

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

DIAGNÓSTICO DAS DISTOCIAS INTRAPARTO E QUANDO INTERVIR



O pronto diagnóstico e a adequada condução das distocias intraparto são determinantes para garantir o bem estar materno e fetal.



Objetivos dessa apresentação:

- Definir e caracterizar os diferentes tipos de distocia;
- Relacionar a distocia intraparto com possíveis desfechos maternos e neonatais;
- Apresentar as condutas recomendadas para resolução de distocias.



Distocia

Definição

Pode-se definir distocia como **qualquer perturbação no bom andamento do parto** em que estejam implicadas **alterações em um dos três fatores fundamentais que participam do parto**:

- Força motriz ou contratilidade uterina (**distocia funcional**)
- Objeto (**distocia fetal**)
- Trajeto - bacia e partes moles (**distocia do trajeto**)



Distocia

Serão apresentadas as definições tradicionais utilizadas pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) das distócias obstétricas; **“no entanto, em que se pese as tentativas de classificar e definir essas distócias, a determinação da duração “correta” de um trabalho de parto - bem como a medida de seu progresso e a avaliação de fatores fetais, uterinos ou pélvicos - é uma ciência inexata, que tem sido extensivamente revisitada nas últimas décadas”** Ehsanipoor e Satin 2022.



Distocia

É importante também considerar, ao se diagnosticar uma distocia:

- Ambiente onde a mulher está sendo assistida
- Atitude da mulher - se postura mais ativa ou não
- Estado emocional da mulher
- O tipo de apoio e suporte físico e emocional que ela estiver recebendo
- Paridade
- Dilatação e mudanças cervicais, além da altura da apresentação
- Contrações uterinas
- Necessidade de referencia ou solicitação de assistência profissional apropriada



Distocia Funcional

Caracterizada como a alteração na força motriz durante o trabalho de parto. Pode estar presente em até 37% das nulíparas com gestações de baixo risco.

Utiliza-se a **Classificação de Goff** para descrever as Distócias funcionais:

- Distocia por hipoatividade uterina
- Distócia por hiperatividade uterina
- Distocia por hipertonia
- Distocia por hipotonia uterina
- Distocia de dilatação



Distocia Funcional

Classificação e Conduta

Distocia por hipoatividade uterina

Os elementos da contração encontram-se abaixo do normal, gerando um parto lento.

Para classificar o parto como **lento**, não é recomendado considerar a evolução da dilatação do colo uterino de 1 cm/h. As definições atuais para avaliar a progressão do trabalho de parto são:

- Fase latente: caracteriza-se por contrações dolorosas, irregulares, com alterações variáveis na cérvix e dilatação inferior a 5 cm. Tem duração indeterminada, devendo-se evitar internação nessa fase para que não se avalie como progressão lenta um trabalho de parto que não iniciou efetivamente. Não se recomenda uso de ocitocina ou amniotomia para acelerar a fase latente.



Distocia Funcional

Classificação e Conduta

- Fase ativa: caracteriza-se por contrações dolorosas, regulares, com aumento da velocidade de dilatação a partir e 5 cm.
- Considera-se a necessidade de intervenção nessa fase quando não há progressão da dilatação cervical por pelo menos 4 horas com contrações adequadas ou pelo menos 6 horas sem mudança cervical e administração de ocitocina com contrações inadequadas.
- Pode-se utilizar também a amniotomia na tentativa de corrigir uma distócia funcional, se as membranas estiverem íntegras. Nesse caso, espera-se evolução da dilatação após duas horas do procedimento.

Todas as intervenções devem ser explicadas e consentidas pela parturiente.



Distocia Funcional

Classificação e Conduta

Distocia por hiperatividade uterina

- Os elementos da contração estão acima do normal, porém não geram necessariamente um parto rápido.
- Hiperatividade com obstrução, como devido à desproporção cefalopélvica, tumor de trajeto prévio, ou sinéquia do colo uterino;
- Hiperatividade sem obstrução – a hiperatividade é intrínseca, levando a um parto rápido, ao que se conceitua um parto em 3 horas ou menos – desde o início do trabalho de parto até o nascimento e dequitação.



