



**Complicações do Parto e Pós Parto e Cuidados  
Obstétricos de Emergência**

# **DISTOCIAS FETAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO**

## **MODULO 10**

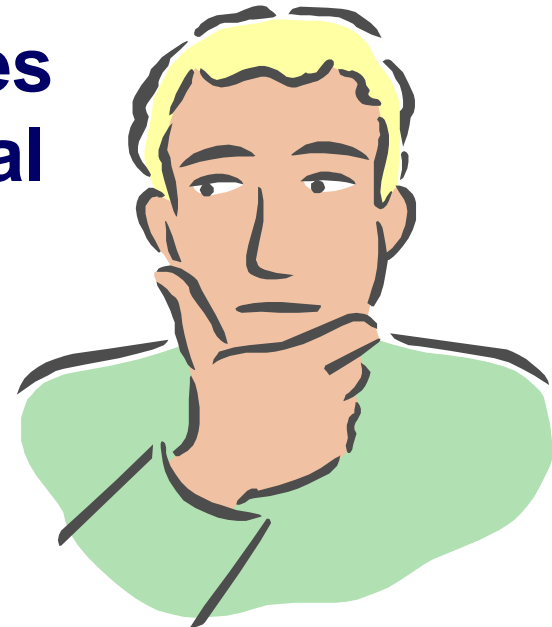
**PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ E COMPLICAÇÕES NO  
PARTO E PÓS PARTO E CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE  
EMERGÊNCIA**



# Definição

**Este termo é usado quando o parto, ou nascimento vem de forma difícil.**

- **As apresentações viciosas são todas apresentações do feto que não sejam de vértex.**
- **As posições viciosas são posições anormais do vértex da cabeça fetal (com o occipito como ponto de referência) em relação à pélvis da mãe**





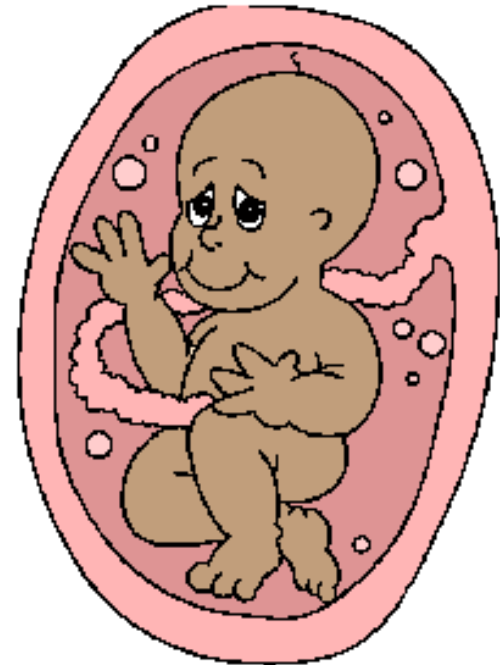
# CLASSIFICAÇÃO

- **Distocias do objeto ou de causa ovular**
  - **Apresentações anómalas**
  - **Excesso de volume fetal**
  - **Anomalias do cordão umbilical**



# Distocias do objeto

- São causadas por:
  - a. Distocias absolutas, que não permitem nascimento vaginal sem pôr em perigo a vida materna ou fetal
    - Alterações na situação,
    - Apresentação anormal,
    - Posição e atitude fetal;
    - Macrosomia fetal total ou parcial
    - Número de fetos
  - b. Distocias Relativas que não necessariamente evita o nascimento vaginal





# Fisiopatologia

**Em alguns casos o tamanho do feto pode ser maior e não permitir a acomodação na pelve da mãe ou está localizada de forma equivocada.**

**Normalmente as 22 ou 24 semanas de gravidez o pólo cefálico do feto vira orientado para abaixo mas a rotação pode ser impedida por má acomodação**





# CLASSIFICAÇÃO

## Apresentações Cefálicas Defletidas:

- 1. Bregma:** Nesta apresentação o osso occipital encontra-se na posição posterior da pélvis e ao toque vaginal toca-se a fontanela anterior





