

Assistência ao Parto e Tocurgia

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Diretoria

Presidente

Edmund Chada Baracat

Vice-Presidente Região Norte

Ione Rodrigues Brum

Vice-Presidente Região Nordeste

Geraldez Tomaz

Vice-Presidente Região Centro-Oeste

César Luiz Galhardo

Vice-Presidente Região Sudeste

Soubhi Kahhale

Vice-Presidente Região Sul

José Geraldo Lopes Ramos

Secretário Executivo

Jacob Arkader

Vice-Secretário Executivo

Ivis Alberto Lourenço Bezerra de Andrade

Tesoureiro Executivo

Francisco Luiz Gonzaga da Silva

Tesoureiro Adjunto

Jayme Moyses Burlá

International Standard Book (ISBN)
(Fundação Biblioteca Nacional)

C172 Camano, Luiz
Manual de orientação FEBRASGO : Assistência ao
parto e tocurgia / Luiz Camano – São Paulo : Ponto, 2002.
324p. ; 21 cm.

ISBN 85-89245-02-0

1. Obstetrícia – Manuais, guias, etc. I. Título.

CDD 618.1

Índice para catálogo sistemático:

1. Tocurgia: Medicina

CAMANO L., SOUZA E.
Assistência ao Parto e Tocurgia

Direitos reservados à *FEBRASGO - Federação Brasileira das Sociedades
de Ginecologia e Obstetrícia* – São Paulo – 2002

Editora Ponto: Rua Pedro de Lucena, 64 – Mooca – Tel/Fax: (11) 6096-8000 – e-mail: ponto@uol.com.br

Planejamento Gráfico/Capa: Cezinha Galhardo

Assistência ao Parto e Tocurgia

Manual de Orientação



Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia

Editores

Luiz Camano
Eduardo de Souza

Comissão de Assistência ao Parto e Tocurgia

Presidente: Luiz Camano
Vice-Presidente: Cícero Ferreira Fernandes Costa
Secretário: Eduardo de Souza

Membros

Alvaro Guimarães Santos Filho (RJ)	José Maria Magalhães Netto (BA)
Antonio Rozas (SP)	Mário Dias Correia (MG)
Bruno Maurizio Grillo (PR)	Nilo José Pereira Luz (RS)
Delosmar Domingos de Mendonça (PB)	Roberto Eduardo Bittar (SP)
Edson Nunes de Moraes (RS)	Valmir Aparecido Franco (MT)
José Carlos Peraçoli (SP)	Vamberto Oliveira de Azevedo Maia (PE)

Colaboradores

Abês Mahmed Amed	Julio Elito Junior
Adilson Cunha Ferreira	Luciano Nardoza
Alvaro Guimarães Santos Filho	Luiz Camano
Ângelo do Carmo Silva Matthes	Luiz Kulay Junior
Anna Maria Bertini	Malcolm Montgomery
Antonio Fernandes Moron	Manoel J. B. C. Girão
Antonio Guariento	Marcelo Zugaib
Antonio Guilherme Moreira Porto	Marilza Vieira Cunha Rudge
Antonio Rozas	Mário Dias Corrêa
Antonio Rubino de Azevedo	Nelson Sass
Bruno Maurizio Grillo	Nilo José Pereira Luz
Bussâmara Neme	Osmar Ribeiro Colás
Carlos Antonio Barbosa Montenegro	Pedro Paulo Pereira
Cícero Ferreira Fernandes Costa	Prescilla Chow Lindsey
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli	Renata Alberge Giugliano Meschino
Delosmar Mendonça	Roberto Eduardo Bittar
Edson Nunes de Moraes	Rodrigo A. Castro
Eduardo de Souza	Rosa Maria de S. A. Ruocco
Francisco Mauad Filho	Rosiane Mattar
Francisco Mendonça	Sandra Maria Alexandre
Iracema de Mattos Paranhos Calderon	Sérgio Kobayashi
J. Júlio de A. Tedesco	Sérgio Pereira da Cunha
João Alberto Vilar Mamede	Soubhi Kahhale
João Luiz Carvalho P. Silva	Sue Yasaki Sun
Jorge Francisco Kuhn dos Santos	Valmir Aparecido Franco
José Carlos Peraçoli	Vamberto Oliveira de Azevedo Maia
Julio Cesar Massonetto	

Apresentação

Com a assistência ao parto passando, para a segurança da mãe e do conceito, a ser realizada em ambiente adequado estrutural e funcionalmente, e por facultativo qualificado, os índices de morbidade e de mortalidade do binômio materno-fetal apresentaram drásticas reduções. Basta constatar os resultados publicados por Zander & Chamberlain (BMJ 1999; 318: 721-723) que, analisando a mortalidade perinatal em gestações de termo, em relação ao local do parto de gestantes selecionadas para partos domiciliares planejados em países do primeiro mundo, encontraram taxa de mortalidade 3 a 4 vezes superior quando se optou pelo parto domiciliar (1 morte perinatal por 1561 nascimentos nos hospitais contra 1 morte para cada 371 a 500 nos partos domiciliares).

Neste Manual, o colega encontrará um conjunto de informações atuais, preparadas por profissionais altamente qualificados, sob a coordenação da Comissão Nacional Especializada de Assistência ao Parto e Tocurgia da FEBRASGO. Esperamos que este trabalho contribua para que cada vez mais o atendimento à gestante durante o trabalho de parto e o parto seja realizado dentro dos mais rígidos princípios científicos, éticos e humanitários. Desejamos ainda que os índices de complicações que atingem mãe e filho neste momento tão importante da existência sejam minorados.

A Diretoria

Prólogo

O objetivo príncipe da Obstetrícia é preservar a integridade da saúde materna e proporcionar ao recém-nascido, todo o potencial que permita o seu desenvolvimento pleno somático, neurológico e psíquico, para que se torne um cidadão saudável física e psiquicamente. Assim, terá condições para ser feliz, útil à sociedade e à família. As adequadas assistências ao parto e à tocurgia respeitam estas normas.

A elaboração deste Manual, é fruto do esforço da Comissão de Assistência ao Parto e Tocurgia da FEBRASGO, que contou com prestigiosa colaboração de ilustres colegas.

Observamos nos temas desenvolvidos um consenso ideológico, que destaca a valorização do parto vaginal, a atenção carinhosa e humana para com a grávida, a preservação da relação de respeito médico-parturiente e o estímulo de parcerias com os colegas, enfermeiras obstétricas, anestesistas e neonatologistas.

O consenso científico não o procuramos e nem é de todo desejável. A comunidade acadêmica sempre haverá de fazer reflexões na procura da verdade através de novas investigações. A frase lapidar de Claude Bernard continua absolutamente atual: não há um tema esgotado e sim investigador cansado.

Assim, certas particularidades assistenciais, por vezes não apresentavam uniformidade plena. As Escolas Obstétricas em alguns aspectos polêmicos, podem estabelecer algumas condutas não idênticas. Cabe ao obstetra, à luz do saber, julgá-las e adotá-las na prática diária.

Não poderíamos deixar de expressar o nosso reconhecimento e gratidão ao apoio da Diretoria da FEBRASGO que tornou viável a realização deste manual.

Dedicamos este livro a todos os colegas que se preocupam com a arte, com a ciência e com o saber obstétrico, sempre na procura da excelência ao atendimento à mãe, visando como epílogo, as melhores condições de saúde ao nascituro.

Os Editores

ÍNDICE

Cuidados Gerais na Admissão de Parturientes	11
Indução do Trabalho de Parto	16
Uso do Partograma	20
Avaliação da Vitabilidade Fetal Intraparto	30
Analgesia na Parturição Vaginal	39
Operações Amplificadoras das Partes Moles	42
O Fórcepe na Atualidade	52
A Vácuo-extração na Atualidade	66
Assistência à Dequitação	84
Revisão da Cavidade Uterina e do Canal de Parto	91
Obstetrícia Baseada em Evidências Científicas na Assistência ao Parto Vaginal	95
A Cesariana	101
Anestesia na Cesariana	114
Retenção Placentária	120
Acretismo placentário	123
Atonia Uterina	126
Inversão Uterina Aguda	129
Rotura Uterina	134
Versão Interna na Assistência ao Parto	139
Versão Cefálica Externa	144
Tratamento Cirúrgico do Abortamento	148
Tratamento Cirúrgico da Gravidez Ectópica	152
Assistência à Parturição na Insuficiência Istmocervical	177

Conduta Assistencial ao Parto na Placenta Prévia	182
Assistência à Parturição no Óbito Intra-uterino	192
Planejamento do Parto em Gestações Complicadas por Malformações Fetais	199
Assistência ao Parto no Pós-datismo	203
Assistência à Parturição na Distocia Funcional	206
Assistência à Parturição na Doença Hemolítica Perinatal	213
Assistência ao Parto Pélvico	219
Assistência Obstétrica da Parturiente com Cesariana prévia	227
Assistência à Parturição no Gemelar	235
Assistência à Parturição do Descolamento Prematuro da Placenta	241
Assistência à Parturição na Rotura Prematura de Membranas	245
Assistência à Parturição no Crescimento Fetal Restrito	250
Assistência à Parturição na Prematuridade	255
Assistência à Parturição na Doença Hipertensiva Específica da Gestação (Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia)	265
Assistência à Parturição na Hipertensão Arterial Crônica	271
Assistência à Parturição no Diabetes Mellitus	275
Conduta no Parto da Cardiopata	279
Cesárea-Histerectomia	300
Incentivo ao Aleitamento Materno	306
Reabilitação do Assoalho Pélvico Pós-parto	311
Pós-parto e Sexualidade	315
Anticoncepção no Puerpério	319

CUIDADOS GERAIS NA ADMISSÃO DE PARTURIENTES

Nilo José Pereira Luz

O primeiro cuidado na admissão de uma parturiente é o certificarmos-nos de que essa gestante está realmente em trabalho de parto. Nas dificuldades brasileiras da carência de leitos esse é um cuidado essencial para manter os leitos obstétricos em nível de eficiente utilização.

Trabalho de parto se considera existente quando a gestante preenche uma ou mais das seguintes condições:

- Contrações uterinas regulares, não menos de 2 a cada 10 minutos e que se mantenham nesse ritmo por mais de 2 horas. Para constatar esse ritmo pode ser necessária uma observação na sala de admissão, em decúbito lateral por esse tempo e o trabalho de parto se considera estabelecido quando, além desse ritmo ocorrem transformações plásticas no colo uterino (apagamento, dilatação progressiva). É portanto necessário que a candidata a internação seja submetida a um toque vaginal no exame inicial e após esse período mínimo de 2 horas de observação quando as contrações uterinas se mantiveram.

- Colo uterino apagado e com mais de 3 cm de dilatação acompanhado por uma atividade uterina similar à descrita acima. Nesse caso não é necessário detectar a presença de alterações plásticas no colo uterino, já que nessa condição do colo se pode considerar, em presença de atividade contrátil do

útero, que um trabalho de parto já está estabelecido. Outras condições ajudam ao estabelecimento da existência de trabalho de parto, tais como a constatação da ruptura das membranas e o progresso na atividade uterina, com contrações cada vez mais freqüentes e que, progressivamente, se tornam mais dolorosas.

- Ruptura espontânea das membranas: a associação entre ruptura de membranas e contratilidade ativa uterina permite definir a existência de trabalho de parto.

Definida a existência de trabalho de parto, passamos à definição de quais são os cuidados mínimos que devem ser feitos quando da admissão de uma parturiente. Procuraremos definir o que são cuidados mínimos, enfrentando a dificuldade brasileira de que 2 de cada 3 pacientes buscam uma Maternidade sem ter recebido qualquer assistência pré-natal. Esses números podem ser diferentes em algumas regiões mas permanece a realidade triste de que número importante de gestantes não recebe qualquer assistência pré-natal e, muitas, recebem assistência pré-natal inadequada. Então a definição do risco perinatal é muito dependente de avaliação cuidadosa quando de sua admissão na unidade que lhe vai prestar assistência ao parto.

O primeiro parâmetro a ser avaliado diz respeito ao estabelecimento da idade gestacional no momento do parto, já que os cuidados e riscos de um parto prematuro são diferentes numa gestação a termo ou em presença de prematuridade. Quando a gestante recorda a data da sua última menstruação a tarefa é facilitada. Quando a data é imprecisa ou ignorada, devemos nos valer dos dados do exame físico e os dados sugerindo se tratar de gestação a termo são os seguintes:

- altura uterina igual ou maior de 30 cm em gestação única

- líquido amniótico contendo grumos (em presença de amniorrexe)

- idade gestacional superior a de 37 semanas baseada em ecografia prévia feita até as 20 semanas de idade gestacional ou pela comprovação de gestação no início da gestação, por exame clínico ou laboratorial, compatível com idade gestacional presumida de 37 semanas

Estimada a idade gestacional, a parturiente deve ser examinada para o rastreamento de alguma possível doença. Um exame obstétrico simples deve possibilitar a identificação da situação fetal, de sua apresentação e dará também uma idéia da proporção feto/pélvica e dos seus desvios. Identificada a normalidade no exame físico, o parto deverá ser acompanhado após medida da pressão arterial e do afastamento da presença de complicações hemorrágicas de maneira que possam ser detectados desvios no progresso da dilatação e na evolução do parto. O exame físico também deve prestar atenção na identificação de eventual edema, lembrando que edema tibial discreto pode ser considerado como desvio da normalidade e que nesse primeiro exame é essencial a identificação da vitalidade fetal por meio da ausculta dos batimentos cardíofetais. Seria bom lembrar que a ausculta deve ser feita nos períodos de relaxamento uterino já que a contração uterina pode abafar consideravelmente os batimentos cardíofetais, dificultando seu reconhecimento, o que é mais marcado nas pacientes com obesidade e pode levar à criação de angústia iatrogênica. Por outro lado a não-ausculta dos batimentos cardíacos do feto exige a comprovação da vitalidade ou da morte fetal, até mesmo para proteger o profissional o qual pode, eventualmente, ser chamado

à responsabilidade pelo nascimento de um recém-nascido sem vida quando já foi internada a parturiente nessas condições.

As anormalidades detectadas nesse exame inicial necessitam ser comprovadas e manejadas de acordo. Aqui é importante lembrar que os recursos para o atendimento da mãe e do seu feto precisam ser avaliados para que cada paciente internada possa ter a certeza de que os recursos humanos e institucionais são adequados para que ela receba atendimento compatível com uma medicina moderna e que o médico responsável pela sua internação tenha consciência dos recursos à sua disposição para cada paciente internada. Só para exemplificar, uma paciente com gestação de menos de 30 semanas só deveria ser internada em unidade com recursos adequados ao atendimento de um prematuro dessa idade gestacional.

Um roteiro geral para a admissão de uma parturiente pode ser deduzido do seguinte fluxograma:

1) reconhecimento da existência de um trabalho de parto: na dúvida observar na própria estrutura da sala de admissão.

2) trabalho de parto existente: internar após exame clínico e tomada de história obstétrica e avaliação do risco gestacional, correção de doença porventura existente, planejar o tipo de assistência que será necessária.

Alguns outros cuidados podem ser mencionados no exame de admissão das parturientes em algumas situações não raras, descritos a seguir:

1) na suspeita de amniorrexe sem a certeza da existência de trabalho de parto estabelecido ou da idade gestacional: não fazer toque vaginal. Comprovar a condição do colo por meio do exame especular. O toque deve ser feito só quando a

contratilidade uterina assegurar que o trabalho de parto está em curso, pois na amniorrexe fora do trabalho de parto o toque vaginal vai aumentar o risco de infecção ovular

2) quando existe história de cesárea prévia: assegurar-se de que não existe desproporção feto-pélvica ou anomalia da apresentação. Planejar vigilância adequada para o parto dessa gestante

3) quando houver história de perdas fetais em gestação prévia: em todos os casos, mas sobretudo quando a assistência pré-natal não for adequada, estabelecer plano adequado de vigilância materno-fetal e alertar os outros membros da equipe perinatal sobre a história e o risco obstétrico da paciente.

INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

Roberto Eduardo Bittar
Marcelo Zugaib

Denomina-se parto induzido aquele iniciado mediante o uso de métodos artificiais. A indução pode ser terapêutica ou eletiva. Na prática obstétrica são frequentes as situações em que intercorrências maternas (síndromes hipertensivas, diabetes melito, gestação prolongada, coriamnionite, rotura prematura de membranas, entre outras) e fetais (restrição do crescimento fetal, malformações fetais, doença hemolítica perinatal e óbito fetal) indiquem a interrupção da gestação. A indução eletiva, por sua vez, é aquela praticada por conveniência do obstetra e/ou da gestante.

CONTRA-INDICAÇÕES À INDUÇÃO

Desproporção céfalo-pélvica, apresentações anômalas, placenta prévia, sofrimento fetal, macrosomia fetal, miomectomias, gestação gemelar, infecção genital ativa por Herpes e carcinoma invasivo de colo. A presença de apenas uma cesárea segmentar transversa anterior não contra-indica a indução, entretanto, quando realizada deve ser feita de maneira cuidadosa pelo maior risco de rotura uterina.

Condições favoráveis à indução

O sucesso da indução do parto está intimamente relacionado às condições da cérvix. O método mais utilizado

para selecionar as pacientes adequadas à indução é o índice de Bishop (Quadro I). Dizemos que o colo uterino é favorável à indução quando o índice de Bishop for maior ou igual a 5. Quando a indução é realizada com colo desfavorável, a duração do trabalho de parto é prolongada e freqüentemente resulta em operação cesariana, além de outras complicações. Para evitar tais ocorrências, nos casos de colo desfavorável (Bishop < 5), indica-se inicialmente o preparo do colo para a indução, permitindo o amadurecimento cervical.

Quadro I - Índice de BISHOP (Modificado Seg. ULMSTEN e col., 1983)

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

MÉTODOS DE PREPARO DO COLO UTERINO PARA A INDUÇÃO

O preparo ou maturação do colo uterino constitui o processo pelo qual o colo se altera de uma estrutura fechada, determinada a manter a gestação intra-uterina, para uma estrutura macia, complacente, capaz de dilatar e acomodar a passagem do feto. Tal processo se dá à custa de: remodelação

tecidual profunda, rotura das fibras de colágeno, alteração das glicosaminoglicanas, edema de estroma cervical e extensa invasão de neutrófilos com liberação de proteases e collagenases.

Com tal objetivo são mais freqüentemente utilizados: a prostaglandina E2 (dinoprostona) e o análogo sintético da prostaglandina E1 (misoprostol).

- Prostaglandina E2 (PGE2): preconiza-se a administração de gel intracervical de 0,5 mg. Reavalia-se o colo após 4 h. Se o índice de Bishop ≥ 5 , administra-se ocitocina endovenosa. Caso o colo uterino permaneça desfavorável, pode-se repetir a administração de PGE2 (até no máximo 3 doses em período de 24 h). A vitalidade fetal e a atividade uterina devem ser acompanhadas por meio de monitorização já que podem ocorrer taquissístolia, hipertonia uterina e aparecimento de DIP II.

- Análogo da prostaglandina E1: utilizamos apenas nos casos de óbito fetal quando a idade gestacional for inferior a 28 semanas ou altura uterina de até 26 cm. Deste modo, diante de colo desfavorável, empregamos um comprimido de misoprostol (200 µg) via oral de 4 em 4 h, durante 24 h. Se não ocorrer a eliminação fetal após este período, utilizamos um comprimido de misoprostol via vaginal, em fundo de saco posterior, de 4 em 4 h.

Indução do trabalho de parto com ocitocina

Utiliza-se a ocitocina sintética por via endovenosa. A maior probabilidade de sucesso ocorre nos casos com colo uterino favorável (Bishop ≥ 5).

Antes de iniciar a indução, a vitalidade fetal deve ser assegurada por meio da monitorização fetal e da avaliação do líquido amniótico por amnioscopia ou amniocentese.

O método de utilização de ocitocina na indução do

trabalho de parto na Clínica Obstétrica da FMUSP é o seguinte:

1. Dilui-se 5 UI de ocitocina em 500 mL de soro glicosado a 5%, formando uma solução com concentração de ocitocina de 10 mUI/mL.

2. Inicia-se a indução com infusão de 2 mUI/min e aumenta-se 2 mUI a cada 15 min até obter um padrão de contração uterina adequado para a fase do trabalho de parto ou até a dose máxima de 30 mUI/min. Lembrar que a infusão de quatro gotas por um equipo comum de soro equivale à infusão de 2 mUI, e que uma gota equivale a três microgotas.

3. Realiza-se a monitorização fetal contínua em todas as gestantes em uso de ocitocina.

4. Faz-se a amniotomia quando houver dilatação ≥ 4 cm e presença de contrações uterinas efetivas. Quando após duas horas de infusão máxima de ocitocina, houver ausência de contrações uterinas ou para correção de distocia funcional.

Caracteriza-se a falha de indução quando há ausência de atividade uterina após duas horas de infusão máxima de ocitocina ou após duas horas da amniotomia. São complicações do uso da ocitocina: hiperestimulação uterina, sofrimento fetal, hiponatremia, intoxicação hídrica e rotura uterina.

É recomendável, em cada caso de indução de parto, anotar a evolução da paciente, a dose de ocitocina, os procedimentos realizados e o padrão cardiotocográfico em partograma, para melhor seguimento.

USO DO PARTOGRAMA

José Carlos Peraçoli
Marilza Vieira Cunha Rudge

O partograma é a representação gráfica do trabalho de parto. É excelente meio para mostrar a evolução da dilatação do colo uterino e da descida da apresentação. Associa dois elementos fundamentais na qualidade da assistência ao parto: a simplicidade e a utilidade prática.

O controle gráfico do trabalho de parto supera a intuição e permite o reconhecimento da evolução normal ou anormal do parto, mesmo por observador menos experiente. Seu emprego melhora a qualidade da assistência ao parto, permitindo corrigir precocemente os partos disfuncionais, diminuir a incidência de cesárea e identificar os casos em que a estimulação por ocitócicos realmente se faz necessária.

O partograma avalia em momento definido a evolução do parto como um todo: dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, zona de Philpott, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, administração de líquidos e drogas, e efeitos de analgesia.

Para compreender a evolução gráfica do trabalho de parto é preciso ter em mente os estudos de Friedman (1978), que divide o trabalho de parto em três períodos distintos e funcionalmente diferentes: período preparatório, período de dilatação e período pélvico. No período preparatório as contrações uterinas se coordenam e preparam o colo para a

fase de dilatação ativa, portanto, esse período se caracteriza por amolecimento, apagamento e o início da dilatação do colo e descida fetal. No segundo período (dilatação) ocorre a dilatação completa do colo e no terceiro período (pélvico) desencadeia-se a maior parte dos fenômenos mecânicos do parto e ocorre a dequitação (Figura 1).

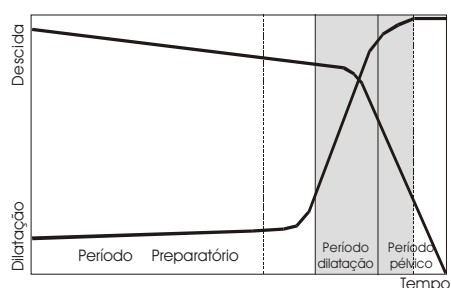


Figura 1 – Períodos funcionais do parto (Friedman, 1978).

Os três períodos são facilmente caracterizados e sofrem influências de vários fatores, portanto, o reconhecimento e entendimento dos mesmos são fundamentais para uma boa assistência ao parto.

Na evolução clínica do parto podemos estabelecer uma correspondência entre o conceito clássico e o de Friedman:

Literatura clássica	Friedman
Dilatação	Preparatório Dilatação
Expulsivo	Pélvico
Dequitação	Dequitação
4º. período	4º. período

Friedman (1978) também determinou que a dilatação do colo uterino evolui segundo uma curva sigmóide e que uma curva hiperbólica representa a descida da apresentação.

A curva sigmóide da dilatação do colo é complexa e pode ser dividida em duas fases: latente e ativa (Figura 2). A fase latente se estende desde o início das contrações uterinas regulares até o início da fase ativa. Nesta fase as contrações estão se orientando, coordenando e polarizando, a curva tende a ser quase horizontal, com pouca variação da dilatação. Sua duração é, em média, de 16 a 20 horas na primípara e de 12 a 16 horas na múltipara, e pode ser influenciada por sedação e ocitócicos. A fase ativa tem início no ponto em que a curva começa a se tornar inclinada e termina com a dilatação completa. Philpott & Castle (1972), para fins práticos, definiram seu início no momento em que o colo está apagado, a dilatação é de 3 cm e as contrações são regulares.

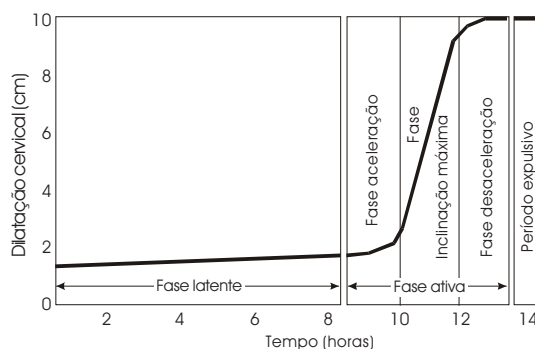


Figura 2 – Curva de dilatação cervical (período de dilatação), fase latente e fase ativa.

A fase ativa pode ser subdividida em fase de aceleração, de inclinação máxima e de desaceleração. A fase de aceleração é curta e variável, porém importante no resultado do parto. A fase de inclinação máxima é boa medida da eficiência motora do útero. A fase de desaceleração reflete a relação feto-pélvica, caracterizando-se nesta fase o início da descida da apresentação, que se continua no período pélvico. A velocidade da dilatação é de 0,8 a 1,5 cm por hora.

A curva da descida da apresentação em parto normal é hiperbólica, quando se correlacionam evolução da descida da apresentação e tempo (Figura 3). A curva hiperbólica também pode ser dividida em duas fases: latente e ativa.

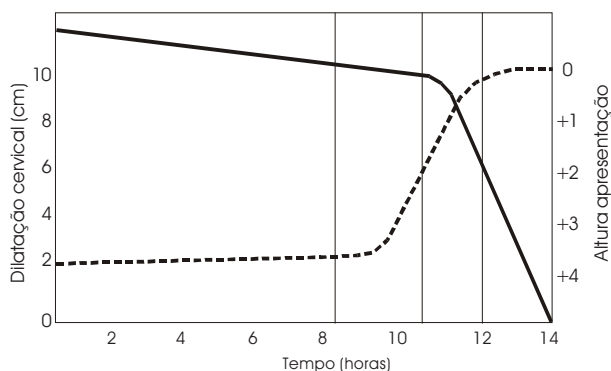


Figura 3 - Inter-relação entre a descida da apresentação e a dilatação cervical.

A fase latente estende-se desde o início do trabalho de parto até o ponto em que a descida torna-se ativa.

A fase ativa coincide com a fase de inclinação máxima da dilatação, sendo subdividida em aceleração e desaceleração. A fase de aceleração coincide com a fase de inclinação máxima da

dilatação e a fase de desaceleração corresponde a fase perineal.

A análise conjunta das curvas de dilatação cervical e descida da apresentação é útil para caracterizar a evolução normal do trabalho de parto.

Considerando que a dilatação do colo e a descida da apresentação representam progresso do trabalho de parto e refletem os graus de sua normalidade ou anormalidade, com metodologia objetiva podemos quantificar a evolução do parto. Friedman (1954) relaciona a dilatação cervical em função do tempo, colocando no eixo do X o tempo em horas, e no eixo do Y, a dilatação cervical e a descida da apresentação em centímetros. Considera como ponto de referência para a descida, o plano zero das espinhas ciáticas, sendo os valores acima das mesmas negativos e os abaixo das mesmas positivos.

Em 1972, Philpott & Castle idealizaram novo partograma, construindo uma linha de alerta na hora subsequente ao primeiro exame e uma linha de ação quatro horas à direita da linha de alerta (Figura 4). Na evolução normal do parto, a dilatação cervical ocorre à esquerda da linha de alerta.

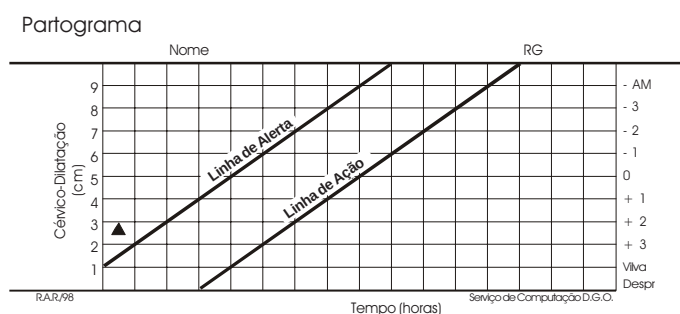


Figura 4 - Linha de alerta e linha de ação (Philpott, 1972 & Castle).

APLICAÇÃO CLÍNICA DO PARTOGRAMA

A forma mais comum de montagem do partograma utiliza papel quadriculado, no qual na abscissa coloca-se o tempo em horas e na ordenada à esquerda, a dilatação cervical e na ordenada à direita, a descida da apresentação, ambas em centímetros.

