

Condução do trabalho de parto: quando e como intervir

Dr. Marcelo Guimarães Rodrigues

Hospital Universitário Evangélico de Curitiba

Hospital do Trabalho

Definições

- Definição: “Trabalho de parto dificultoso”
- Causas clássicas (3 P= Power, Passenger, Pelvis)
 - Força (contrações inadequadas)
 - Passagem (anatomia pélvica anormal)
 - Passageiro (macrossomia, variedade de posição anômala, anomalias fetais)
- Outras expressões: DCP, falha de progressão
- Responsável por 42000 mortes maternas (8%) em 2000 (somente 46,5% partos na África são assistidos por prof qualificado)

FASES TRABALHO DE PARTO

- **Primeiro estágio** - Tempo desde o início do trabalho de parto até a completa dilatação cervical.
- O primeiro estágio consiste em uma fase latente e uma fase ativa. A fase latente é caracterizada por mudança cervical gradual e a fase ativa é caracterizada por rápida alteração cervical.
- **Segunda etapa** - Tempo da dilatação cervical completa até a expulsão fetal.
- **Terceira etapa** - Tempo entre a expulsão fetal e a expulsão placentária.

Problemas relacionados ao primeiro estágio

- O diagnóstico de uma fase ativa prolongada é feito em mulheres com dilatação ≥ 6 cm que estão dilatando a menos de 1 a 2 cm / hora, o que reflete o percentil 95 em mulheres da curva de Zang .
- Mulheres com dilatação cervical < 6 cm são consideradas em fase latente , pode levar de seis a sete horas para progredir de 4 a 5 cm e de três a quatro horas para progredir de 5 a 6 cm durante uma fase latente normal, independentemente da paridade.
- Diagnóstico - Parada ativa é diagnosticada na dilatação cervical ≥ 6 cm em um paciente com ruptura de membranas :
- Nenhuma alteração cervical por ≥ 4 horas, apesar das contrações adequadas (geralmente definidas como > 200 unidades de Montevideu [MVU])
- Nenhuma alteração cervical por ≥ 6 horas com contrações inadequadas

Evite a Admissão Precoce No Trabalho De Parto

- Admissão na fase latente acarreta em mais intervenções e provoca mais distócia
- Mulheres em fase latente deve ser orientada à ir para casa ou unidade de observação:
 - Resultados similares aos do trabalho de parto
 - Menores taxas de condução com ocitócico, uso de analgésicos e uso de peridural

Prevenção Da Distócia

- Educação do paciente
- Ansiedade do profissional para o parto vaginal
- Cuidado com a indução do parto
- Oferecer apoio emocional (Doula/ Familiar)
- Considerar amniotomia
- Oferecer alternativas ao controle da dor
- Reconsiderar o manejo do segundo período
- Auditoria de todos os partos

Contratilidade

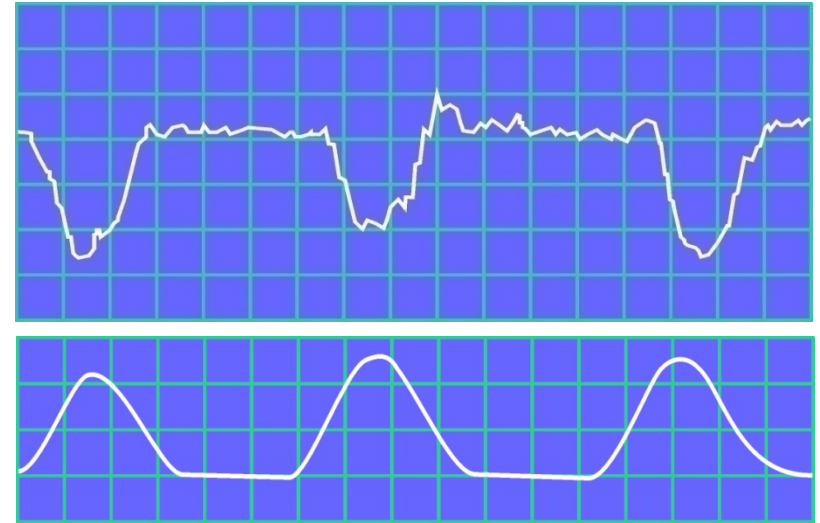
- Hipocontratilidade uterina - é o fator de risco mais comum para distócias no primeiro estágio do trabalho de parto.
 - A atividade uterina não é suficientemente forte ou não é adequadamente coordenada para dilatar o colo do útero e expulsar o feto.