# Apresentações Cefálicas Defletidas - Bregma

## Diagnostico

- Se faz pela palpação
- No toque vaginal palpa-se a fontanela bregmática e percorrendo a sutura metópica apanham-se dum lado as vizinhanças da glabella e do outro lado pela sutura sagital percebe-se com dificuldade a fontanela posterior.
- O diagnóstico de variedade de posição se faz com o ponto guia. A mais frequente é a bregmoiliaca-esquerda-anterior (BIEA)



# Apresentações Cefálicas Defletidas - Bregma

## Conduta Obstétrica e de Enfermagem

- A evolução espontânea ocorre em 85% dos casos.
- Avaliar o feto e a pélvis para descartar desproporção cefalo-pélvica.
- Na ausência de DCP, proceder a um parto vaginal com uma ampla episiotomia
- Vigiar estritamente a evolução do parto
- Controlar dinâmica uterina, batimentos cardíofetais com frequência.
- Hidratar a gestante
- Vigiar sinais de esgotamento materno
- Vigiar sinais de sofrimento fetal





# Apresentações Cefálicas Defletidas - Bregma

## Complicações

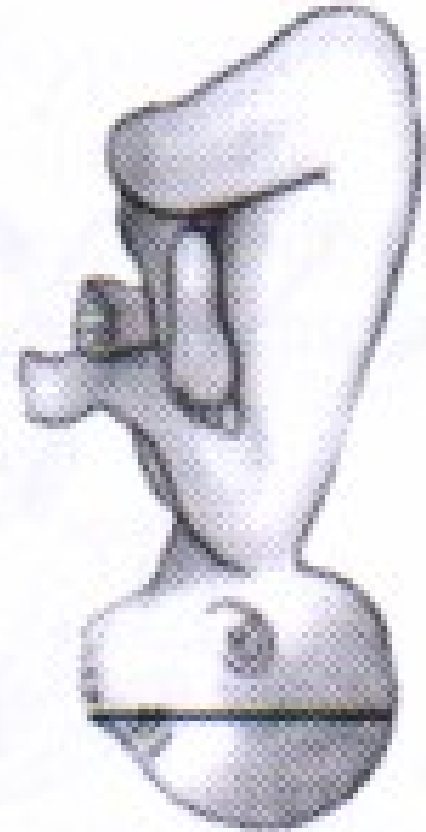


- O parto espontâneo é possível, mas o trabalho de parto é prolongado.
- O desprendimento lento predispõe as lacerações do canal.
- A mortalidade perinatal elevada por sofrimento fetal.



# Apresentações Cefálicas - de Frente

- **É a apresentação em que a parte apresentada é a frente. Nesta apresentação a cabeça não está flectida, toca-se a face e as arcadas orbitárias do feto**





# Apresentações Cefálicas - de Frente

## Diagnostico:

- Na palpação apanha-se o polo cefálico como um tumor redondeado mais elevado e saliente que na apresentação de vértice.
- Ao toque vaginal apanha-se a fontanela bregmática
- O diagnóstico de posição e variedade de posição se faz com o ponto guia. A mais frequente é a frontoiliaca-esquerda-anterior (FIEA) ou nasoiliaca-esquerda-anterior



# Apresentações Cefálicas - de Frente

## Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

- Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.