Distocia Funcional

Classificação e Conduta

Distocia por hipertonia

- Gera um parto lento, causado normalmente por:
- Uso indevido de ocitocina – causa mais frequente de hipertonia. Deve-se suspender seu uso imediatamente.
- Sobredistensão uterina – por gemelidade ou polidramnia, por exemplo. Deve-se tentar amniodrenagem ou rotura de uma das bolsas amnióticas, se clinicamente possível e consentido.

Distocia por hipotonia uterina

- Não possui relevância clínica durante a dilatação ou no período expulsivo, mas pode acarretar em uma dequitação retardada. Deve ser corrigida com medidas ocitócicas.



Distocia Funcional

Classificação e Conduta

Distocia de dilatação

Seu diagnóstico é feito por eliminação. São casos em que a atividade uterina e o tônus são normais, mas a evolução ainda assim não é favorável. O quadro clínico pode se apresentar de duas formas:

- Com parturiente ansiosa – a liberação de catecolaminas na circulação decorrente do estresse pode levar à incoordenação uterina. São recomendadas técnicas de relaxamento (respiração, música, atenção plena e outras técnicas), técnicas manuais (massagens, compressas de calor), suporte contínuo no trabalho de parto, além de analgesia medicamentosa (regional, inalatória, endovenosa).
- Quando não se trata de ansiedade, pode estar ocorrendo inversão de gradiente ou incoordenação de primeiro grau idiopáticos. Deve-se adotar medidas ocitócicas, visto que a ocitocina sensibiliza o marcapasso uterino.



Distocia do Trajeto

Deve-se à presença de anormalidades ósseas ou de partes moles, o que gera um estreitamento do canal de parto e dificulta ou até impede a evolução normal do trabalho de parto e a passagem do feto.

Distocias Ósseas

São anormalidades no formato, no tamanho ou nas angulações da pelve, o que torna difícil ou até impede o parto por via vaginal. A pelvimetria na admissão não é recomendada pela OMS. A prova do trabalho de parto deve ser estimulada, uma vez que ocorrem fenômenos plásticos no trabalho de parto - amoldamento das calotas cranianas do feto e aumento dos diâmetros pélvicos maternos – que alteram as relações entre pelve e apresentação fetal.



Distocias de Partes Moles

São alterações do canal de parto que impedem a progressão do trabalho de parto, excetuando-se as distocias ósseas, a saber:

- **Vulva e períneo:** varizes, estenose ou edema de vulva, condiloma acuminado de grande extensão. Normalmente não impedem o parto, mas podem gerar mais sangramentos vaginais e/ou infecções pós-parto;
- **Vagina:** septos vaginais (transversos ou longitudinais);
- **Colo:** hipertrofia, estenose cervical pós-cirúrgica (conização, cerclagem) ou cicatricial e edema de colo;
- **Tumores prévios:** interpõem-se à apresentação fetal, como miomas ou neoplasias de colo uterino.



Distocias do Objeto

Tamanho Fetal

São as anormalidades que ocorrem no trabalho de parto atribuídas ao feto e às relações materno-fetais.

O tamanho do feto pode prejudicar uma boa evolução do trabalho de parto quando este for estimado em mais de 4000 g ou quando, mesmo não tendo um peso aumentado, a bacia materna não apresenta diâmetros que permitam a sua passagem, ao que se denomina desproporção cefalopélvica (DCP). O diagnóstico de de DCP normalmente é feito quando a prova de trabalho de parto incorrer em parada secundária de dilatação pelo partograma.

As mulheres devem ser encorajadas a manter posições verticalizadas durante o trabalho de parto, encorajadas a deambulação caso seja confortável e à livre movimentação, para facilitar a rotação e descida da apresentação, além de aumentar a mobilidade pélvica.



