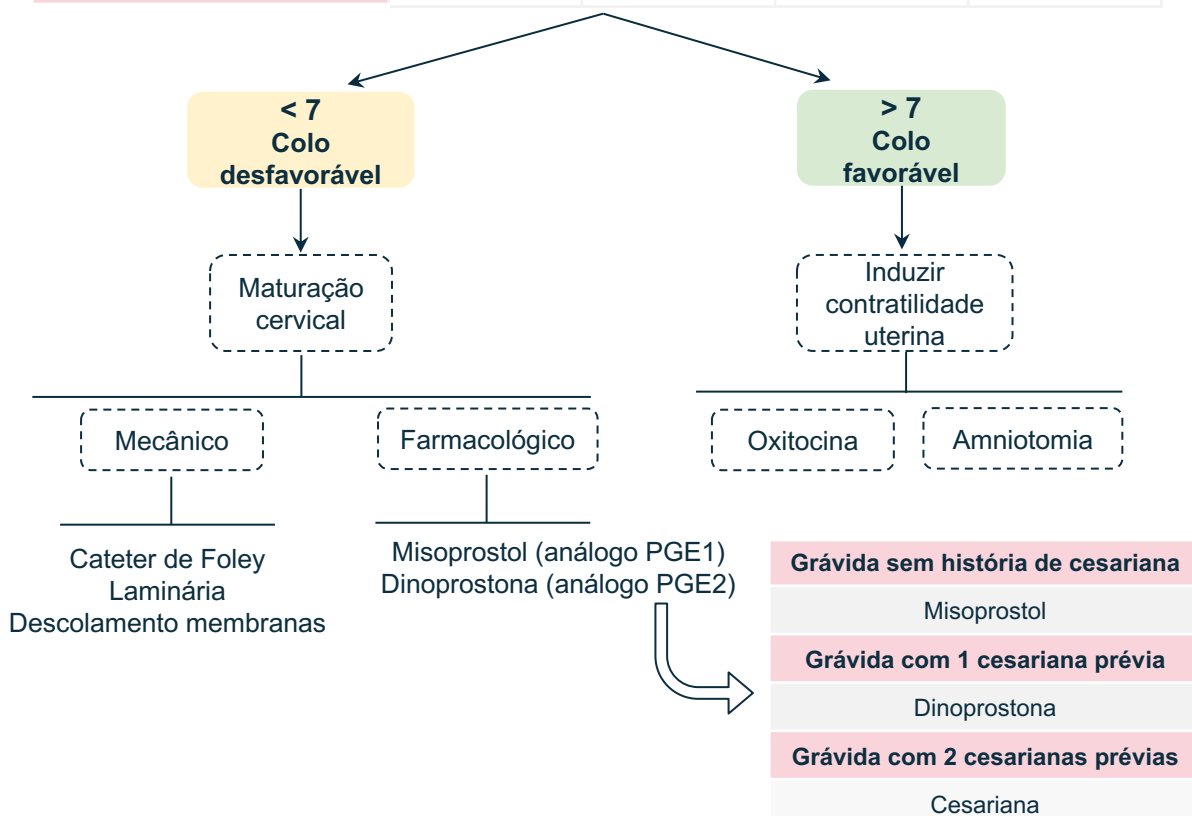
- Todas as que CI um parto vaginal
- **1 ou mais cesarianas anteriores ??**

Depende do **Índice de Bishop** → escala de maturação cervical

Como se calcula?

	0	1	2	3
Dilatação (cm)	0 (fechado)	1-2	3-4	≥ 5
Apagamento/Extinção (%)	0-30	40-50	60-70	> 80
Plano de apresentação (Hodge e DeLee)	Acima do I -3	I -2	II -1,0	III +1
Consistência do colo	Firme	Intermédio	Mole	
Posição	Posterior	Intermédio	Anterior	

GD



Parto por Cesariana

Tem como desvantagens:

- ↑ risco de hemorragia e TEV
- ↑ risco de infecção
- Internamento + prolongado
- Recuperação + dolorosa
- Mortalidade 2 - 4 x superior



Vontade materna **NÃO É** indicação para cesariana

1. Patologia materna que contraindica o parto vaginal:

- Grávida seropositiva para VIH com elevado número de cópias virais (>1000 cópias)
- Infecção herpética genital ativa
- Doença cardiovascular ou pulmonar grave
- Doença inflamatória intestinal com envolvimento anal ou vaginal
- Carcinoma invasor do colo

2. Anomalia fetal que contraindica o parto vaginal:

- Mielomeningocele
- Hidrocefalia com macrocefalia
- Defeitos da parede abdominal com exteriorização hepática
- Teratoma sacrococcígeo volumoso

3. Patologia própria da gravidez:

- Placenta prévia central total ou placenta acreta
- Suspeita de descolamento da placenta
- Eclâmpsia com índice de Bishop desfavorável
- Restrição do crescimento intrauterino com fluxo diastólico umbilical ausente ou invertido
- Cardiotocograma patológico no anteparto

4. Cirurgia uterina prévia:

- Antecedentes de duas cesarianas anteriores
- Cesariana anterior com histerotomia corporal (cesariana “old school”)
- Miomectomia ou cirurgia de reconstrução uterina envolvendo toda a espessura do miométrio
- Rotura uterina prévia

5. Situação ou apresentação fetal anómala:

- Situação transversa em trabalho de parto
- Apresentação pélvica
- Apresentação de face com mento posterior

6. Gravidez múltipla: (não é por si só motivo para cesariana)

- Gravidez tripla
- Gravidez gemelar com 1º feto em apresentação pélvica

7. Suspeita de incompatibilidade feto-pélvica

8. Tentativa frustrada de indução do trabalho de parto: utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para induzir o trabalho de parto sem se atingir a fase ativa do trabalho de parto, isto é, os 4 cm de dilatação

9. TP estacionário:

- Distocia dinâmica
- Distocia mecânica
- Tentativa frustrada de parto auxiliado com ventosa ou fórceps
- Estado fetal não tranquilizador intraparto:
 - Cardiotocograma patológico
 - Cardiotocograma suspeito com eventos ST