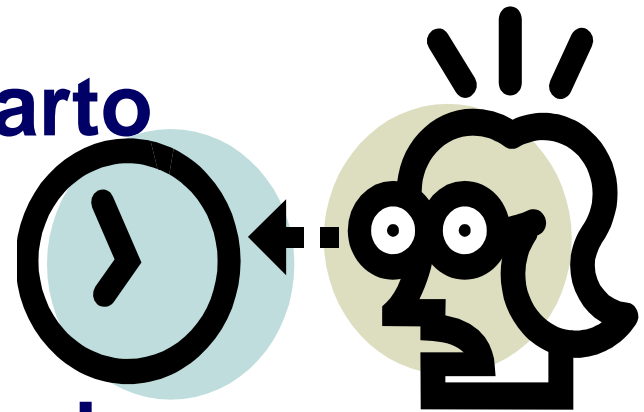




# Apresentações Cefálicas - de Frente

## Complicações:

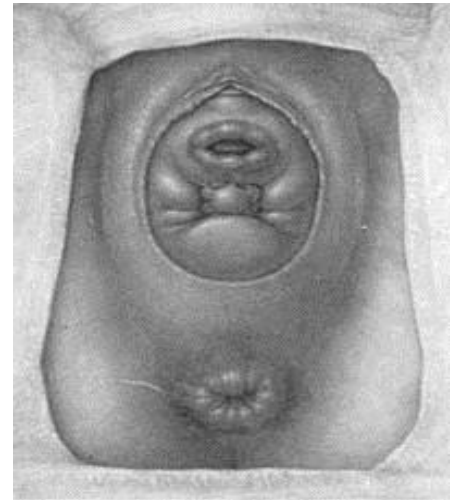
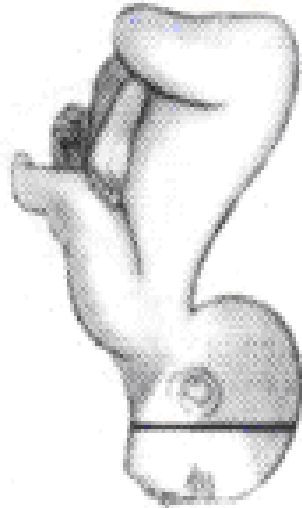
- **A cabeça encrava-se na área do estreito superior, tornando o trabalho de parto impossível pelas vias naturais.**
- **Nota-se elevada mortalidade perinatal ficando a materna também agravada**





# Apresentações Cefálicas – de Face

- É a apresentação cefálica em que o feto está com a cabeça em extensão máxima, apoiando o occipital no dorso, a face fica voltada para o canal do parto. Pode tocar-se a boca e o nariz do feto. A cabeça está mais deflectida do que na apresentação de frente.





# Apresentações Cefálicas – de Face

## Diagnostico:

- **Na Palpação:** Ao explorar o estreito superior encontra-se uma apresentação cefálica saliente, grande, dura, esferoide e excêntrica.
- **Ao toque vaginal:** Apanha-se a linha facial representada pelo mento, boca, nariz, glabella, as vezes confunde-se a face com o polo pélvico
- **Para o diagnostico da variedade de posição** se utiliza o ponto de guia, a mais frequente é a mentoiliaca-direita-posterior (MIDP).



# Apresentações Cefálicas – de Face

## Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

- O importante é saber onde se encontra o mento (queixo) fetal. Se estiver posterior (junto ao sacro) o parto não se realizará porque a cabeça não se pode flectir, neste caso conduta é a cesariana → Transferir para uma unidade sanitária com capacidade cirúrgica.
- Se o mento estiver anterior a apresentação pode descer no canal do parto, a cabeça flecte-se e dá-se o parto.





# Apresentações Cefálicas – de Face

## Complicações das apresentações cefálicas patológica:

- A evolução é espontânea em geral, mas a morbimortalidade perinatal está aumentada.
- O trabalho de parto é mais prolongado, as lacerações das partes moles do canal são frequentes, e o feto tem maior risco de apresentar hemorragias meníngeas, pelo que o prognóstico fetal é mais sério,
- A deflexão favorece a procidencia do cordão, e nos casos de circulares.



