

## Mecanismo e assistência ao parto

### Trabalho de parto (TP):

- Contrações uterinas regulares, mais de 2 (de 40 segundo aproximadamente) a cada 10 minutos, por mais de 2 horas
- Colo uterino com mais de 2-3 cm de dilatação acompanhado com as contrações
- Canal de parto: segmento inferior do utero, colo dilatado, vagina
- Episiotomia:
  - Mediana ou perineotomia: cicatriza + rapido,e dá menos dispareunia, ,mas pode causar rotura perineal
  - Médio-lateral: secção dos músculos transverso superficial do períneo, bulbo-cavernoso (pubo-retal). Mais usada.
  - Lateral: pode atingir a glândula de Bartolini

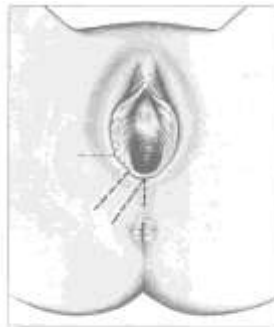
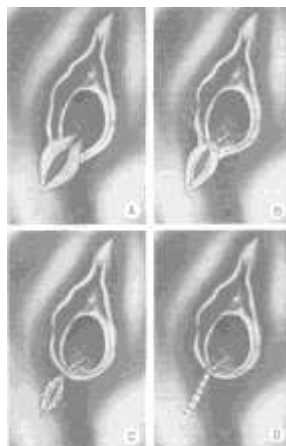


Fig. 6 - Diferentes modalidades de episiotomia: mediana (perineotomia), médio-lateral e lateral. Está estudado, sobretudo, o músculo transverso, condutor.

- Anestesia: bilateral
- Indicação: períneo rígido, exaustão materna, mãe cardiopata, feto grande, prematuridade (para proteção fetal), período expulsivo prolongado, uso de fórceps, variedade occipito-posteriores, distocia de espáduas, sofrimento fetal, apresentação pélvica.
- A episiotomia reduz risco de laceração, já que é uma laceração de 2º grau, porém não reduz risco de dispareunia, dor, sangramento ou incontinência urinária.
- Episiorrafia: fechamento tanto de pele como mucosa com fio absorvível



### *Indução do TP:*

- Índice de Bishop: induz qdo > 5 ptos.

| FATOR                  | PONTOS              |              |                      |
|------------------------|---------------------|--------------|----------------------|
|                        | 0                   | 1            | 2                    |
| DILATAÇÃO              | 0,5 CM              | 0,5 A 1,5 CM | > 1,5 CM             |
| ESVAECIMENTO           | AUSENTE             | 0 A 50 %     | > 50 %               |
| CONSISTÊNCIA           | FIRME               | MÉDIO        | MACIO                |
| POSIÇÃO CERVICAL       | POSTERIOR           | MEDIANIZADO  | ANTERIOR             |
| ALTURA DA APRESENTAÇÃO | ACIMA DO PLANO ZERO | PLANO ZERO   | ABAIXO DO PLANO ZERO |

- Misoprostol:
  - Prostaglandina E<sub>1</sub> : para amolecer o colo
  - 1 cp 25mg 6/6h VV
  - Outra indicação: abortamento: 1 cp 200mg → 3h após faz a CTG ou de 4/4h para expulsão de feto com espícula óssea (>12sem)
  - Riscos:
    - rotura uterina,
    - taquissistolia,
    - sofrimento fetal
  - Dinoprostona: prostaglandina E<sub>2</sub> (= miso, mas + lento e + seguro)
- Ocitocina
  - Falha: + de 2hs sem atividade uterina
  - Complicações:
    - Hiperestimulação uterina;
    - Sofrimento fetal;
    - Hiponatremia;
    - Intoxicação hídrica;
    - Rotura uterina;
- Intervalo entre o Misoprostol e a ocitocina:
  - TP sem co-morbidades: 6h
  - Strepto +: 4h
  - Mãe HIV +: 3h
- Amniotomia → dilatação maior ou igual a 4cm;
  - Precoce: dilatação < 5 cm:
    - DPP
    - PP lateral e marginal;
    - Suspeita de mecônio;
    - Correção de distócia.
  - Oportuna: dilatação de 5 a 8 cm em que o colo está esvaecido e a cabeça encaixada.
  - Tardia:
    - Vulvovaginite;
    - Pré-termo;
    - Apresentação pélvica;
    - Gestação HIV+.
- Contra-indicações:
  - Desproporção céfalo-pélvica ou obstrução de canal de parto;