Contratilidade

- Baseando-se na dinâmica uterina e Partograma
- Corrigir Hipossistolia ou Hipotonicidade
 - Amniotomia
 - Uso endovenoso de ocitocina (protocolo de baixa ou alta dose)
- Parto Vaginal Assistido (Vácuo ou Fórcepe)

Amniotomia

- Parte da conduta ativa na descrição do trabalho de parto
- Reduz o tempo do trabalho de parto em 60-120 minutos
- Pode ser associado com ↑ desacelerações variáveis ou traçados não tranquilizadores



Protocolos: Ocitócina

	Dose de ataque	manutenção	Dose máxima
Baixa dosagem	0,5 a 2,0 mUI/min	1 a 2 mUI/min cada 20-40 min	20 a 40 mUI/min
Alta dosagem	6 mUI/min	1 a 6 mUI/min cada 15-30 min	40 a 42 mUI/min

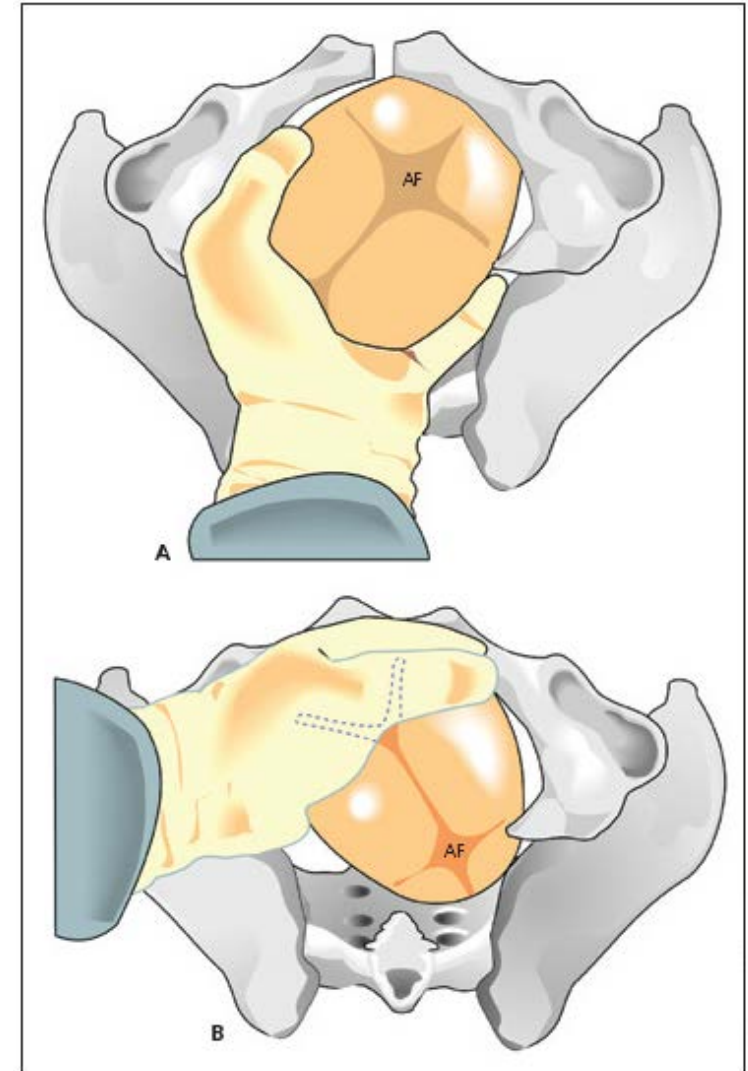
*1mUI = 2 gotas (5UI/500 solução)

Obesidade Materna

- Obesidade materna - O aumento do índice de massa corporal (IMC) materno se correlaciona com o aumento da duração do primeiro estágio do trabalho de parto.
- Em um estudo, por exemplo, o tempo médio de dilatação de 4 a 10 cm em mulheres nulíparas com IMC $<25 \text{ kg / m}^2$ e $> 40 \text{ kg / m}^2$ foi de 5,4 e 7,7 horas, respectivamente, mesmo após o controle de múltiplos fatores de confusão .
- Os autores concluíram que mais tempo deveria ser permitido para o progresso do trabalho de parto em pacientes obesos.
- A obesidade materna não está independentemente correlacionada com a duração do segundo estágio do trabalho de parto