# Apresentação pélvica

## Tipos

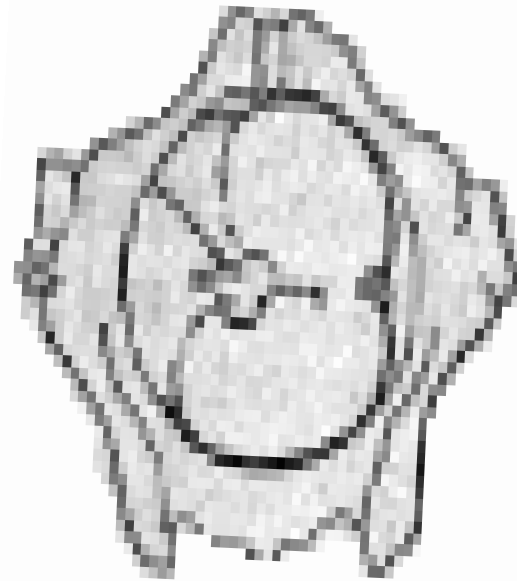
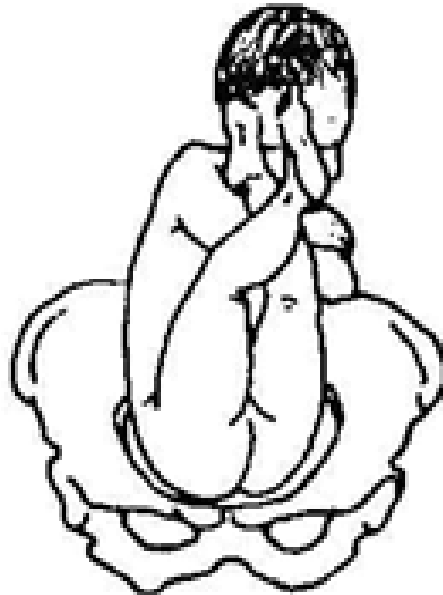
- **Apresentação Pélvica Completa, as coxas e as pernas estão flectidas.**





# Apresentação pélvica

- **Apresentação Pélvica Incompleta ou modo de nádegas, quando as coxas estão flectidas contra a bacia, e as pernas se acham estendidas sobre a face anterior do tronco.**





# Apresentação pélvica

## Diagnostico

- Na palpação abdominal a cabeça encontra-se na parte superior do abdômen e as nádegas na pélvis.
- O foco fetal ouve-se num dos quadrantes superiores do abdômen.
- Ao toque vaginal identifica-se a pélvis fetal e ou os pés no canal de parto.
- Durante o trabalho de parto pélvico é freqüente o líquido amniótico apresentar mecônio espesso



# Apresentação pélvica

## Conduta Obstétrica e de Enfermagem:

- 1. Indicações para cesariana na apresentação pélvica:**
  - **É obrigatória cesariana em toda a mulher com apresentação pélvica incompleta, modo pés; devido ao grande risco de prolapso do cordão, no caso de Feto grande, miomas, cesariana anterior, antecedentes de nados mortos e mortes neonatais, Trabalho de parto arrastado**
  - **Em geral deveriam ser assistidos em Hospitais com capacidade cirúrgica**



# Apresentação pélvica

## 2. Parto Pélvico Vaginal:

- Deve-se efectuar numa mesa de parto com suporte para as pernas, para que o tronco fetal fique pendurado, ajude a descida da cabeça utilizando a força da gravidade.
- Fazer uma episiotomia ampla no momento em que as nádegas aparecem na vulva
- Um assistente aplicara uma força moderada no fundo do útero.
- Não se deve tocar no feto até ao aparecimento de uma omoplata na vulva.



# Apresentação pélvica





# Apresentação pélvica

## 2. Parto Pélvico Vaginal:

- Quando aparece a omoplata, o tronco deve ser flectido para baixo sem tracção de forma a libertar o ombro anterior. Se necessário pode libertar-se usando o dedo indicador
- Faz-se a rotação do tronco no sentido oposto para libertar o ombro posterior e levanta-se o tronco do feto para cima libertando também deste modo o ombro posterior
- De seguida deixa-se o corpo do feto pendurado permitindo a descida da cabeça em flexão até que o occipital (raiz dos cabelos na nuca) apareça por baixo da sínfise púbica.