Distocia de Biacromial

Trata-se de complicação grave que pode ocorrer no trabalho de parto, quando a apresentação é cefálica e, após o desprendimento do pólo cefálico, os ombros não se soltam e não há outros fatores que impeçam seu desprendimento.

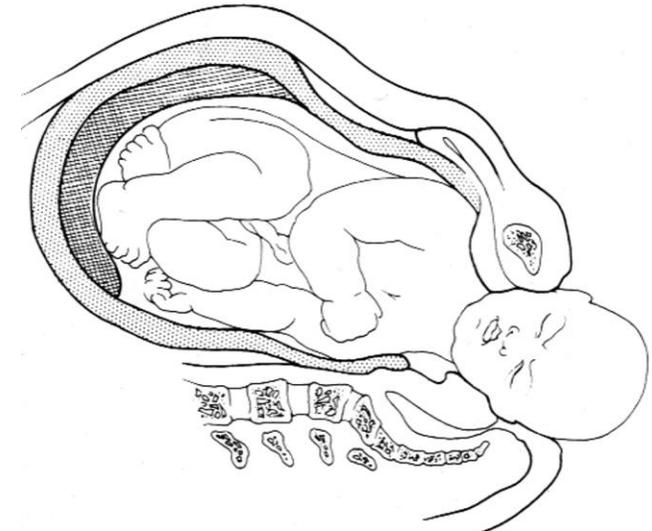
- Associa-se frequentemente a obesidade materna, ao pós-datismo e à diabetes gestacional.
- Pode causar graves consequências:
 - à parturiente → como lacerações, atonia uterina, rotura uterina ou disjunção da sínfise púbica.
 - ao feto → lesões de plexo braquial, fratura de clavícula ou úmero, podendo evoluir para óbito intraparto ou neonatal.



Distocia de Biacromial

- Ocorre quando o desprendimento do ombro anterior não ocorre dentro de 60 segundos após a saída do polo cefálico.
- O peso fetal é particularmente importante quando associado ao diabetes materno, conforme a tabela abaixo. No entanto, **metade dos casos** ocorre em conceptos com **peso normal** ao nascimento:

Incidência global por faixa de peso fetal
0,6 a 1,4% (2.500 a 4.000g)
5 a 9% (4.000 a 4.500g)
Relação com peso fetal e diabetes materno
Peso > 4.000g sem diabetes: 5%
Peso > 4.000g com diabetes: 15%
Peso > 4.500g sem diabetes: 10%
Peso > 4.500g com diabetes: 42%





Distocia de Biacromial

- O diagnóstico clínico é firmado quando, logo após o desprendimento da cabeça fetal, ela se retrai sobre o períneo e permanece colada à vulva, como se estivesse sendo puxada por uma mola, não se abaixa e a rotação externa não ocorre ou não se completa (**sinal da tartaruga**).
- Gradativamente, a face do concepto vai se tornando cianótica e edemaciada.



Fatores de risco

- Obesidade materna
- Diabetes descompensada
- Macrossomia fetal
- Parto instrumental
- Uso de ocitocina
- Restrição da parturiente ao leito

Apesar dos fatores de risco, é um evento imprevisível e todos profissionais que atuam em sala de parto devem saber agir de maneira ágil e organizada.



Distocia de Ombros e Morbidade Neonatal

As injúrias observadas incluem:

- Lesão do plexo braquial (traumatismo clássico)
- Fratura espontânea da clavícula
- Fraturas e deslocamentos do úmero
- Trauma facial
- Asfixia perinatal
- Morte fetal

A Morbidade Neonatal pode ocorrer em aproximadamente 20% dos casos de distocia de ombros.

85% dos neonatos com paralisia braquial identificada ao nascimento apresenta sintomas transitórios e se recupera dentro do 1º ano de vida.



Distocia de Ombros e Morbidade Materna

- Hemorragia materna relacionada com hipotonia uterina
- Lacerações do canal do parto ou rotura do útero
- Diátese de sínfise
- Infecção puerperal



Distocia de Ombros – Conduitas

Trabalho em equipe é fundamental!