ORIENTAÇÕES PARA A CONSTRUÇÃO DO PARTOGRAMA (Figura 5)

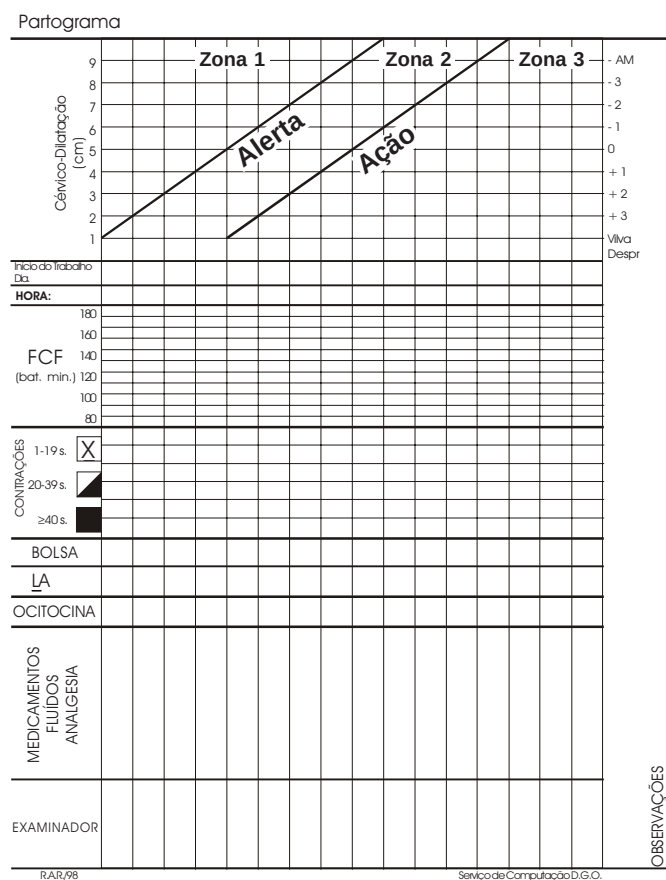


Figura 5 - Construção do partograma.

- Cada divisória horizontal (abscissa) corresponde a uma hora e cada vertical (ordenada) a um centímetro de dilatação cervical e de descida da apresentação.

- O registro gráfico deve ser iniciado quando a parturiente estiver na fase ativa do trabalho de parto (duas a três contrações eficientes em 10 minutos, e dilatação cervical de três centímetros). Na dúvida, aguardar uma hora e realizar novo toque vaginal: velocidade de dilatação de um centímetro/hora entre dois toques sucessivos confirma diagnóstico de fase ativa de trabalho de parto.

- A dilatação cervical deve ser indicada no ponto correspondente do gráfico, traçando-se na hora imediatamente seguinte a linha de alerta e, em paralelo, quatro horas após, a linha de ação.

- Os toques vaginais subseqüentes devem ser feitos a cada uma ou duas horas, lembrando que a anotação deverá respeitar o tempo no gráfico. Em cada toque vaginal deverão ser avaliadas a dilatação cervical, a altura da apresentação, a variedade de posição e as condições da bolsa das águas.

- Deve ser sistemático o registro das contrações uterinas, dos batimentos cardíacos fetais, da cor do líquido amniótico, da administração de líquidos e drogas e do início da analgesia.

A utilização das linhas de alerta e ação facilita o diagnóstico precoce do parto disfuncional. Em um parto de evolução normal, a curva de dilatação cervical ocorre à esquerda da linha de alerta (zona 1). Quando a curva de dilatação cervical ultrapassa a linha de alerta (zona 2) e ou a linha de ação (zona 3), trata-se de um parto disfuncional (Figura 6).

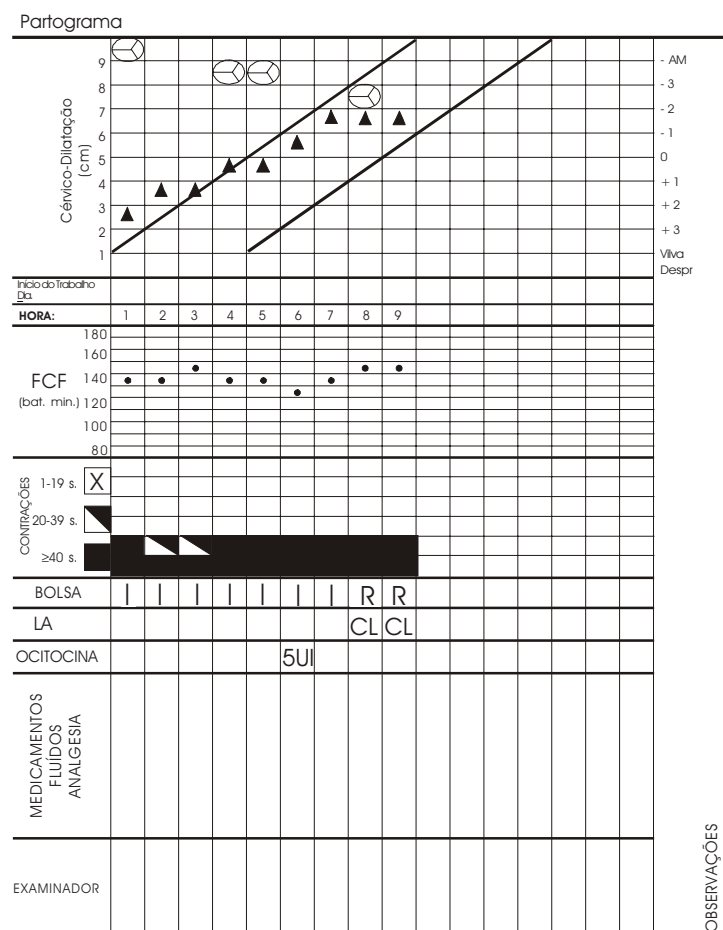


Figura 6 - Trabalho de parto disfuncional.

Quando a dilatação cervical evolui à esquerda da linha de alerta o percentual de parto vaginal é alto; quando o registro localiza-se entre a linha de alerta e a linha de ação aumenta o percentual de cesárea. Esse aumento é maior quando o registro da dilatação cervical ultrapassa a linha de ação.

A identificação das distocias é feita pela observação da curva de dilatação cervical e de descida da apresentação expressas no partograma.

Quando a dilatação cervical não evolui, impõe-se o reconhecimento da fase do trabalho de parto. Na fase latente determina-se a duração do trabalho: se inferior a 14 horas na múltipara ou 20 horas na nulípara, trata-se de fase latente de duração normal. Se a fase latente ultrapassar esses valores, o diagnóstico é de fase latente prolongada, indicando distocia do período preparatório do parto. Se a dilatação cervical não progredir na fase ativa do parto deve-se avaliar a zona de Philpott: se observada na zona 1 há possível parada, aguardando-se mais um hora de evolução para firmar o diagnóstico. Se na zona 2 ou 3, indica parada secundária da dilatação ou da descida.

Quando o exame do colo mostra evolução da dilatação e nos encontramos na zona 1 de Philpott, trata-se de fase ativa normal, se a dilatação cervical for muito rápida o diagnóstico é parto precipitado ou taquitócico. Se a evolução da dilatação cervical for registrada nas zonas 2 ou 3, a fase ativa ou o período pélvico são prolongados.

Antes de identificar a distocia é necessário conhecer sua etiologia para instituir tratamento adequado.

- Na fase prolongada da dilatação ou da descida, falta motor, isto é, tem como causa contração uterina deficiente, sedação ou anestesia excessiva; a desproporção cefalo-pélvica é causa menos relevante.

- Na parada secundária da dilatação ou da descida há bloqueio no canal do parto, determinado primariamente por desproporção cefalo-pélvica relativa ou absoluta, a deficiência de

contração será secundária. A desproporção cefalo-pélvica absoluta traduz tamanho do polo cefálico maior que a bacia, entendendo-se por desproporção relativa quando existem apresentações defletidas ou variedades de posição transversa ou posteriores.

Identificada a distocia e conhecida a etiologia de cada alteração esquematiza-se a orientação terapêutica: observação da evolução, administração de ocitócicos, rotura da bolsa das águas, analgesia, indicação de fórceps ou cesárea.

Vários aspectos devem estimular o uso do partograma na assistência clínica ao parto: desde 1994, a Organização Mundial de Saúde tornou obrigatória a utilização do partograma nas maternidades; seu uso facilita o acompanhamento do trabalho de parto por principiantes ou paramédicos e a passagem de plantão do pré-parto; favorece a utilização racional de ocitócicos e analgesia; sua utilidade é muito grande no diagnóstico precoce das distocias e na conduta a ser adotada em cada uma delas; e no momento em que o Ministério da Saúde está implementando medidas contra a indicação abusiva de cesáreas, o partograma é arma fundamental para alcançarmos esse objetivo.

AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL INTRAPARTO

Carlos Antonio Barbosa Montenegro

É sofrimento fetal agudo o havido durante o parto, em contraposição ao crônico, próprio da gestação de alto risco. Bioquimicamente, o sofrimento fetal agudo está caracterizado por hipoxia, acidose e hipercapnia.

ETIOLOGIA DO SOFRIMENTO FETAL INTRAPARTO

- Hiperatividade uterina: Especialmente a conseqüente à administração intempestiva e imprudente de ocitócicos. Ao revés, é espontânea a encontrada no parto obstruído, no descolamento prematuro da placenta, na toxemia, na polidramnia e no período expulsivo prolongado.

- Hipotensão materna: Provocada pela anestesia de condução (raque, peridural, etc.), hemorragias, decúbito dorsal (compressão da veia cava inferior e da aorta).

Entretanto, o Doppler mostra que a anestesia peridural, durante o trabalho de parto, melhora o fluxo placentário, desde que não ocorra hipotensão materna.

- Gestação de alto risco
- Prematuridade
- Patologia funicular (circulares, nós, procidências e prolapsos): Sem subordinação a qualquer dos acidentes acima

enumerados, o cordão umbilical pode ser comprimido durante o parto (especialmente após a rotura das membranas), levando ao sofrimento fetal agudo.

- Parto prolongado: Ocasiona, eventualmente, acidose metabólica materna que acaba por comprometer o conceito.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico do sofrimento fetal intraparto é feito por meio da cardiotocografia (CTG), da microanálise do sangue fetal e da clínica.

Cardiotocografia

As alterações fcf dividem-se em basais e transitórias. As basais ocorrem na ausência de movimentos e estimulação do conceito e das contrações uterinas – fcf basal e oscilação. As transitórias são alterações de pequena duração e podem ser periódicas e não-periódicas, quando determinadas ou não pela contração uterina – aceleração e dip (ou desaceleração), respectivamente, subida ou queda na fcf. As alterações transitórias não-periódicas estão, pelo geral, associadas à movimentação e à estimulação fetais.

-Alterações basais

Fcf basal: A linha de base, na qual estão inscritas as variações tacométricas, tem o nome de fcf basal. Seus limites normais se situam entre 120 e 160 bpm. Aumentos na linha de base que persistam, no mínimo, por 10 minutos, constituem taquicardia moderada (161 e 180 bpm) ou acentuada (acima de 180 bpm) ou acentuada (inferior a 100 bpm).

Oscilações: São da maior importância na avaliação da gravidade do sofrimento fetal.

- Alterações Transitórias

Aceleração: As acelerações são subidas transitórias da fcf ocasionadas pela movimentação fetal (MF) ou por sua estimulação e pela contratilidade uterina. Representam uma resposta do concepto ao estímulo e ao estresse.

Dips ou desacelerações: Constituem quedas temporárias da fcf e podem ser classificados em periódicos e não-periódicos, conseqüentes ou não à contração uterina. De acordo com a amplitude de queda são divididos em: leve (< 15 bpm), moderado (15-45 bpm) e grave (> 45 bpm).

Os dips periódicos, os mais importantes, podem ser distintos em cefálico (ou tipo I), tardio (ou tipo II) e umbilical (ou variável). O dip cefálico tem o seu início, máximo de queda e recuperação à linha de base, coincidente, respectivamente, com o começo, pico e fim da contração. A fcf basal associada situa-se nos limites da normalidade. Decorre do estímulo vagal conseqüente à compressão desigual da cabeça, com deformação (cavalgamento dos parietais). Sua produção está grandemente facilitada pela rotura da bolsa das águas e pela insinuação da apresentação na pelve, eis que é privativo do parto, particularmente da fase final do trabalho. Por definição existe na ausência de complicações do cordão umbilical (circulares, nós, prolapsos, etc.).

O dip tardio, ao revés, tem princípio, máximo de queda e recuperação, retardados, respectivamente, em relação ao início, pico e fim da contração uterina. O padrão tacométrico mantém-se igualmente uniforme e a fcf, pelo geral, taquicárdica.

Na verdade, a definição de dip tardio nunca foi bem estabelecida. Diz-se que é retardado em relação à contração uterina, o tempo de latência (entre o começo do dip e o início

da contração) igual ou maior de 30 segundos, mas a duração do intervalo (entre o fundo do dip e o pico da contração) tem critérios diversos – maior de 18,20 ou 30 segundos.

Para a caracterização da desaceleração tardia é importante também analisar o tempo de recuperação (maior de 15 segundos) medido entre o fim da contração uterina e o ponto em que o dip retornou à linha de base.

Os dips tardios estão associados à estase de sangue intervuloso, daí seu achado na asfixia fetal por insuficiência uteroplacentária aguda. É a metrossístole a responsável pela produção dos dips tipo II ao reduzir os teores de oxigênio fetal abaixo de determinado nível crítico, correspondendo, aproximadamente, à pO_2 de 20 mmHg (30% de saturação de oxigênio e 7,20 de pH) no sangue capilar do couro cabeludo.

Nos dips umbilicais a forma da desaceleração não reflete a da contração uterina e as quedas variam de aspeto no correr do traçado.

É a queda do dip subitânea, associada à compressão funicular, daí serem chamados também dips umbilicais. São fatores predisponentes ao seu aparecimento: circulares do cordão (em torno do pescoço, membros, tronco), rotura das membranas, oligoidramnia, prolapso, nó ou brevidade de cordão, inserção velamentosa de funículo, parto pélvico. O intervalo e o tempo de recuperação são variáveis, originando desacelerações precoces ou tardias.

Os dips umbilicais de curta duração (até 30 segundos) têm, na sua gênese apenas o estímulo vagal, ao passo que os de longa duração (mais de 30 segundos), além do fator nervoso, necessitam, para o seu aparecimento, componente hipoxiante.

Os padrões tacométricos que precedem a morte fetal

merecem ser descritos. Bradicardia profunda terminal e oscilação lisa (“silenciosa”). As alterações transitórias (dips tardios, umbilicais ou espontâneos graves) não são constantes.

Na verdade, é de nossa experiência que fcf basal entre 120-160 bpm, a ausência de dips e o padrão ondulatorio exprimem a boa vitalidade do concepto, sendo muito pequena a intercorrência de problemas neonatais.

A bradicardia grave (abaixo de 100 bpm), a taquicardia, a oscilação lisa, os dips tardios e os umbilicais atípicos ou desfavoráveis são patológicos.

Outro fator a ser levado em conta é o tempo de duração da anormalidade da fcf, assim como o seu aparecimento no início ou no fim do parto.

Monitoração eletrônica fetal: Estudos prospectivos, relacionando a monitoração fetal com a ausculta clínica, não mostraram qualquer benefício do procedimento eletrônico. Eis as razões apontadas: 1- A asfixia perinatal intraparto como causa de paralisia cerebral ocorre em apenas 1 a 2 por 10.000 partos a termo e a tecnologia não pode fornecer resultados significantes em face desses números irrisórios. 2- A monitoração eletrônica não é bom procedimento preditivo da asfixia. 3- Acidentes agudos, como o descolamento prematuro da placenta, que determinam paralisia cerebral, surgem tão rapidamente que não há tempo para terminar o parto antes de ocorrer o dano cerebral.

Microanálise do sangue fetal

A microgota, obtida através da incisão praticada na apresentação fetal, permite diagnosticar as alterações metabólicas caracterizadas por hipoxia, hipercapnia e acidose.

Os mecanismos metabólicos de defesa do concepto em

face da hipoxia, fundamentalmente, consistem na respiração anaeróbia, que embora permita liberar energia na ausência do oxigênio, leva ao acúmulo de radicais ácidos, responsáveis pela progressiva acidificação do meio interno do feto e conseqüente acidose metabólica. O tempo necessário ao aparecimento dessa alteração é relativamente curto, já que o concepto não é capaz de liberar os radicais ácidos servindo-se da eliminação do CO_2 pelos pulmões, como faz o adulto, e sim lentamente pela placenta.

Quando o déficit de O_2 se estabelece de forma muito subitânea, p. ex. compressão do cordão umbilical, a primeira manifestação será o acúmulo de CO_2 no sangue fetal, que se traduzirá, também, pela acidificação do meio interno, agora rotulada acidose respiratória. Ambos os tipos, com o tempo, acabam por determinar a acidose mista.

No parto, há tendência para que o concepto desenvolva acidose, e ela será máxima no momento da sua expulsão. Entre nós, são normais valores médios do pH de 7,30; o limite inferior da normalidade, na dilatação, 7,20, e na expulsão, 7,15.

Do ponto de vista clínico, o pH é o elemento mais fidedigno para exprimir as condições de oxigenação fetal, em vista da importância fundamental que tem, para o feto, a manutenção do pH dentro dos limites fisiológicos, instalada a acidose, o organismo lança mão dos sistemas tampões encarregados de restabelecer, no início do processo, o equilíbrio acido-básico conturbado. Por esse motivo, o pH atual não basta para conhecer da situação bioquímica completa fetal, obrigando o tocólogo a servir-se da determinação de outros parâmetros (pCO_2 e excesso de base).

CLÍNICA

Ausculata: Há de ser realizada, no período de dilatação, a cada 30 minutos, em pacientes de baixo-risco e a cada 15 minutos, naquelas de alto risco. No período expulsivo esses intervalos serão, respectivamente, de 15 e 5 minutos. A ausculata é feita após o fim da contração por prazo de 30-60 segundos. “Bradicardia” persistente (dip tardio ou umbilical) quando a fcf for menor de 100 bpm por 3 ou mais contrações consecutivas é sinal de sofrimento assim como a fcf acima de 170 bpm (taquicardia).

Mecônio: Associado a alterações patológicas da fcf e a parto em apresentação cefálica, é sinal de sofrimento fetal.

Síndrome de aspiração de mecônio (SAM): Ocorre em cerca de 2-4% dos partos, especialmente quando o mecônio eliminado é espesso.

Usualmente é o recém-nascido de termo ou pós-termo e o diagnóstico feito pela existência de dificuldades respiratórias nas primeiras 24 horas; há Rx de tórax anormal (pneumonite aspirativa) e presença de mecônio envolvendo os infantes. A mortalidade está em torno de 20-35%; dos que sobrevivem, muitos têm seqüelas (convulsões neonatais decorrentes da encefalopatia hipóxica-isquêmica). Entre as medidas profiláticas úteis está a aspiração das secreções: da nasofaringe, por via nasal, com o nascituro ainda aflorando à vulva, e da laringe, após intubação.

A mera averiguação de mecônio, sem sinais de asfixia fetal, como desaceleração tardia e/ou acidose, não significa sofrimento. Por outro lado, a presença de asfixia fetal, como desaceleração tardia aumenta o potencial de SAM e, conseqüentemente, piora o prognóstico neonatal. Todavia, o feto saudável pode eliminar mecônio. O tono vagal, i.e., a maturidade fetal, está

consistentemente associada à passagem de mecônio; o feto pretermo, habitualmente, não elimina mecônio. À luz desses dados, mecônio presente no parto não obriga à conduta intervencionista de emergência, desde que, isoladamente, não indica sofrimento fetal. Nessas circunstâncias é necessária a monitoração mais cuidadosa das condições do bem-estar fetal, seja por meio da cardiotocografia ou da microanálise, especialmente se o feto é de alto risco.

TRATAMENTO

Pode ser individualizado em: profilático, tratamento durante o parto e reanimação do recém-nascido deprimido.

Profilaxia

Recomenda o Centro Latino-americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP):

- 1- não romper artificialmente as membranas ovulares
- 2- não acelerar o parto que progride normalmente
- 3- só utilizar a ocitocina quando a evolução do parto se detém ou se retarda por motivo de deficiência na contratilidade uterina
- 4- não induzir o parto eletivamente
- 5- se houver indicação médica para a indução do parto, convém utilizar a menor dose de ocitócico capaz de o fazer iniciar e progredir
- 6- monitorar todos os partos induzidos
- 7- monitorar todos os partos em gestação de alto risco
- 8- não efetuar a amniotomia para monitorar o parto, exceto se for necessária a análise do sangue fetal
- 9- conhecer todos os elementos que possam influenciar a resposta do útero à ocitocina.

Tratamento durante o parto

As principais medidas pertinentes são:

1 – Alteração na posição da paciente: O decúbito lateral está indicado nos casos de dip tardio, pois diminui a atividade uterina e corrige hipotensão supina. Nos casos de dip umbilical (compressão de cordão), a posição da paciente que melhore o sofrimento fetal há-de ser procurada. Se a bradicardia persistente não estiver associada a bloqueio paracervical ou a grave hipotensão materna, o exame pélvico para diagnosticar possível prolapso do cordão se impõe. Nessas condições, a cesárea está indicada.

2 – Correção da hipotensão materna (anestésias de condução) po meio do decúbito lateral, administração de fluidos intravenoso, vasiconstritores; na hipotensão por hemorragia, fazer a reposição com o sangue.

3 – Diminuição da atividade uterina, pelo emprego, ainda, da posição lateral, reduzindo ou retirando os ocitócitos e administrando os inibidores da contratilidade uterina – sulfato de terbutalina, ½ a 1 ampola subcutânea, que ao inibir a dinâmica uterina, promoveria “reanimação fetal in utero”, enquanto se espera pela cesárea, remédio magno nesses casos.

4 – Hiperoxia materna: 6 a 7 L/min sob máscara

5 – Amnioinfusão: Técnica utilizada durante o parto quando ocorrem dips variáveis determinados por compressão do cordão umbilical, consiste da administração, no interior da cavidade amniótica, por via cervical, de solução salina isotônica esterilizada, entre 250 e 1.000 mL em bolus e, posteriormente, 2-3 mL/minuto.

6 – Terminação imediata do parto pela operação cesariana: Após a extração do concepto, estando o útero sob a ação dos beta-miméticos, infundir a ocitocina venosa para evitar graves hipotonias.

ANALGESIA NA PARTURIÇÃO VAGINAL

Edson Nunes de Moraes

A dor do parto está entre as mais intensas dores experimentadas, podendo a falta de alívio resultar em danos maternos de ordem psicológica, para o resto da vida. Apesar de ser tratada como dor visceral, os mecanismos neurofisiológicos e de neuromodulação permanecem ainda por serem elucidados. A dor do parto é semelhante em suas características, a outras dores viscerais. Por outro lado, com a progressão do trabalho de parto, distensões, roturas e lacerações de estruturas perineais provocam dor de origem somática.

Durante o primeiro período do trabalho de parto, período de dilatação, as fibras nervosas que transmitem as sensações dolorosas, juntamente com as fibras simpáticas, penetram na medula em T_{10} , T_{11} , T_{12} e L_1 , fazendo sinapses com outras fibras ascendentes e descendentes no corno dorsal da medula. As contrações uterinas nesta fase, determinam a dilatação cervical correspondendo a sensibilidade dolorosa T_{10} a L_1 . No segundo período do trabalho de parto, período expulsivo, a cabeça fetal desce, e os dermatômos lombares inferiores e sacrais S_2 , S_3 e S_4 também são envolvidos.

O tratamento da dor da paciente obstétrica difere significativamente do tratamento da dor em outras pacientes, pois a terapia analgésica afeta dois pacientes simultaneamente. Após o nascimento o maior desejo materno é o de se inteirar

com seu recém-nascido, preferindo evitar a sedação que comumente acompanha a terapia analgésica convencional.

Entre as inúmeras técnicas de alívio da dor no trabalho de parto vaginal (técnicas psicológicas, medicações sistêmicas administradas por via intravenosa ou intramuscular, analgesia venosa controlada pela paciente, analgesia inalatória), a analgesia condutiva ocupa papel de destaque, podendo bloquear as vias de condução da dor em diferentes níveis: bloqueio de nervo periférico (pudendo), bloqueio paracervical e bloqueios medulares (subaracnóideo, peridural lombar e sacro). Tanto o bloqueio pudendo como o bloqueio paracervical são procedimentos, normalmente, executados pelo obstetra, e proporcionam à gestante analgesia parcial.

A atuação do anestesiológista na analgesia obstétrica é feita nos bloqueios em nível medular. A raquianestesia ou anestesia subaracnóidea, está indicada no final do primeiro período e durante o segundo período do trabalho de parto. O relaxamento precoce da musculatura perineal, provocado pelo anestésico local, poderá retardar o trabalho de parto, prolongando muito o período expulsivo pela falta de rotação da cabeça fetal. A analgesia peridural contínua, ou seja, a introdução de um cateter no espaço peridural, para a administração intermitente de anestésicos locais e/ou opiáceos, pelas suas peculiaridades, é a técnica de escolha em analgesia de parto. Permite o bloqueio seletivo das fibras dolorosas de acordo com as diferentes fases do trabalho de parto, respeitando a musculatura abdominal e permitindo a colaboração da gestante no período expulsivo.

Técnicas criteriosamente conduzidas com drogas, doses e volumes adequados para cada estágio do trabalho de parto,

permitem uma analgesia eficaz, sem interferir com a dinâmica uterina, prolongar o tempo do primeiro período, prejudicar a rotação e descida da cabeça fetal no canal de parto, e os esforços maternos no período expulsivo. Uma vez estabelecido o bloqueio sensitivo, a analgesia pode ser mantida pelo catéter peridural, por tempo indeterminado, com bolus de drogas analgésicas, infusões contínuas através de bombas de infusão ou analgesia controlada pela paciente.

As drogas atualmente utilizadas em bloqueios regionais em nível medular, são lidocaína e bupivacaína. O agente de eleição em analgesia obstétrica é a bupivacaína (0,25%), que comparada à lidocaína, apresenta duração de ação duas a quatro vezes superior, menor possibilidade de cruzar a barreira placentária pela elevada ligação protéica, e pequena intensidade de bloqueio motor. Para que a prensa abdominal seja afetada de modo importante, é necessário o dobro da concentração de bupivacaína. A adição de adrenalina ao anestésico local, na concentração de 1:200.000 é permitida, apesar dos efeitos β -adrenérgicos no tônus e intensidade das contrações uterinas, pela ação α -adrenérgica que reduz as concentrações materno-fetais das drogas e aumenta o tempo de ação do anestésico, prolongando o bloqueio.

Atualmente existe tendência de se adicionarem opiáceos aos anestésicos locais, com a finalidade de melhorar a qualidade e duração do bloqueio anestésico. Fentanil e sufentanil, em doses adequadas para cada tipo de bloqueio, são as drogas mais utilizadas em associação com os anestésicos locais, pelo fato de serem opiáceos lipossolúveis, com incidência reduzida de efeitos colaterais graves. Isoladamente, como analgésicos únicos por via peridural ou subaracnóidea, os opiáceos não mostram vantagens sobre a associação opiáceo-anestésico local.

OPERAÇÕES AMPLIADORAS DAS PARTES MOLES

Delosmar Mendonça
Francisco Mendonça

INTRODUÇÃO

O canal pelvigenital é formado por partes duras e partes moles, as primeiras representadas pelos ossos da bacia constituem o canal ósseo, e as partes moles, compostas pelo colo uterino, vagina, períneo e vulva, representam o canal mole do parto.

Anomalias congênitas ou adquiridas dos constituintes moles do canal do parto podem acarretar obstáculos ou dificuldades na dilatação desses órgãos, ou na progressão do feto durante o trabalho de parto

CONCEITO

As operações ampliadoras das partes moles são procedimentos utilizados com a finalidade de alargar o trajeto mole do canal do parto para facilitar a passagem do produto conceptual. Podem ser realizadas durante a gestação ou durante o trabalho de parto

As operações ampliadoras das partes moles são divididas em métodos não cirúrgicos e métodos cirúrgicos. Entre os primeiros estão os dilatadores do tipo Champetier de Ribes, de Tarnier, gomados, elásticos ou inelásticos, com calibres diversos, os dilatadores metálicos do tipo Bossi, Walcher e as dilatações

provocadas através do conceito pelo abaixamento de membro inferior nas apresentações pélvicas, ou por meio da Pinça de Willet em conceitos mortos nos quais era pinçado o couro cabeludo e realizadas manobras de tração para forçar a dilatação do colo e permitir a extração fetal. Tais manobras estão obsoletas e somente têm valor histórico na evolução da moderna obstetrícia, entretanto, na prática médica ainda prevalecem, entre os aparelhos de dilatação os dilatadores graduados de metal tais como: Hegar, Prat, Hank e Hawkin-Ambler que provocam uma dilatação rápida, são de fácil esterilização, baixo custo e reutilizáveis, sendo bastante usados nos países em desenvolvimentos devido a essas características altamente desejáveis.

Entre os métodos não-cirúrgicos vários procedimentos ou manobras foram utilizados, além dos dilatadores gomados e dos dilatadores metálicos, para ampliar o canal mole do parto, tais como: a Dilatação digital ou manual, Método de Bonnaire, e Manobra de Harris

As laminárias digitata ou japônica para dilatação do colo uterino em alguns serviços são bastante usadas. Como também alguns dilatadores infláveis de borracha macia do tipo Metreurinter que ainda são largamente utilizados no Japão como padrão de indução do aborto no primeiro trimestre quando são inseridos no canal cervical e usados diretamente como dilatadores.

AMPLIAÇÃO DO COLO UTERINO

Métodos não-cirúrgicos

Dilatadores Metálicos

Praticada com grande freqüência, a dilatação cervical

considerada tecnicamente simples, pode às vezes ser de difícil execução, e em raras ocasiões até perigosa, com complicações sérias para a pa-ciente. Pode ser executada ausente a gravidez como tempo inicial da amputação de colo, no tratamento da estenose cervical, da dismenorréia, da esterilidade, na introdução de rádio no colo, etc., e durante a gestação ou trabalho de parto para facilitar a passagem do produto conceptual. Entre as complicações associadas ao procedimento temos as lacerações e as perfurações uterinas.

Atualmente na prática obstétrica utilizam-se os aparelhos de dilatação graduados como os de Hegar, Pratt, Hank e Hawkin-Ambler, que produzem dilatação rápida.