# Apresentação pélvica



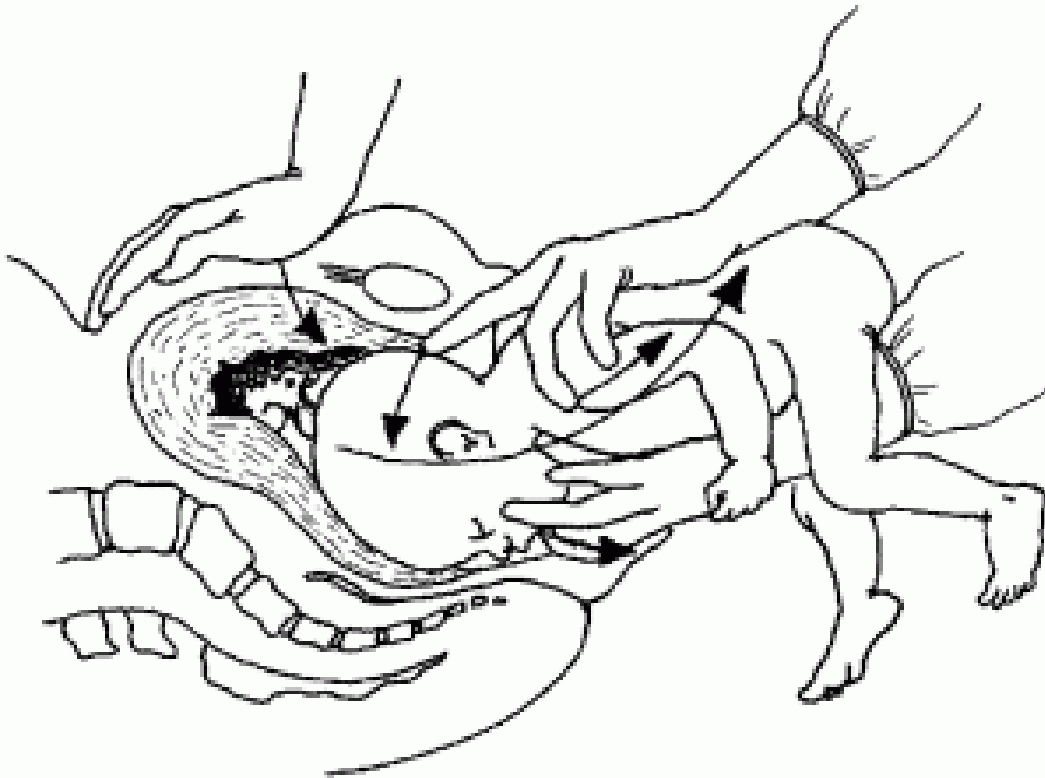


# Apresentação pélvica

- **Seguram-se e elevam-se os membros inferiores do feto suspendendo o tronco verticalmente.**
- **Quando aparece a face um assistente deverá limpar e aspirar as vias aéreas. Quanto menor for a intervenção da parteira melhor serão os resultados.**
- **Deve-se evitar a tracção do feto para baixo pois poderá provocar a extensão dos membros superiores e da cabeça dificultando a saída do feto. Esta manobra é causa da morte fetal e lesões maternas.**



# Apresentação pélvica





# Apresentação pélvica

## Extracção Parcial:

- Esta manobra deve ser efectuada quando existe uma paragem ao longo do parto vaginal e o feto se encontra em sofrimento.
- Segurando a pélvis fetal colocando os dedos polegares sobre o sacro com os dedos indicadores sobre a crista ilíaca fetal, faz-se uma tracção moderada ao longo do eixo do canal de parto, sempre com uma pressão no fundo uterino. Depois de se visualizar uma omoplata, procede-se o que já foi descrito na assistência ao parto pélvico vaginal.



# Apresentação pélvica

**Dificuldade da extracção da cabeça:**

- **Surge devido à extensão da cabeça**
- **Introduz-se a palma da mão esquerda debaixo do tronco do feto, estendendo-se ligeiramente a cabeça fetal. O feto cavalga sobre o antebraço da enfermeira que introduz o dedo indicador e médio na boca do feto e traciona-o para baixo enquanto a outra mão atua sobre o occipital do feto empurrando-o.**
- **Esta manobra é a chamada manobra de Mauriceau**



# Apresentação pélvica

## Retenção da cabeça última:

- No caso de existir retenção de cabeça fetal por dilatação incompleta, a doente deve ser evacuada.
- Quando há desproporção cefalo-pélvica, a cabeça ficará retida. Passou o tronco por ser mais mole. Nesta situação é inevitável a morte fetal, e a doente deverá ser enviada para um outro centro com capacidade cirúrgica.