- Apresentações anômalas;
- Placenta prévia;
- Sofrimento fetal;
- Macrosomia fetal;
- Miomectomias ou cicatriz uterina corporal ou segmentar de repetição;
- Gestação gemelar; - DEPENDE das apresentações
- Infecção ativa por Herpes;
- Carcinoma invasivo de colo;

#### *Fases do TP:*

- Período de dilatação:
  - Dura de 5-9h, tem início lento (período latente)
  - Esvaecimento: é o apagamento do colo (incorpora ao segmento inferior)
- Período de expulsão
  - Contração uterina + pressão abdominal
  - Dura: 1h
- Dequitação
  - Separação e descida da placenta devido a algumas contrações uterinas e gravidade.
  - Manobra de Jacobs Dublin: enrola e vai girando a placenta para sair inteira

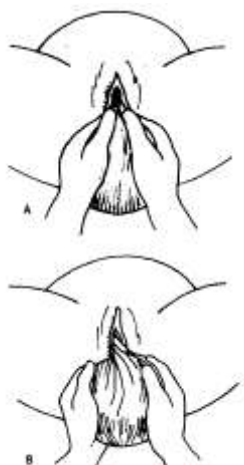
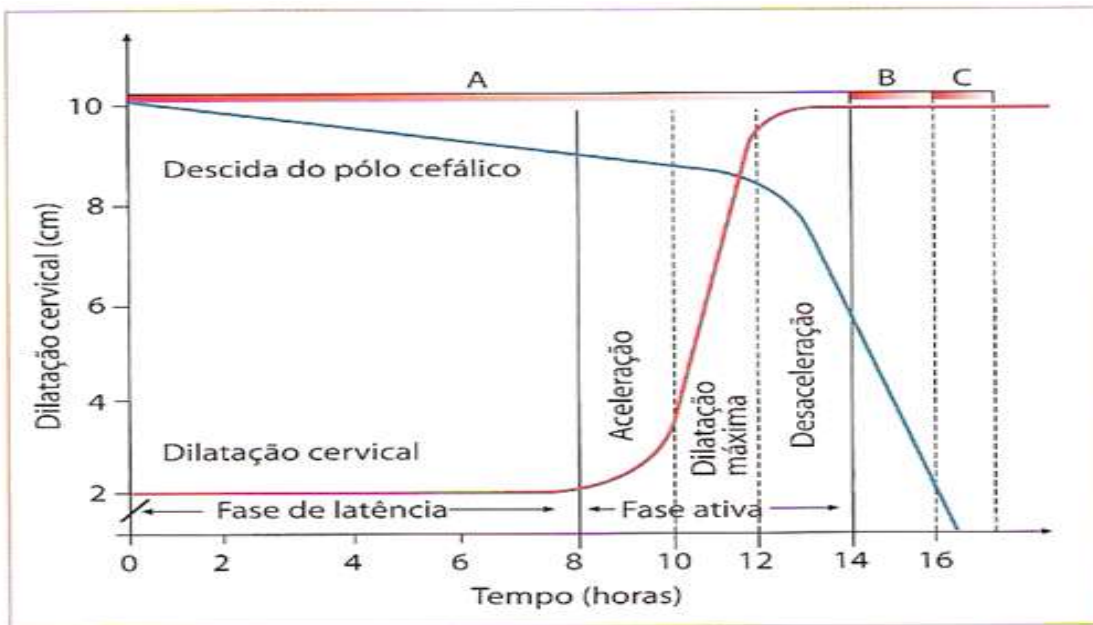


Fig. 82.12 ... Desprendimento das membranas ovulares auxiliado pela manobra de Jacobs-Dublin

- Classificação e tempo
  - Normal : < 10 minutos;
  - Retardada : até 15 a 30 minutos;
  - Retenção : > 30 minutos.
    - Conduta: anestesia geral e extração manual da placenta
- Mecanismos:
  - Baudeloch-Schultze: 1º dequita, depois sangra. 75% dos casos
  - Baudeloch-Duncan: 1º sangra, depois dequita. 25% dos casos
- Inversão aguda do útero
  - = choque. Ocorre em grande múltipara
  - Conduta:
    - anestesia geral e manobra para desinverter o útero (Taxi).
    - Se não desinverter: Huntington (laparotomia).
- 4º período/ Período de Greenberg
  - 1ª hora de puerpério
    - Miotamponamento (musculo contrai – ligaduras vivas de Pinard)
    - Trombotamponamento (plaquetas)