Técnica: Exame pélvico bimanual da pelve, depois de esvaziada a bexiga para determinar o tamanho, a forma e a posição do útero, estando vazia a bexiga. A seguir insere-se na vagina um espéculo para expor o colo uterino, e realiza-se antissepsia da vagina e do colo, e administra-se dose local de lidocaína a 1% nos pontos 3, 5, 7 e 9 correspondentes ao mostrador de um relógio, ou em 4 e 6 horas, em seguida, apreende-se o colo e passa-se pouco a pouco uma sonda pelo canal cervical para identificação da posição e direção do canal, e começa-se a dilatação pela ordem com o uso do menor dilatador, seguindo-se progressivamente por tamanhos maiores até que a dilatação seja suficiente para o ato a ser praticado.

Aplicação de Laminária

A laminária é uma alga que cresce nos oceanos de águas frias. Seus talos são submetidos a secagem, cortados em comprimento de 6-8 cm e moldados em forma cilíndrica cujos diâmetros variam de 2 a 4 mm nos talos pequenos para 8 a 10

mm nos talos grandes, com um fio passado por uma das extremidades para facilitar a remoção.

Intensamente higroscópicas as laminárias distendem-se gradativamente até diâmetros três a cinco vezes maiores do que o original quando colocadas em ambiente úmido, tal como o canal cervical.

Técnica: O tamanho da laminária é determinado pelas dimensões do canal cervical e pelo grau de dilatação. A correta colocação da laminária é importante para se conseguir a dilatação adequada e evitar complicações.

Após o exame pélvico, assepsia da vagina e do colo uterino, pinçamento do lábio anterior do colo do útero, realiza-se uma sondagem e com uma laminária montada numa Pinça de Cherron faz a inserção pouco a pouco no canal cervical até que a extremidade distal tenha ultrapassado levemente o orifício interno do colo. A laminária deve ultrapassar o orifício interno do colo do útero. Não atravessando o orifício interno a dilatação será ineficaz, e transpondo em demasia sua remoção poderá ser difícil.

Indicações: As laminárias são indicadas nos ovos mortos retidos para provocar a dilatação do colo, nos colos uterinos imaturos de adolescentes que necessitam dilatação, ou nos colos atrofiados de mulheres em pós-menopausa.

É um procedimento de pouca incidência de perfuração uterina e baixo índice de lacerações bem como reduzido risco de complicações, com alta aceitação pelas pacientes, mínima perda de sangue e menor traumatismo cervical.

Outros métodos dilatadores

Diversos dilatadores estão em fase de aperfeiçoamento tais como: os microdilatadores que possibilitam a dilatação em

séries de 0,5 mm por dilatador; cânulas flexíveis do tipo Karman e os dilatadores metálicos expansíveis. Recentemente renovou-se nos Estados Unidos o interesse por instrumentos infláveis que se expandem em todas as direções com índice de expansão regulável que diminuem o traumatismo cervical.

A possibilidade de que polímeros hidrófilos sejam úteis como dilatadores mecânicos in situ análogos à laminária foi sugerida por pesquisas recentes por oferecerem diversas vantagens tais como: expansão maior e mais rápida do que a da laminária, biocompatibilidade com o tecido cervical, exata uniformidade de uma para outra laminária, etc.

No Japão, na Inglaterra e na Escandinávia tem-se usado uma lâmina vibradora movida a eletricidade para a dilatação cervical a termo, a fim de acelerar o parto. O instrumento é capaz de provocar dilatação de vários centímetros em apenas alguns minutos com relativa facilidade e segurança.

Método de Bonnaire

De uso muito restrito atualmente, é indicada nas múltiparas, com canal de parto ósseo e mole bastante permeável, e quando há urgência para extração fetal. Realiza-se a raquianestesia e faz-se passar através do colo um ou dois dedos de cada mão, dorso contra dorso, afastando os dedos uns dos outros, moderadamente, ao mesmo tempo que se imprime movimentos circulares às duas mãos, e logo que seja possível, além dos indicadores se introduzem os dedos médios e continua-se a dilatação. Quando a dilatação já está bastante adiantada, complementa-se o processo pela Manobra de Harris.

Manobra de Harris

A Manobra ou Processo de Harris, consiste na introdução da

mão direita na vagina e procurar passar o polegar no colo, executando movimentos de rotação, e logo que seja possível, introdução de outros dedos vizinhos, executando movimentos rotatórios para vencer pouco a pouco a resistência do colo. Todos os processos dilatadores Bonnaire e Harris estão obsoletos, provocam traumatismos pelo emprego da força e predis põem à infecção.

Métodos cirúrgicos

Incisões Cervicais de Dührssen

Procedimento raramente utilizado na moderna obstetrícia com incidência abaixo de 1%, é realizado com maior frequência nas primigestas ou no parto pélvico, quando a cabeça é aprisionada por um colo incompletamente dilatado. Consiste na realização de incisões efetuadas no colo uterino com a finalidade de facilitar o parto quando o colo está totalmente apagado, porém incompletamente dilatado.

As incisões não devem ser realizadas nas desproporções cefalopélvicas e somente quando o colo estiver completamente apagado, acima de 5 cm, apresentação insinuada com grau de descida e entre +2 e +3 de De Lee e com membranas rotas. Se estas condições não forem observadas, as incisões podem se propagar para cima, atingindo o segmento inferior e a artéria uterina.

Técnica: Diagnóstico bem feito, principalmente quanto à proporção. Anestesia: geral, raque, epidural, (ou nenhuma). Apreende-se o colo com pinças de Allis e realizam-se as incisões entre as pinças em 2, 6 e 10 horas, partindo do bordo até a junção cervicovaginal. Após a realização das três incisões, o diâmetro do colo será equivalente à dilatação completa. Devem-se evitar incisões laterais por onde correm os vasos. O parto pode ser complementado com a utilização do fórcepe. As incisões

são suturadas com fio fino absorvível, utilizando-se agulhas atraumáticas (cilíndricas), com pontos contínuos, ou separados, com categut cromado nº 0 ou 1.

AMPLIAÇÃO DA VAGINA VULVA E PERINEO

Métodos não-cirúrgicos

Vários métodos e técnicas para dilatação da vagina e do assoalho vulvoperineal foram utilizados em tempos remotos e hoje estão em desuso, devendo ser citados os balões vaginais do tipo Colpeurinter e Metreurinter, a dilatação por meio da colonização da vagina com gases. A dilatação manual da vagina, em raros casos, pode ser empregada.

Métodos cirúrgicos

Episiotomia

A episiotomia é uma incisão realizada na vagina e no períneo para alargar o espaço na passagem do feto durante o trabalho de parto, considerando que seu trânsito pelo anel vulvoperineal raramente é possível sem lesar a integridade dos tecidos maternos com lacerações e roturas de tipos variados, algumas vezes com prolongamento para o reto, acarretando frouxidão no assoalho perineal.

Com a realização da episiotomia preserva-se a resistência do assoalho pélvico, reduzindo-se a incidência dos prolapsos uterinos, das cistoceles e das retoceles, além da proteção das estruturas vaginais anteriores e posteriores, diminuindo o segundo período do parto. Há grandes benefícios para o lado fetal pela diminuição da compressão da cabeça sobre o períneo, evitando lesões cerebrais, notadamente nos fetos pré-termos, ou nos recém-nascidos de mães diabéticas cujos filhos quase sempre são macrossômicos.

A episiotomia é quase sempre indispensável nas

primiparturientes e nas múltiparas anteriormente episiotomizadas, podendo ser mediana (perineotomia), médio-lateral e lateral. Utilizamos a episiotomia médio-lateral.

Técnica: A episiotomia médio-lateral pode ser realizada com tesoura ou bisturi, devendo ser executada antes que o polo fetal esteja distendendo acentuadamente o períneo, e sem que a pele esteja apresentando lesão. A incisão é executada partindo-se da linha média da fúrcula posterior da vulva em direção à tuberosidade isquiática até um ponto lateral, distante do esfíncter anal, com cerca de 4 cm de comprimento, podendo atingir o tecido celular subcutâneo da fossa isquiorretal. É mais freqüente sua realização no lado direito da paciente, porém o lado de escolha é indiferente.

Na realização da episiotomia são seccionadas as seguintes estruturas: pele e tecido celular subcutâneo; músculo bulbocavernoso e fásia; músculo superficial transverso do períneo; músculo, elevador do ânus e fásia. A episiorrafia será executada logo após a expulsão do feto e do delivramento placentário, quando será realizada uma revisão da cavidade vaginal e do colo.

A sutura inicia-se pelo ângulo superior da ferida na vagina e utilizam-se pontos separados de categute nº 00 cromado na mucosa vaginal, no plano muscular e no tecido conjuntivo difuso. A pele é suturada com pontos de Donatiz, também com categute cromado nº 00.

Perineotomia

É a incisão vulvovaginoperineal mediana, partindo da fúrcula até próximo ao esfíncter externo, seccionando sucessivamente a mucosa vaginal, a pele, as fascias superficial e profunda e os músculos elevadores do ânus no cruzamento da rafe mediana.

Técnica: Colocam-se dois dedos na vagina, entre o polo cefálico e o períneo, e com tesoura ou bisturi, é realizada uma

incisão na linha média até as proximidades do ânus, sem atravessar as fibras externas do esfícter anal, realiza-se a secção na linha central do períneo ao qual ligam-se os músculos bulbocavernoso, anteriormente, e o esfíncter anal, posteriormente.

Após a dequitação e as revisões do colo e da vagina, aproxima-se a mucosa vaginal em pontos simples, contínuos ou ancorados, iniciando-se na extremidade posterior da incisão. Em seguida aproximam-se os músculos transverso superficial do períneo e os elevadores do ânus na linha média anterior ao reto com três ou quatro pontos separados, e por fim, fecha-se a incisão com pontos separados incluindo a pele e o tecido celular subcutâneo.

É excelente incisão anatômica e de fácil reconstituição, não secciona massa muscular, de bons resultados estruturais, pouco sangramento e discreta dor no pós-operatório, sendo rara a deiscência.

A única desvantagem é se houver necessidade de extensão da incisão no desprendimento da cabeça, o esfíncter anal será rompido e o reto penetrado; devem ser evitadas nos perineos curtos, na macrosomia fetal, nas posições e apresentações anômalas e nos partos operatórios difíceis.

Incisão de Schuchardt

A Incisão de vaginovulvoperineal, paravaginal ou simplesmente Incisão de Schuchardt é uma incisão extensa e profunda que secciona lateralmente a vagina, a vulva e o períneo e permite o alargamento do canal das partes moles.

É de indicação raríssima na moderna obstetrícia, embora tenha sido bastante utilizada no passado quando se realizavam aplicações de fórceps nas variedades transversas e nas posteriores, quando se praticavam versões internas e grandes extrações ou nas embriopatias difíceis.

Técnica: Posição obstétrica, anestesia geral ou de condução.

Incisão com bisturi à esquerda (de preferência) de 5 a 7 cm que vai do meio da vagina, seccionando a mucosa, pele, músculo bulbocavernoso, transverso profundo do períneo e parte do elevador do anus.

Sutura dos músculos com catepute cromado nº1 em pontos separados e sutura intradérmica da pele ou pontos separados de Donati com catepute cromado nº1.

Cesárea vaginal ou colpo-histerotomia

Foi proposta com a finalidade da retirada pré-termo do concepto por via vaginal e tem as mesmas indicações da microcesárea abdominal. São descritas duas técnicas fundamentais e diversas variantes, tendo sido a preferida a colpo-histerotomia anterior.

Técnica: Faz-se a dilatação do colo com velas de Hegar até 12 a 14, traciona-se o colo uterino para baixo com pinça de Pozi ou Musseux, e realiza-se uma incisão arqueada de concavidade superior na vagina a 1,5 cm do orifício externo e terminando 2 a 3 cm do meato urinário com 3 cm de extensão, em seguida, procede-se à dissecação e descolamento da bexiga com tesoura e gaze montada, e após haver completado o descolamento vesical, pratica-se a incisão da cérvix. São utilizadas valvas para levantar e proteger a bexiga. Secciona-se a parede cervicosegmentar com tesoura na linha média, pinçam-se os bordos da cervicotomia, faz-se a extração do conteúdo uterino. Fechamento da cérvico-histerotomia de cima para baixo com catepute cromado nº1 em pontos separados ou contínuos e procede-se à recomposição do retalho vaginal com catepute cromado 00 em chuleio ou pontos separados.

Na atualidade esta intervenção está abandonada pelos perigos que acarreta e pelas dificuldades de sua realização.

O FÓRCIPE NA ATUALIDADE

Bruno Maurizio Grillo

INTRODUÇÃO

Embora seja um instrumento obstétrico por excelência, o fórceps tem sido muito pouco utilizado. Isto deve-se à prática de uma Obstetrícia cada vez mais vigilante e que leva em conta o seguinte princípio: “as intervenções obstétricas que exigem extração fetal, não deverão ser feitas com riscos maiores que aqueles de um parto espontâneo”. Dentro do conceito de risco, não se deve compreender somente os índices de mortalidade materno-fetal, mas também e muito especialmente, as seqüelas futuras para o lado da criança. Não vamos prognosticar o desaparecimento do fórceps, justamente pela maior vigilância a que estão submetidos os partos por meio da monitorização eletrônica e bioquímica, o que aumenta, de certo modo, as indicações para extrair o feto com maior rapidez: a aplicação do fórceps é a maneira mais segura para abreviar o parto. A responsabilidade de seqüela neurológica após a aplicação de um fórceps será conseqüência da instrumentação ou do sofrimento fetal agudo e progressivo que tenha se instalado durante o trabalho de parto? Se o fórceps for bem indicado e conduzido com técnica primorosa, raramente poderá ser responsabilizado por lesões ou seqüelas; o sofrimento fetal poderá, com mais razão, ser causa da maior incidência de morbimortalidade perinatal ou dos defeitos no desenvolvimento neurológico a longo prazo.

Necessária é a reabilitação do parto normal ou transpélvico e, este objetivo somente será alcançado, se as novas gerações de obstetras forem convenientemente instruídas e treinadas na resolução das distocias que ocorrem com certa frequência no segundo período do trabalho de parto: período expulsivo prolongado por falta de cooperação ou estafa materna, sofrimento fetal ou rotação cefálica incompleta.

INDICAÇÕES

“Quando é urgente ultimar o parto, estando o pólo cefálico insinuado e encaixado em planos positivos com pelve proporcional”

- **Indicações maternas:**

Quando é necessário economizar esforço materno no período expulsivo: cardiopatas e pneumopatas, doenças crônicas e consuntivas.

Em situações de extrema gravidade onde a colaboração materna não é possível ou até pouco recomendada: pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia.

Diante do fracasso da prova expulsiva ou por falta de colaboração materna no esforço expulsivo.

- **Indicações fetais:**

Manifestações de sofrimento fetal agudo.

Prolapso do cordão umbilical.

Proteção do crânio do feto prematuro, evitando-se que a descompressão súbita venha ser causa de hematoma intracraniano.

MOMENTO IDEAL PARA A UTILIZAÇÃO DO FÓRCIPE

As indicações, as condições e os limites de tempo para a aplicação do fórcepe, não deverão ser considerados de forma rígida e imutável. Ao obstetra cabe avaliar o momento propício para a intervenção e isto conforme a situação apresentada: algumas vezes, a intervenção deverá ser mais precoce e, em outras circunstâncias, adiada. Assim é que, diante de um sofrimento fetal, a intervenção deverá ser imediata. A regra de se esperar até cessar o progresso no segundo período, por uma hora nas múltiparas e duas horas nas primigestas, não é absoluta. O melhor momento para se utilizar o fórcepe é questão de bom senso: não optar por parto operatório sem necessidade ou com demasiada precipitação. Neste, como em tantos outros problemas, a generalização dos conceitos transforma-se em risco.

Parto com analgesia: a utilização de analgesia durante o trabalho de parto, poderá ser causa de rotação incompleta ou do bloqueio da força expulsiva tornando o segundo período prolongado. Nestes casos, cabe ao obstetra auxiliar, em tempo oportuno, com rotação digital da apresentação fetal e a aplicação do fórcepe baixo ou de alívio.

Proteção da musculatura uterina: parturientes com cesáreas anteriores, deverão ser protegidas de uma possível rotura uterina; a dinâmica uterina persistente e de forte intensidade juntamente com uma elevação do tônus, constituem um “risco evidente”. Com dinâmica uterina normal, a duração excessiva do período expulsivo representará, mesmo assim, um perigo e a utilização de ocitocina deverá estar sujeita à intensa vigilância. Nestas circunstâncias, o fórcepe aparece como recurso altamente

recomendável, sempre e quando as condições de execução estiverem sendo observadas.

Urgências intra-parto e em relação estrita com o parto: a constatação de febre intraparto por infecção intramniótica quando acompanhada de sofrimento fetal ou ausência de progressão do parto. As complicações de caráter local, também poderão determinar a extração instrumental do feto: edema agudo de vulva, rotura de veia varicosa, trombo vaginal intraparto, etc.

Cabeça derradeira em parto pélvico: a opção de atendimento e execução de um parto com apresentação pélvica, obedecidos os seus fundamentos mais elementares, poderá resultar em cabeça derradeira e aí, deverá ser aplicado o fórcepe de Piper, único instrumento capaz de livrar o feto desta terrível distócia.

TÉCNICA DA APLICAÇÃO DO FÓRCIPE E PARTO

Condições e pré-requisitos para a aplicação do fórcepe:
observar sempre que:

1. o colo uterino esteja completamente dilatado
2. as membranas amnióticas estejam rotas
3. o operador esteja familiarizado com o instrumento
4. a posição do pólo cefálico e o estágio da descida estejam perfeitamente identificados
5. o pólo cefálico esteja insinuado e fixo
6. a pelve materna seja apropriada para uma correta descida do pólo fetal
7. a anestesia seja adequada para a operação
8. esteja sendo utilizada ocitocina endovenosa de forma correta e útil

9. o tempo de expectativa para um parto normal esteja realmente esgotado

10. seja reavaliada a indicação de uma cesárea como melhor conduta

11. uma rotação manual ou digital da apresentação possa favorecer a descida do pólo fetal.

12. O feto não tenha peso estimado baixo de 2.500g ou 4.500g

Princípios gerais: antes de aplicar o fórcepe, a parturiente deverá estar apropriadamente preparada e posicionada. Estando a bexiga cheia, deve ser esvaziada por meio de cateterismo. A anestesia é obrigatória pois representa segurança para a mãe e para o feto: anestésias regionais ou locais poderão ser aplicadas em casos de fórceps de alívio. Já os fórceps médios e baixos exigem anestésias de condução ou mesmo anestesia geral em casos de emergência. Examinar a posição fetal e características da pelve materna. Ter a certeza da posição fetal e altura da apresentação e saber se existe ou não assinclitismo permitindo assim, uma aplicação apropriada. Se a pelve se apresenta imprópria, o procedimento deverá ser suspenso ou abortado.

Classificação das operações a fórcepe (Figura 1)

1. Fórcepe de alívio:

- cabeça visível no intróito vulvar, sem separar os lábios vulvares e a sutura sagital estiver no diâmetro ântero-posterior da pelve: Op

2. Fórcepe baixo:

- cabeça fetal ao nível de +2 ou menos (DE LEE) e rotação

do pólo cefálico menor ou maior que 45 graus.

3. Fórcepe médio:

- cabeça encaixada e o vértice da apresentação deverá estar abaixo do plano 0 e acima do nível + 2 (DE LEE)

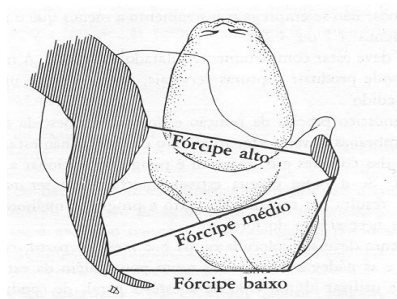


Figura 1 - Classificação das operações a fórcepe

O fórcepe de alívio deve ser utilizado para abreviar o segundo período do parto e quando atender aos melhores interesses da mãe e do feto. Poderá ser importante a indicação e execução de fórcepe médio ou baixo quando o segundo período do parto estiver se prolongando, em caso de sofrimento fetal agudo ou de doença ou esgotamento materno. Em recente pesquisa feita no Canadá e Estados Unidos (Programas de Residência Médica) os fórceps de alívio e baixo estavam sendo utilizados em todas as instituições, porém em 14% dos programas, ocorreu o abandono do uso do fórcepe médio. Embora esta controvérsia não seja solucionada em futuro próximo, todas as autoridades neste assunto concordam que, a aplicação de fórcepe médio, deva ser reservada ao Obstetra competente e experimentado e que saiba dos riscos fetais a curto e longo prazo.

Como aplicar um fórcepe:

Atualmente considera-se o modelo de Simpson-Braun para instrumentações de alívio e pequenas rotações em estágios baixos ou médios. Trata-se de um instrumento adequado em tamanho, formato, curvatura pélvica e cefálica permitindo uma perfeita adaptação à pelve materna e ao pólo cefálico fetal. Na atenção às grandes rotações ou necessidade de correção de assinclitismo anterior ou posterior, é necessário o uso de um fórcepe reto e mais longo, com colheres deslizantes como é o fórcepe de Kielland. Com este modelo, a rotação pode ser obtida mediante movimento de torção dos cabos fechados em vez de rodá-los em um grande arco, como quando se utiliza um fórcepe com curvatura pélvica ampla; tendo articulação móvel e deslizante, facilita o encaixe das colheres e o parto é realizado com o mesmo instrumento sem a necessidade de uma nova aplicação ou melhor locação. Outro fórcepe que deve ser conhecido e eventualmente utilizado para atender a distocia da cabeça derradeira em parto pélvico, é o Fórcepe de Piper. A colher é semelhante ao fórcepe de Simpson, seus ramos são mais longos e curvados para baixo de modo que o cabo permaneça inferior à colher; assim sendo, este modelo tem dupla curvatura pélvica facilitando sua aplicação em cabeça derradeira (Figura 2). Sua utilização somente poderá ser feita pelo Obstetra experimentado em manobras tocúrgicas. Portanto, a boa prática do fórcepe depende estritamente do diagnóstico exato, morfológico e topográfico que precede sua aplicação e da escolha do instrumento. Levar em conta também a necessidade absoluta de ser conhecida com

precisão a variedade de posição do pólo cefálico fetal, muitas vezes prejudicada pelas deformações plásticas do objeto: moldagem, acavalamento ósseo, bossa serossangüínea, caput succedaneum, cefalo-hematoma, etc. A topografia da apresentação em relação à altura do trajeto é registrada para nortear a conveniência da aplicação do fórcepe.

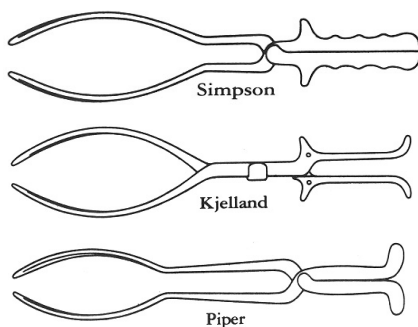


Figura 2 - Fórceps mais representativos e utilizados ainda hoje

As ações do fórcepe poderão ser reduzidas a três: apreensão, tração e eventualmente rotação; o fórcepe deve apreender a apresentação cefálica fetal fletida no sentido transversal ou biauricular, isto é, quando o eixo longitudinal das colheres segue o diâmetro occipitomentoniano (OM) da cabeça do feto, ficando os jumélis posteriores ou convexos em relação com a face: é a pega ideal, biparietomalomentoniana. Esta constitui a apreensão adequada na apresentação cefálica fletida em variedade de posição occípito-anterior (OA) (Figura 3).

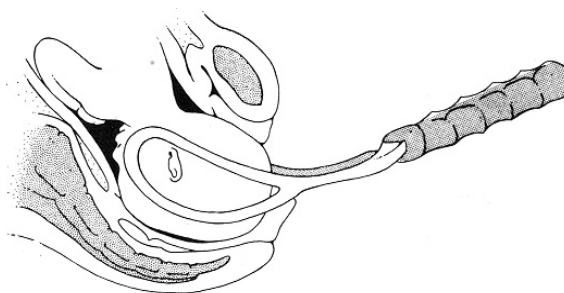


Figura 3 - Aplicação ideal biparietomalomentoniana

Quando a variedade de posição for occípito-posterior (OP), a aplicação do fórcepe de alívio deverá obedecer a mesma regra porém os jumélios anteriores ou côncavos, estarão se relacionado com a face fetal. A pega fronto-mastóideia, proposital ou acidental, não é boa prática obstétrica pois é responsável por sérios danos fetais. A tração é a função principal e maior do fórcepe e precede a extração. Fazer tração significa agir em consonância com a contratilidade uterina, a força expulsiva praticada pela mãe e seguir rigorosamente o sentido do eixo do canal do parto ou linha de direção de Selheim. A não-observância desta ação harmoniosa poderá ser responsável por evidências de toco-traumatismo materno e fetal (Figura 4).

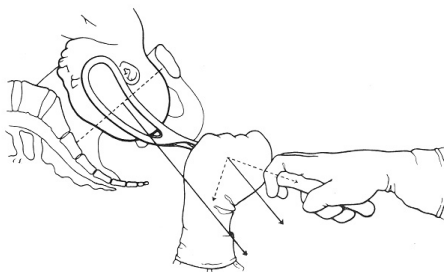


Figura 4 - Tração ideal seguindo o eixo do canal do parto ou a linha de direção

O fórcepe não é bom instrumento de rotação principalmente se o operador do instrumento não estiver bem treinado: quando a rotação for de 45° ou menos em variedades anteriores, é de fácil execução, principalmente quando for esquerda anterior (OEA). Em direita anterior (ODA) o descruzamento das colheres é manobra obrigatória para que a operação tenha êxito (Figura 5).

Os tempos operatórios serão sempre os seguintes:

- Apresentação do fórcepe à vulva
 - Introdução e aplicação
 - Prensão
 - Verificação da pega
 - Tração de prova
 - Rotação e tração definitiva
-

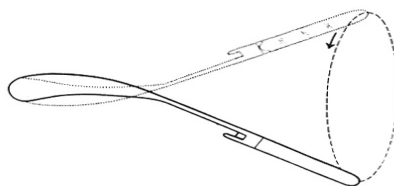


Figura 5 - Rotação, técnica correta

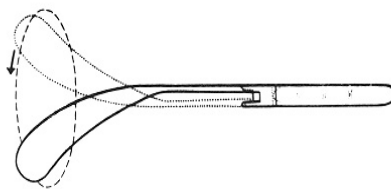


Figura 5 - Rotação, técnica incorreta

Quase sempre deve ser feita a episiotomia que visa a proteção da musculatura perineal e evita roturas desnecessárias.

Uns executam a episiotomia antes da introdução do fórcepe e outros, logo depois da tração de prova quando se tiver a certeza de que o parto se fará pela via transpélvica.

As aplicações do fórcepe poderão ser:

- diretas: quando a variedade de posição é occípito-púbica (OP) ou occípito-sacra (OS)

- oblíquas anteriores: quando as variedades de posição forem occípito esquerda anterior (OEA) ou occípito direita anterior (ODA)

- transversas: quando as variedades de posição forem occípito esquerda ou direita transversas (ODT ou OET).

- oblíquas posteriores: quando as variedades de posição forem occípito posteriores direita ou esquerda (ODP e OEP).

- técnica do fórcepe sobre a cabeça derradeira: trata-se de utilização na emergência de uma cabeça derradeira em parto pélvico quando esgotadas as manobras habituais ou se estas demonstrarem ser traumáticas para o feto e para a mãe. A introdução do fórcepe de Piper se faz com tranquilidade e sem dificuldades, sendo a pega direta desde que um auxiliar levante o corpo do concepto a fim de facilitar estas manobras (Figura 6).

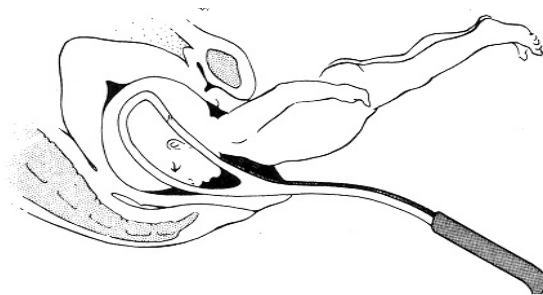


Figura 6- Fórcepe de Piper articulado - cabeça derradeira - início da tração

PROGNÓSTICO

Está relacionado com os seguintes fatores:

a- a habilidade do Obstetra

b- as condições do momento da intervenção

Atualmente a mortalidade materna por fórceps é praticamente nula em qualquer estatística consultada. Se existir, não é devida ao uso do fórceps e sim por patologia materna que tenha indicado o uso do instrumento. Entretanto, vale lembrar os tocotramatismos maternos mais freqüentes:

1- Lesões perineais poderão ser evitadas com a prática de episiotomias generosas principalmente nas primíparas e mesmo assim, são relatadas lesões esfínterianas no ânus.

2- Lesões vaginais serão mais freqüentes em aplicações médias, principalmente quando é realizada manobra de rotação. São comuns as prolongações da episiotomia em direção ao fundo de saco látero-posterior da vagina com ou sem comprometimento de vasos mucosos ou mais profundos, provocando sangramento mais ou menos intenso. Necessária é a revisão rotineira do canal do parto depois de qualquer extração instrumental do feto.

3- Lesões cervicais que se limitam quase sempre às roturas ao nível de 3 e 9 horas na circunferência cervical. Ao lado de pequenas lacerações, existem aquelas que se estendem aos fundos de saco, roturas segmentares e até arrancamentos de colo uterino, estas causadas principalmente e exclusivamente pela má prática do ato tocúrgico.