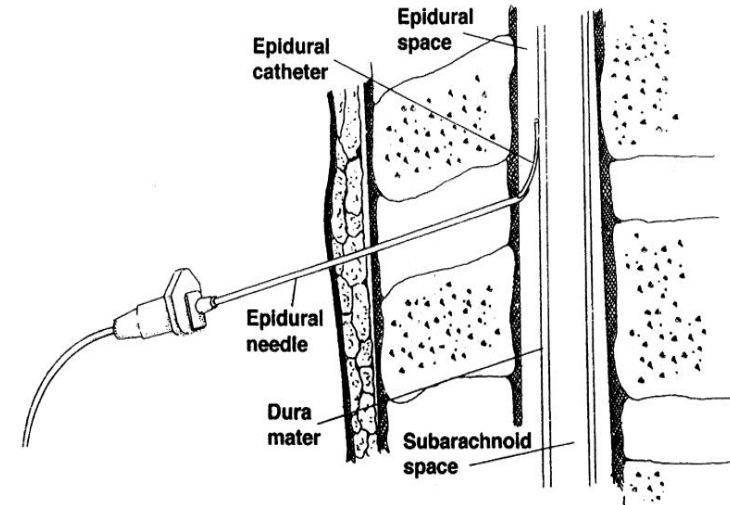
Correção da Posição Anômala

- Grande contribuidor para distócia: OS
- Rotação espontânea pode ocorrer com a mudança da posição materna
- Rotação manual talvez favoreça o parto



Anestesia Peridural

- Associada com distócia em nulíparas
- Aumenta o risco de OS persistente
- Aumenta a duração do primeiro segundo períodos
- Aumenta a incidência de parto vaginal assistido



Deambulação no T.P e posição vertical no Parto

“...elas variavam suas posições em várias etapas do trabalho de parto de acordo com a posição da cabeça da criança na pélvis”.

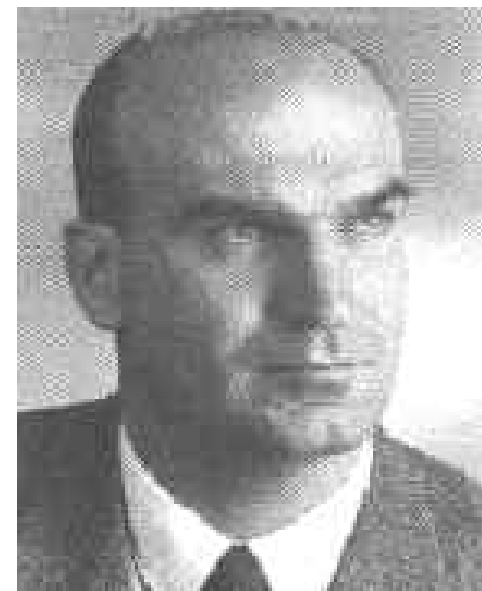
Engelmann,GJ.Labour among primitive people. St. Louis,1882

“... as mulheres sempre tiveram trabalhos de parto mais difíceis quando permaneceram demasiado tempo em suas camas durante o T. de parto, sobretudo muito pior quando, tratava-se dos primeiros filhos, do que quando lhes foi permitido andar e movimentar-se, suportando sua barriga sob seus braços, se necessário; pois desta maneira, o peso da criança, estando a mulher de pé, faz com que o orifício interno do útero se dilate mais cedo do que na cama; suas dores serem menos fortes e frequentes, e seu T.de parto muito mais curto.”

François Mauriceau. Les maladies des femmes grosses. Paris, 5ª ed. 1668

Posição vertical no T.Parto e Parto

- Contrações menos dolorosas, de maior intensidade, mais eficientes e rítmicas (Caldeyro-Barcia,R; Noriega-Guerra,L et al."Effect of position changes on the intensity and frequency of uterine contractions during labour".Am J Obstet Gynecol 1960,284-90)



Posição vertical no T.Parto e Parto

- Redução na duração do T de parto de até 42% nas nulíparas e 59% nas multíparas (**Gallo Vallejo et al,1981**)
- Aumento 25-30mmHg pelo efeito gravitacional ; economia de 30% nos puxos (**Mendez-Bauer,C; Arroyo, et al."Effects of standing position on spontaneous uterine contractions and other aspects of labour". J Perinat Med 1975**)
- Preferência materna= mais confortável (**Gupta JK et al,2003; Gardosi J et al,1989**)