- A pressão isolada do fundo uterino, manobra de *Kristeller*, bem como a tração da cabeça fetal são procedimentos formalmente **CONTRAINDICADOS!**
 - pioram a situação, aumentam o risco de lesões maternas e fetais e agravam a impactação púbica do ombro fetal.
- As manobras deverão ser executadas em ordem crescente de trauma potencial.

Resolução em até 7 minutos!



Distocia de Ombros – Condutas

-> **ALEERTA** – desenvolvido pelo programa do ALSO (*Advanced Life Support of Obstetrics*)

- É o mais tradicional mneumônico, valioso e adequado para a maioria das maternidades.
- No entanto, considera que a mulher está decúbito dorsal na hora do parto e propõe manobras internas antes da mudança de posição, por exemplo. Além disso, considera a realização de episiotomia. No entanto, a distocia de ombros não tem relação com o períneo, mas com impactação óssea.

-> **A SAÍDA** – Mneumônico proposto para uso em mulheres que estão em posições verticais ou que não estão restritas em uma maca ou mesa cirúrgica.

- Nessa proposta, as manobras menos invasivas são priorizadas.



Distocia de Ombros – Condutas

Protocolo ALEERTA

A	Chamar Ajuda, avisar a parturiente, pediatra e anestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)
E	Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)
E	Considerar Episiotomia
R	Remover o braço posterior
T	Toque para manobras internas: <ul style="list-style-type: none">• Manobra de Rubin II• Manobra de Woods• Manobra de parafuso invertido
A	Alterar a posição: paciente em quatro apoios (manobra de Gaskin)



Conduitas ALEERTA

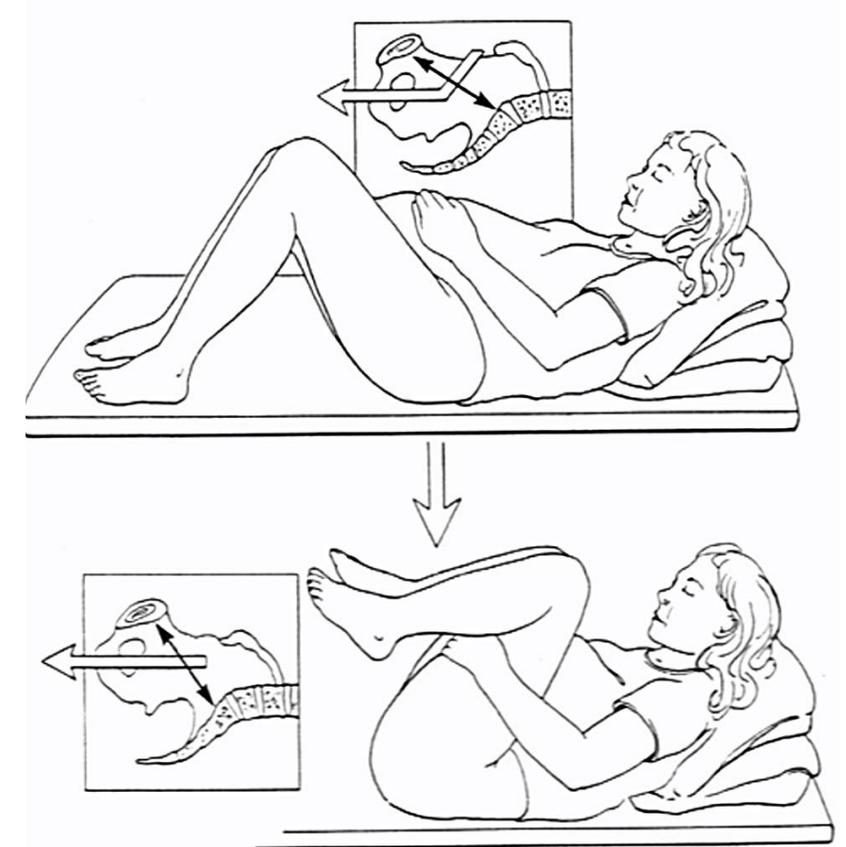
A

Alerta

L

Levantar os membros inferiores

Na **manobra de McRoberts**, a hiperflexão das coxas sobre o abdome altera as relações da pelve com a coluna lombar.