4- Lesões urinárias, hoje muito raras desde que foi eliminada a prática do fórceps alto e médio com grandes rotações. Atualmente, a lesão vesical poderá acontecer quando

se aplica o fórcepe em parturiente anteriormente cesariana: nestes casos, a bexiga poderá estar aderida ao segmento inferior e quando uma laceração cervical se prolonga, poderá lesar ambas as estruturas.

Quanto aos acidentes fetais relacionados com o fórcepe, estes se situam principalmente na cabeça fetal, preferentemente no crânio. Lesões momentâneas ou lesões indeléveis na pele, relacionadas diretamente com a profundidade dos tecidos contusionados pelo instrumento; em geral, as marcas cutâneas desaparecem em algumas horas. Sufusões sangüíneas são comuns principalmente em nível da região malar. Relatos existem a respeito de paralisias faciais quando a pega é oblíqua e comprime o ramo facial ao nível do forame estilomastóideo; estas paralisias, em geral, são reversíveis em uma semana e sem deixar seqüelas. São excepcionais os afundamentos ósseos e até mesmo fraturas porém os traumatismos intracranianos poderão ser sempre muito graves: hemorragias meníngeas ou cerebrais que poderão ocasionar a morte ou transtornos graves nos primeiros dias ou semanas de vida da criança e possivelmente a existência de doença neurológica ou retardo mental no futuro.

CONCLUSÕES

- Utilizar o fórcepe para auxiliar o desprendimento do pólo cefálico fetal é uma operação obstétrica válida desde que seja executada por Obstetra habilitado e familiarizado com o instrumento e obedecendo rigorosamente suas indicações. Na dúvida da exata variedade de posição ou da altura da apresentação fetal, optar por uma via mais segura, ou seja, a via alta ou cesariana. Que fique bem claro que não se deve utilizar

em qualquer hipótese, o fórcepe alto, ou seja, quando a apresentação fetal estiver acima do plano zero de De Lee. O fórcepe médio também deverá ser restrito aos Obstetras mais diferenciados e experientes. As aplicações médias têm o inconveniente de exigirem, na grande maioria dos casos, rotações amplas e geralmente a presença de assinclitismos. Estes fatos fazem com que seja necessário avaliar bem a relação risco/benefício, ou seja, o risco será sempre maior do que aquele de um parto normal. A utilização do fórcepe baixo ou do fórcepe de alívio, é simples e segura, podendo se tornar prática corrente desde que seja para abreviar o período expulsivo ou para atender a emergência de um sofrimento fetal.

A VÁCUO-EXTRAÇÃO NA ATUALIDADE

Jorge Francisco Kuhn dos Santos

O parto vaginal assistido é parte integrante da assistência obstétrica mundial, com incidências que variam de 1,5% na Checoslováquia, a 15% na Austrália e Canadá (Stephenson, 1992). Números tão discrepantes podem estar relacionados a diferenças na conduta durante o trabalho de parto (Johanson & Menon, 1999).

As evidências atuais sugerem que, quando é necessário o nascimento vaginal assistido, o vácuo-extrator deveria ser o instrumento de primeira escolha, principalmente por ser menor a probabilidade de lesão materna (Chalmers e col., 1989). Todavia, este assunto permanece controverso, sendo freqüente encontrar literatura com ponto de vista diverso (Drife, 1996). Assim, a polêmica motivou-me consultar a biblioteca Cochrane, disponível em CD-ROM e na Internet (<http://www.epm.br/cochrane>), e cujo objetivo é fazer revisões sistemáticas da literatura médica à procura de estudos controlados e casualizados (randomized controlled trials), publicados ou não. Johanson e Menon encontraram 10 artigos na literatura, incluindo 2923 parturientes (1471 submetidas à vácuo-extração e 1452 ao fórcepe), e que preencheram os rigorosos critérios de seleção (Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library,

Issue 2, 1999. Oxford: Update Software). Após submeter os resultados dos estudos à metanálise observaram, no grupo de parturientes em que se utilizou o vácuo-extrator, traumatismo materno significativamente menor (odds ratio 0,41 intervalo de confiança 95% 0,33 a 0,50) e menor necessidade de anestesia. Por outro lado, é significativamente menor a chance de parto vaginal bem sucedido com o vácuo-extrator e maior a chance de cefalematoma e hemorragia retiniana, apesar dessas complicações terem bom prognóstico, não deixando seqüelas. Concluem os revisores que o parto a vácuo, comparado ao parto a fórcepe, parece reduzir a morbidade materna; a menor falha na obtenção do parto vaginal e a menor incidência de cefalematoma e hemorragia retiniana no parto a fórcepe poderiam ser encaradas como benefícios compensatórios deste instrumento.

Vácuo-extração é um ato tocúrgico que visa extrair o feto pelo princípio do vácuo, em que o couro cabeludo é puxado para o interior de uma campânula (ventosa), formando uma bossa artificial denominada chinó ou coque (Oxorn, 1989).

As primeiras descrições do uso do vácuo para o auxílio ao parto remontam ao século 18. Entretanto, somente em 1849 Simpson, mais conhecido atualmente pelo seu fórcepe, publicou seu suction tractor, sendo considerado o inventor do primeiro vácuo-extrator obstétrico de utilidade prática. Em virtude das dificuldades técnicas do instrumento idealizado por Simpson, a vácuo-extração caiu no esquecimento durante aproximadamente 100 anos. Em 1954 Malmström repopularizou o parto a vácuo ao idealizar o aparelho moderno, composto de uma campânula rígida aplicada à cabeça fetal,

um tubo de borracha com uma corrente no seu interior para a tração e uma bomba de sucção. Após o autor sueco, vários modelos de campânulas rígidas foram introduzidas com o objetivo de reduzir a possibilidade de desprendimento da ventosa, facilitar a aplicação ou oferecer melhor proteção ao pólo cefálico do feto (Bird, Lovset, Party, O'Neil, Halkin, entre outros). Uma grande inovação no desenvolvimento do vácuo-extrator foi a introdução recente no mercado de campânulas flexíveis por Kobayashi, Wood e outros, a partir de 1969.

O extrator a vácuo é constituído das seguintes partes: campânula, tubo de conexão e bomba de sucção.

Campânula: há dois formatos básicos, sino e cogumelo; em qualquer um deles, há sempre um indicador na superfície externa, lisa e convexa, que deverá ficar voltado para o ponto de referência fetal (sempre o lambda) e que servirá para orientar o operador durante todo o procedimento. Dependendo do material de que são feitas, as campânulas podem ser rígidas, semi-rígidas ou flexíveis. As rígidas são fabricadas em aço inoxidável (modelos clássicos: Malmström, Bird, O'Neil (Columbia Medical & Surgical, Inc.TM) e outros, portanto, esterilizáveis e reutilizáveis, com o formato de cogumelo e disponíveis em vários diâmetros. A semi-rígida (modelos Mityvac[®] 'M (Figura 1)' e Super 'M', Prism Enterprises, Inc.TM), de polietileno branco e translúcido, descartável, com o formato de cogumelo e disponível em dois diâmetros (50 mm e 56 mm); a campânula deste modelo pode ser dobrada até 90° em relação à haste sem perder o vácuo. A inserção na vagina mais fácil e, ao produzir uma tração mecânica além da tração a

vácuo, permite maior força de tração, o que a torna ideal nas aplicações em variedades de posição transversas e posteriores, nos casos de assinclitismo anterior pronunciado (obliquidade de Naegele), quando a bossa serossangüínea for pronunciada (pois a adesão do modelo convencional de campânula ao couro cabeludo fica prejudicada), no segundo gêmeo com pólo cefálico alto, nas crianças com muitos cabelos e na cesárea. Já as campânulas flexíveis têm as seguintes características: macias, fabricadas em borracha esterilizável (modelo Kobayashi fabricado pela Dow Corning CorporationTM), polietileno ou uma combinação de polietileno com silicone (Tender TouchTM, Tender Touch UltraTM, Soft TouchTM modelos fabricados pela Columbia Medical & Surgical, Inc.TM; Mityvac® ‘Standard’TM, LinedTM e MitysoftTM, modelos fabricados pela Prism Enterprises Inc.TM; SilcTM, modelo fabricado pela Ameda/Egnell Inc.TM), pré-esterilizadas (portanto, prontas para uso e descartáveis), com o formato de sino e disponíveis em vários diâmetros; elas deformam-se com a aplicação do vácuo, seguindo o contorno da cabeça do feto. As campânulas extratoras de polietileno branco translúcido permitem a monitorização do couro cabeludo do produto conceptual durante todo o procedimento tocúrgico. Os modernos sistemas de vácuo-extração obstétrica caracterizam-se por possuir a campânula e uma haste flexível (com duas asas laterais para a tração) constituindo uma só peça; a ventosa fica em contato com o couro cabeludo do feto e serve para a sucção e a haste flexível conecta-se a um tubo de polietileno que será conectado à bomba de sucção.

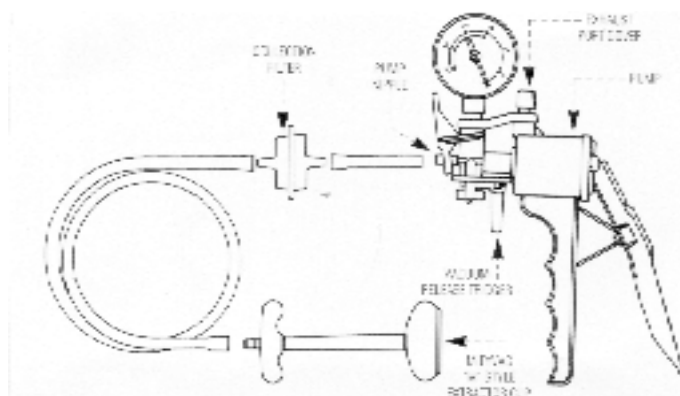


Figura 1 - Bomba manual de vácuo, filtro coletor, tubo de conexão e campânula extratora modelo Mityvac® 'M'.

No que diz respeito à comparação entre as campânulas flexíveis e rígidas dos vácuo-extratores, Johanson e Menon revisaram a literatura de maneira sistemática identificando e incluindo seis estudos controlados e casualizados, envolvendo 1095 parturientes (Soft versus rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 1999. Oxford: Update Software). Observaram, após submetidos os resultados dos estudos à metanálise, maior incidência de insucesso na obtenção do parto vaginal com as campânulas flexíveis (odds ratio 1,64, intervalo de confiança 95% 1,11 a 2,41), embora tenha sido menor a ocorrência de lesões no couro cabeludo da criança (odds ratio 0.55 intervalo de confiança 95% 0,38 a 0,79). Quanto à morbidade materna, não houve diferença estatisticamente significativa entre os dois tipos de campânulas extradoras. Concluem os revisores que as campânulas metálicas devem ficar reservadas para as variedades de posição posteriores (ODP, OEP e OS), transversas (ODT e

OET) e anteriores (OP, OEA e ODA) difíceis, ao passo que as campânulas flexíveis podem ser usadas em casos mais simples de vácuo-extração.

Tubo de Conexão: conecta a campânula extratora à bomba de sucção. Pode ser feito de borracha ou de polietileno: o de borracha, utilizado nos modelos Malmström e Bird, apresenta uma corrente que passa pelo seu interior e que conecta a campânula à uma cruzeta para a tração (peça intermediária entre o tubo de conexão de borracha que se liga à campânula e o tubo de conexão de borracha que se liga à jarra de sucção das bombas de vácuo elétricas); já o de polietileno não apresenta a corrente nem a cruzeta, tem 120 a 180 centímetros de comprimento, o que permite o manuseio da bomba de vácuo por um auxiliar fora do campo cirúrgico esterilizado. Um dispositivo opcional em alguns modelos de vácuo-extrator é um coletor que ajuda a prevenir a entrada de muco, sangue ou líquido amniótico na bomba de sucção; já vem pré-montado ao tubo de conexão de polietileno.

Bomba de Sucção (Bomba de Vácuo Obstétrica): é um dispositivo gerador de vácuo, provido de um manômetro para indicar a pressão e, deste modo, auxiliar o médico obstetra no controle da sucção. Diferentes escalas de pressão podem ser utilizadas, dependendo da marca do aparelho: centímetros de mercúrio (cm Hg), milímetros de mercúrio (mmHg), polegadas de mercúrio (in Hg), quilogramas por centímetro quadrado (kg/cm²), kiloPascal (kPa), centímetros de água (cmH₂O), libras por polegada quadrada (lb/in²) e bar; os manuais que acompanham as bombas apresentam tabelas de conversão de pressão de vácuo para todas essas escalas. Alguns modelos de

bomba apresentam cores no display do manômetro indicando diferentes pressões e, com isso, facilitando a operação de vácuo; assim, o branco representa a área de pressão zero, o amarelo compreende as pressões entre 10 e 13 cmHg, o verde, entre 38 e 58 cmHg e o vermelho, entre 58 e 76 cmHg (vide técnica). Além disso, é fundamental a presença de um gatilho na bomba para liberar, gradual ou rapidamente, o vácuo. Um acessório opcional de alguns modelos de vácuo-extrator é o chamado “sistema de liberação de vácuo universal”; localizado entre o tubo de conexão e a campânula, permite que o próprio cirurgião alivie o vácuo, sem a necessidade de um auxiliar para esse fim. A bomba de sucção pode ser de dois tipos: elétrica, especificamente construídas para uso obstétrico, desde que disponha de dispositivo que libera o vácuo gradual ou rapidamente. É também possível usar uma fonte elétrica de vácuo obstétrico com os “kits” descartáveis atualmente disponíveis, desde que usemos um adaptador específico que servirá de intermediário entre o tubo de conexão e o frasco coletor da bomba elétrica. A bomba manual faz parte de diversos equipamentos modernos de vácuo-extração. É leve, portátil e ergonômica, podendo ser operada, tanto no campo cirúrgico quanto fora dele, por apenas uma das mãos; não requer energia elétrica, é reutilizável, pode ser usada próxima ao oxigênio, havendo modelos que permitem a esterilização tanto por meio de vapor a alta pressão e temperatura (modelos autoclaváveis) quanto por meio de gás (óxido de etileno). Alguns fabricantes de equipamentos de vácuo obstétrico fornecem “kits” descartáveis, pré-esterilizados, contendo a ventosa, o tubo de conexão à bomba de sucção e o filtro.

O vácuo-extrator tem as funções de prensão do couro cabeludo e tração do pólo cefálico, não sendo recomendável a função de rotação da cabeça fetal. Para que o vácuo-extrator desempenhe bem a função prensora é fundamental a obediência aos seguintes preceitos: escolher a campânula adequada ao caso em questão (levar em consideração o grau de assinclitismo da cabeça, a variedade de posição, a altura da apresentação, etc.); procurar enxugar, o máximo possível, a região do couro cabeludo do feto onde será aplicada a ventosa; aplicar a campânula sobre o lambda ou o mais próximo possível dele. No que concerne à função tratora, como para o fórcepe, deve-se orientar as trações no sentido da linha de direção de Selheim e não ultrapassar a pressão de vácuo de 58 cmH₂O. Finalmente, no tocante à rotação do pólo cefálico, o vácuo-extrator não deve ser utilizado com função rotatória, pois pode ocasionar traumatismo no couro cabeludo, além de propiciar o desprendimento da campânula de sua adesão ao couro cabeludo do feto. Entretanto, em alguns casos é possível auxiliar a rotação utilizando dois dedos sobre a cabeça e um dedo comprimindo a campânula extratora de encontro à cabeça.

INDICAÇÕES

Como todo procedimento cirúrgico em Obstetrícia, deve haver pelo menos uma boa indicação, materna ou feto-anexial, para a vácuo-extração. Assim, à semelhança do fórcepe obstétrico, temos as seguintes razões que podem levar o médico obstetra a realizar o procedimento tocúrgico: esforços expulsivos voluntários ineficientes (tocoanalgesia peridural ou raquianestesia, exaustão materna, mau estado geral materno,

eclampsia, etc.), período expulsivo prolongado, necessidade de evitar esforços expulsivos voluntários (p. ex., cardiopatia materna), cardiotocografia não tranquilizadora, “vácuo profilático”, “de alívio” ou “eletivo” (à semelhança do fórcepe, somente deve ser aplicado em cabeça baixa e rodada, i.e., nas variedades anteriores: OP, OEA ou ODA).

Indicações opcionais: nascimento do segundo gêmeo (perante “sofrimento” materno ou fetal, mesmo com a cabeça ainda alta); “sofrimento” materno; “sofrimento” fetal; vácuo-cesárea.

CONTRA-INDICAÇÕES

Como todo procedimento cirúrgico em Obstetrícia, fica o médico impossibilitado de realizar a vácuo-extração por via vaginal presente qualquer uma das seguintes contra-indicações maternas ou feto-anexiais:

Contra-indicações absolutas semelhantes ao parto a fórcepe: nos casos em que a via vaginal é impossível ou terminantemente desaconselhável, tais como desproporção cefalopélvica, placenta prévia centro-total ou centro-parcial, apresentação córmica, apresentação cefálica defletida de 2° grau (Fronte), aplicação do instrumento no pólo pélvico.

Contra-indicações absolutas específicas para o vácuo-extractor: apresentação cefálica defletida de 1° grau (Bregma) e 3° grau (Face), aplicação do instrumento na cabeça derradeira da apresentação pélvica.

Contra-indicações relativas: prematuridade, coleta prévia de sangue do couro cabeludo fetal para diagnóstico de hipoxia, evidência de traumatismo do couro cabeludo fetal, feto morto

(sucção e tração são ineficientes), anomalias do pólo cefálico (hidrocefalia, anencefalia, etc.), suspeita de macrosomia fetal, cabeça não insinuada (exceção feita para o nascimento do segundo gemelar), vácuo-extração sem sucesso (vide técnica).

CONDIÇÕES DE APLICAÇÃO OU PRÉ-REQUISITOS

Como todo procedimento cirúrgico em Obstetrícia, deve o tocólogo tomar todas as precauções possíveis para obter o melhor resultado, tanto para a mãe quanto para a criança. Assim, devemos ter todos os seguintes pré-requisitos, maternos e feto-anexiais, para a vácuo-extração por via vaginal: dilatação completa ou quase completa da cérvix uterina (colo “dilatável”), bexiga e reto vazios, feto vivo e de termo ou próximo do termo, apresentação cefálica fletida (apresentação de vértice), cabeça normal e fixa na bacia, bolsa das águas rota e ausência de desproporção cefalopélvica à luz da clínica. Na cesárea, são as seguintes os pré-requisitos: feto vivo e de termo ou próximo do termo, apresentação cefálica fletida, cabeça normal e bolsa das águas rota.

Efeitos sobre o produto conceptual: após a remoção da ventosa são visíveis a bossa artificial e um anel escuro na região da cabeça do bebê correspondente à borda da campânula. Esses sinais fazem parte do procedimento da vácuo-extração e desaparecem em poucas horas.

COMPLICAÇÕES

A vácuo-extração pode causar efeitos adversos, tanto para a mãe quanto para o produto da concepção. Comparado ao

fórcipe, as complicações maternas são em menor número e menos graves. São elas: pequenas lacerações de vagina e colo uterino (em maior número, quando comparado ao parto normal) e lesões do corpo uterino, bexiga e reto (extremamente raras atualmente).

Para o lado do produto conceptual, afora a bossa serossangüínea pronunciada, que faz parte do princípio do vácuo em Obstetrícia, o uso do vácuo-extrator pode causar, ou tem sido associado, os seguintes efeitos adversos conhecidos: pequenas equimoses, escoriações, edema do couro cabeludo (em maior número, quando comparado ao parto normal); lesões mais sérias do couro cabeludo, tais como abrasão, necrose e ulceração no local de aplicação da ventosa (geralmente devidas à permanência prolongada do instrumento ou à tração inadequada), assim como fraturas de crânio, são excepcionais atualmente, tendo, em geral, bom prognóstico ao não deixar efeito residual; cefalematoma (ocorre em 10% dos partos a vácuo, incidência maior quando comparada ao parto normal e ao fórcipe; o prognóstico é bom, não havendo efeito residual); hemorragia retiniana (também com incidência maior, quando comparada à do parto normal e do fórcipe, tem bom prognóstico, sem efeito residual). Efeitos colaterais potencialmente fatais para o produto conceptual são felizmente excepcionais atualmente. Entretanto, o mau uso do instrumento pode ocasionar hematoma subgaleal ou subaponeurótico (a gálea, ou aponeurose epicraniana, recobre toda a abóbada craniana da criança e, portanto, pode permitir uma coleção sangüínea volumosa), hemorragia intracraniana (ocorre em 2,5% dos casos, tem bom prognóstico, geralmente não deixando

seqüelas), que pode ser subdural, subaracnóide, intraventricular e intraparenquimatosa.

TÉCNICA DA VÁCUO-EXTRAÇÃO

Como sói acontecer em qualquer ato tocúrgico, é fundamental o obstetra avaliar minuciosamente o caso a fim de verificar a necessidade (indicação), as condições de aplicação e os pré-requisitos, antes de realizar a vácuo-extração. Ele deve se basear em sua experiência pessoal e nas circunstâncias únicas de cada caso. Assim, apesar de o vácuo-extrator ser de uso mais fácil que o fórcepe, deve o tocólogo usá-lo com muito cuidado, tirocínio e julgamento profissional. Alguns fabricantes de equipamentos de vácuo-extração obstétrica incluem uma fita de videocassete e as diretrizes operacionais para o uso do sistema. Deve o tocólogo seguir TODOS os seguintes passos para uma boa assistência obstétrica no auxílio ao nascimento vaginal com o vácuo:

1. Faça os preparos habituais à semelhança da operação com o fórcepe (asepsia, anti-sepsia, campos estéreis, etc.). É fundamental a presença de um obstetra auxiliar e um neonatologista (este deverá ser notificado sobre a indicação e, em linhas gerais, sobre a técnica do procedimento e a formação da bossa artificial). O anestesiista deve também estar na sala cirúrgica, embora uma das vantagens do procedimento seja o de poder ser realizado sem anestesia ou apenas com anestesia local ou bloqueio uni ou bilateral do nervo pudendo;

2. Avalie a real necessidade do procedimento tocúrgico (indicação) e os pré-requisitos (condições); é fundamental que você faça o diagnóstico apurado da apresentação, variedade de posição e assinclitismo fetais para a escolha da melhor ventosa):

na apresentação cefálica fletida variedades de posição anteriores (OP, OEA e ODA) e transversas (ODT e OET) sem assinclitismo exagerado, utilize campânula com formato de sino; já nas variedades de posição posteriores (OS, ODP e OEP), transversas com assinclitismo anterior exagerado, assim como nos fetos com muitos cabelos ou presente bossa serossangüínea pronunciada, dê preferência à campânula em forma de cogumelo;

3. Remova a capa protetora da campânula antes do uso; conecte a haste flexível ao tubo de conexão esterilizado (com ou sem o filtro in line, conforme o desejado) e este tubo à bomba de sucção;

4. Verifique se a agulha do manômetro da bomba de vácuo se encontra na posição de “repouso”, isto é, próximo ao zero. Cheque a integridade do sistema de vácuo acionando a bomba de sucção até uma pressão de aproximadamente 50 cmHg com a campânula extratora pressionada contra a palma da mão espalmada e enluvada; a agulha do manômetro deve permanecer estável;

5. Caso necessário, faça a sondagem vesical e esvazie o reto da parturiente;

6. Enxugue o máximo possível a região do couro cabeludo do feto onde será aplicada a ventosa;

7. Faça a apresentação espacial da campânula de modo a fazer com que o ponto de referência presente na mesma coincida com o ponto de referência fetal (fontanela posterior, pequena fontanela ou lambda); isto é muito importante, pois orientará o tocólogo, após a aplicação, durante todo o ato tocúrgico;

8. A fim de facilitar a introdução da campânula extratora na vagina, lubrifique sua superfície externa e, com os dedos de uma das mãos, pressione suas margens de modo a dobrá-la (para as campânulas em forma de sino), ou dobre a campânula 90°

em direção à haste (para as campânulas em forma de cogumelo). Enquanto a outra mão separa os lábios vulvares, insira a ventosa através da fúrcula vaginal em direção posterior (concauidade sacra da pelve materna), até que a mesma faça contato com o couro cabeludo fetal. Uma dica importante é fazer uma discreta rotação da campânula, 30° no sentido horário e 30° no sentido anti-horário, a fim de melhor adaptá-la ao pólo cefálico. É importantíssimo que você aplique a campânula sobre o lambda ou o mais próximo possível dele;

**Jamais aplique a ventosa em qualquer parte da face fetal*

9. Passe o dedo indicador gentilmente ao redor da margem da campânula extratora para ter certeza de que não houve a intrusão de tecido estranho entre ela e o couro cabeludo e para assegurar sua correta locação;

**Este passo deve ser repetido antes de cada nova tração, pois sempre há a possibilidade de tecido estranho se interpor entre a campânula e o pólo cefálico*

10. Acione a bomba de vácuo até atingir uma pressão negativa inicial de 10 a 13 cmHg (área amarela do manômetro de algumas bombas) e repita o passo anterior;

11. Aguarde o início de uma contração uterina, acione rapidamente o vácuo para uma pressão negativa entre 38 e 58 cmHg (área verde do manômetro) e repita o passo número 9;

**Jamais exceda a pressão de 58 cmHg*

12. Após uma tração de prova, tracione o instrumento sempre em harmonia com a metrossístole e os puxos maternos, obedecendo à linha de direção de Selheim (p. ex., se uma parte do corpo extrator já estiver bem visível, a tração deve ser feita para cima, em direção ao teto da sala cirúrgica). Enquanto a mão direita traciona, a esquerda comprime a campânula de

encontro ao pólo cefálico fetal a fim de acompanhar a descida e evitar o seu desprendimento (Figuras 2, 3 e 4);

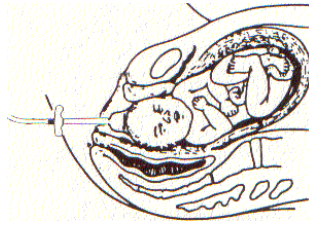


Figura 2 - Tração com o vácuo-extrator em pólo cefálico no plano +2/+3 de DeLee, occípito-direita transversa. Enquanto a mão direita traciona, a esquerda deve comprimir a campânula para evitar o seu desprendimento e acompanhar a progressão da cabeça.

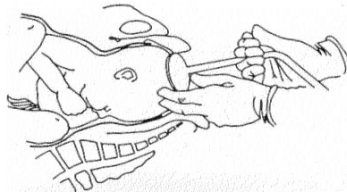


Figura 3 - Tração com o vácuo-extrator em pólo cefálico no plano +3/+4 de DeLee, occípito-púbica. Enquanto a mão direita traciona, a esquerda comprime a campânula para evitar o seu desprendimento e acompanhar a progressão da cabeça.

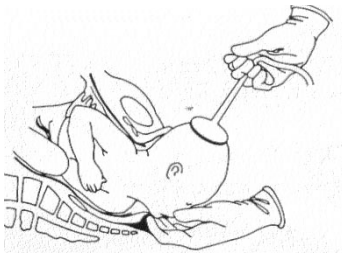


Figura 4 - Desprendimento cefálico em occípito-púbica com o vácuo-extrator. Enquanto a mão direita traciona, a direita auxilia o desprendimento da cabeça.

13. Caso a tração seja mal direcionada ou com força excessiva, poderá ocorrer o desprendimento da campânula extratora do pólo cefálico, o que constitui um fator de segurança do instrumento; nessa eventualidade, inspecione cuidadosamente o couro cabeludo para verificar se não houve traumatismo, antes da reaplicação;

**Jamais faça a rotação do instrumento, quer por meio do cabo, quer da campânula, pois isso propiciará o desprendimento da campânula e traumatismo do couro cabeludo*

14. Assim que a contração uterina não for mais eficiente, libere parcialmente o vácuo até atingir uma pressão em torno de 10 cmHg, acionando lentamente o gatilho da bomba de sucção, a fim de aliviar a pressão sobre o couro cabeludo fetal. Repita o passo anterior em cada contração uterina;

**A duração da pressão de vácuo em níveis máximos não deve exceder 10 minutos, considerando o tempo total da vácuo-extração*

15. Verifique a necessidade da episiotomia (não há indicação formal para o seu emprego);

16. Uma vez ocorrido o desprendimento total da cabeça, acione imediata e rapidamente o gatilho da bomba de vácuo a fim de aliviar totalmente a pressão, retire a campânula e ultime o nascimento, como de praxe;

17. Verifique o caput succedaneum artificial, que serve de confirmação de uma boa aplicação, desde que localizado o mais próximo possível da pequena fontanela e na linha média da cabeça;

18. Revise o canal de parto, como de costume;

19. Documente o uso do vácuo-extrator por meio de

pormenorizada descrição cirúrgica, onde necessariamente devem constar a(s) indicação(ões), as condições e os pré-requisitos, a variedade de posição, a altura da apresentação (segundo os planos de De Lee), o grau de assinclitismo (se houver), o modelo de instrumento empregado, o número de trações e desprendimentos, as intercorrências eventualmente presentes, as condições do neonato, a presença ou não do neonatologista na sala de partos, a revisão do canal de parto, a técnica de sutura empregada e, finalmente, a estimativa de perda sangüínea materna.

INTERROMPA A VÁCUO-EXTRAÇÃO NA OCORRÊNCIA DE QUALQUER UMA DAS SEGUINTE SITUACÕES:

1. Tempo Cumulativo de tração superior a 10 Minutos (o que implica, na prática, até cinco trações);
 2. Três desprendimentos da campânula durante as trações;
 3. Ausência de substancial progressão do pólo cefálico fetal em cada uma das trações;
 4. Evidência de significativo traumatismo materno e/ou fetal.
- “À semelhança do fórcepe, deve o tocólogo ter boa vontade para abandonar a vácuo-extração, caso não haja progressão satisfatória” (Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas, 1994).