Posição materna no Parto

Recomendações



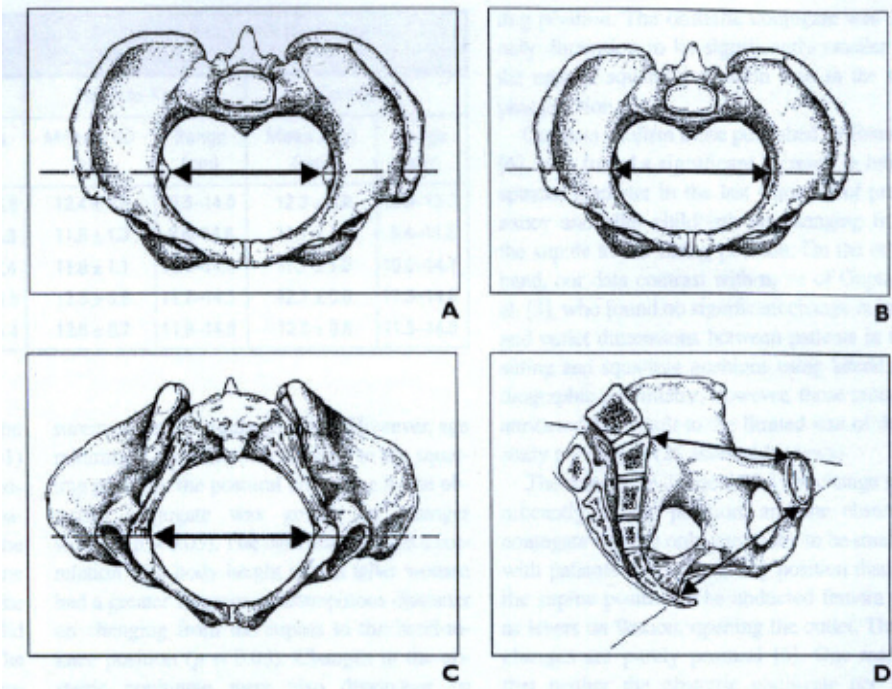
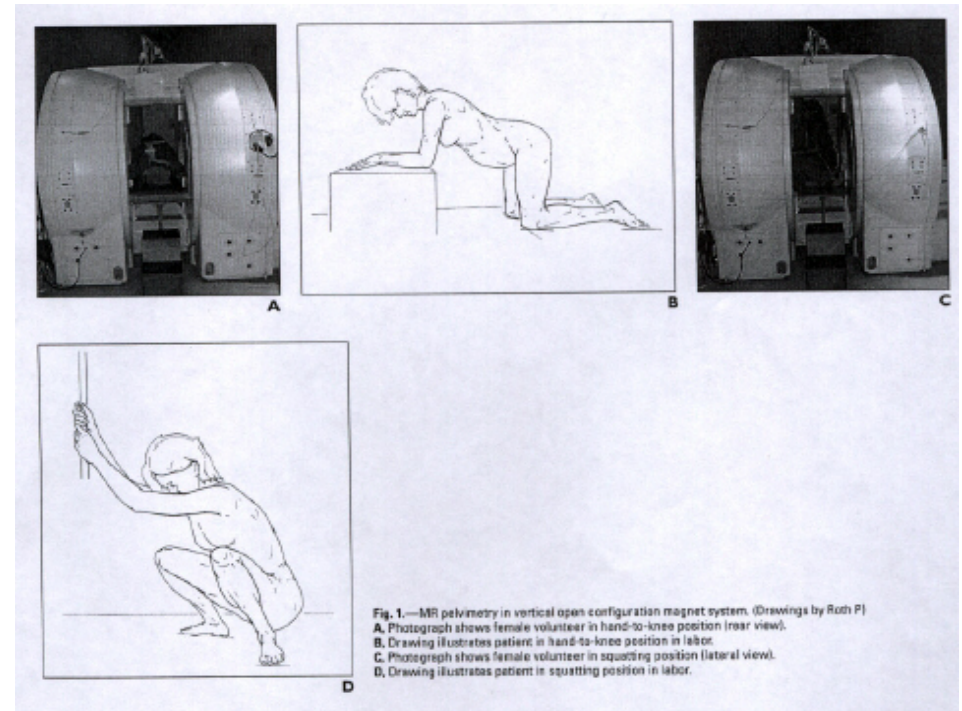
- **“Women should be free to choose a position that is comfortable for them and enhances pushings efforts and delivery. Upright (semi-sitting, squatting) and left lateral postures have many points in their favour, and should be encouraged. In contrast, the traditional lithotomy position has distinct disadvantages and should therefore be reserved for cases of operative delivery. The lithotomy position can often be modified to a semi-sitting position for most purposes to avoid the adverse haemodynamic consequences of supine position and to benefit, at least in part, from a more upright posture.”**