- Indiferença uterina: reduz esse tempo com ocitocina ou prostaglandina ou ergot (feto e placenta fora do útero)
- Contração uterina fixa: Globo de segurança de Pinard
  - 2 horas em observação para verificação de sinais vitais e hemorragia em caso de hipotonia uterina.
  - Amamentação



A: dilatação; B: expulsão; C: dequitação

Perda de sangue:

- Parto normal = 500 ml (placenta 500g)
- Parto normal c/ episiotomia = 800ml
- Parto cesária = 1000 ml

Tempos do mecanismo de parto

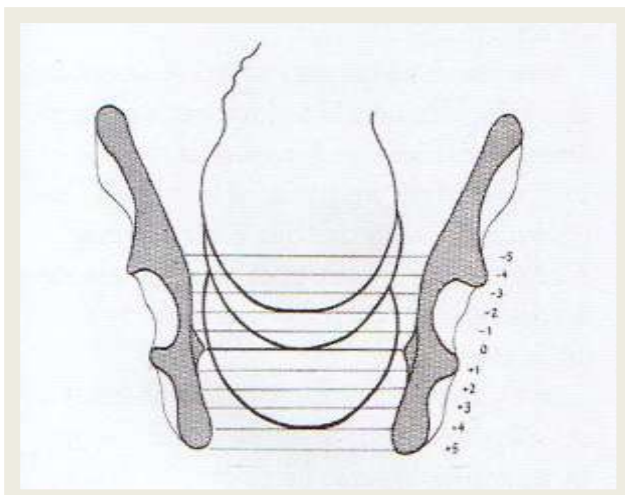
Apresentação cefálica: <http://www.youtube.com/watch?v=BtAwMw6tRuc&feature=related>

1. Encaixamento ou insinuação:

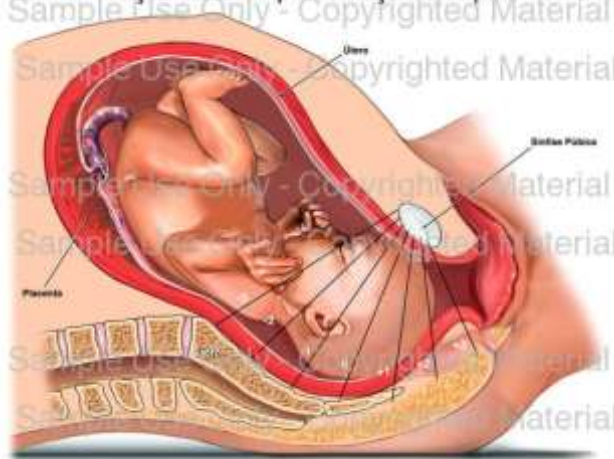
- Passagem do maior diâmetro perpendicular à linha de orientação (biparietal) pela área do estreito superior.
- Flexão da cabeça e assinclitismo (passagem de 1 parietal antes do outro, mais freq: posterior) auxiliam na passagem. Pode ocorrer acavalcamento ósseo

2. Descida

- Cabeça desloca do estreito superior para o inferior
- Pelo toque pode definir a progressão de acordo com De Lee ou Hodge



