



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

DISTOCIAS FETAIS DURANTE O TRABALHO DE PARTO

MODULO 10

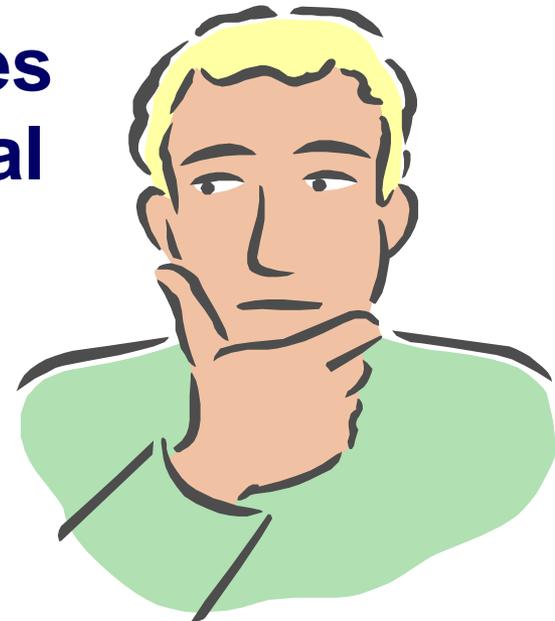
**PATOLOGIAS DURANTE A GRAVIDEZ E COMPLICAÇÕES NO
PARTO E PÓS PARTO E CUIDADOS OBSTÉTRICOS DE
EMERGÊNCIA**



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.

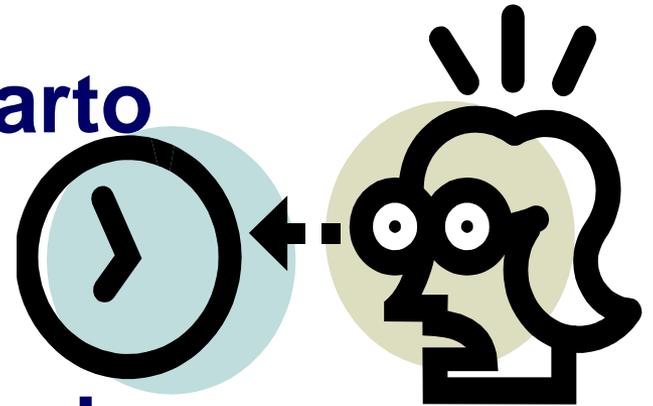




Apresentações Cefálicas - de Frente

Complicações:

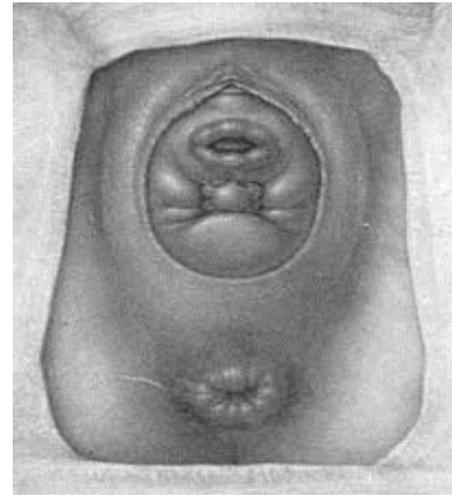
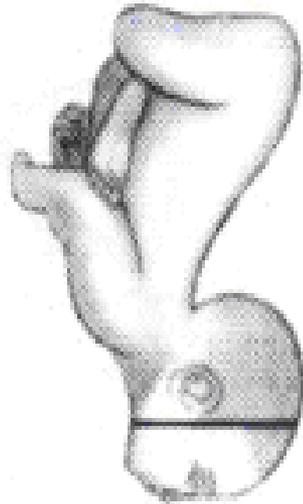
- **A cabeça encrava-se na área do estreito superior, tornando o trabalho de parto impossível pelas vias naturais.**
- **Nota-se elevada mortalidade perinatal ficando a materna também agravada**





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

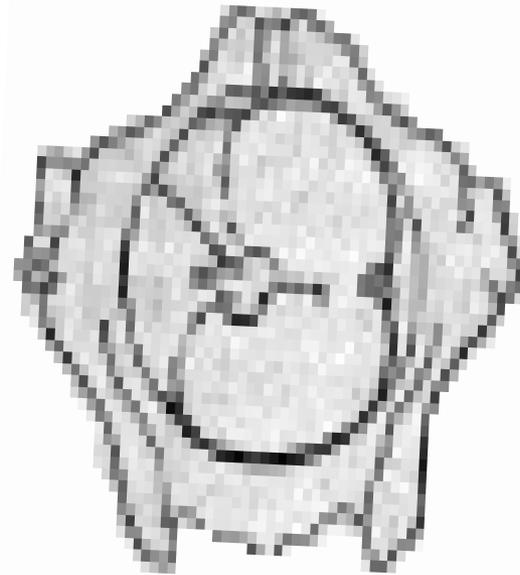
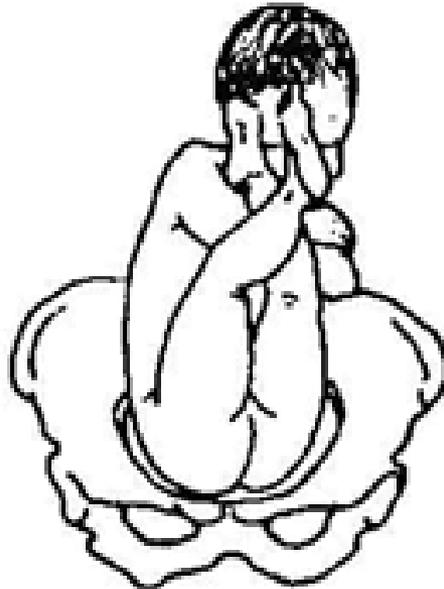
- **Apresentação Pélvica Completa, as coxas e as pernas estão flectidas.**