ALEERTA é um Mnemônico do ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)



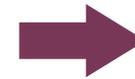
Conduas ALEERTA

E Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)

McRoberts + Rubin I

Pressão suprapúbica – constante e
“pulsada”

Soluciona 60% dos casos



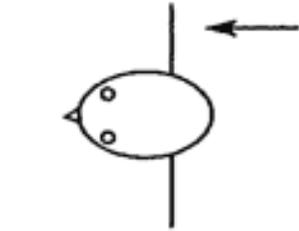
ALEERTA é um Mnemônico do ALSO (Advanced Life Support in Obstetrics)



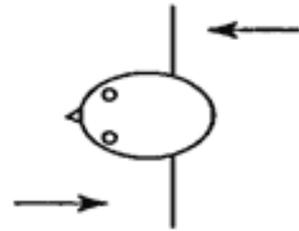
Conduitas ALEERTA

E

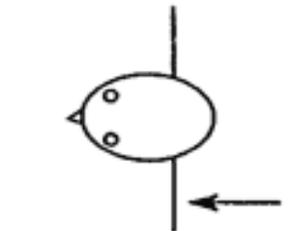
Episiotomia ampla para
as manobras internas



Rubin II - uma mão introduzida na vagina alcança o ombro fetal anterior (a **face posterior do ombro anterior**) e o empurra em direção à superfície anterior do tórax.



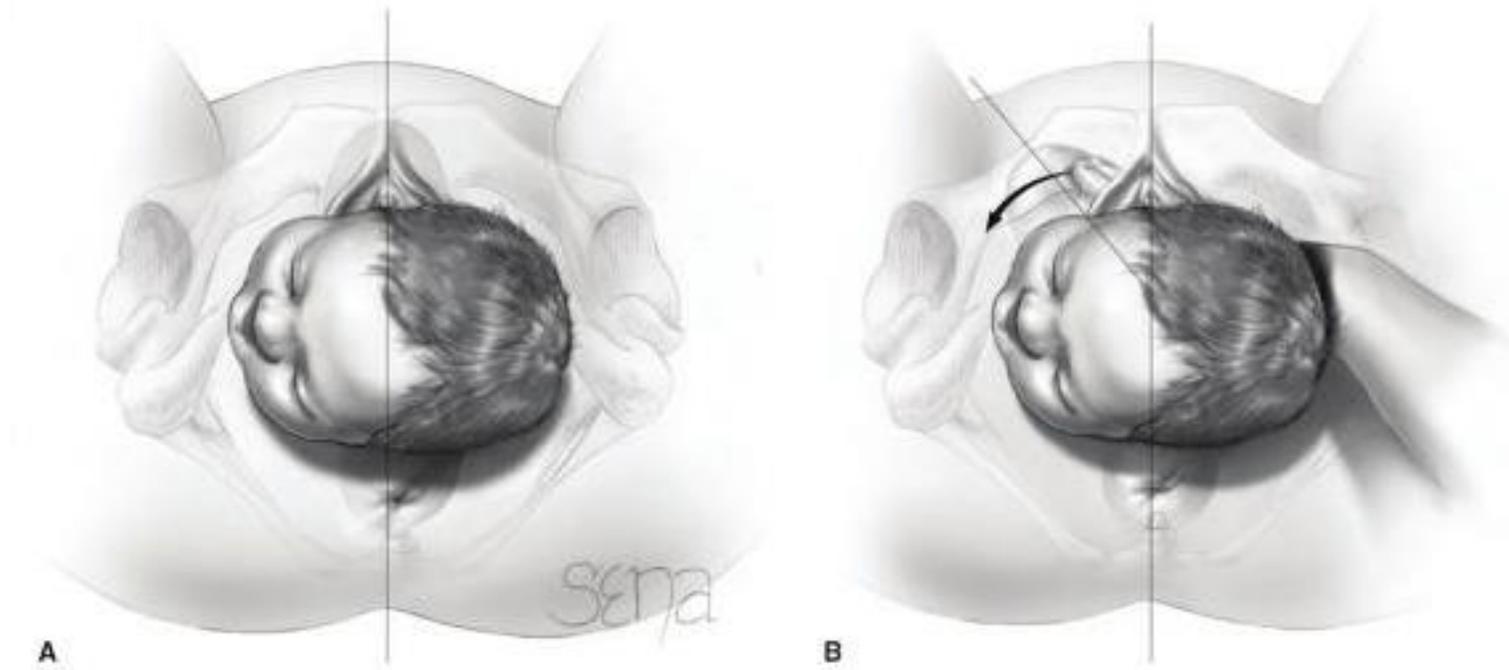
Rubin II + manobra do saca-rolhas de Woods (tem como objetivo extrair o feto como se obstetra estivesse atarraxando e desatarraxando um parafuso ou usando um saca-rolhas. Nesta manobra, dois dedos atuam sobre a **face anterior do ombro posterior** do concepto que é rodado no sentido do seu dorso, liberando o ombro anterior impactado).