CONCLUSÕES

O vácuo-extrator apresenta inúmeras vantagens quando comparado ao fórcepe: é de aprendizado muito mais singelo;

pode ser aplicado em cabeças mais altas (nas quais o fórcepe é desaconselhado); a força de tração sobre o pólo cefálico (8 kg) é 60% menor com o vácuo-extrator (força de tração com o fórcepe é de 20 kg); as trações feitas com o vácuo-extrator permitem a rotação cefálica requerida pela configuração própria do canal de parto, pois a cabeça não é fixada com a aplicação e, assim, ela encontra o caminho de menor resistência (o fórcepe tende a restringir a rotação cefálica); é menor a incidência de tocotraumatismos maternos, pois o vácuo-extrator não se localiza no espaço entre a pelve da mãe e a cabeça do feto e, portanto, não aumenta a circunferência céfalo-instrumental como acontece no fórcepe.

“A vácuo-extração é uma forma benéfica de atendimento ao período expulsivo do parto, pois sua efetividade tem sido demonstrada através de claras evidências obtidas de estudos controlados” (Neilson JP. Evidence-based intrapartum care. Int J Gynecol Obstet 1998;63 Suppl. 1:97-102). O procedimento traz vantagens para a mãe sem agravar o prognóstico neonatal, devendo ter lugar de destaque na assistência obstétrica em nosso meio.

ASSISTÊNCIA À DEQUITAÇÃO

João Luiz Carvalho P. Silva

DEFINIÇÃO E SINONIMIA

A separação da placenta é uma conseqüência da continuação das contrações uterinas, após a expulsão do feto.

O intervalo entre o nascimento do feto e a saída da placenta, com seus anexos e cordão umbilical a ela fixados, é chamado de Terceiro Período (estágio) do trabalho do parto ou também, por Secundamento.

Outros nomes atribuídos a este momento do parto são: delivramento ou dequitadura ou dequitação ou desprendimento da placenta e sua páreas, para fora das vias genitais.

DURAÇÃO

Classicamente a conduta expectante preconizada para a assistência ao delivramento permitia que sua duração chegasse até a uma hora ou mais.

A expectativa defendida por Pinard e Varnier (apud Rezende), admitia vigilância sem intervenção, até 45 minutos ou uma hora.

A realidade é que na maioria das mulheres, a expulsão da placenta se concretiza em 10 minutos, e em 15 minutos em 95% de todos os partos, de modo espontâneo.

Embora não haja consenso, há evidências que a atitude deveria mudar de expectante para ativa se o tempo se prolongar por 30 a 40 minutos além do nascimento da criança.

FISIOLOGIA

Consta de três tempos bem definidos, a saber:

1- Descolamento

A separação da placenta e conseqüência da continuação da contrações uterinas, que reduzem a área do leito de união placentária após a expulsão do feto e retração do volume uterino, com conseqüente destaque da sua fixação ao longo de um plano na camada esponjosa da decídua vera.

Em geral, bastam duas ou três contrações, que neste momento são de grande intensidade e baixa freqüência (mas não são percebidas pela mãe ou pelo parteiro), para que se dê a separação.

No ponto onde se dá o destaque, forma-se um hematoma retroplacentário, ou muitos, que podem favorecer a dequitação, apesar de não serem indispensáveis para sua ocorrência.

De modo simples, há dois mecanismos que explicam o descolamento e separação das placentas:

a) Baudelocque-Schultze: presente em 75% das vezes, dá-se para placentas inseridas superiormente no útero, a maneira de um guarda chuva, com a formação de um coágulo retroplacentário, que fica aprisionado pela face materna da placenta e membranas.

b) Baudelocque-Duncan: em 25% dos casos, geralmente para placentas lateralizadas e baixas, ocorrendo o desprendimento pela desinserção lateral e inferior da placenta. Aqui o sangue se exterioriza antes da massa placentária, que se solta por deslizamento, exibindo a face materna em sua saída.

2- Descida

As contrações uterinas que não cessam, e provavelmente a ação da gravidade, levam a placenta para o segmento inferior, o colo e franqueado, caindo na vagina.

3- *Expulsão*

Ao alcançar a vagina, a placenta provoca sua distensão e desencadeia uma nova sensação de puxo, que estimula a parturiente a forçá-la definitivamente para o exterior, completando-se o processo. Na área da implantação, resta uma ferida cruenta, que permite a saída de uma certa quantidade de sangue até que novas contrações ajudem, por pincamento, fechar os vasos sangrantes (ligaduras vivas de Pinard), iniciando o chamado 4º período.

QUARTO PERÍODO

Chama-se assim o tempo de uma hora que sucede a saída da placenta.

Tem duas fases principais, que o caracterizam:

Miotamponamento: após a expulsão da placenta, o útero se retrai, permanecendo fixo entre o púbis e o umbigo maternos (aqui se processam as ligaduras vivas, por fechamento, entre as fibras musculares uterinas encurtadas, das bocas vasculares sangrantes).

Trombotamponamento: formam-se trombos no interior dos vasos pincados” útero-placentários, e que se aderem bloqueando as perdas sangüíneas. Os coágulos preenchem a cavidade uterina, até que lentamente a matriz se relaxa e volta a posicionar-se na altura do umbigo (momento do equilíbrio denominado miotrombótico).

CLÍNICA

Após a expulsão fetal a mulher experimenta período de bem-estar e, por vezes euforia, que já se pensou no passado ser

um momento de completa quiescência uterina, após momentos de grande atividade uterina do segundo estágio do trabalho de parto. Caldeyro-Barcia demonstrou, entretanto, que neste período o útero segue contraindo com mais intensidade, embora com menor frequência e raramente são estas contrações dolorosas ou desconfortáveis para a parturiente. Antes destes trabalhos este momento era descrito como de repouso fisiológico da matriz e o processo de parturição como se deteria por algum tempo.

Os eventos e sinais clínicos observados classicamente como relacionados a separação da placenta, podem ser assim resumidos:

- 1- jato de sangue na vagina
- 2- descida do cordão umbilical
- 3- mudança do formato do útero de discóide para globular
- 4- aumento da altura do fundo do útero enquanto o segmento é distendido pela placenta
- 5- retração do fundo na direção do púbis e formação do “globo de segurança” quando se completa o evento (útero de consistência lenhosa e dura, de modo permanente e fixo).

Quando a placenta chega à cavidade vaginal, desencadeia em algumas mulheres o reflexo de expulsão, ou puxo, e em poucos minutos e completamente expulsa ao exterior.

ASSISTÊNCIA

Como a separação e expulsão da placenta baseiam-se em contrações uterinas e puxos maternos, a interferência no processo por técnicas outras, como compressão uterina e/ou tração de cordão umbilical, pode aumentar a incidência de

complicações como hemorragias ou até inversão uterina, e deve ser evitada.

Durante este intervalo de tempo e espera, o procedimento mais conveniente seria a manutenção de uma suave palpação do fundo do útero para a percepção das contrações e observação cuidadosa das perdas sangüíneas.

Observam-se os sinais clínicos que podem ser valiosos para o acompanhamento do fenômeno:

a- pinçamento do cordão junto a rima vulvar e observar sua movimentação e descenso

b- transmissão de ligeiros movimentos percussórios no fundo uterino, que percorrem o cordão umbilical conhecido como sinal de Fabre ou sinal do pescador

c- saída de sangue, em quantidade variável entre 300 e 500 mL, a depender do tipo de dequitação (Schultze ou Duncan).

A recepção da placenta junto a vulva deve ser cuidadosa e paciente. A apreensão do bolo placentário será feita com ambas as mãos, na seqüência procedendo-se a um movimento circular de torção em torno de seu eixo axial, para facilitar a soltura das membranas ainda aderidas ao útero. Este movimento idealizado para “engrossar as páreas”, conhecido por manobra de Jacob-Dublin, tenta evitar que as membranas se fraturem ou esgarcem, restando aderidas as paredes do útero ou do colo.

Em geral as membranas são liberadas somente com o peso placentário, o que não acontece com a mesma facilidade com a posição deitada materna, assumida na maioria dos partos, justificando-se os artifícios indicados. Quando há tração, começam a fragmentar-se e separar-se da placenta; podemos

lançar mão de uma pinça em forma de anel para sua sujeição e retirada.

Após a saída da placenta, cordão e membranas, todo o conjunto deve ser cuidadosamente examinado. A possibilidade desejável e nem sempre realizável, de uma revisão intra-uterina, não dispensa esta atitude de prudência. O exame macroscópico do disco placentário pode ser útil, na detecção de pedaços de cotilédones faltantes, anormalidades placentárias, áreas de fibrose, infartos ou calcificações.

A recomposição cuidadosa das membranas, e da arquitetura original da bolsa amniótica, permite concluir por sua fragmentação e apontar a necessidade de procedimentos complementares para sua retirada, como curagem ou curetagem. Procrastinar esta atitude pode propiciar hemorragias inadvertidas e favorecer processos infecciosos de natureza tardia.

O cordão umbilical, em geral medindo 50-60 centímetros de comprimento, deve ser percorrido até sua inserção, para observação, quanto ao número de vasos que contem, presença de nós verdadeiros, hematomas e estiramentos. Um vaso que segue ao longo das membranas, poderia levantar a suspeita de um lobo acessório e recomendar uma exploração manual da cavidade.

A exploração digital vaginal deve ser evitada se a mãe não está anestesiada, por ser extremamente desconfortável e dolorida, devendo ser sempre a mulher previamente informada antes de acontecer. Três ou quatro dedos colocados e pressionados na parede vaginal, poderão facilitar a exploração visual e revisão do canal vaginal e estruturas vizinhas até o colo, principalmente se auxiliados por uma leve pressão do fundo uterino para aproximar a matriz da parte exterior.

Sob anestesia, um afastador gentilmente protegido, e introduzido na vagina, permite seu levantamento superior e amplia a área de visualização do colo, fôrnices e paredes laterais, facilitando a observação e a correção de lacerações e de hematomas.

A inspeção vaginal é sucedida pela perineal, esfíncter anal e início da mucosa retal. O não-reconhecimento oportuno de lesões destas estruturas, pode ser causa de morbidade importante em futuro próximo.

Do mesmo modo, este é um momento adequado para revisar a região segmentar uterina, quando houver antecedente de cesárea anterior ou manobras instrumentais.

Há controvérsia sobre o uso de ocitocina ou derivados ergotamínicos durante o período, também sua quantidade, forma e momento de administração. Nos Estados Unidos a administração de ergotamínicos é quase sempre rotineira após a saída da placenta. Em nosso Serviço estas substâncias não são utilizadas de rotina, reservando-se para quando haja sinais de hemorragia ou de atonia uterina, resistente a massagens manuais após as revisões de praxe.

REVISÃO DA CAVIDADE UTERINA E DO CANAL DE PARTO

Bussâmara Neme

Expulsa a placenta e a de seus anexos e, identificadas a integridade da placa cotiledonal e das membranas ovulares, inicia-se o chamado “4º período do parto”, durante o qual o obstetra deverá se preocupar com os eventuais fatores que favorecem ou provocam a hemorragia pós-dequitação.

Entre eles, excluída a eventual e raríssima ocorrência de inversão uterina, citam-se:

1. Atonia e ou hipotonia uterina
2. Alterações da coagulação sangüínea
3. Presença de cotilédones na área placentária
4. Soluções de continuidade da parede corporo-segmentar uterinas
5. Roturas do colo uterino
6. Roturas das estruturas vagino-perineais

Afastadas e ou corrigidas as duas primeiras dessas causas, restam aquelas cuja identificação e reparação dependem da boa assistência obstétrica, consubstanciada na revisão da cavidade uterina (corporo-segmentar), do colo uterino e do canal vagino-perineal.

REVISÃO DA CAVIDADE UTERINAS: CORPORO-SEGMENTAR

Tenho sugerido, como útil e até obrigatória, a revisão da cavidade uterina, após os partos transvaginais e abdominais. Isso porque, apesar de haver sido observada clinicamente, a integridade da placenta e de seus anexos, podem as vezes, restar aderidos, parcialmente ao leito placentário, fragmentos cotiledonares e até cotilédones internos de placentas subcenturiadas.

A permanência dessas estruturas, ao comprometer a retração miometrial, impede ou dificulta o miotamponamento e o trombotamponamento dos vasos presentes no local, mantendo perda sanguínea, cujo volume e velocidade apesar de não serem intensos, perdura por horas, podendo comprometer as condições hemodinâmicas da puérpera.

Em particular, após cesáreas, com cérvico-dilatação incompleta, essa complicação assume maior gravidade, porquanto, ao impedir ou dificultar a revisão manual e ou digital da cavidade uterina no pós-operatório, impõe a prática de intervenções instrumentais, que em mãos pouco experientes, podem seguir-se de lesões da parede miometrial, mais vulnerável no puerpério imediato.

É, também, por meio de revisão criteriosa da cavidade corporo-segmentar uterina que o tocólogo se assegurará de sua integridade e da ausência de soluções de sua continuidade.

Desejo salientar que a presença de pequenas roturas miometriais nem sempre são identificadas por tocólogos pouco afeitos a revisões da cavidade uterina. Esta é mais uma razão pela qual recomendo que em todos os partos, sob analgotócia,

os jovens obstetras devem praticar a revisão da cavidade uterina, a fim de familiarizar-se com as características da superfície decidual e, em particular, da área correspondente ao leito placentário.

REVISÃO DO COLO UTERINO

Após partos normais transvaginais e, em particular, após tocurgias extrativas instrumentais (fórcipe, embriotomias, extração pélvicas, etc.) é obrigatória a revisão do colo uterino. Para tanto, enquanto o auxiliar, utilizando-se de valvas, expõe o colo, o obstetra, munido de pinças longas de De Lee, apreende os lábios cervicais e, progressivamente, examina toda sua circunferência.

Salvo incidentes instrumentais, em geral, as roturas cervicais, únicas ou bilaterais, localizam-se nas comissuras (três e ou nove horas do relógio). Quando presentes a sua sutura se fará com pontos separados e respeitada, quando possível, a mucosa. Essa conduta se justifica, plenamente, apesar de não estar ocorrendo hemorragia local, para evitar os colos bilabiados, ectrópios e cervicites futuras.

REVISÃO DA PAREDE VAGINAL E ESTRUTURAS VAGINO-PERINEAIS

Embora roturas das paredes vaginais sejam mais frequentes após tocurgias extrativas elas, podem, também, ser identificadas após partos prolongados e ou naqueles em que roturas perineais espontâneas ou conseqüentes a episiotomias se propagam à vagina.

A revisão dessas lesões deve ser cuidadosa e quando a

rotura se estende até os fundos dos sacos vaginais, a sua identificação e reparação cirúrgica exige a presença de auxiliar e o uso de valvas. Esse tipo de lesão é mais freqüente após a aplicação de fórceps em altura média (+1-2), nas posições transversas e/ou posterior, que exigem rotação interna de 90 -135°.

Quando a rotura vaginal atinge planos mais profundos é imperioso garantir a hemostasia dos vasos sangrantes, afim de evitar a ocorrência de hematomas vagino-perineais e suas conseqüências (choque hemorrágico).

As lesões do assoalho músculo-perineal, inclusive quando atingem o esfíncter anal, serão reparadas com pontos separados. Neste último caso os fios de sutura serão de absorção mais lenta.

OBSTETRÍCIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS NA ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL

Jorge Francisco Kuhn dos Santos

A Medicina, durante muito tempo, baseou-se nas experiências pessoais, na autoridade de indivíduos com maiores títulos acadêmicos e nas teorias fisiopatológicas. A Medicina Baseada em Evidências - ou em provas científicas rigorosas - tem, para nortear as tomadas de decisões sobre os cuidados em saúde, o compromisso da busca explícita e honesta das melhores evidências científicas da literatura médica. Esta concepção de Medicina tira a ênfase da prática baseada apenas na intuição, na experiência clínica não-sistematizada e nas teorias fisiopatológicas... e dá especial atenção ao desenho da pesquisa, à sua condução e à análise da estatística (Atallah & Castro, 2000).

A Obstetrícia é uma das especialidades em que, infelizmente, ainda predomina a Medicina Baseada em Opiniões. É evidente que não deve ser desprezado o tirocínio de eminentes professores, acumulado ao longo de muitos anos de estudo, prática e noites em claro. Todavia, é também evidente que a especialidade seria em muito beneficiada se a experiência desses especialistas fosse validada através de estudos clínicos casualizados e controlados (Santos, 2000).

Os resumos de mais de 1000 revisões sistemáticas da literatura médica podem ser acessados, gratuitamente, por meio da Internet no site: <http://www.epm.br/cochrane>

Os procedimentos comumente empregados na assistência ao parto vaginal estão a seguir classificados, à luz da Obstetrícia Baseada em Evidências Científicas:

1- PROCEDIMENTOS BENÉFICOS

- Apoio psico-emocional contínuo durante o trabalho de parto (reduz a necessidade de analgésicos, faz do parto uma experiência positiva em locais orientados para a tecnologia, reduz as cesáreas e os partos vaginais instrumentais, reduz o número de recém-nascidos com baixos índices de Apgar (<7, aos cinco minutos) e a duração do parto;
- Antibióticos durante o trabalho de parto em mulheres sabidamente colonizadas pelo estreptococo beta-hemolítico (*Streptococcus agalactiae*);
- Gasometria do sangue capilar fetal, obtido por incisão no couro cabeludo, nos casos de cardiotocografia alterada;
- Fios de sutura sintéticos absorvíveis (ácido poliglicólico e ácido polilactínico) para o reparo perineal nos casos de roturas de 1º e 2º graus e episiotomias (menor dor a curto prazo e dispareunia, quando comparado ao catgut; todavia, há maior necessidade de remoção do fio no pós-parto);
- Técnica subcutânea contínua no fechamento da pele perineal nos casos de roturas de 1º e 2º graus e episiotomias (quando comparada à técnica de pontos separados);
- Mudança de posição materna no sofrimento fetal;
- Betamiméticos intravenosos no sofrimento fetal;

- Amniotomia para acelerar o trabalho de parto que progride lentamente;
- Tentativa de trabalho de parto após cesárea;
- Vácuo-extração (menos trauma perineal e menor necessidade de anestesia, quando comparado ao fórcepe);
- Campânulas macias de vácuo-extração (menos trauma do couro cabeludo do feto, quando comparadas às campânulas rígidas de aço inoxidável);
- Posição materna de cócoras no período expulsivo (reduz a necessidade de episiotomia, quando comparada à posição clássica);
- Não-sutura da pele perineal nas roturas de 1º e 2º graus e episiotomias (reduz a dispareunia).

2- PROCEDIMENTOS EM QUE SE DEVE BALANCEAR BENEFÍCIOS E PREJUÍZOS

- Cardiotocografia contínua, comparada à ausculta clínica intermitente dos batimentos cardíacos fetais (o único benefício é a redução de convulsões neonatais, quando se acompanha da determinação do pH no sangue do couro cabeludo; por outro lado, há aumento no número de cesáreas e partos operatórios vaginais);
- Perineotomia versus episiotomia médio-lateral (caso seja necessária a episiotomia);
- Narcóticos para o alívio da dor do trabalho de parto;
- Amnioinfusão durante o trabalho de parto, para o tratamento da compressão do cordão umbilical, corrige anormalidades da frequência cardíaca fetal, melhora os índices de Apgar (há menor número de neonatos com baixos índices de Apgar), melhora a asfixia neonatal e diminui a frequência de cesárea (quando esta operação está indicada baseada nas

alterações da frequência cardíaca fetal); todavia, não está estabelecida sua segurança no que concerne a complicações maternas pouco frequentes porém graves;

- Amnioinfusão durante o trabalho de parto, quando se observa a presença moderada ou intensa de mecônio, reduz a incidência de mecônio abaixo das cordas vocais, a síndrome de aspiração meconial e a frequência de cesáreas; todavia, aqui também não está estabelecida sua segurança no tocante a complicações maternas pouco frequentes porém graves.

3- PROCEDIMENTOS CUJO BENEFÍCIO É DESCONHECIDO

- Cardiotocografia na admissão da parturiente;
- Oxigenoterapia materna no sofrimento fetal;
- Amnioinfusão durante o trabalho de parto, para o tratamento da compressão do cordão umbilical, reduz a frequência de cesáreas quando a decisão se baseia não somente nas anormalidades da frequência cardíaca fetal, mas também na análise dos gases do sangue do couro cabeludo fetal;
- Amnioinfusão durante o trabalho de parto, quando se observa a presença moderada ou intensa de mecônio, reduz a mortalidade perinatal resultante da aspiração de mecônio;
- Puxos maternos dirigidos pelo obstetra (método de Valsalva), quando comparados aos puxos espontâneos;
- Não-sutura da musculatura perineal nas roturas de 2º grau e episiotomias;
- Diferentes métodos e materiais para o reparo de roturas de 3º e 4º graus.

4- PROCEDIMENTOS PROVAVELMENTE NÃO-BENÉFICOS OU PREJUDICIAIS

- Infusão intravenosa rotineira;
- Amniotomia precoce para reduzir a frequência de operações cesarianas;
- Puxos maternos precoces, isto é, no início do período expulsivo;
- Episiotomia rotineira para o nascimento pré-termo;
- Posição materna de cócoras no período expulsivo (não há diferenças nas taxas de trauma perineal, quando comparada à posição clássica);
- Tentativa de trabalho de parto após cesárea clássica (corporal);
- Enema rotineiro na admissão da parturiente, para evitar a contaminação perineal por fezes e reduzir, assim, a infecção puerperal e neonatal (o único efeito é diminuir a presença de fezes no nascimento; não há diferenças no tocante à infecção puerperal e neonatal; somente deve ser aplicado a pedido da parturiente);
- Tricotomia rotineira antes do parto, para evitar a infecção perineal e facilitar e tornar mais segura a eventual sutura do períneo (não há benefício no tocante à morbidade materna);
- Episiotomia rotineira, para prevenir a rotura perineal e vaginal, comparando-a ao seu uso restrito, isto é, somente em casos indicados (o uso restrito mostra menor risco de morbidade materna, incluindo trauma perineal posterior, necessidade de sutura do trauma perineal e complicações da cicatrização aos sete dias pós-parto; não há diferenças no que concerne ao trauma e dor perineal grave, dispareunia ou incontinência urinária de esforço; a única desvantagem do uso restrito da

episiotomia é o maior risco de trauma perineal anterior, complicação que geralmente não requer sutura e que evolui sem problemas).

CONCLUSÃO

O médico, ao envolver sua conduta no compromisso com a boa evidência científica, não está diminuindo sua capacidade global de decisão que é e sempre será sua; sua sensibilidade (*feeling*) continua, só que acrescida de informações precisas a orientá-lo naquilo que já foi testado adequadamente à luz da ciência. Ele pode então ganhar experiência naquilo que funciona e evitar o que sabidamente pode comprometer os resultados do seu trabalho e a saúde de seus pacientes (Atallah & Castro, 2000).

A CESARIANA (A POLÊMICA NAS INDICAÇÕES; A TÉCNICA NA ATUALIDADE; A PROFILAXIA DAS INFECÇÕES)

Pedro Paulo Pereira
Marcelo Zugaib

INTRODUÇÃO

Denomina-se operação cesariana ou cesárea ou, ainda, parto cesáreo a cirurgia que tem por finalidade a extração do feto por meio de dupla incisão, quais sejam abdominal (laparotomia) e uterina (histerotomia).

Ao longo dos tempos, o aperfeiçoamento da técnica cirúrgica empregada, a melhora dos métodos de anestesia e dos próprios agentes anestésicos, bem como a utilização da antibioticoterapia com o intuito de prevenir infecções reduziram muito o risco deste procedimento cirúrgico.

A operação cesariana representa um recurso de inestimável valor e em muito contribui para a diminuição da mortalidade materna e perinatal. Os avanços tecnológicos da Obstetrícia moderna colaboram, sobremaneira, para maior liberalidade de se indicar a realização deste tipo de parto. Entretanto, a cesárea não é inócua e, em relação ao parto vaginal, apresenta maior incidência de hemorragia, infecção e mortalidade materna.

A incidência da operação cesariana tem aumentado nas

últimas décadas, inclusive em países desenvolvidos. Segundo a Organização Mundial de Saúde é aceitável a taxa de cesárea de até 15%. Infelizmente, o Brasil é apontado como um dos países com maior índice de operações cesarianas.

INDICAÇÕES

Com o intuito de salvaguardar o bem-estar materno-fetal, têm-se ampliado as indicações de operação cesariana. As indicações de cesárea são maternas, fetais e anexiais. Far-se-á a seguir, à luz da moderna Obstetrícia, uma análise das principais indicações de operação cesariana.

- *Desproporção feto-pélvica absoluta:* Representa desconformidade entre o tamanho do produto conceptual e a bacia materna. Pode ser decorrente de vício pélvico, macrosomia fetal e/ou malformações fetais.

- *Distocia funcional:* É caracterizada pela presença de alterações da contratilidade uterina que interferem na progressão normal da dilatação cervical e descida da apresentação. Indica-se a operação cesariana quando este quadro se mantém após serem consideradas infrutíferas as medidas destinadas a sua correção (amniotomia, infusão de ocitócico, sedação e/ou analgesia de parto).

- *Comprometimento de partes moles e tumores prévios:* Atresia vaginal, condiloma acuminado gigante, varizes vulvovaginais volumosas, estenose cicatricial do colo uterino que impeça a cervicodilatação, carcinoma de colo invasivo (em casos de carcinomas de colo pré-invasivo ou microinvasivo permite-se a via baixa), neoplasias ovarianas e miomas uterinos (cervicais ou segmentares) que obstruam o canal de parto.

- *Cesárea anterior*: Atualmente, o axioma “uma vez cesárea, sempre cesárea” não encontra respaldo na literatura médica; mais da metade das pacientes com uma cesárea anterior podem parturir por via vaginal. Entretanto, para se permitir o trabalho de parto após uma cesárea prévia deve-se respeitar alguns preceitos, como: histerotomia anterior segmento-transversa, indicação da cesárea não-repetida e apresentação cefálica fletida. Por outro lado, naquelas pacientes com mais de uma cesárea prévia deve-se repetir a via alta, feita no termo e, preferencialmente, antes de iniciado o trabalho de parto, tencionando-se prevenir a ocorrência de rotura uterina.

- *Cirurgias ginecológicas*: Destaquem-se antecedente de exérese de miomas intramurais ou submucosos extensos, cirurgia de Strassmann, correção bem sucedida de fístulas genitais e/ou de incontinência urinária de esforço. Nestes casos, de forma semelhante àqueles com mais de uma cesárea, deve-se interromper a gravidez antes de iniciado o trabalho de parto.

- *Doenças maternas*:

a) Eclâmpsia ou síndrome HELLP, com feto vivo e viável, com colo uterino desfavorável à indução;

b) Cardiopatias: A via de parto nas cardiopatas é quase sempre de indicação obstétrica. Entretanto, a coarctação da aorta e a síndrome de Marfan com aorta dilatada, em virtude do risco de morte materna no trabalho de parto, constituem indicações de cesárea após confirmação de maturidade fetal;

c) Púrpura trombocitopênica idiopática: A decisão quanto à via de parto depende do valor das plaquetas do feto, medido em amostra de sangue obtida por cordocentese ou pela punção do couro cabeludo fetal no início do trabalho de parto. Caso a

contagem de plaquetas seja inferior a 50 mil/mm³, opta-se pela cesárea pelo risco de hemorragia intracraniana do feto. Na impossibilidade da realização desses exames é prudente a realização de cesárea;

d) Herpes genital: Indica-se operação cesariana na presença de lesão ativa de herpes genital por ocasião do trabalho de parto. A indicação de cesárea é discutível se a rotura das membranas ocorreu há mais de 4 horas;

e) HIV: A Organização Mundial da Saúde, como também o Ministério da Saúde por meio da Coordenação Nacional de DST/AIDS preconizam que a indicação da via de parto em gestantes soropositivas deve ser fundamentalmente obstétrica. Entretanto, recentes estudos europeus e norte-americanos, envolvendo grande número de pacientes, têm demonstrado diminuição significativa da transmissão vertical do HIV quando se realiza operação cesariana eletiva (membranas íntegras e antes do início do trabalho de parto). A confirmação desses estudos poderá fazer da cesárea eletiva o tipo de parto predileto para gestantes soropositivas para o HIV.

- *Primiparidade tardia:* A primiparidade tardia, cada vez mais freqüente na atualidade, geralmente não é indicação absoluta de cesárea. Entretanto, na presença de estados mórbidos maternos (hipertensão arterial, diabetes melito, miomatose uterina e outros), distocia funcional e/ou vício pélvico, deve-se optar pela via alta.

- *Cesárea “post mortem”:* Diante de morte materna súbita, desde que asseguradas a vitalidade e a viabilidade do produto conceptual, está indicada a cesárea na tentativa de salvar o feto.

- *Cesárea a pedido:* A indicação de cesárea por motivo

fútil deve ser condenada. Entretanto, existem gestantes que durante o pré-natal demonstram extrema ansiedade e medo real do parto normal. Sendo reconhecida esta situação é fundamental, além do apoio do obstetra, avaliação e seguimento psicológicos. Não se conseguindo dissuadir a paciente de seu propósito, é melhor que se considere o desejo de cesárea; pela sua possível piora psicológica, justamente no momento em que se vai tornar mãe. Saliente-se, ainda, que esta parturiente provavelmente não conseguirá colaborar durante o trabalho de parto e contribuirá para o insucesso da tentativa de parto vaginal.

- *Sofrimento fetal*: A constatação de sofrimento fetal agudo ou crônico, assegurada a viabilidade fetal, impõe a interrupção da gestação. Ausente cervicodilatação avançada que permita ultimização do parto rapidamente, indica-se a operação cesariana.