Feto na Posição +2 Em Apresentação Occipital Posterior



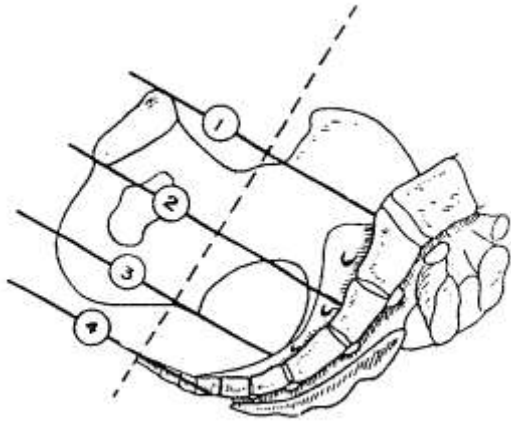
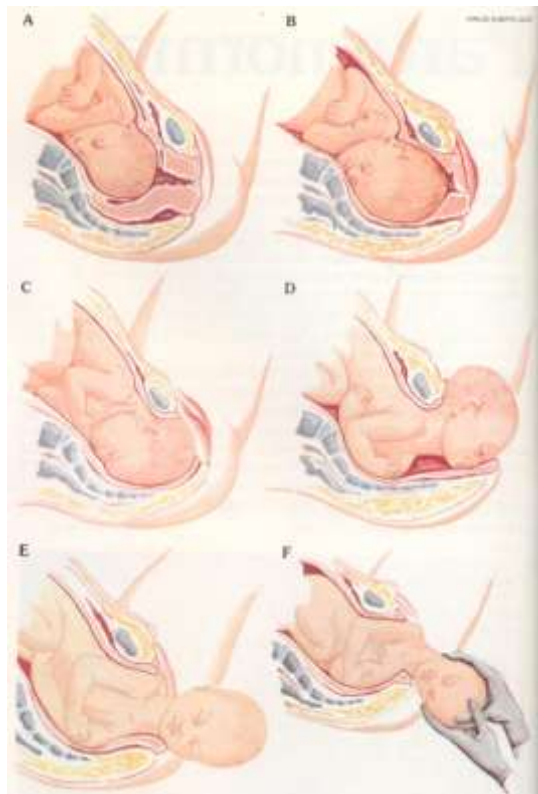
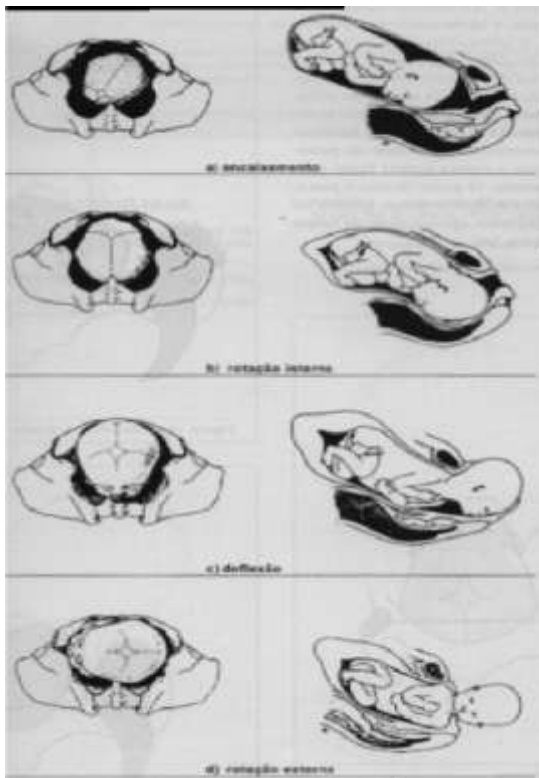


FIGURA 4.10 Os planos de Hodge.

3. Rotação interna da cabeça
  - Finalidade de colocar a linha de orientação no diâmetro do estreito inferior, após a retropulsão do cóccix
4. Desprendimento da cabeça
  - Deflexão e desprendimento da cabeça com retropulsão do cóccix
  - Manobra de Ritgen: retenção da parte posterior do períneo para desprendimento lento da cabeça fetal
5. Rotação externa da cabeça e rotação interna das espáduas
  - Occipício volta para a posição primitiva
  - Coincide com a rotação intra-pélvica das espáduas, que se insinua no oblíquo posterior oposto e roda para ântero-posterior.
6. Desprendimento das espáduas (tronco)
  - Espádua anterior se fixando no subpubis
  - Pto de apoio: inserção braquial do deltóide