Posição no parto e Pelve Óssea Materna

Michel SC, Rake A, Treiber K et al. MR obstetric pelvimetry: effect of birthing position on pelvic bony dimensions. Am J Roentgenol 2002; 179: 1063-7 (Universidade de Zurique- Suíça)

- Aumento significativo dos diâmetros interespinhoso, intertuberoso e cocci-subpúbico nas posições verticais (cócoras, mãos Joelho) em relação supina
- Conjugata obstétrica menor na posição vertical ($p=0,01$)
- Diâmetros transversos sem alteração

A posição vertical no parto expande significativamente as dimensões ósseas pélvicas femininas sugerindo uma facilitação do TP e nascimento.



Posição materna no Parto Inglesa ou de quatro (Gaskin)

- **Popular entre as “midwives”**
- **Facilita a rotação espontânea nas OS persistentes**
- **De escolha na distócia de ombro**
- **Menos trauma perineal (accoucheur)**
- **Benefícios gravitacionais da posição vertical**

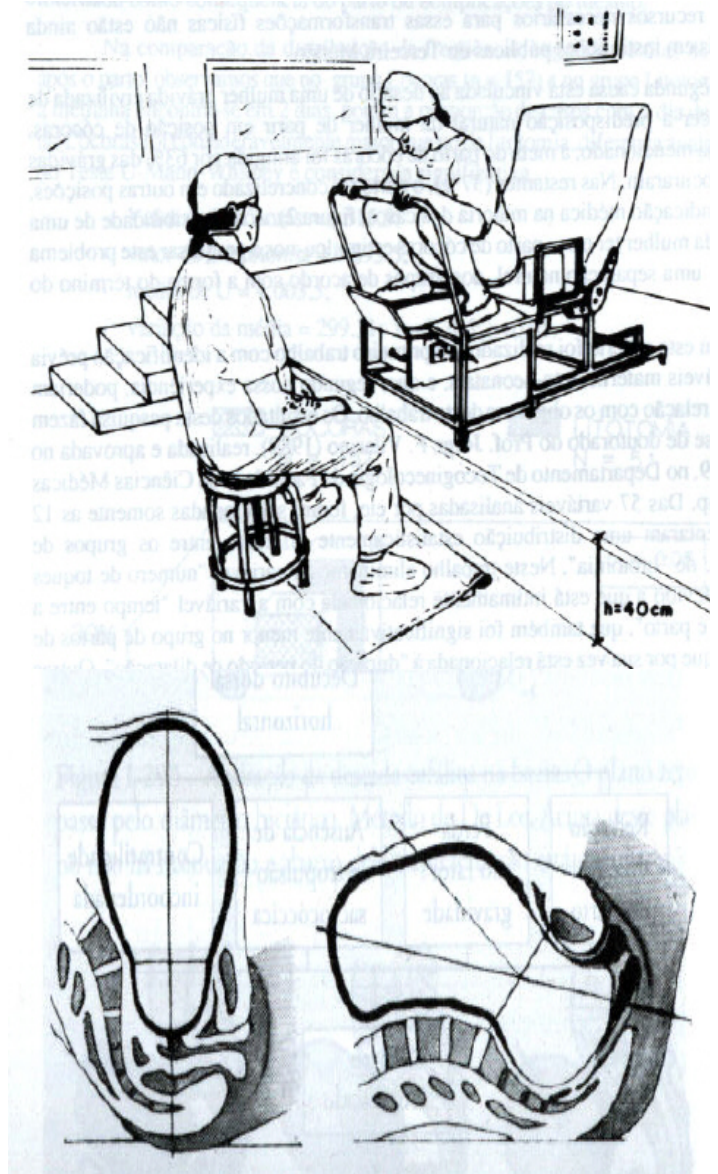


Figura 4. Manobra de Gaskin.