- *Apresentações anômalas*:

a) *Apresentação pélvica*: o tipo de parto nas apresentações pélvicas é motivo freqüente de controvérsia. Vários estudos demonstram maior morbidade perinatal em nascituros de parto vaginal em apresentação pélvica, principalmente em casos de fetos de baixo peso. Em relação ao peso fetal, estimado pela ultra-sonografia, a maioria dos autores indica cesárea se o mesmo estiver entre 1.000 e 2.499 g. Fetos com mais de 3.500 g também se favorecem da operação cesariana. A cesárea também está indicada em casos de apresentação pélvica associada a um ou mais dos seguintes itens: histerotomia prévia, vício pélvico, distocia funcional, amniorrexis prematura/precoce e inexperiência do obstetra;

b) *Cefálicas defletidas*: as mento-posteriores persistentes, as de frente e as bregmáticas-posteriores constituem indicações

de cesárea pela maior probabilidade de partos morosos e/ou traumatismo fetal;

c) *Apresentação córmica*: a situação transversa (exceto no segundo gemelar), em decorrência da morbidade perinatal acentuada, provocada pelas manobras de versão e extração fetal, deve ser resolvida por cesárea.

- *Prematuridade*: O melhor tipo de parto no prematuro é motivo de controvérsia. A maioria dos autores indica cesárea nas apresentações cefálicas defletidas e nas pélvicas com peso fetal estimado entre 1.000 a 2.499 g, situações em que os traumas fetais decorrentes do parto vaginal prejudicam o prognóstico perinatal.

- *Macrossomia fetal*: Classicamente, definiu-se macrossomia fetal a ocorrência de recém-nascidos com peso igual ou superior a 4.500 g. Entretanto, com o intuito de prevenir lesões do produto conceptual é prudente a indicação de operação cesariana se a estimativa de peso fetal for superior a 4.000 g.

- *Gemelidade*: a indicação de cesárea em gestação gemelar é precisa em casos de fetos viáveis e de pelo menos um dos seguintes fatores: histerotomia anterior, primeiro gemelar não-cefálico, segundo gemelar com mais de 500 g de peso estimado que o primeiro, gestação pré-termo ou fetos viáveis com peso estimado inferior a 1.500 g, presença de mais de dois fetos e intercorrências obstétricas (tais como sofrimento fetal, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta).

- *Isoimunização feto-materna*: Nos casos com grave comprometimento fetal (hidropsia) pode haver indicação de parto prematuro terapêutico. A via alta é indicada para salvaguardar o produto conceptual.

- Malformações fetais:

a) *Desproporção fetopélvica por:* monstrosidade dupla, hidrocefalia, higroma cístico, ascite volumosa, linfangiomas e teratoma scrococcígeo;

b) *Espinha bífida:* Indica-se cesárea se a espinha bífida estiver rota, com o intuito de evitar infecção, ou nos casos cuja espinha bífida for superior a 7 cm;

c) *Onfalocele:* Parece haver consenso na indicação de cesárea nos casos de onfalocele maior ou igual a 5 cm.

- *Prolapso de cordão:* Representa urgência obstétrica que requer rápida resolução. Em caso de feto vivo e viável com cervicodilatação incompleta, opta-se por cesárea

- *Inserção velamentosa do cordão:* A presença de vasos funiculares na intimidade das membranas pode ocasionar sangramento por rotura de algum vaso quando da rotura da bolsa das águas. O dessangramento fetal impõe rápida resolução, geralmente por cesárea.

- *Placenta prévia:* A operação cesariana deverá ser indicada na eventualidade de grave hemorragia, com parto vaginal não-iminente, em casos de placenta prévia lateral e marginal. Nas variedades centro-total e parcial a indicação de cesárea é absoluta, preferencialmente no termo da gravidez e antes de iniciado o trabalho de parto.

- *Descolamento prematuro de placenta:* Na presença de feto vivo e viável, desde que o parto vaginal não seja possível imediatamente, indica-se a resolução por cesárea. Com feto inviável ou morto, indicar-se-á a operação cesariana na presença de pelo menos um dos seguintes fatores: coagulopatia, insuficiência renal, colo impérvio, morosidade na dilatação.

- *Acidentes de punção:* Comprometimento dos sinais vitais do produto conceptual, durante ou imediatamente após a realização de amniocentese ou cordocentese, garantida a viabilidade fetal, impõe a resolução imediata por cesárea.

TÉCNICA

Após a indicação de cesárea, a paciente é conduzida à sala de cirurgia. Desde que possível, prefere-se a anestesia de condução (raquianestesia ou peridural). Seguem-se os preceitos de assepsia e anti-sepsia e cateterismo vesical com sonda de demora. Até que se extraia o produto conceptual, caberá ao anestesista o desvio do útero para a esquerda, evitando-se a compressão da veia cava inferior e conseqüente hipotensão com comprometimento do fluxo uteroplacentário.

- *Incisão da parede abdominal:* A incisão da parede abdominal geralmente é transversa suprapúbica (Pfannenstiel) ou mediana infra-umbilical. Em virtude de seu efeito estético e menor possibilidade de eventração, prefere-se a incisão de Pfannenstiel que será descrita a seguir:

a) *Incisão da pele e tecido subcutâneo:* Pratica-se uma incisão arciforme com leve concavidade superior e extensão em torno de 10 a 12 cm. A incisão deve ficar pouco acima do pube (1 a 2 cm) e suas extremidades, desde que possível, serão limitadas pelo Monte de Vênus. Efetua-se a hemostasia, preferencialmente por termocoagulação, e expõe-se o tecido aponeurótico;

b) *Abertura e descolamento da aponeurose:* A incisão na aponeurose é transversa, extendendo-se 1 a 2 cm além das extremidades da incisão cutânea. Descola-se o folheto aponeurótico superior do plano muscular numa extensão

de 10 cm, com os dedos indicadores introduzidos de cada lado da rafe aponeurótica. A rafe aponeurótica pode ser dissecada por tesoura curva ou bisturi. Pratica-se hemostasia dos vasos seccionados. O folheto aponeurótico inferior é dissecado por tesoura curva ou bisturi até sua inserção na sínfise púbica;

c) Abertura do plano muscular: As bordas internas dos músculos reto-abdominais serão separadas com tesoura curva. Os dedos indicadores do cirurgião e do auxiliar elevam o plano muscular e, dessa forma, auxiliam na separação do músculo piramidal na linha mediana;

d) Incisão do peritônio parietal: O peritônio parietal é suspenso por duas pinças e, após ter sido assegurada a ausência de alça intestinal aderida, pratica-se sua abertura no sentido longitudinal, numa extensão de 10 a 12 cm. Com a finalidade de absorver sangue, líquido amniótico, mecônio, secreção purulenta em casos de coriamnionite, coloca-se uma compressa embebida em soro fisiológico em cada goteira parietocólica.

e) Abertura e descolamento do peritônio visceral: Após a colocação de afastador auto-estático e de válvula suprapúbica, abre-se o peritônio visceral ao nível da prega vesicouterina. O peritônio visceral é aberto transversalmente e descolado na sua porção inferior até a prega vesical e na borda superior numa extensão de 2 cm.

- Incisão uterina: Preferencialmente, a histerotomia deverá ser segmento transversa arciforme com concavidade superior. O miométrio é incisado com bisturi progressivamente até se identificar a bolsa das águas, no caso de membranas íntegras, ou o pólo fetal. A histerotomia é complementada por divulsão

digital, ausente cicatriz de cesárea anterior, ou por dissecação com tesoura curva se presente cicatriz uterina prévia. As incisões longitudinais corporal e segmento-corporal são excepcionais e apresentam as seguintes indicações:

a) Cesárea corporal (clássica): Monstruosidades duplas, cesárea post mortem ou em moribundas, cesárea corporal anterior, cesárea-histerectomia, segmento inferior inacessível;

b) Cesárea segmento-corporal: Indica-se este tipo de histerotomia quando o segmento não está completamente formado e/ou a incisão segmentar transversa é insuficiente para a extração fetal.

- *Extração fetal e placentária:* Aspirado ao máximo o líquido amniótico, retira-se o afastador e a válvula suprapúbica. Extrai-se a cabeça fetal, preferencialmente, com o auxílio de alavanca. O menor volume da alavanca diminui o risco de prolongamento da incisão uterina. Após a extração do pólo cefálico, e antes da primeira inspiração, aspiram-se as secreções das vias aéreas superiores. Durante a extração do ovóide córmico, administram-se 5 UI de ocitocina para auxiliar na contração uterina. Procede-se à laqueadura do cordão umbilical e, posteriormente, a placenta é extraída por discreta compressão no fundo do útero.

- *Histerorrafia:* Recolocado o afastador auto-estático e a válvula suprapúbica, procede-se a revisão da cavidade uterina. Nos casos de cesárea segmentar transversa, opta-se pela sutura em camada única com pontos separados, excluindo-se o endométrio. Preferem-se os fios de vicryl ou dextron número 0 ou, na falta destes, o fio de catgut cromado número 0. Nos casos de histerotomia longitudinal utilizam-se os mesmos tipos

de fios, sendo a sutura realizada com pontos separados em duas ou três camadas.

- **Sutura do peritônio visceral:* Efetua-se com pontos em chuleio com fio de categute simples número 00.

- *Fechamento da parede abdominal:* Após a retirada das compressas, da revisão da cavidade abdominal e inspeção dos anexos, inicia-se o fechamento da parede abdominal.

a) **Sutura do peritônio parietal:* Pontos em chuleio com fio de categute simples número 00;

b) *Aproximação dos músculos retos abdominais:* Aproximação com pontos em U com categute número 00;

c) *Aproximação dos músculos pequeno oblíquos:* Aproximação com pontos separados com categute número 00;

d) *Sutura da aponeurose:* Pontos separados com vicryl ou dexton número 0, ou na falta destes, categute cromado número 0;

e) *Aproximação da fascia superficialis:* Pontos separados de categute número 00;

f) *Fechamento da pele:* Pontos separados ou sutura intradérmica com fio de náilon 4 zeros.

**Obs:* Estudos internacionais e nacionais têm apregoado o não-fechamento do peritônio visceral e do parietal em cesáreas. Estes estudos, experimentais e clínicos, demonstram menor incidência de aderências abdominais, encurtamento do tempo cirúrgico, menor necessidade de analgésicos no pós-operatório, retorno mais rápido das funções intestinais e menor incidência de infecção de parede abdominal e morbidade febril puerperal. Esta proposta, ainda que atraente, para que possa se tornar rotineira, carece de estudos com maior casuística, envolvendo grupo controle e distribuição aleatória das pacientes.

PROFILAXIA DAS INFECÇÕES

A profilaxia das infecções em operações cesarianas envolvem, fundamentalmente, os cuidados com o sítio cirúrgico, aspectos relativos à técnica cirúrgica e a antibioticoterapia profilática. Também são importantes a prevenção e/ou tratamento de fatores de risco como: anemia, desnutrição, diabetes descompensado, toques repetidos, longa duração de rotura das membranas, trabalho de parto prolongado, perda sangüínea volumosa.

- Cuidados com o sítio cirúrgico:

a) Remoção de pelos: Deverá ser realizada com aparelho elétrico, até no máximo de 1 hora antes da operação cesariana e abrangerá a menor extensão possível;

b) Anti-sepsia da pele da paciente: Inicialmente, a circulante de sala, por meio de esponja estéril ou gaze embebida com polivinilpirrolidina iodo degermante (PVPI) ou clorexidina degermante, remove a sujidade e oleosidade. A limpeza é feita com movimentos de fricção, por 3 a 4 minutos, envolvendo o sítio cirúrgico. O excesso é removido com soro fisiológico. Posteriormente, cirurgião e auxiliar aplicam, do centro para periferia do sítio cirúrgico, PVPI alcoólico ou clorexidina alcoólica.

- Aspectos relativos à técnica cirúrgica: Deve-se evitar a presença de tecido desvitalizado dentro da ferida (uso abusivo do eletrocautério), suturas muito apertadas, ligaduras vasculares inadequadas, espaços mortos e coleções líquidas entre os planos de sutura.

- Antibioticoterapia profilática: O uso rotineiro de antibioticoterapia profilática em cesárea, eletiva ou de urgência, tem demonstrado diminuição expressiva das taxas de infecção

(endometrite e infecção de parede abdominal). A antibioticoterapia profilática deve ser realizada com única droga por tempo não superior a 24 horas. A escolha recai sobre as cefalosporinas de primeira geração (cefalotina ou cefazolina), devendo ser aplicada por via endovenosa, no intra-operatório, após o clampeamento do cordão umbilical. A administração de dose única (2 g) tem se mostrado tão eficaz quanto os esquemas com duas ou três doses.

ANESTESIA NA CESARIANA

Luiz Kulay Junior

Antonio Rubino de Azevedo

O avanço na Medicina, principalmente no que se refere à anestesiologia e à antibioticoterapia. A partir de então, houve redução considerável da mortalidade materna, passando de 582,1/100.000 (1935) para 83,3/100.000 nascidos vivos, em 1950.

Nas últimas décadas ocorreram modificações significativas nas técnicas anestésicas. Considerada a anestesia regional, a que tem a preferência é a anestesia peridural, ficando a raquianestesia como segunda opção; a anestesia geral, por sua vez, tem indicação restrita, é realizada nas contra-indicações dos bloqueios espinhais.

RAQUIANESTESIA

A raquianestesia foi empregada pela primeira vez em obstetrícia por Kreis em 1900. Como toda técnica, apresenta vantagens e desvantagens.

Vantagens: fácil execução; curto tempo de latência; quantidade mínima de anestésico, proporciona bom relaxamento da musculatura abdominal; permite que a paciente fique acordada; previne a aspiração do suco gástrico; reduzida incidência de falhas; baixo custo; proporciona menor sangramento cirúrgico e não interfere na contração uterina.

Desvantagens: alta incidência de hipotensão arterial; cefaléia; náuseas, vômitos; nível de bloqueio nem sempre

previsível; curto tempo de duração e ocorrência de acidentes quando praticada por profissionais não-qualificados.

Anestésico: há três apresentações de anestésicos locais indicados para uso intrarraquiano: lidocaina 5% hiperbárica; bupivacaína 0,5% hiperbárica e bupivacaina 0,5% hipobárica. A mais utilizada é a bupivacaina a 0,5% hiperbárica, pois atenua os efeitos colaterais como hipotensão, náuseas e vômitos, freqüentemente provocados pela lidocaina a 5% hiperbárica. A bupivacaina 0,5% hipobárica, por sua vez, tem sua dispersão aumentada pela gravidez; além disso, injetada com a paciente sentada, promove níveis elevados de anestesia e maior intensidade de bloqueio. Volumes menores de anestésicos são suficientes para se obter o mesmo nível de bloqueio na gestante, quando comparados com a não-grávida; a adição de epinefrina ao anestésico não altera a altura e a duração do bloqueio.

ANESTESIA PERIDUAL

Com execução técnica mais refinada, apresenta algumas vantagens quando comparada com a raqueanestesia.

Vantagens: hipotensão ocasional, porém, com instalação mais lenta, o que permite o ajuste da dose do anestésico conforme a altura do bloqueio; ausência da cefaléia; possibilita o emprego de opióides.

Desvantagens: maior tempo de latência, o bloqueio motor nem sempre é satisfatório, são necessária grandes doses de anestésicos locais; perfuração ao acidental da duramater resulta em cefaléia intensa; injeção intravascular inadvertida do anestésico local pode provocar convulsões.

Anestésico: a solução de bupivacaina a 0,5% com

adrenalina a 1:200.000 é a mais empregada no bloqueio peridural para cesariana, a despeito de apresentar maior tempo de latência e potencial cardiotóxico, com bloqueio motor menos intenso. A absorção da epinefrina do espaço epidural não tem ação sobre o fluxo sangüíneo uterino ou do espaço intervilo. Pelo contrário, nas cesarianas é importante a adição da epinefrina 1:200.000 ao anestésico local, devido às grandes doses utilizadas.

ANESTESIA GERAL

Embora muito utilizada até a década de 1970 também tem vantagens e desvantagens.

Vantagens: indução rápida; menor hipotensão, maior estabilidade cárdio-circulatória, melhor controle da ventilação.

Desvantagens: possibilita a aspiração do suco gástrico, o que a transforma em exceção.

Anestésico: os agentes indutores atravessam a barreira placentária; os efeitos sobre o conceito, porém, são atenuados. Tiopental – barbitúrico é o mais comumente utilizado, embora sua ação seja de curta duração. Após a injeção de 4 mg/kg de peso, pode ser detectado a partir de 30 segundos na veia umbilical com pico máximo de 60 segundos; somente aos 5 minutos, porém, é que vai ocorrer o equilíbrio entre os níveis do plasma das veias materna, umbilical e da artéria umbilical. Tal fato ocorre devido à liberação de catecolaminas, reduzindo em até 24% o fluxo uterino, pelo aumento da resistência vascular. O cérebro do feto também não está exposto a altas concentrações, devido às características do sistema circulatório fetal, redistribuição dos compartimentos maternos e

heterogeneidade de distribuição do sangue no espaço interviloso. Cetamina - em razão sua ação adrenérgica é indicada especialmente em face de quadros hemorrágicos e asmáticos graves; está, portanto, contra-indicada nos casos de hipertensão; as doses não devem ultrapassar a 1 mg/kg de peso, pois tem efeito ocitócico, e, como ultrapassa rapidamente a placenta, pode determinar hipotonia no concepto. Propofol - é rapidamente distribuído nos compartimentos materno e fetal, após a ultrapassagem da placenta. Após a indução com 2 mg/kg de peso, não altera o fluxo sangüíneo uterino. As repercussões para o concepto são semelhantes às do tiopental: leve irritabilidade, hipomotilidade e depressão motora, nas quatro horas que se seguem ao parto. Etionato - é medicamento de rápida indução e recuperação; necessita, portanto, da associação com outros anestésicos para a manutenção da anestesia. É indicado nos casos de hemorragias graves.

ESCOLHA DA TÉCNICA

Está na dependência da indicação cirúrgica, do grau de urgência e da equipe formada pelo obstetra, anesthesiologista e neonatologista e, quando possível, o desejo da paciente. Embora cada caso deve ser apreciado e discutido conforme suas peculiaridades, de forma geral, há consenso sobre a preferência das indicações de acordo com as várias intercorrências.

Peridural – pré-eclâmpsia leve, moderada ou grave sem sofrimento fetal; placenta prévia com discreto sangramento; pequeno deslocamento prematuro da placenta, sem coagulopatia; miocardiopatias assintomáticas; estenose mitral; insuficiência mitral, casos leves; insuficiência aórtica sem

insuficiência cardíaca; comunicação interatrial e interventricular (CIA e CIV); persistência do canal arterial, *shunt* pequeno ou corrigido sem repercussão cardíaca ou pulmonar; prolapso da válvula mitral; insuficiência coronariana sem insuficiência cardíaca; apresentação pélvica, gestação múltipla; parto prematuro; apresentações anômalas (face, occípito transversa, occípito posterior); situação transversa; diabetes melito; hipertireoidismo; hipotireoidismo; prolactinomas; diabetes insípido; obesidade; porfiria aguda intermitente; miastenia grave com diminuição da capacidade ventilatória.

Raquianestesia – síndrome de Cushing.

Bloqueio regional – seqüela de poliomielite; placenta prévia com sangramento discreto; placenta acreta, increta ou percreta; prótese valvular com uso de heparina; tabagismo; tuberculose; esclerodermia, lúpus eritematoso sistêmico; lombalgia gestacional e lombalgia crônica.

Anestesia geral – pacientes com alto risco de sangramento por descolamento prematuro de placenta; placenta prévia com sangramento intenso; ruptura uterina; miocardiopatias graves (Classes III e IV de insuficiência cardíaca); miocardiopatia assintomática, com contra-indicação para bloqueio regional; estenose mitral, insuficiência mitral em casos graves; estenose aórtica; insuficiência aórtica com sintomas de insuficiência cardíaca; prótese valvar, com uso de anticoagulantes orais; comunicação interatrial com *shunt* e hipertensão pulmonar grave; comunicação interventricular e hipertensão pulmonar com falência ventricular; persistência do canal arterial com orifício grande e hipertensão pulmonar grave mais falência ventricular direita com inversão de *shunt* e cianose periférica;

tetralogia de Fallot; síndrome de Eisenmenger; hipertensão pulmonar primária; coartação da aorta; insuficiência coronariana com insuficiência cardíaca; miastenia grave com baixa capacidade ventilatória; síndrome de Guillain-Barré; esclerose múltipla; lesão medular.

Quanto às gestantes que tenham placenta increta, acreta e percreta, assim como síndrome de Sheehan, transplantes cardíacos ou renais e asma brônquica, não há consenso; dependendo da experiência, algumas Escolas utilizam o bloqueio regional ao passo que outros preferem anestesia geral.

RETENÇÃO PLACENTÁRIA

J. Júlio de A. Tedesco

Na evolução clínica do mecanismo de parto, seguindo-se à expulsão fetal inicia-se o chamado terceiro período ou secundamento, didaticamente dividido em três fases sucessivas: dequitação, descida e expulsão da placenta. Estas três fases seguem-se uma à outra, em processo único, referido como dequitação.

Fisiologicamente, a dequitação ocorre em cerca de 90% das vezes dentro dos primeiros dez a quinze minutos após a expulsão fetal.

Admitem-se como mecanismos causais principais a retração e a contratilidade uterinas. Após a saída fetal, a musculatura uterina se retrai, com o que se pregueia o tecido placentário, pela sua inelasticidade. Inicia-se, assim, o descolamento placentário que se completa com o estabelecimento das contrações uterinas.

A separação placentária se dá entre as camadas esponjosa e compacta da decídua, que se destaca junto com a massa placentária. Neste processo forma-se hematoma retroplacentário que hoje admite-se sem importância.

Descrevem-se dois tipos para o processo de dequitação: de Baudelocque-Schultze e o Baudelocque-Duncan.

Pelo primeiro, observado na inserção fúndica, a placenta se inverte, exteriorizando-se pela face fetal. Nestes casos, o sangue fica contido pelo bolo placentário e se exterioriza após a sua

saída. O mecanismo de Baudelocque-Duncan é encontrado nas inserções laterais e a separação inicia-se pelas bordas placentárias. Com isso, a placenta é expulsa pelas margens ou pela face materna e o sangramento exterioriza-se antes de terminado o processo.

À dequitação sucede-se a descida placentária no segmento inferior e na cérvix, caindo na vagina, com o que se inicia a fase de expulsão, que se prolonga até a completa exteriorização.

Clinicamente, a dequitação pode ser avaliada por meio de sinais uterinos, do cordão e da placenta.

Logo após a expulsão fetal, o útero se retrai e encontra-se na altura da cicatriz umbilical e deprimido no sentido anteroposterior. Com o descolamento placentário o eixo uterino desloca-se para a direita e, em altura, aproxima-se do hipocôndrio direito. À descida da massa placentária, o corpo uterino diminui de tamanho, abaulando-se no sentido anteroposterior.

Os sinais do cordão compreendem: descida progressiva do cordão (sinal de Ahlfeld) e rotação simultânea (sinal de Hochenbichler); não-transmissibilidade ao corpo uterino de trações funiculares (sinal de Fabre); imobilidade do cordão diante da elevação do útero (sinal de Küstner).

A sensação de peso no reto e de compressão do mesmo (o que provoca puxos), são os sinais do útero.

Embora todo este mecanismo se estabeleça dentro dos primeiro quinze minutos, em raros casos (aproximadamente 1%) prolonga-se por mais tempo e, uma vez ultrapassados 30 minutos passa a ser considerado como dequitação prolongada (ou retardada).

Discute-se a importância de alguns fatores como agentes causais, como alterações da contratilidade uterina (hipotonia e

inervação de tríplex gradiente), placenta membranácea e inserção no região cornual.

Além do prolongamento do tempo, o diagnóstico do retardamento da dequitação pode ser feito pela pesquisa dos sinais descritos.

O tratamento é feito pela injeção endovenosa de ocitocina (por exemplo, 10 UI diluída em 500 mL de solução glicosada ou fisiológica ou de Ringer). Massagens suaves sobre o útero podem estimular a contração do órgão.

Em condições de normalidade da implantação, na maioria das vezes, a dificuldade se resolve em poucos minutos.

Quando não se obtém resultado satisfatório, indica-se a extração manual da placenta.

Realizada sob anestesia (bloqueio ou geral) e com os rigores da anti-sepsia, é feita apreendendo-se o útero com a mão ventralmente, enquanto que com a outra, introduzida na cavidade uterina, procura-se o plano de clivagem. Encontrado este, com a borda cubital dos dedos e de forma cuidadosa, procura-se separar a placenta do seu sítio de inserção, o que se consegue com certa facilidade, quando inexitem outras causas como o acretismo placentário.

Na dequitação prolongada recomendam-se não sejam feitos:

- manobra de Credé (expressão vigorosa do corpo do útero);
- tração do funículo;
- uso de uterotônicos derivados do esporão do centeio (maleatos de ergonovina e metilergonovina), pois além de efeitos colaterais indesejáveis, pode levar ao encarceramento placentário.

ACRETISMO PLACENTÁRIO

Eduardo de Souza

Luiz Camano

Terminado o nascimento do concepto, após ligadura e secção do cordão umbilical, este é entregue ao neonatologista. Inicia-se o 3º período do parto: o período de dequitação ou secundamento.

A dequitação fisiológica ocorre cerca de 5 a 10 minutos após a expulsão fetal. Não ocorrendo após nesse período, denominamos dequitação retardada até 30 minutos e retenção placentária a partir desse tempo.

O descolamento fisiológico pode estar impossibilitado devido a aderências patológicas da placenta em relação à parede uterina, caracterizando o chamado acretismo placentário. Sua incidência é muito variável na literatura, variando de 1:540 até 1:70.000 partos. É consideravelmente mais freqüente em múltiparas, idosas e submetidas a curetagens de repetição, principalmente aquelas profundas praticadas em útero puerperal, com história de endometrite pregressa. Pacientes submetidas a cesarianas prévia também têm maiores chances de apresentar o acretismo, principalmente quando se associam à inserção baixa da placenta. Devemos ainda ter em mente que a referência de parto anterior cursando com extração manual da placenta e/ou acretismo, suscita maior possibilidade de recorrência. Pode ainda ocorrer na cicatriz de miomectomia pregressa, bem como nas de cesárea corporal.

O acretismo é classificado quanto a sua extensão e profundidade. Quanto à extensão, denomina-se focal quando no máximo um cotilédono está acometido; parcial, quando mais que um cotilédono e total quando a totalidade da placenta possui aderência patológica.

Quanto à profundidade de penetração das vilosidades coriais, denomina-se acreta quando só há aderência patológica da placenta; increta quando invadem o miométrio e percreta quando as vilosidades atingem até a serosa, chegando por vezes a perfurá-la e atingir órgãos vizinhos.

Na gravidez, via de regra, não há sintomas e sinais exibidos pela gestante que sugiram a presença de acretismo placentário. Quando a placenta percreta chega a atingir órgãos vizinhos, como a bexiga por exemplo, a hematúria se faz presente e pode deflagrar a suspeita diagnóstica.

A ultra-sonografia pode auxiliar nos casos em que há fatores predisponentes, sobretudo a inserção baixa da placenta. A ausência de camada hipocogêncica que normalmente se detecta entre a placenta e a decídua, a presença de exuberantes lagos venosos, bem como a hipervascularização documentada pela dopplervelocimetria, são indicativos da presença de acretismo. Diante de forte suspeita diagnóstica antenatal, nos casos que serão submetidos a cesariana, recomendamos incisão longitudinal mediana na parede abdominal; na presença de sinais de placenta increta ou percreta, a incisão uterina deve ser feita fora da área placentária e as condições do anexo são avaliadas imediatamente após a retirada do conceito. A suspeita antenatal ainda indica preparação cuidadosa do ato cirúrgico, do instrumental e material, reserva de sangue e cuidados anestésiológicos.

O diagnóstico de acretismo é feito diante de quadro de retenção placentária, com hemorragia variável e à tentativa de extração manual da placenta não se distingue plano de clivagem parcial ou totalmente. Se a área acometida é extensa ou profunda, tentativas intempestivas de separação podem provocar sangramento profuso e grave, podendo levar rapidamente ao choque hipovolêmico. Há casos em que a insistência em proceder-se à dequitação causou rotura uterina. A melhor terapêutica é a histerectomia abdominal, geralmente subtotal. Casos favoráveis, em que a extração foi possível sem danos à parede uterina, procede-se a massagens, ocitócicos e observação clínica. Casos individualizados, dos quais há pequena área comprometida de forma mais profunda, pode-se tentar, após a retirada da placenta, a curagem e a curetagem para complementar a limpeza. Mormente, em partos cesáreos, pode ser tentada a captonagem; consiste em preguçamento com pontos cruzados, na região endometriometrial, visando estancar o sangramento.

Atitude de extrema exceção, na placenta acreta total, em primíparas jovens, é proceder à ligadura do cordão e deixar a placenta “in loco”.

Os processos hemorrágicos decorrentes do acretismo placentário podem ser de extrema gravidade e levar ao óbito materno. A identificação dos fatores de risco e o diagnóstico antenatal são fundamentais para a adoção de medidas complementares e obtenção de prognóstico mais favorável.

ATONIA UTERINA

Sue Yasaki Sun
Eduardo de Souza
Luiz Camano

O período de uma hora após a dequitação, também chamado de 4º período do parto ou período de Greenberg, constitui fundamentalmente vigilância atenta por parte do médico obstetra e da enfermagem. Nesse período existe patologia rica, predominantemente hemorrágica, responsável por participação de destaque no obituário materno. Portanto, o volume de sangramento é o principal parâmetro no comando da rapidez com que decisões importantes devem ser tomadas.