Episiotomia: direciona a lesão

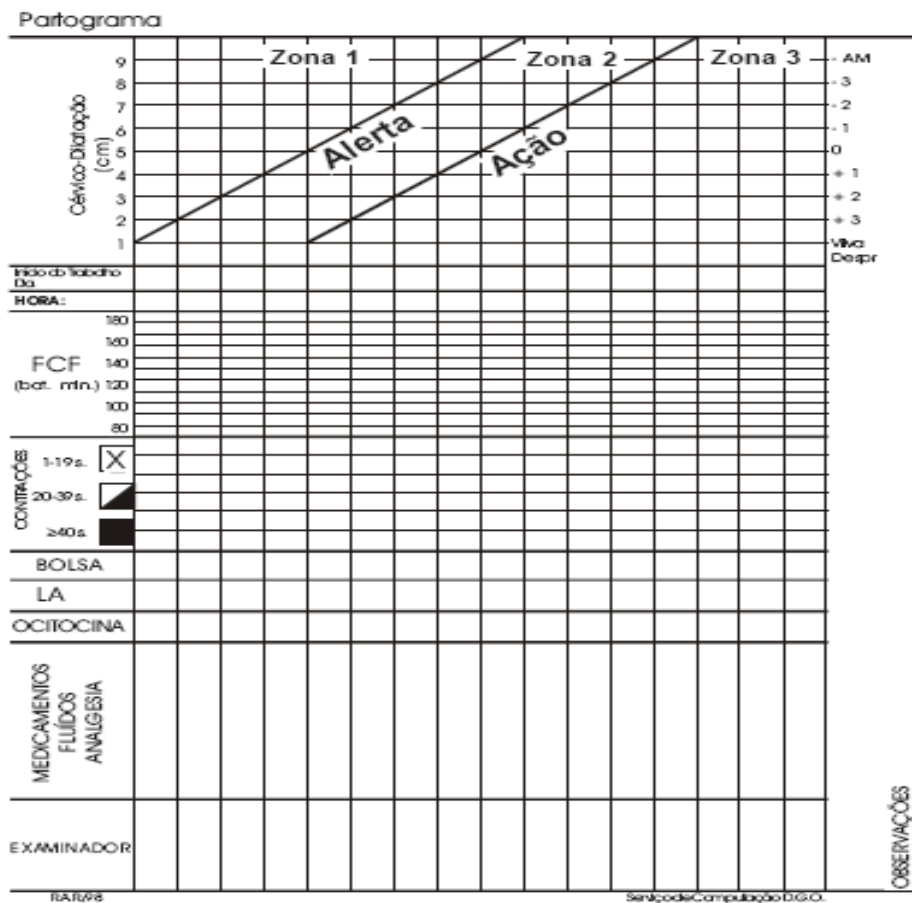
- Lateral: pode atingir a glândula de Bartolini

- Episiotomia médio-lateral D: secção do m. transverso superficial do períneo e bulbo-cavernoso. Mais usado
- Perineotomia: cicatriza + rápido, e dá menos dispareunia, mas pode causar rotura perineal

### Lacerações

- 1º grau: pele e mucosa → CD: sutura
- 2º grau: pele, mucosa e músculo → CD: sutura
- 3º grau: + esfíncter externo do ânus → CD: miorrafia levantador do ânus (Lawson Tight)
- 4º grau: + mucosa retal → CD: miorrafia levantador do ânus (Lawson Tight)

### PARTOGRAMA



Só abrir o partograma na fase ativa do trabalho de parto.

### Simbologia:

- $\Delta$  : dilatação e bolsa íntegra
- $\Delta$  preenchido: dilatação e bolsa rota
- Linha de alerta → conduta (ocitocina, romper bolsa...)
- Linha de ação → resolver

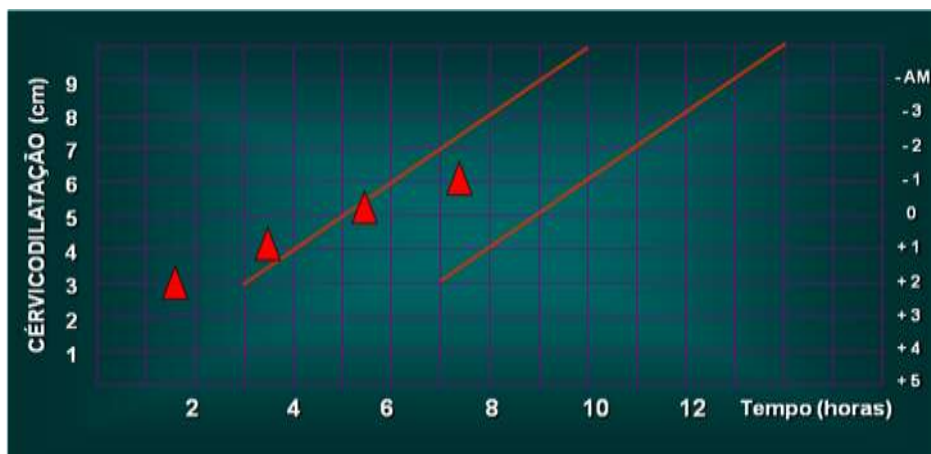
### Evolução normal:

- velocidade  $>$  ou  $= 1\text{cm/h}$
- dilatação a E da linha de alerta

|                                        |                                |
|----------------------------------------|--------------------------------|
| Período                                | Distócia                       |
| Fase ativa (cervico-dil)               | Fase ativa prolongada          |
|                                        | Parada secundária da dilatação |
|                                        | Parto precipitado              |
| Período pélvico (descida-apresentação) | Período pélvico prolongado     |
|                                        | Parada 2ª da descida           |

#### Fase ativa prolongada:

- Velocidade dilatação < 1cm/h
- Contrações deficientes
- CD:
  - Ocitocina
  - Amniotomia
  - Banho morno, deambulação, bola
  - NÃO coloca Misoprostol



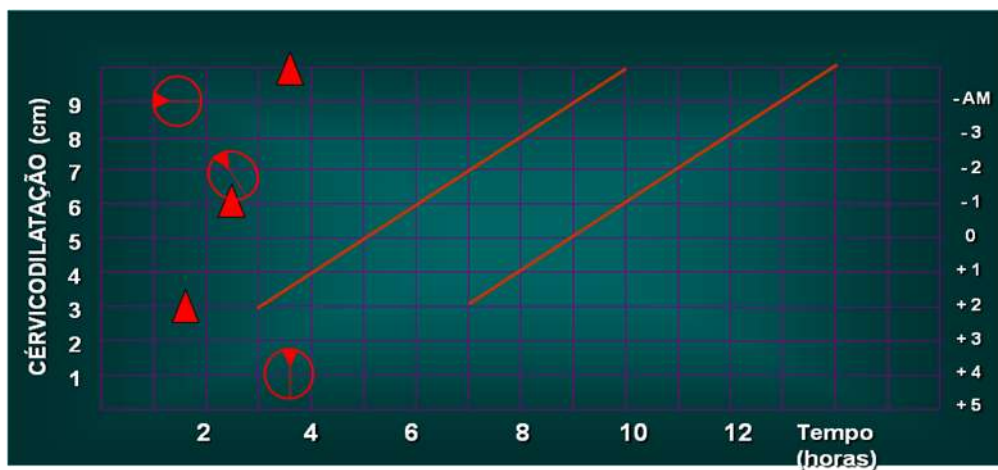
#### Parada secundária da dilatação

- Dilatação cervical mantida em dois toques sucessivos no intervalo de 2 horas
- DESPROPORÇÃO CÉFALO-PÉLVICA
  - Sofrimento Fetal Agudo
  - Pior Prognóstico Perinatal
  - Absoluta:
    - cesárea
  - Relativa:
    - deambulação
    - amniotomia
    - analgesia peridural



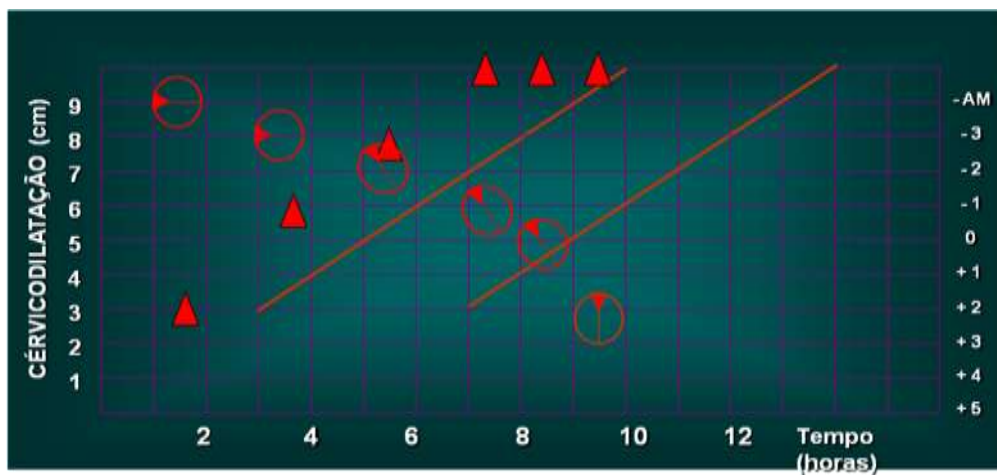
#### Parto precipitado

- Dilatação cervical + Descida e Expulsão em  $\leq 4$  horas
  - ESPONTÂNEO - primíparas
  - IATROGÊNICO – mta ocitocina → CD: suspender ocitocina, vigilância do BCF, revisão do canal de parto