Parto de cócoras (Posição indígena)



- Desconfortável para as mulheres ocidentais (caimbras)
- Retifica o eixo longitudinal do canal de parto
- Aumento de 30%(0,5-1,5cm) na superfície do plano de saída da pelve (Rasele et al,1975)



Prof Moysés Paciornik

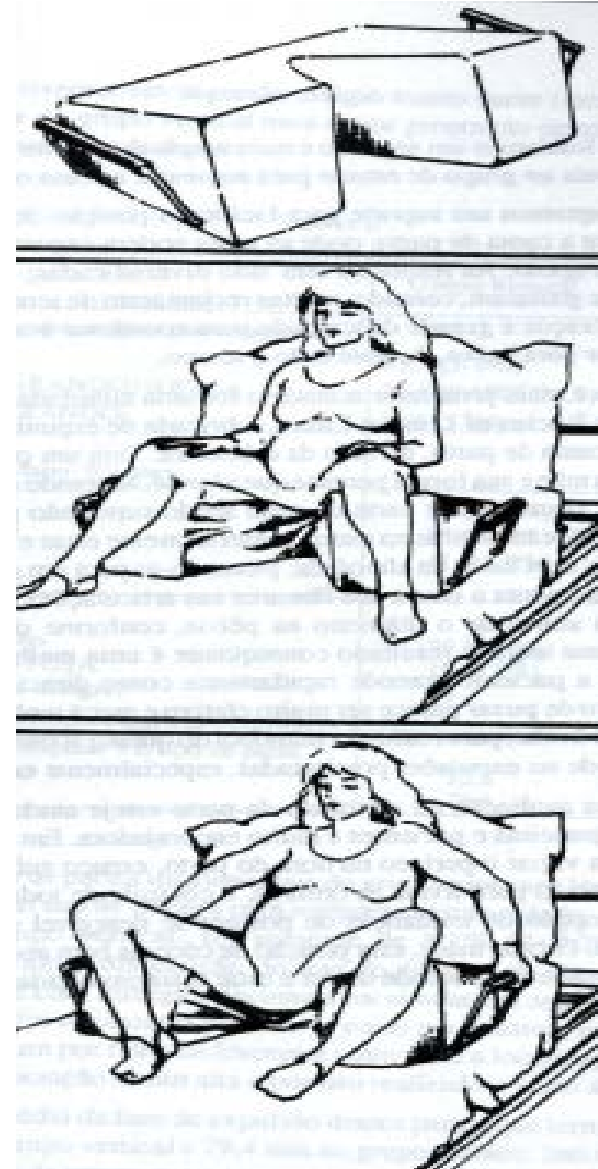
Pai do Parto de cócoras

O corpo do médico Moysés Paciornik, que morreu sexta-feira (26/12/2008) de parada cardíaca em São Paulo, será enterrado neste domingo (28), em Curitiba . Ele estava com 94 anos e ficou conhecido em todo o país como um dos maiores defensores do parto de cócoras.

Nos anos 70, Paciornik percorreu aldeias e descobriu que as índias, mesmo com mais filhos, tinham uma musculatura mais firme. Surgia então o maior defensor do parto de cócoras.



Parto em Posição semi-sentada(LDR)



Parto em Posição Francesa, de Sims ou DLE



- Posição facilmente aplicável
- Vantajosa para o parto pélvico, fórceps
- Evita a síndrome da hipotensão supina
- Ideal para mulheres com ICC, varizes de mm.inf. e restrição na articulação sacroilíaca



Irwin H. Practical considerations for the routine application of lateral Sims position for vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 1978;131

Parto em cadeiras ou bancos de Parto



Suporte Emocional contínuo (Doula e familiar)



Continuous, but not intermittent, support from a doula significantly improves labour and delivery outcomes. Scott KD et al. Evidence-based Obstetrics and Gynecology (2000) 2 , 42

Conduta No Segundo Período

- Evitar exaustão materna por meio de puxos precoces
- Mudar a posição materna
- Diagnosticar e tratar posições anômalas
- Anestesia regional
- Considerar uso de ocitócico