Manobra do saca-rolhas de Woods reversa - dois dedos atuam sobre a **face posterior do ombro posterior** do concepto que é rodado no sentido anterior do tórax, liberando o ombro anterior impactado).



Conduas ALEERTA



Rubin II - uma mão introduzida na vagina alcança o ombro fetal anterior (a **face posterior do ombro anterior**) e o empurra em direção à superfície anterior do tórax.



Conduitas **ALEERTA**

Manodados atuam sobre a *face anterior do ombro posterior* do concepto que é rodado no sentido do seu dorso, liberando o ombro anterior impactado).

bra do saca-rolhas de Woods: dois





Conduas ALEERTA

R



Remoção do braço posterior (*manobra de Jacquemier*) –
A.intrusão da mão no canal vaginal ao longo do úmero posterior, deslocando o braço do feto contra o tórax (B), mantendo-o flexionado no cotovelo.
C.Segurando a mão, estende-se o braço ao longo da face, retirando o braço posterior pela vagina, que será utilizado para girar o feto.



Conduitas ALEERTA

A

Alterar posição materna,
repetindo as manobras internas.





Distocia de Ombros – Conduatas

Protocolo A SAÍDA

A	Avisar a parturiente, chamar ajuda, avisar a parturiente, pediatra e anestesista a postos, umentar o agachamento (Mc Roberts modificada)
S	Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)
A	Alterar a posição: quatro apoios
I	Manobras internas: <ul style="list-style-type: none">• Manobra de Rubin II• Manobra de Woods• Manobra de parafuso invertido
D	Desprender o ombro posterior
A	Avaliar manobras de resgate



Conduas A SAÍDA

A Aumentar o agachamento

Para mulheres que estão acoradas ou sentadas na banqueta de parto, aumentar o agachamento (joelhos em direção ao tórax) já aumenta a pelve funcional e facilita a rotação interna do ombro anterior (Mc Roberts Modificada)



Figura 6 - Aumentar o agachamento.



Conduitas A SAÍDA

S Pressão Suprapúbica

Deve ser realizado do lado do dorso fetal, com a finalidade de ajudar na rotação do ombro anterior.

Deve ser feita a pressão por 30 segundos de forma contínua e, se não funcionar, por mais 30 segundos de forma intermitente.

De acordo com a literatura e a experiência dos autores, essas duas primeiras manobras resolvem 80% das distócias





Conduas A SAÍDA

A Alterar a posição – quatro apoios

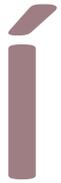
A posição de Gaskin (quatro apoios) é por si só eficaz em reduzir a distocia em mais de 80% dos casos. Nessa postura, os diâmetros pélvicos aumentam, facilitando o desprendimento.

Outra possibilidade é adotar a “posição de largada na corrida”, com uma perna à frente (preferencialmente a do dorso fetal).