# Apresentação pélvi

## Complicações das apresentações pélvicas:

- a.** Dificuldades no desprendimento dos ombros: Uma das causas é a tração intempestiva, precoce. Pode ser útil elevar-se um pouco o feto para cima, a fim de liberar os braços da acção de pressão na cabeça. As manobras para auxílio não deverão ser tentadas antes do ângulo inferior da escápula se tornar visível.
- b.** Dificuldades no desprendimento da cabeça:  
A cabeça pode estar retida na escavação, faltando apenas o desprendimento, ou pode estar retida no estreito superior. As causas de dificuldade no desprendimento da cabeça quando já insinuada devem-se a obstáculos nas partes moles ou a obstáculo das partes ósseas. A cabeça retida no estreito superior pode ser devido à desproporção



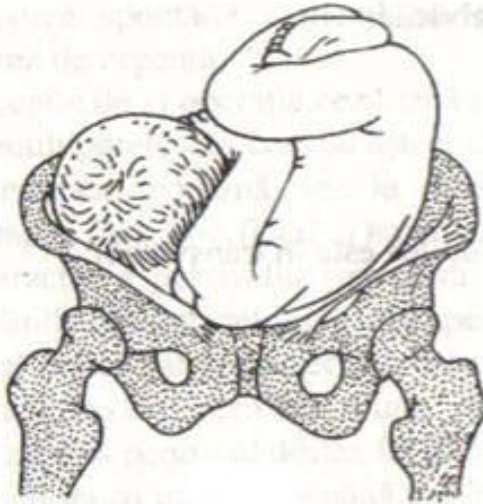
# Apresentação de Espáduas

- **É definida como a falha na saída do tronco fetal. Outros especialistas falam que é a apresentação em qual o eixo longitudinal do feto esta perpendicular ao eixo longitudinal do útero.**
- **Existe a possibilidade que a apresentação seja oblíqua, quando o ângulo entre os eixos forma um ângulo de menos 90 graus com o eixo uterino. Então a cabeça e a pelve fetal ficam nas extremidades enquanto os pólos uterinos são vazios**





# Apresentação de Espáduas



ACROMIO ILIACA DIREITA DO OMBRO ESQUERDO



ACROMIO ILIACA ESQUERDA DO OMBRO DIREITO



ACROMIO ILIACA DIREITA DO OMBRO DIREITO



ACROMIO ILIACA ESQUERDA DO OMBRO ESQUERDO



# Apresentação de Espáduas

## Conduta obstétrica e de enfermagem

- **A melhor solução, caso do feto vivo, e a cesariana.**
- **Existem exceções para cesariana como: Multíparas, Fetos morto, aborto, ou macerados,**
- **Pode tentar fazer, também, a versão externa:**
  - ◆ **Se o feto é fácil de mobilizar**
  - ◆ **Se a bacia esta normal**
  - ◆ **Se as membranas estão intactas**
  - ◆ **Se não começou ainda o trabalho de parto**
  - ◆ **Monitorizando os BCF**
  - ◆ **Sé a gravidez for do único feto**



# Apresentação de Espáduas

## Complicações da apresentação de espádua

- Rotura uterina
- Descolamento de placenta
- Lesões do cordão
- Tendência de recidiva em transversa

Neste caso é recomendável parto por cesariana para evitar morbi mortalidade materna e fetal





# Apresentação de Espáduas

## Atitude em caso de apresentação Transversa no período expulsivo:

- **Cesariana Urgente,**
- **Em caso de dilatação completa pode ser tentada a versão interna, com risco de rotura uterina.**
- **Caso o feto esteja morto pode ser efetuada a fetotomia.**

**O feto morre nesta situação, por infecção amniótica**



# Prognostico:

- 1. Materno: Reservado**, a morte surgindo devido a: Rotura uterina, Multiparidade e Patologia obstétrica.
- 2. Fetal: Grave**, alta mortalidade, Fraturas ósseas na clavícula ou osso umeral, Sequelas neuropsíquicas dadas por prematuridade ou traumas obstétricos ou hipoxia