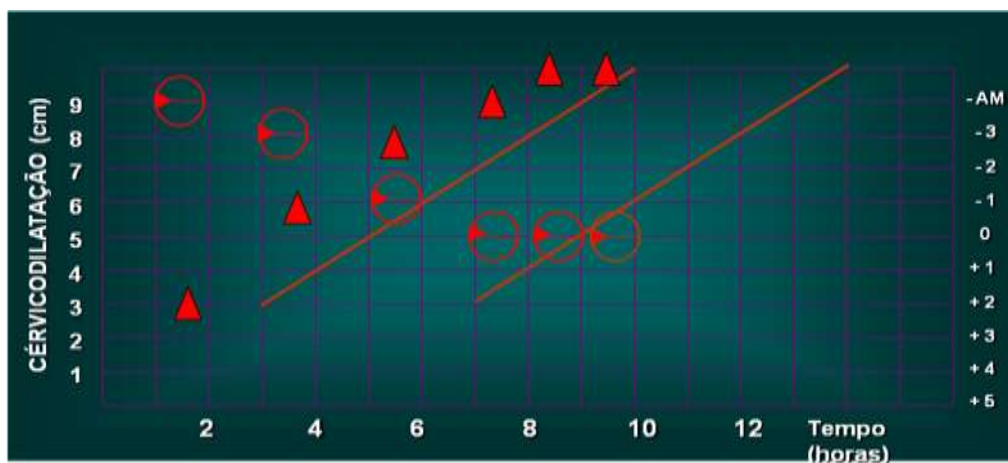
#### Período pélvico prolongado

- Dilatação completa
- Descida Apresentação Progressiva e Lenta
- Contrações deficientes
- Posição verticalizada:
  - ocitocina
  - amniotomia
  - fórceps ou vácuo-extrator



#### Parada secundária da descida

- Dilatação total
- PARADA PROGRESSÃO DESCIDA 1 HORA APÓS INÍCIO
- ALTURA APRESENTAÇÃO MANTIDA em 2 TOQUES SUCESSIVOS em  $\geq 1$  hora
- Absoluta:
  - cesárea
- Relativa:
  - FÓRCIPE DE ALÍVIO ou FÓRCIPE DE ROTAÇÃO
  - VÁCUO-EXTRATOR



#### Distócias:

- por três fatores alterados
  - o canal (bacia e partes moles)
  - a força (contratilidade uterina)
  - o móvel (feto)
- Maternas:
  - Distócia óssea
  - Distócia funcional:
    - distócia de força ou alterações da contratilidade uterina
    - ex: hipossistolia, taquissistolia, etc
    - Duas complicações: parto precipitado ou prolongado
    - Parto precipitado: maior ocorrência de lesões de partes moles, hipotonia uterina e hemorragia cerebral no RN
    - Parto prolongado: maior ocorrência de infecções pela morosidade da evolução da dilatação

- Classificação:
  - Ondas contráteis normais (tríplice gradiente presente):
    - Oligossistolia : Redução do número (bradissistolia), da intensidade (hipossistolia) → CD: administrar agentes ocitócicos (ocitocina 1mUI/min)
    - Polissistolia: Aumento da frequência. Pode ocasionar: hipertonia ou redução da intensidade das contrações. Risco para SFA
    - CD: Afastar DCP, Afastar administração iatrogênica de ocitócicos, Correção do decúbito da parturiente, amniotomia, Considerar uso de uterolíticos
  - Ondas contráteis anormais (Tríplice gradiente ausente)
    - Estados hipertônicos
    - Ação uterina assimétrica
    - Resistência cervical anormal
  - Distócia de partes moles
- Feto-anexiais
  - Distócia fetal
  - Distócia anexial