A atonia uterina consiste na incapacidade das fibras miométriais em contraírem-se satisfatoriamente, resultando no não-fechamento da luz dos vasos sangüíneos do leito placentário, impedindo seu trombotamponamento e causando quadro hemorrágico. No passado destacava-se com sendo a mais freqüente hemorragia do pós-parto. Isto ocorria porque entre as suas causas, destacam-se o esgotamento materno, feto volumoso, parto operatório demorado, trabalho de parto prolongado, uso persistente e abusivo de ocitócicos, infecção intraparto, descolamento prematuro da placenta de longa duração, entre outras. Situações essas, pouco freqüentes na assistência obstétrica mais moderna.

O diagnóstico de atonia é feito diante de corpo uterino não-retraído, flácido, que não se contrai de forma esperada com

massagens. A hemorragia é maciça, predispondo rapidamente para a instalação do choque hemorrágico.

A terapêutica inclui, em concomitância ao tratamento do choque, massagens mais vigorosas sobre o fundo do útero, utilização de maiores doses de ocitocina e da metilergonovina. Se a puérpera teve parto vaginal é obrigatória a realização de rigorosa revisão uterina e de canal de parto, a fim de se afastar outras causas de sangramento nesse período, como ruptura uterina, restos ovulares e outros traumas do canal de parto. Podemos nos socorrer da manobra de Hamilton (1861), que consiste em introduzir-se a mão e mantê-la fechada no fundo de saco anterior, enquanto a outra mão sobre o abdome materno comprime a parede posterior do útero em direção à anterior. Diante de disponibilidade, o uso de prostaglandina E2 pode auxiliar na retração do útero.



Figura 1 - Manobra de Hamilton

Diante de atonia grave, sem reversão às manobras clínicas propostas, socorre-se da histerectomia. Geralmente é praticada

a subtotal, pela rapidez com que pode ser feita diante de tão grave quadro hemorrágico. Outras manobras podem ser tentadas em casos selecionados, como tamponamento da cavidade uterina, compressão da aorta, ligadura das artérias uterinas, injeção intramiometrial de ocitócicos, entre outras. Ainda merece destaque a ligadura de artérias ilíacas internas como forma de amenizar o sangramento. Embolizações seletivas de artérias uterinas ou ilíacas internas têm sido relatadas pela literatura, destacando a vantagem da manutenção do útero e gravidez pós-tratamento.

Durante o seguimento pré-natal, as gestantes com fatores de risco para atonia uterina devem ser orientadas para atendimento em centros terciários, possuidores de melhor estrutura, favorecendo a obtenção de melhores resultados.

INVERSÃO UTERINA AGUDA

Alvaro Guimarães Santos Filho

DEFINIÇÃO

“Quando parte ou a totalidade da parede uterina desce para o trajeto útero-vaginal, exteriorizando-se eventualmente”.

Acidente dos mais graves que podem ocorrer em Obstetrícia, conhecido na Antigüidade como “Inversão da Matriz”, já era contornado com perícia pelas “parteiras” parisienses do século passado, sendo perfeitamente evitável.

Acidente raro, com incidência entre 1/1200 a 1/400.000 partos. Ocorre em geral no terceiro período, embora excepcionalmente possa ocorrer durante o parto com manobras intempestivas: Nos casos de tração do cordão de uma placenta normalmente implantada, mas ainda não descolada, no afã de terminar o parto do anexo, (regra número 1: não tracionar o cordão) ou também na aplicação errônea, muito comum, de uma “variação” da manobra de Kristeller, com a aplicação do antebraço em alavanca, impulsionando o fundo do útero, ocasionando a descida em abruptio do feto e até da placenta, principalmente nas grandes múltiparas em que os ligamentos de sustentação do útero estão flácidos, podendo o “apressado” ser surpreendido pela vinda do fundo do útero junto à placenta (regra número 2: em Obstetrícia nunca ter pressa).

ETIOLOGIA

1 - Fatores Predisponentes

- a) Atonia Uterina com má qualidade do sistema ligamentar
- b) Acretização Placentária
- c) Cordão Curto em placenta não-descolada

2 - Fatores Determinantes (aumento da pressão abdominal)

- a) Espontâneos: - Vômito
- Tosse
- Evacuação
- b) Provocados: - Expressão fúndica
- Trações do cordão com placenta não descolada ou com certo grau de acretização



Figura 1 - Mecanismo da inversão uterina aguda

SISTEMATIZAÇÃO

1º Grau - Pequena porção fúndica evertida, freqüentemente não identificada, corrige espontaneamente com a contração uterina.

2º Grau - Corpo uterino ocupa a cavidade, não ultrapassando o colo.

3º Grau - O corpo uterino ultrapassa o colo e projeta-se na vagina.

4º Grau - O colo participa da inversão do corpo, que aflora na vulva.

5º Grau - Inversão total com participação do colo e paredes vaginais, com o corpo uterino se exteriorizando completamente.

QUADRO CLÍNICO

A placenta, na maioria das vezes permanece aderente (acretização), não havendo sangramento. Se descolada, deixa à mostra endométrio porejando sangue. Devido à anóxia tecidual, o miométrio torna-se atônico e o útero flácido. Quase sempre ocorre choque neurogênico, que pode acentuar-se pela perda sangüínea adicional se há um descolamento placentário mesmo parcial.

CONDUTA

- a) Reposição uterina imediata, pela manobra de “taxe”.

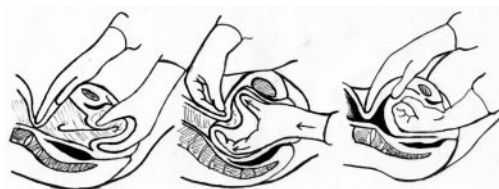


Figura 2 – Reposição manual – taxe (De Lee)

Consiste na colocação do punho fechado impulsionando o fundo do útero suavemente, sob narcose anestésica obrigatoriamente, tanto para controle do choque neurogênico,

como para manter o relaxamento das estruturas uterinas e musculatura da pelve, possibilitando o sucesso da manobra.

1 – Inversão do 1º e 2º grau – Taxe central com a mão atuando sobre o fundo uterino.

2 – Inversão do 3º/4º/5º grau – Taxe periférica com a mão atuando sobre as faces anterior e posterior do útero, complementando com a aplicação do punho fechado.

Conseguida a reposição, mantém-se durante algum tempo a mão no interior do útero até sentir contração do miométrio, em seguida retirar a mão e proceder tamponamento uterino (gaze iodoformada ou com anti-séptico tópico), com subsequente administração de ocitocina (10 U/500 mL soro glicosado a 5%), para manutenção da contratura do útero (globo de Pinard). Manter medidas gerais de controle do choque, com reposição volêmica, sedação e medida da diurese horária (com sonda vesical) para prevenção da insuficiência renal.

b) Falhando a reposição manual, mesmo sob narcose anestésica (caso raro), a solução será a reposição cirúrgica.

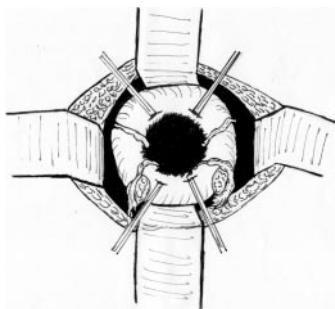


Figura 3 – Técnica de Huntington

Aberto o abdome, com a paciente em posição de Trendelenburg, coloca-se 2 pinças de Allis em cada lado da entrada do “funil”. Inicia-se tração delicada, deslocando-se as pinças mais para adiante até a reinversão total. Seguem-se medidas já referidas de tamponamento e ocitócicos.

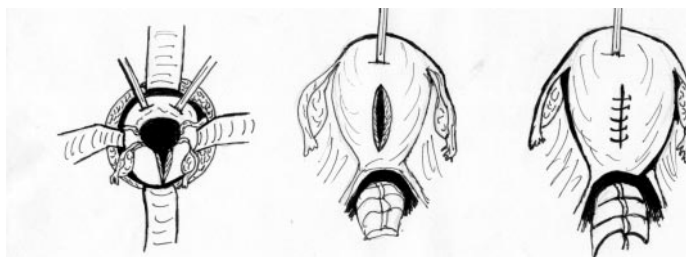


Figura 4 – Técnica de Haultain

Praticamente em desuso, já que os procedimentos e fármacos existentes para narcose anestésica fornecem um bom relaxamento, nos raros casos de resultar infrutífera a operação precedente, em face da permanência do anel de constrição cervical, principalmente quando em locais de assistência anestésica precária, pratica-se a secção do anel, seguindo-se à manobra da Operação de Huntington e sutura a posteriori da incisão uterina.

Nos casos em que há uma acretização total ou mesmo parcial da placenta, pode ser necessário a complementação com a histerectomia fúndica nos casos indicados.

ROTURA UTERINA

Valmir Aparecido Franco

A rotura uterina (RU) total ou incompleta da parede miometrial, relacionada ao segmento inferior e ao corpo uterino, é acidente hemorrágico de grave prognóstico materno-fetal.

Ainda que excepcionalmente a rotura possa ocorrer antes, nos relatos da literatura médica os autores referem como RU apenas os casos que ocorrem após a 28ª semana de gestação.

INCIDÊNCIA

Embora a frequência global da RU, considerando todas as causas não tenha provavelmente diminuído de forma notável durante as últimas décadas, a etiologia modificou-se e houve melhora no prognóstico. A sua frequência está diretamente relacionada à assistência que a gestante recebe no pré-natal e, principalmente, durante o trabalho de parto, visto que, na maioria das vezes, a RU é precedida por quadro clássico indicativo de rotura. É evidente que a frequência de RU varia muito entre as instituições, oscilando desde 1/100 partos até 1/11.000 (Schrinsky e Benson, 1978). A RU incide com maior frequência nos países subdesenvolvidos, onde a assistência ao parto ainda é precária, principalmente pela insistência de parto vaginal em casos de desproporção cefalo-pélvica.

Nos países desenvolvidos a frequência de RU não alterou significativamente em decorrência da maior liberalidade nas indicações de cesárea.

CLASSIFICAÇÃO

Podemos classificar a RU em relação à sua:

Etiologia – espontâneas (gravidez múltipla, cicatriz de cesáreas, miomectomias) e provocadas (assistência inadequada ao parto)

Localização – corporal, segmentar ou segmento-corporal

Direção – longitudinal, transversal e oblíqua

Extensão – completas (toda parede uterina) e incompletas (serosa íntegra)

Complicação – extensão a órgãos vizinhos (bexiga, ureter, vagina e reto)

ETIOLOGIA

Fatores predisponentes:

A – Comprometimento do miométrio em decorrência de:

- Cicatriz uterina (cesáreas, miomectomia, operação de Strassman)

- Rotura uterina anterior

- Multiparidade

- Acretismo placentário

- Endometriose

- Anomalias congênitas

B – Desproporção cefalo-pélvica

C – Outras condições distócicas (apresentações anômalas e tumores prévios)

Fatores desencadeantes:

A – Hipercontratilidade uterina

B – Intervenções cirúrgicas

- Fórcepe (alto)

- Extração pélvica

- Versão interna
 - Descolamento manual da placenta
 - Curetagens
- C – Traumatismo (principalmente automobilístico em gestação avançada)

SINTOMAS

A RU pode ocorrer durante a gestação (rotura silenciosa) e no parto por distensão exagerada do segmento inferior. Durante a gestação a maioria das RU ocorrem em decorrência de cicatrizes uterinas preexistentes (miomectomia e, principalmente, cesáreas) e mais raramente por acidentes traumáticos.

No 3º trimestre e especialmente no período premonitório do trabalho de parto, com o surgimento das contrações de Braxton Hicks, podem ocorrer deiscências de cicatrizes, podendo ser incompletas (peritônio íntegro) ou total (fenda no peritônio).

Nas RU incompletas os sinais e sintomas podem estar ausentes ou serem mínimos. Nas RU completas, caso haja prolongamento da fenda ou comprometimento de vasos calibrosos, os sinais e sintomas podem ser exuberantes com dor localizada, hemorragia intra-abdominal ou vaginal, sinais de irritação do peritônio e diafragma (nervo frênico – causando dor interescapular – sinal de Lafont) e anemia aguda com queda do estado geral e choque hemorrágico.

Quando a RU é extensa o feto pode deixar a cavidade uterina, migrando para a cavidade abdominal, sendo possível a palpação de partes fetais com maior definição. O útero pode ser percebido com dimensões reduzidas e os batimentos cardíacos fetais via de regra são negativos.

DIAGNÓSTICO

É de extrema importância conhecer o quadro clínico, ou seja, os sinais e sintomas. Para a confirmação é necessário um criterioso exame físico com inspeção, palpação abdominal e toque vaginal (intra-uterino).

Inspeção - hematúria (cateterismo vesical) – lesões de bexiga
- exteriorização de alças intestinais

Palpação - subida da apresentação
- hemorragia vaginal
- maior definição de partes fetais e identificação do corpo uterino de dimensões reduzidas

Toque - solução de continuidade na parede uterina
- elevação da apresentação

À ausculta - batimentos cardíacos fetais (bcf) estão ausentes. Na fase inicial da RU quando o diagnóstico é preciso e rápido podemos encontrar bcf positivo. Quando for possível sua execução, a ultra-sonografia confirma o diagnóstico.

As RU em úteros sem cicatrizes, em decorrência do trabalho de parto, devem-se a desproporção cefalo-pélvica e indução ou condução do trabalho de parto com ocitócicos. Estes casos expressam a má qualidade da assistência ao parto, quer seja a inexperiência ou intempestividade do tocólogo ou ainda a precária assistência à gestante oferecida pelo Sistema Público de Saúde.

O quadro clínico na presença de desproporção cefalo-pélvica apresenta-se com contrações uterinas freqüentes, intensas, duradouras e de caráter progressivo (fenômeno de luta), surgindo a distensão do segmento inferior (anel de Bandl) e retesamento dos ligamentos redondos (sinal de Frommel). Ao conjunto denomina-se síndrome de Bandl-Frommel, que traduz sinal de eminência de rotura uterina.

PROGNÓSTICO

A possibilidade de sobrevivência do feto é pequena. Caso o diagnóstico da RU for precoce com feto vivo, o parto deve ser imediato pela via mais rápida (comumente laparotomia). Em casos de retardo no diagnóstico a hipovolemia materna associada ao descolamento da placenta leva à hipóxia e óbito fetal.

Em relação à gestante, o prognóstico depende da precisão do diagnóstico e conduta terapêutica. Quando preciso, rápido e adequado (reposição de sangue, antibioticoterapia) o prognóstico é bom.

TRATAMENTO

Na presença do diagnóstico de RU a conduta deve ser a imediata correção da hipovolemia e controle da hemorragia por meio de laparotomia com inventário da cavidade (localização e propagação das lesões para bexiga, ureter, reto e artérias uterinas). Após controlar o quadro hemorrágico, a conduta a ser tomada terá como orientação o grau das lesões, a definição da prole, idade da paciente, desejo de manter a função menstrual, etc. Se a opção é conservadora, realiza-se correção das bordas da ferida e restauração por meio de sutura. Se a opção for a retirada do órgão, realiza-se histerectomia subtotal ou total, sendo a última de maior risco de lesão do ureter.

Em caso de dificuldade de identificação dos vasos rotos e com risco elevado de lesão de ureter uma outra opção é a ligadura das artérias hipogástricas.

VERSÃO INTERNA NA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Marilza Vieira Cunha Rudge
Iracema de Mattos Paranhos Calderon

Versão obstétrica é um procedimento de alteração artificial da apresentação fetal. O conceito abrange desde a conversão da situação transversa em longitudinal até a substituição de um pólo de apresentação pelo outro oposto.

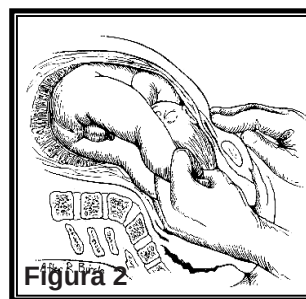
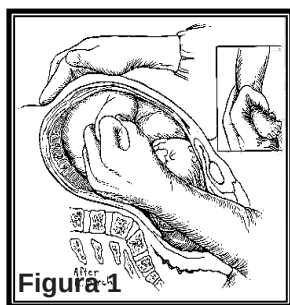
A versão obstétrica é classificada segundo a apresentação fetal final proposta ou técnica empregada na sua execução.

A manobra é designada versão cefálica ou podálica de acordo com a apresentação final proposta, respectivamente: cefálica e pélvica. De acordo com a técnica empregada é classificada em versão externa, quando é feita exclusivamente pela parede abdominal e, interna, quando realizada com a introdução da mão na cavidade uterina. Apesar desta classificação clássica a versão interna é denominada versão pélvica interna e a versão externa é denominada versão cefálica externa.

Os tratados clássicos da Obstetrícia atual têm capítulos específicos apenas para a versão cefálica externa e consideram a versão podálica interna como uma manobra da assistência ao parto da gravidez múltipla.

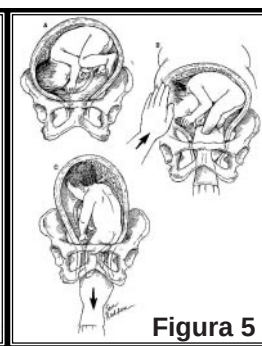
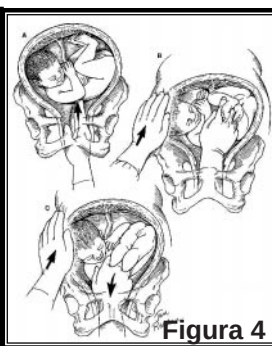
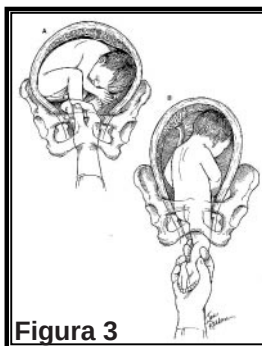
Versão pélvica interna consiste na introdução da mão na cavidade uterina, para alcançar um ou ambos os pés do feto e conduzi-los através da cérvix, enquanto a porção fetal oposta é

contida com a mão externa no abdome materno. Segue-se a grande extração pélvica. Nos dias de hoje, as indicações são poucas e restritas apenas à assistência ao parto do segundo gemelar (Figuras 1 e 2).



Esta manobra exige um obstetra habilitado e um anestesista que conheça a técnica e a conseqüente necessidade de relaxamento uterino completo. Requer o uso de ambas as mãos do obstetra: uma transvaginal e uma transabdominal.

O procedimento varia dependendo da apresentação fetal: transversa anterior (Figura 3), de escápula (Figura 4) ou cefálica (Figura 5).



É feita com mais facilidade quando o feto está em posição ventral e mais difícil quando a apresentação é cefálica e o feto não desceu no canal do parto. Se a cabeça fetal está obstruindo o segmento uterino ou a pélvis, o 1º passo da manobra consiste em deslocá-lo com a mão vaginal até o ponto em que a mão abdominal consiga alcançá-la no fundo do útero. O 2º passo é identificar o pé ou os pés fetais (para se identificar o pé usa-se a articulação do tornozelo que faz 90º com a tíbia, ao contrário da mão com o antebraço que tem 180º) e tracioná-los com suavidade. O ultra-som intraparto é de grande utilidade na identificação da exata apresentação fetal. É realizada a tração delicada de ambos os pés, de preferência já rodados de modo que o dorso fetal esteja anterior; deve-se fazer alça do cordão assim que este ultrapassar a fenda vulvar; a seguir ultima-se o parto pélvico. Na ausência de um obstetra experiente, o parto imediato por cesárea é um procedimento prudente e razoável na opinião de Hankins et al.

VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA

Técnica que foi considerada ominosa na década de 60-70, porém, atualmente é a estratégia recomendada para transformar a apresentação pélvica no termo em cefálica.

Na última década, uma revisão sobre essa manobra obstétrica, publicada por Zhang et al, confirmou sua segurança, eficácia e menor custo em diminuir o risco no parto pélvico evitando a cesárea eletiva. Entretanto, não se evidenciou maior impacto na elevada incidência de cesárea, observada entre 1980 e 1991, talvez porque a apresentação pélvica ocorra em apenas 3% de todas as gestações. A tendência atual é desenvolver

esforços para maximizar essa estratégia e interferir nas taxas de cesárea por apresentação pélvica.

É orientação do projeto ELAC a tentativa de versão cefálica externa em todas as gestantes com mais de 36 semanas, com apresentação pélvica, na ausência dos seguintes fatores: gravidez múltipla; antecedentes de hemorragia na segunda metade da gestação; malformação fetal ou uterina; oligoâmnio; rotura prematura de membranas; morte fetal e cicatriz uterina, incluindo a cesárea anterior. A presença da cicatriz segmentar transversa baixa parece não ser contra-indicação absoluta. Aisenbrey et al, em recente publicação, excluem apenas a cicatriz uterina corporal ou desconhecida.

Para a realização da versão cefálica externa são recomendados:

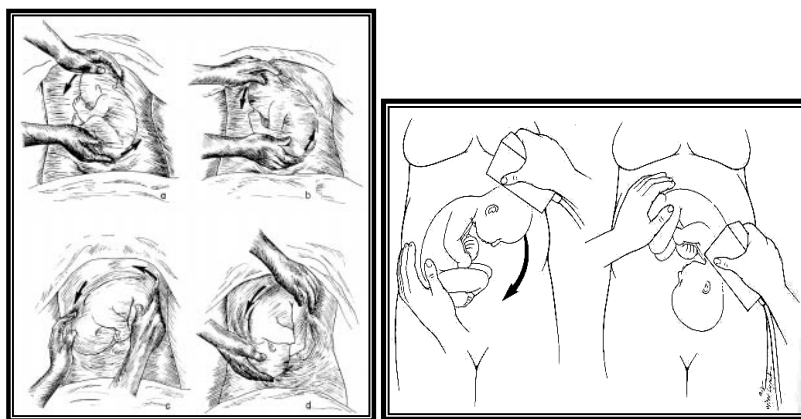
1. Idade gestacional superior a 36 semanas;
2. Ausência de contra-indicações;
3. Tocólise prévia mínima de 6 horas;
4. Cardiotocografia (CTG) pré-manobra;
5. Decúbito dorsal horizontal com flexão dos joelhos para relaxamento da musculatura abdominal e deslocamento lateral do útero para prevenção da hipotensão supina;
6. CTG pós-manobra;
7. Nova tentativa, com intervalo de uma semana, no caso de insucesso.

Alguns autores recomendam uso de talco no abdome materno para facilitar a apreensão do polo fetal; outros usam gel lubrificante ou óleo mineral para que as mãos possam deslizar no abdome materno quando o feto está sendo rodado.

O primeiro passo crítico desta técnica é a retirada do polo pélvico da pélvis materna; a seguir, apreensão dos dois polos fetais

com as mãos sobre o abdome materno, iniciando-se a rotação do polo pélvico no sentido do dorso fetal, acompanhada da rotação do polo cefálico com movimentos de toques seqüenciais. Além da monitorização eletrônica fetal, antes e após a manobra, o ideal seria a ultra-sonografia instantânea, com o transdutor alojado na mão que apoia a cabeça fetal (Figuras 6 e 7).

Os riscos incluem morte materna, descolamento prematuro de placenta, hemorragia feto-materna, isoimunização, prematuridade, sofrimento e óbito fetal. As mulheres Rh negativas devem receber 300 µg de imunoglobulina anti-Rh.



Apesar dos riscos, expandiu-se o papel da versão cefálica externa. Nesta era de contenção de gastos, um protocolo seguro, com treinamento em versão cefálica externa pode efetivamente diminuir a taxa institucional de cesárea, sem aumentar a morbidade e interferir na segurança. Os novos refinamentos da técnica e a ampliação das indicações, usando protocolos estritos, devem promover, no futuro, impacto na versão cefálica externa, tornando-se manobra de rotina nas apresentações pélvicas de termo.

VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA

Antonio Guilherme Moreira Porto

INTRODUÇÃO

Versão cefálica externa é procedimento que visa transformar uma apresentação fetal do tipo córmica ou pélvica em cefálica, com manobras manuais executadas através da parede abdominal da mãe. A principal finalidade dessa intervenção é permitir a resolução da gravidez pela via vaginal, outra vantagem está na menor probabilidade de traumatismos e de hipoxia fetal, independente da via de parto, quando o feto nasce em apresentação cefálica.

A versão cefálica externa pode ser realizada na gestação, ao redor da 36ª semana, ou no atendimento ao parto do 2º feto de gravidez gemelar. A escolha da idade gestacional leva em consideração que a partir dessa data a possibilidade de versão espontânea já é pouco provável, a quantidade de líquido amniótico ainda é satisfatória e o feto tem plenas condições de sobreviver fora do útero se ocorrer qualquer acidente. No caso do 2º gemelar, as condições locais geralmente são adequadas para o procedimento antes da amniotomia (Chervanek et al., 1985)

ASPECTOS TÉCNICOS

Antes de serem iniciadas as manobras da versão cefálica externa, há necessidade da gestante ser informada dos riscos e benefícios que envolvem sua realização, trata-se de procedimento facultativo no atendimento à gestação ou ao

parto. A versão externa é feita em ambiente hospitalar, com possibilidade de atendimento obstétrico imediato se houver acidente.

Fase preparatória – cerca de 6 horas antes da intervenção é prescrita medicação uterolítica, com opção pela nifedipina na dose de 10 mg pela via oral e mantendo-se a gestante em repouso e jejum. Completa-se o esquema uterolítico com nifedipina na dose de 5 a 10 gotas pela via sublingual cerca de 30 minutos antes das manobras serem iniciadas e concomitantemente instala-se hidratação rápida com solução de Ringer lactato pela via endovenosa. Após 10 minutos de hidratação, acrescenta-se 250 µg de terbutalina pela via subcutânea.

Procedimento – deverá ser iniciado 20 minutos após a injeção de terbutalina e o exame de ultra-sonografia acompanha toda a manobra. A versão é processada com identificação do polo cefálico fetal que é empurrado com a palma da mão em sentido occipício-fronte na direção da escava com objetivo de forçar uma cambalhota do concepto, essa manobra é facilitada com a pressão via ascendente exercida da outra mão espalmada do operador apoiada no polo pélvico. A paciente estando consciente, a sensação dolorosa referida é fator limitante para se conseguir êxito no procedimento. A manobra, tendo sucesso ou não, deverá ser complementada de imediato pela cardiotocografia basal para avaliar as condições fetais, esse exame será repetido após 6 horas antes da alta da gestante. Para paciente Rh negativa, com marido Rh positivo, está indicada imunoglobulina anti-D.

SELEÇÃO DOS CASOS

O sucesso da versão externa depende de uma cuidadosa avaliação clínica com grande número de fatores considerados,

além da experiência do operador. Existem contra-indicações formais e algumas condições funcionam como facilitadoras da intervenção obstétrica.

Contra-indicações

- Placenta prévia
- Malformação uterina
- Malformação fetal
- Circular de cordão
- Cesárea anterior
- Dorso fetal posicionado posterior ou anterior

Fatores facilitadores

- Situação transversa com dorso superior
- Apresentação pélvica não-insinuada
- Volume de líquido amniótico com ILA igual ou acima do 5º
- Multiparidade

COMPLICAÇÕES

Apesar de raras as complicações relacionadas às manobras efetuadas durante a versão cefálica externa são graves.

- Amniorrexe com parto prematuro
- Descolamento prematuro de placenta
- Óbito fetal
- Descolamento prematuro de placenta
- Rotura uterina
- Embolia amniocaseosa

RESULTADOS

Trabalho de Zhang et al. (1993) mostrou que a versão externa é exitosa em 67% dos casos, a possibilidade de reversão

da apresentação é pequena e ocorre em 3% a 5% das vezes; não houve nenhum relato de óbito fetal. Laros et al. (1995) estimam que um programa ativo de versão externa poderia reduzir pela metade a incidência de apresentações pélvicas no trabalho de parto, sem intervenção 80% das apresentações pélvicas no terceiro trimestre persistem até o início do trabalho de parto. Do grupo de gestantes que foi submetido a tentativa de versão externa (com sucesso ou não), a probabilidade de cesárea é 50% em relação ao grupo não tratado; das gestantes que conseguiram a versão 87% tiveram parto pela via vaginal (Hofmeyr, 1983). Após a intervenção a possibilidade de aparecimento de desacelerações dos batimentos cardíacos fetais é de 40% (Phelan et al., 1984) e a transfusão feto-materna ocorre em 4% das manobras (Stine et al., 1985). O custo estimado para atendimento da versão externa é de 1.700 dolares (Newman et al., 1993).

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO ABORTAMENTO

Osmar Ribeiro Colás

Vamos tratar apenas dos abortamentos incompletos e dos retidos, já que nos abortamentos completos não se fazem necessárias manobras instrumentais e os abortamentos previstos em lei bem como os abortamentos habituais serão motivo de capítulos à parte neste manual.

No tratamento cirúrgico do abortamento é fundamental que observemos a idade gestacional na indicação das técnicas como veremos a seguir.

Nos abortamentos precoces, embora o ideal fosse sempre aguardar a eliminação do conceito para o esvaziamento dos restos ovulares, às vezes temos necessidade de realizar uma intervenção com mais urgência (principalmente nos hemorrágicos) e nestes casos podemos utilizar os seguintes procedimentos: a infusão de ocitocina endovenosa na dose de 5 a 20 mU por minuto deve sempre ser utilizada tanto para ajudar na eliminação do material ovular como para diminuir a perda sangüínea. A seguir, dependendo da urgência do quadro, passamos a realizar, se o colo do útero estiver dilatado, a remoção digital ou com pinça de Winter (pinça de ovos) do conteúdo uterino, complementando após com a curetagem uterina tradicional ou com as técnicas aspirativas que podem ser elétricas ou manuais (seringas de 60 mL acopladas a cânulas de vários

diâmetros). Nos casos em que o abortamento em curso apresenta o colo uterino ainda fechado, é boa norma aguardar a sua dilatação, lançando mão da dilatação instrumental (velas dilatadoras) apenas quando houver urgência no procedimento. Acreditamos que a aspiração manual intra-uterina (AMIU) seja a técnica de eleição para esta situação, por ser menos agressiva, apresentar menos complicações, pode ser realizada sem anestesia, com anestesia local ou mínima sedação, apresenta menor sangramento, pode ser realizada ambulatorialmente e os custos são pelo menos 40% inferiores à curetagem tradicional. É também o método ideal nos casos de abortamentos infectados não complicados com perfuração uterina, por permitir um esvaziamento uterino rápido, seguro, sem a necessidade do esfriamento do processo, ainda preconizado por muitas escolas, já que não lesa o miométrio, não promove a abertura das vias de infecção e ainda diminui significativamente, pela aspiração, a quantidade de bactérias na intimidade do endo-miométrio. Infelizmente nossos hospitais não possuem o material para este procedimento, o que o torna inviável na maioria dos serviços. O material já é vendido no Brasil.