Conseqüências da Distócia

- Indicação da primeira cesárea em mais de 50% dos casos
- 17% de condução do parto com ocitocina em 2003
- Taxas de cesáreas nos EUA:
 - Aumento significativo desde a década de 1990
 - Taxa global de 30,2% em 2005
- Taxa de primeira cesárea (2004)= 20,7%

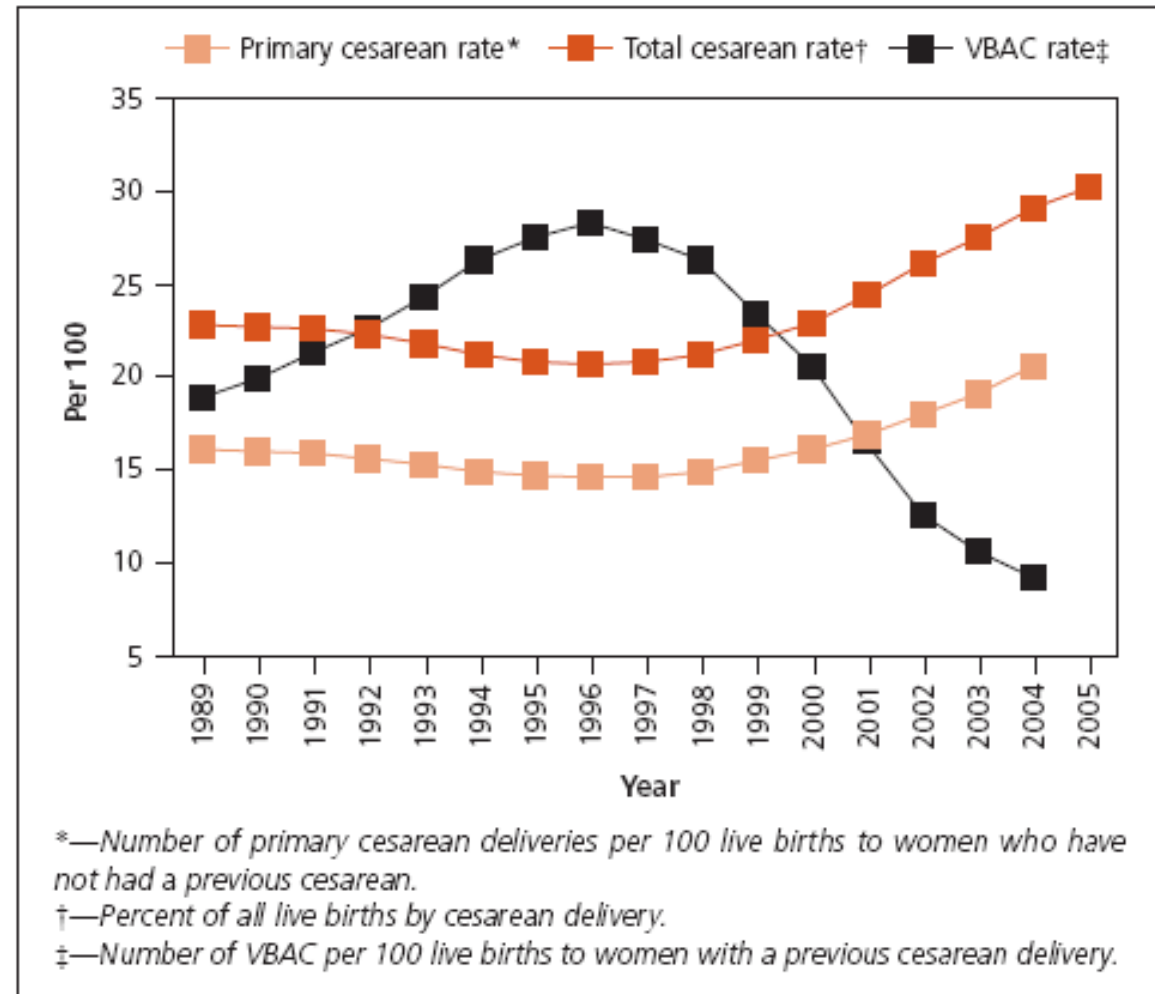


Figure 1. Delivery trends in the United States, 1989 to 2005. (VBAC = vaginal birth after cesarean delivery.)

Finalmente Cuidas das nossas vidas – delas e nossas!!!





OBRIGADO