Conduitas A SAÍDA



Manobras internas

Só após realizadas as manobras externas é que parte-se para as internas (mais invasivas e arriscadas para mulher e o bebê). São realizadas com a mulher de quatro apoios, na mesma sequência do mneumônico ALEERTA:

1. Manobra de Rubin II
2. Manobra de Wood
3. Manobra de Parafuso invertido





Conduas A SAÍDA

D Desprendimento do braço posterior

Realizada na posição de quatro apoios, o braço anterior será o braço voltado para o sacro materno. É a mesma manobra Jacquemier do mnumônico ALEERTA, mas realizada após as manobras menos invasivas e com a mulher em outra posição que permite melhor visualização, maior abertura pélvica e mais mobilidade do sacro.

A Avaliar manobras de resgate





Manobras de Resgate

Manobra de *Zavanelli* – recolocar a cabeça fetal na vagina e proceder a operação cesariana. Este procedimento é considerado extremamente difícil por muitos observadores e pode associar-se a lesões graves na mãe e/ou no concepto.

Fratura intencional da clavícula - deve ser encarados como exceção.



Anormalidades de Situação e Apresentação

Não são tão frequentes no trabalho de parto quanto as distocias já citadas.

Anormalidade	Diagnóstico	Conduta
Situação Transversa	A palpação abdominal não evidencia polo fetal ocupando o fundo uterino; no toque vaginal não há parte fetal apresentada	Normalmente opta-se pela cesariana.
Apresentação Pélvica	Ao toque vaginal, pode-se tocar a apresentação pélvica	A via vaginal só deve ocorrer se for planejada e com consentimento da parturiente após esclarecimentos de riscos maternos e fetais. Na maioria dos casos opta-se por cesárea eletiva.
Apresentação de Face	Indica deflexão máxima do pólo cefálico (3º grau)	O parto é possível na variedade de posição mentoanterior; se o mento estiver voltado para o sacro, o parto vaginal dependerá da rotação interna para mentoanterior.



Anormalidades de Situação e Apresentação

Não são tão frequentes no trabalho de parto quanto as distocias já citadas.

Anormalidade	Diagnóstico	Conduta
Apresentação de Fronte	Indica deflexão de 2º grau, cujo ponto de referência é o naso	Pode-se tentar prova de trabalho de parto, pois pode fletir ou defletir mais, porém não se deve insistir por muito tempo na tentativa
Apresentação Composta	Um ou mais membros se insinuam juntamente com o pólo cefálico na pelve materna; associado a prolapsos de cordão	Deve-se observar a evolução durante o trabalho de parto; em casos de prolapso de cordão ou se não houver redução do membro, indica-se cesariana.
Variedade de posição occipitoposterior ou occipitotransversa	Evidenciado facilmente no toque vaginal, podendo-se tocar bossa (nesses casos, tentar tocar nariz e orelhas)	O período expulsivo não deve exceder uma hora de duração, podendo utilizar-se o fórcepe de Kielland para extração fetal



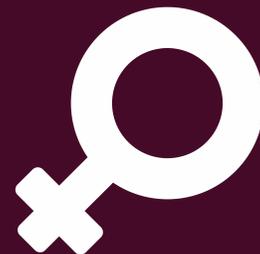
Embora não sejam tão frequentes, as distocias intraparto representam grande risco para a mulher e seu bebê. Para que ela seja identificada e tratada precocemente, é fundamental que os profissionais de saúde estejam treinados e habilitados para intervir quando necessário.



Referências

- Ehsanipoor RM, Satn AJ. Labor: overview of normal and abnormal progression. Uptodate, 2022
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Shoulder dystocia. Protocols for High Risk Pregnancies. London. 2012;(2):18.
- Amorim MMR, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML . Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas FEMINA | Maio/Junho 2013 | vol 41 | no 3
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017.
- WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES



DIAGNÓSTICO DAS DISTOCIAS INTRAPARTO E QUANDO INTERVIR

Material de 27 de maio de 2022

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres



Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.