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



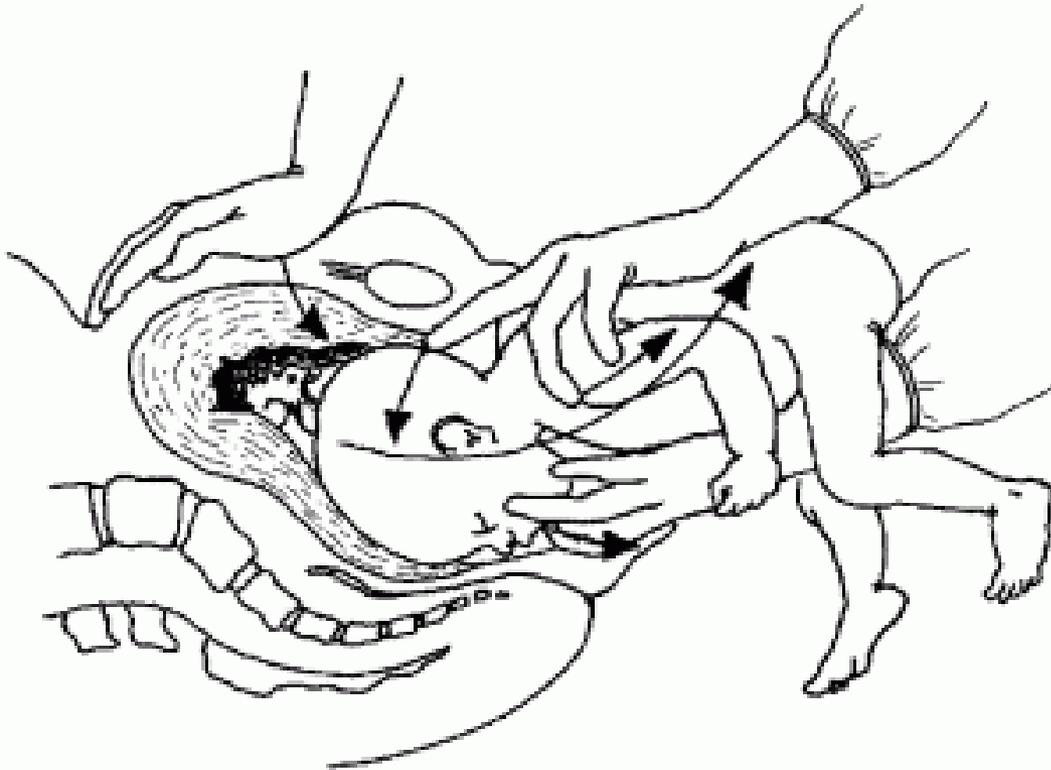


Apresentação pélvica

- **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

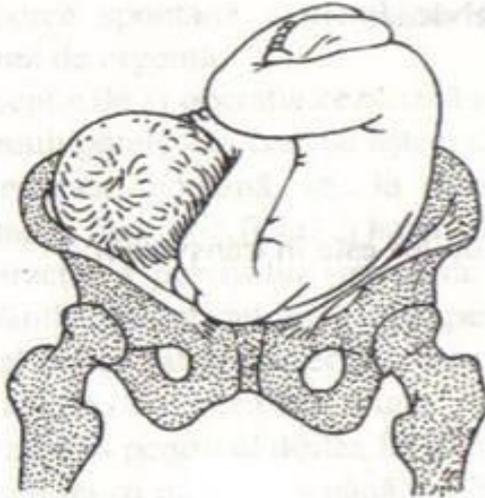


Apresentação de Espáduas

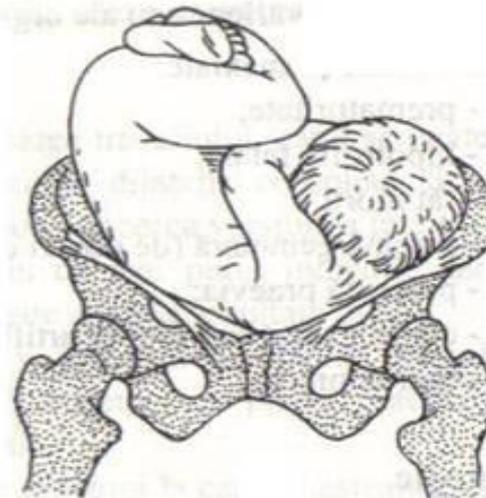
- **É definida como a falha na saída do tronco fetal. Outros especialistas falam que é a apresentação em qual o eixo longitudinal do feto esta perpendicular ao eixo longitudinal do útero.**
- **Existe a possibilidade que a apresentação seja oblíqua, quando o ângulo entre os eixos forma um ângulo de menos 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**

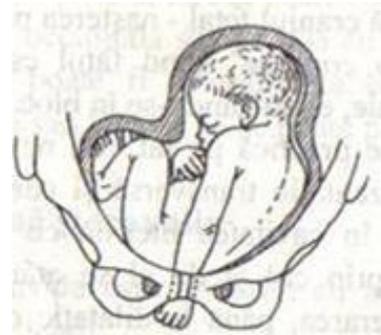
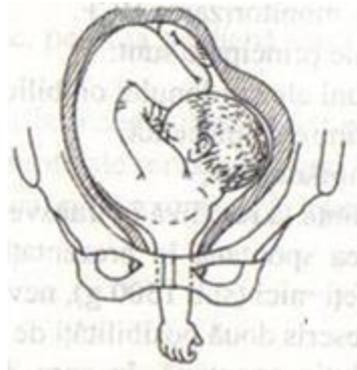


Apresentação de Espáduas

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