Nos abortamentos tardios, devemos sempre que possível aguardar a eliminação do feto que, por apresentar consistência maior e ossos calcificados, pode, na tentativa de extração, apresentar complicações às vezes graves de lesões e perfurações uterinas e até perfurações de bexiga ou reto. O esvaziamento uterino instrumental nos abortamentos tardios são muito arriscados e chegam a apresentar 5 vezes mais complicações do que os abortamentos precoces. Na prática devemos ajudar a eliminação do conceito com medicações (ocitocina na dose

preconizada acima, ou prostaglandinas - se for o misoprostol, na dose de 100 a 200 µg a cada 12 horas via vaginal). Após a eliminação do feto, realizar a retirada dos restos placentários com curagem manual e/ou pinça de ovos e completar com curetagem uterina utilizando a cureta de Walish (cureta grande e fechada, de bordas não-cortantes, semelhante a uma colher). As técnicas aspirativas não servem para os abortamentos tardios, em virtude do grande volume e da consistência mais firme do material (placenta) que não passa pelas cânulas do aspirador.

Nos abortamentos retidos, precoces ou tardios, o ideal seria sempre induzir a eliminação do produto conceptual antes, para depois realizarmos a curetagem complementar. A melhor droga para esta indução é atualmente o misoprostol na dose de 100 a 200 mg a cada 12 ou 24 h, via vaginal. Por motivo não compreendido por nós, esta medicação teve sua importação e distribuição hospitalar proibida. Acreditamos que muitas complicações e até perdas maternas, poderiam ser evitadas se esta droga pudesse ser utilizada sob controle médico. Como não dispomos deste medicamento e como a indução com ocitocina não apresenta boa resposta, principalmente nos abortamentos retidos precoces, utilizamos as seguintes técnicas:

Nos abortamentos retidos precoces realizamos o esvaziamento uterino através da dilatação do colo, retirada do material com pinça de ovos e complementação com curetagem ou aspiração uterina. Nestes casos o risco de perfurações ou sinéquias intra-uterinas é mais comum devido à maior aderência do material ovular às paredes uterinas. As curetagens devem ser cuidadosas e as aspirações apresentam maior risco de esvaziamento incompleto.

Nos abortamentos retidos tardios devemos tentar a indução do processo com ocitocina ou prostaglandinas (se forem disponíveis). A dilatação e esvaziamento uterino nos abortamentos retidos tardios é muito arriscado, devendo ser realizada excepcionalmente e por profissional experiente. Estima-se que os riscos de perfuração uterina complicada, hemorragia e infecção seja 5 vezes maior do que nos abortamentos precoces.

Algumas escolas ainda se utilizam das Laminárias para auxiliar na dilatação e facilitar a indução das contrações uterinas com ocitocina. Não dispomos com facilidade deste material em nosso País.

Outra técnica de sensibilização da resposta uterina utiliza o uso de estrógenos em altas doses, por curto espaço de tempo. Este método é chamado “Escorva” e foi muito utilizado no passado, tendo indicação restrita atualmente. As injeções intra-uterinas de substâncias irritativas (formol) ou soluções hipertônicas (glicose, cloreto de sódio), foram praticamente abandonadas por suas complicações (rotura uterina, embolia amniocaseosa, lacerações cervicais). Raramente são utilizadas.

O esvaziamento uterino via abdominal (microcesárea) pode ser utilizado em raríssimas ocasiões, principalmente quando submetemos a paciente à laparotomia por: suspeita de perfuração uterina, quando o feto é grande, quando as condições de indução se mostram todas infrutíferas ou em situações que nos impedem a manipulação via vaginal.

TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA

Julio Elito Junior
Luiz Camano

INTRODUÇÃO

O tratamento cirúrgico da gravidez ectópica (GE) foi descrito pela primeira vez por Parry e col. em 1876, que publicaram estudo propondo a laparotomia como única alternativa para diminuir a mortalidade materna em razão desta entidade. Realizando a cirurgia controlariam o sangramento e removeriam a tuba, diminuindo o índice de mortalidade materna, que atingia 70% em seus 529 casos de GE. Seguindo estes mesmos passos, Tait, em 1884, introduziu uma nova era para o tratamento, pelo qual orientavam a laparotomia com realização da salpingectomia, demonstrando definitivamente as vantagens da cirurgia. Em 1888, Tait escreveu: “Sempre que fizer o diagnóstico de gravidez tubária antes da ruptura, eu aconselharei a realizar a sua remoção imediata”. Desde então, o tratamento padrão para esta entidade tem sido a laparotomia com realização da salpingectomia.

Nas últimas décadas, entretanto, pelo comprometimento obstétrico deste procedimento, que acomete, muitas vezes, mulheres jovens e desejosas de uma nova gravidez, diversos estudos vêm sendo realizados com o intuito de preservar a tuba. São alvos desses trabalhos, principalmente, os casos de GE incipientes e dependentes da localização do implante do saco gestacional.

A preservação da tuba comprometida com gravidez ectópica vem sendo alcançada graças aos novos conhecimentos relativos ao diagnóstico precoce, como a US transvaginal e a dosagem quantitativa do beta-hCG (Ankum e col., 1993). A ênfase no tratamento da PE mudou de uma cirurgia de emergência, esterilizadora, para controlar a hemorragia, para uma terapêutica que permite preservar o futuro reprodutivo das pacientes, antes que ocorra a sua complicação máxima, a ruptura tubária.

Em 1953, Stromme publicou pela primeira vez uma cirurgia conservadora de tuba. Este caso foi realizado numa paciente que já havia sido submetida a uma salpingectomia anterior devido GE. Realizou uma incisão na tuba e após a retirada do tecido trofoblástico realizou a sutura da tuba, procedimento denominado de salpingotomia. Apesar de alguns relatos de casos, a cirurgia radical (salpingectomia) permanece sendo o procedimento de preferência na maioria dos casos de GE. Em 1962, Grant escreveu: “O emprego da cirurgia conservadora de tuba é justificado apenas quando a tuba contralateral é ausente ou muito comprometida”.

O avanço tecnológico da laparoscopia nos últimos anos fez com que os resultados obtidos em termos de permeabilidade tubária após cirurgia conservadora fossem superiores aos procedimentos efetuados por laparotomia. Além das vantagens inerentes da videolaparoscopia como método diagnóstico além de terapêutico, resultado cosmético melhor, reduz a formação de aderências pélvicas, menor tempo de internação e de gastos, recuperação pós-operatória mais rápida com retorno mais precoce às atividades profissionais e do lar. Mediante estes benefi-

cios a via de acesso pela laparoscopia vem substituindo aos poucos a via tradicional (laparotomia) em casos selecionados.

Quando o tocoginecologista diagnostica gravidez tubária, ele é pressionado pela situação de emergência a tomar atitudes rápidas e eficientes para não prejudicar a paciente, já que a GE é a segunda causa de mortalidade materna nos EUA e a principal na primeira metade da gravidez (Atrash e col., 1990). Algumas dúvidas, no entanto, podem surgir na forma como deve conduzir o caso. Qual a melhor via de acesso a laparotomia ou a laparoscopia? Qual procedimento cirúrgico realizar o radical (salpingectomia) ou o conservador? Dentre os tratamentos conservadores qual empregar: salpingostomia, salpingotomia, ressecção segmentar ou expressão fimbrial? Quando submeter a paciente ao tratamento clínico (metotrexato ou conduta expectante)? Para dirimir estas dúvidas deve-se primeiro avaliar a gravidade do caso, isto é, se a paciente encontra-se instável hemodinamicamente. Segundo, questionar o desejo de gravidez futura. Por fim, avaliar a experiência do cirurgião em face dos procedimentos mais recentes, além da disponibilidade do instrumental na instituição onde o caso está sendo conduzido.

INDICAÇÕES DA LAPAROTOMIA

A laparotomia é imperativa nos casos de ruptura tubária com quadro de abdome agudo hemorrágico, associado a choque hipovolêmico. Outras indicações na ausência da hipovolemia são: localização da gravidez ectópica (intersticial, cervical), presença de sangramento ativo, massas anexiais grandes acima de 5 cm e muito vascularizadas, múltiplas aderências

as, ausência de instrumental laparoscópico disponível, ou inexperiência do cirurgião em face desta técnica.

A laparotomia deve ser empregada nos casos de absoluta contra-indicação para laparoscopia como a obstrução intestinal, hernia abdominal, instabilidade hemodinâmica, hérnia diafragmática e comprometimento grave da função cardiopulmonar. Cirurgia prévia não é fator limitante para a videolaparoscopia.

A gravidez cornual ou intersticial geralmente requer a laparotomia para ressecção da porção intersticial da tuba. Existem relatos de casos empregando a laparoscopia para esta situações, no entanto, os resultados são inconclusivos, portanto ela não é recomendada no momento, exceto em mãos muito experientes (Hill e col., 1989). A gravidez abdominal e a ovariana também são preferencialmente tratadas pela laparotomia, especialmente os casos diagnosticados com idade gestacional avançada.

A presença ou ausência de ruptura tubária não é obrigatória de uma das vias de acesso em particular. Entretanto, se um sangramento excessivo obscurece o campo operatório da laparoscopia, a conversão do procedimento para uma via aberta é mais seguro. Além disso, a presença de aderências densas da parede abdominal, entre a tuba e o ovário ou com alças intestinais, podem dificultar muito a laparoscopia. A melhor via de acesso para a paciente depende da experiência do cirurgião. Como a laparoscopia está se difundindo rapidamente em nosso meio, um maior número de médicos está apto a executá-la, desta forma a laparotomia para GE está se tornando menos freqüente.

TRATAMENTO RADICAL VERSUS CONSERVADOR

No momento da cirurgia para gravidez tubária, tanto um tratamento conservador como um radical podem ser realizados. O procedimento conservador é aquele que preserva a tuba ou uma parte dela e consiste de: salpingostomia linear, ressecção segmentar ou expressão fimbrial.

A decisão para escolher um procedimento conservador vai depender do desejo de gravidez futura manifesto pela paciente, juntamente com o achado intra-operatório, já que muitas vezes a lesão da tuba no momento da cirurgia é irreversível. Outro aspecto que é importante salientar é a avaliação das condições da tuba contralateral que é um fator relevante na decisão de se efetuar cirurgia conservadora. Se a tuba contralateral está muito comprometida ou se já foi ressecada anteriormente, atenção especial deve ser dada na tentativa de preservar a tuba. Mesmo a tuba contralateral de aspecto normal, não deve ser indicação de cirurgia radical, pois algumas de aspecto normal podem estar obstruídas.

A salpingectomy é indicada nas pacientes com prole constituída, além de outras condições determinadas pelo ato cirúrgico. Julgamos que a tuba afetada deve ser removida quando já foi acometida anteriormente por gravidez ectópica, quando estiver tão destruída que um procedimento conservador não trará benefícios, ou quando a salpingostomia é realizada e persiste sangramento incontrolável.

Não existe indicação de realizar a ooforectomia ipsilateral, exceto quando o ovário está comprometido ou a sua vascularização foi gravemente alterada pela cirurgia.

No passado, os autores recomendavam a remoção sistemática do ovário ipsilateral, com o intuito de permitir que a ovulação só ocorresse no lado da tuba normal, acreditavam que era melhor do que deixar o outro ovário funcionando sem uma tuba em sua proximidade (Jeffcoate, 1955). Os benefícios desta conduta nunca foram demonstrados (Schenker e col., 1972). Além disso, sabe-se que 25% das gravidezes tubárias cursam com a presença do corpo lúteo no ovário contralateral a gravidez ectópica (Zugaib e col., 1985). Além disso, estas pacientes podem evoluir com infertilidade devido a lesão tubária, necessitando de técnicas de reprodução assistida no qual a presença de ambos os ovários será de extrema importância para captação dos óvulos para fertilização in vitro.

CIRURGIA RADICAL - SALPINGECTOMIA

A principal indicação para laparotomia de urgência numa paciente com suspeita de gravidez ectópica é o sangramento intenso e o choque hipovolêmico. Esta situação é um evento raro nos países desenvolvidos, graças ao aprimoramento dos métodos propedêuticos como as dosagens de beta-hCG e a ultra-sonografia transvaginal, permitindo o diagnóstico precoce e condutas mais conservadoras. Em nosso meio, infelizmente, ainda são elevados os índices de ocorrência de gravidez ectópica rota, isto se deve ao diagnóstico não-precoce em razão da procura tardia da paciente aos serviços de urgência, ou por causa da ineficiência dos serviços públicos que não oferecem aos médicos recursos laboratoriais para o diagnóstico precoce (beta-hCG ou US transvaginal), ou mesmo nos serviços que possuem propedêutica elaborada e o médico por falta de

reciclagem não os emprega adequadamente culminando estas situações com a ruptura tubária. No Pronto Socorro de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo realizamos um estudo com o intuito de diminuir a ocorrência de gravidez tubária rota. Procuramos realizar o diagnóstico na sua fase inicial e para isso lançamos mão da suspeita clínica, isto é, em pacientes com a tríade de atraso menstrual, dor pélvica e sangramento genital, realizamos os seguintes exames laboratoriais: US transvaginal e dosagem de beta-hCG. De 101 casos de gravidez ectópica no período de abril de 1994 a dezembro de 1996, seguindo esta propedêutica em 70 casos diagnosticamos gravidez ectópica íntegra e em apenas 31 ocorreu a ruptura tubária.

Os casos que derem entrada em choque hipovolêmico deve se tentar estabilizá-la hemodinamicamente antes da cirurgia se isto for possível. A incisão abdominal nestas circunstâncias é a mediana longitudinal infraumbilical. Aberta a cavidade peritoneal, extrai-se rapidamente o sangue. Se a paciente estiver instável hemodinamicamente, o assistente deve realizar compressão na aorta na altura da sua bifurcação. O cirurgião palpa a massa tubária, a apreende, a eleva, e a comprime para parar a hemorragia.

O procedimento de escolha nestas situações é a salpingectomia, entretanto condutas conservadoras podem ser consideradas. O ovário deve ser separado da tuba. A operação clássica é a salpingectomia total (Fritsch). Em nossa orientação temos realizado a salpingectomia sem a secção em cunha da porção intramural da tuba, que se efetua, pinçando previamente o arco vascular tubo-ovárico do mesossalpinge de fora para dentro até o útero. Faz-se exérese da tuba, com tesoura, e ligadura

das estruturas que haviam sido apreendidas previamente, pelas pinças colocadas no mesosalpinge.

Não recomendamos a secção em cunha da porção intramural da tuba, porque julgamos que a possibilidade de GE no coto tubário é remota, além de determinar aumento da perda sangüínea, pois esta região é ricamente vascularizada (Kalchman e Meltzer, 1966). Assinala-se também que a ressecção em cunha da tuba pode-se constituir em fator predisponente de ruptura fúndica em futuras gravidezes tópicas.

Temos preconizado a ligamentopexia tipo Jaschke-Pankow, a qual fixa o ligamento redondo no corno uterino, para evitar aderências na área cruenta e cobre o coto tubário impedindo nova ectópica neste local (Mattingly e Thompson, 1985). Acrescente-se todavia, se for necessária uma tensão muito grande para recobrir a região cornual, a isquemia pode aumentar a formação de aderências.

TRATAMENTO CIRÚRGICO CONSERVADOR

O tratamento cirúrgico conservador está indicado nas pacientes que desejam preservar sua capacidade reprodutiva. Diversos autores tem procurado comparar o tratamento conservador com o radical para GE, e verificar a ocorrência futura de gravidez tópica (Tabelas 1 e 2). DeCherney e Kase (1979) não observaram diferença entre os dois procedimentos em termos de gravidez futura. Realizaram a cirurgia conservadora em 48 casos, com gravidez tópica posterior de 39% e recidiva de ectópica em 8%, ao passo que a salpingectomia foi realizada em 50 pacientes, com gravidez normal em 42% e ectópica em 12%. Os autores concluíram que a recidiva de GE não au-

menta com a cirurgia conservadora (8%) e os índices de gravidez tópica são iguais pelas duas técnicas (40%). Apesar destes resultados os autores contudo orientam sempre que possível realizar a cirurgia conservadora. Langer e col. (1982) relacionaram as possibilidades de gravidez futura com as condições da tuba contralateral. A proporção de gravidez intra-uterina para ectópica após um tratamento conservador é de 6:1, esta proporção aumenta para mais de 10:1 quando a tuba contralateral é normal.

Tabela 1 - Resultados da cirurgia conservadora para gravidez ectópica

AUTORES	ANO	NÚMERO DE PACIENTES	GRAVIDEZ TÓPICA, %	GRAVIDEZ ECTÓPICA, %
LAPAROTOMIA				
Timonen e Nieminen	1967	185	53	12
Jarvinen e col.	1972	43	60	10
Skulj e col.	1972	106	22	1
Stromme	1973	45	71	15
Bukovsky e col.	1979	23	60	4
DeCherney e Kase	1979	48	39	8
Bruhat e col.	1980	25	72	12
Sherman e col.	1982	43	81	7
Langer e col.	1982	41	83	10
Hallatt	1986	200	53,5	14,5
Total e Médias		759	59,45	9,35
LAPAROSCOPIA				
Bruhat e col.	1980	18	77	22
DeCherney e col.	1981	16	50	0
Pouly e col.	1986	118	64	22
DeCherney e Boyers	1987	69	52	10
Vermesh	1989	18	50	5
Keckstein e col.	1990	16	44	19
Total e Médias		255	56,17	13

Tabela 2 - Cirurgia radical para gravidez tubária em pacientes sem história de infertilidade

AUTOR	ANO	NÚMERO DE PACIENTES	GRAVIDEZ TÓPICA, %	GRAVIDEZ ECTÓPICA, %
Schumann	1921	—	47,8	12,5
Ploman e Wicksell	1960	92	38	5,4
Bobrow e Bell	1962	—	23	3,1
Vehaskari	1960	219	48	35,2
Timonen e Nieminen	1967	558	49	11,5
Kucera e col.	1969	106	34	17
Schenker e col.	1972	—	26	17
Swolin e Fall	1972	44	34	16
Franklin e Ziederman	1973	23	61	27
DeCherney e Kase	1979	50	42	12
Sherman e col.	1982	104	81	5,8
Tuomivaara e Kauppila	1988	237	82	10,5
Dubuisson e col.	1990	125	33,6	12,8
Total e Médias		1558	46,11	14,29

Alguns estudiosos observaram que a dificuldade de desenvolver gravidez intra-uterina após o tratamento cirúrgico da gravidez ectópica estava diretamente relacionado com o achado intra-operatório, isto é, presença de aderências perianexiais, salpingites ou hidrossalpinges, tuba contralateral comprometida, cirurgia pélvica anterior, curetagem uterina, gravidez ectópica prévia, história de infertilidade e ruptura tubária, além da idade materna avançada. Apuraram que nestas situações tanto o tratamento conservador como o radical apresentavam baixos índices de fertilidade, além de aumentar a recorrência de gravidez ectópica (Pouly e col., 1991). Nestas circunstâncias, onde a tuba contralateral está muito lesada, uma opção seria a realização da salpingectomia associado a ligadura tubária contralateral, e posteriormente realizar tentativa com fertilização

in vitro. A ocorrência de gravidez pelas técnicas de reprodução assistida são de 30,5%, enquanto o emprego de cirurgia conservadora e o aguardo da concepção espontânea é de 25,6% (Dubuisson e col., 1990).

Em contrapartida Querleu e Boutteville (1989), submeteram 473 pacientes ao tratamento conservador e observaram que as pacientes inférteis nulíparas apresentavam baixo índice de gravidez 24,1%, quando comparadas com nulíparas sem história de infertilidade (41,4%).

Aconselhamos para as pacientes desejosas de futura gravidez, a tentativa sempre que possível de uma cirurgia conservadora. No entanto, ao realizarmos a cirurgia e observarmos a tuba muito comprometida optamos pela cirurgia radical, já que outros procedimentos podem aumentar o índice de recidiva de ectópica, além de não melhorar as possibilidades de gravidez intrauterina.

Mediante os dados da literatura podemos observar que a escolha do procedimento cirúrgico, isto é, conservador ou radical, se feito por laparoscopia ou laparotomia, não é um fator determinante de fertilidade subsequente. A ocorrência de gravidez intrauterina após uma ectópica aparece estar mais relacionada a fatores como história de infertilidade, cirurgia abdominal prévia, e a presença de aderências anexiais. Em algumas pacientes, a salpingectomia com ligadura tubária contralateral seguida de fertilização in vitro pode apresentar-se como a melhor opção de tratamento disponível.

O tratamento conservador pode ser realizado por ambas vias de acesso a laparotomia ou a laparoscopia. Devido às vantagens da laparoscopia como: desconforto pós-operatório me-

nor, melhores resultados cosméticos, menor tempo de internação, custos mais baixos, recuperação mais rápida e retorno mais precoce as atividades habituais, esta via de acesso vem aos pouco substituindo a via tradicional. Para obtermos um resultado mais satisfatório na cirurgia conservadora orientamos sua realização em casos em que a massa anexial é igual ou inferior a 5,0 cm.

SALPINGOSTOMIA LINEAR

A salpingostomia linear é o procedimento cirúrgico conservador mais realizado. A paciente é posicionada em posição semiginocólica com uma sonda uterina para manipular o útero, além da sondagem vesical. É instalado o pneumoperitônio e posteriormente introduzido o trocarte de 10 mm na região periumbilical. Realizam-se duas punções acessórias laterais aos vasos epigástricos inferiores. Inicialmente aspiramos o hemoperitônio, depois apreendemos a tuba na sua porção distal com pinça atraumática. Alguns cirurgiões optam por infiltrar a incisão na tuba com vasopressina diluída em solução salina (20 U em 20 mL de solução salina), com o objetivo de diminuir o sangramento da serosa. Uma incisão é realizada na borda antimesentérica da tuba, no ponto de maior abaulamento, esta incisão pode ser realizada com a ponta do eletrocautério monopolar ou bipolar ou mesmo o laser. Uma vez aberta a tuba e os produtos da concepção ficam expostos, a expressão espontânea geralmente ocorre devido à contração miosalpingeal. Caso isto não ocorra em 3 minutos, pode-se realizar a hidrodissecção, ou seja, uma irrigação sob pressão na incisão da salpingostomia para remover o tecido trofoblástico que pode ocorrer tanto pelo local da incisão como pelas fimbrias. Procu-

rar sempre remover todo tecido trofoblástico e posteriormente avaliar o sangramento tanto da incisão como do leito onde-se encontrava a GE.

A importância de se remover todo tecido trofoblástico, é porque com as técnicas conservadoras surgiu uma nova entidade a gravidez ectópica persistente (Lundorff e col., 1991; Seifer e col., 1990). Todas as pacientes submetidas a esta conduta devem realizar dosagem de beta-hCG no 4º e no 7º dia pós-operatório (Kamrava e col., 1983); caso os títulos apresentem regressão superior a 15% não há necessidade de procedimentos adicionais, caso contrário o emprego de dose única de metotrexato (50 mg/m² IM) é uma boa alternativa.

A salpingostomia linear pode ser deixada aberta para que a sua cicatrização ocorra por segunda intenção. Realizando trabalhos experimentais com coelhos, Nelson e col. (1986) compararam os casos nos quais realizaram a sutura com os que deixaram abertos. Nenhuma diferença foi observada em relação a formação de aderências, índices de gravidez subsequente ou formação de fístula. A sutura está indicada apenas nos casos em que se intenciona realizar o controle da hemostasia.

A função da tuba de Falópio após a salpingostomia foi verificada por DeCherney e col. (1981). Eles examinaram os índices de gravidez em pacientes com uma tuba apenas submetidas a salpingostomia. O índice de gravidez neste grupo foi de 50%, com uma recidiva de ectópica de 15%. Este trabalho demonstra a importância da cirurgia conservadora.

RESSECÇÃO SEGMENTAR

Nesta técnica, a porção da tuba de Falópio afetada pela

gravidez ectópica é ressecada, restando os cotos tubários remanescentes. Este procedimento é selecionado para alguns casos, incluindo aqueles em que a porção da tuba foi destruída, ou a hemostasia não pode ser realizada, e em algumas pacientes com gravidez ectópica istímica. A reanastomose dos cotos tubários pode ser no mesmo ato cirúrgico quando estes não se apresentam muito edemaciados, ou realizado num segundo tempo. Os resultados são melhores nas reanastomoses realizadas numa segunda etapa.

A técnica consiste em realizar a cauterização com a pinça bipolar da porção distal da tuba próxima da gravidez tubária e sua secção com tesoura, posteriormente a mesossalpinge e por fim a porção proximal da tuba. Procurar evitar ressecções extensas para o sucesso da reanastomose tubária, a qual geralmente é realizada por laparotomia num segundo tempo.

EXPRESSÃO FIMBRIAL

A gravidez ectópica que se desenvolve na porção infundibular-fimbrial, ou seja, no terço distal da tuba é rara e ocorre em 10% de todos os casos de gravidez tubária.

Nestas situações o tecido trofoblástico pode ser eliminado pelas fimbrias após manobras de compressão, ordenha ou por sucção. Apesar de ser técnica simples ela está associada com elevado índice de recorrência ou persistência da gravidez ectópica (Bruhat e col., 1980). Conforme demonstrado por Senterman e col. (1980), o tecido trofoblástico invade a mucosa da tuba depois acomete sua porção intramural e por fim pode ocorrer a ruptura através da serosa. Assim, uma expressão forçada da tuba pode causar lesão permanente da camada muscular da tuba e predisposição para recorrência de gravidez

ectópica. A presença de gravidez ectópica persistente foi observada em 3 de 17 casos de expressão fimbrial (Bruhat e col., 1980).

Em nossa óptica a expressão fimbrial deve ser uma conduta de exceção, devendo ser empregada nos casos de aborto tubário em franca evolução.

Todas as pacientes submetidas a condutas conservadoras devem realizar semanalmente dosagens séricas de beta-hCG até os valores ficarem negativos. A histerossalpingografia deve ser realizada 6 a 8 semanas após o procedimento para avaliarmos a permeabilidade tubária.

COMPLICAÇÕES

- *Gravidez Ectópica Persistente*

A persistência do tecido trofoblástico após cirurgia conservadora de GE ocorre em 4,8% dos casos (Pouly e col., 1966).

O diagnóstico da gravidez ectópica persistente é realizado com dosagens de beta-hCG no 4º e no 7º pós-operatório, quando não ocorre uma queda dos títulos acima de 15%. Nestas situações podemos tomar 3 opções terapêuticas: (1) um novo procedimento conservador pode ser efetuado, mas existe uma grande probabilidade de que o tecido trofoblástico remanescente possa ser extraluminal e nestas circunstâncias esta segunda operação será ineficaz. (2) A salpingectomia pode ser realizada, porém o intuito de preservar a fertilidade será perdido. (3) O emprego do metotrexato sistêmico em dose única (50 mg/m² IM) apresenta-se como melhor opção terapêutica e com bons resultados.

- *Hemorragia Intra-abdominal*

Pacientes submetidas a tratamento cirúrgico por GE devem ser observadas com cuidado, avaliando sinais e sintomas

de hemorragia interna. Diante de a dados clínicos de hipotensão, taquicardia, associados a dados US de líquido livre na cavidade e queda do hematócrito, uma reintervenção deve ser imediatamente considerada (Dumesic e Hafez, 1991).

- Sensibilização do Rh

A sensibilização por Rh secundária ao sangramento feto-materna é uma complicação rara das pacientes tratadas por gravidez ectópica que são Rh e Du negativas. Mesmo assim, toda mulher Rh negativa não sensibilizada deve ser tratada profilaticamente com uma adequada dose de imunoglobulina anti-Rh (300 microgramas), desde que o conjugue seja Rh positivo (Katz e Marcus, 1972).

PROGNÓSTICO

- Permeabilidade Tubária

Toda paciente desejosa de futura gravidez quer saber no pós-operatório de uma GE suas possibilidades de engravidar ou mesmo de ter uma nova gravidez ectópica. Isto pode ser avaliado pela histerossalpingografia (HSG) realizada após 6 a 8 semanas da cirurgia.

Num trabalho em que 26 pacientes foram submetidas a salpingectomia, a HSG demonstrou em 62% dos casos de permeabilidade da tuba contralateral. Em 13 mulheres submetidas a salpingostomia 4 demonstraram tubas pervias bilateralmente. Neste grupo de 13 pacientes a permeabilidade tubária unilateral foi observada em 4 tubas contralaterais e em 2 tubas ipsilaterais. Desta forma, 77% tiveram pelo menos uma tuba pérvia, mas 3 casos apresentaram oclusão bilateral. Este estudo demonstra a importância da avaliação da permeabili-

dade tubária no pós operatório, e o tratamento conservador deve sempre ser considerado mesmo nas tubas contralaterais com aspecto normal, já que algumas delas podem estar obstruídas numa futura investigação (Mitchell e col., 1987).

- Índice de Gravidez após o Tratamento

As pacientes ficam preocupadas com seu potencial reprodutivo após o tratamento. De 118 casos tratados por cirurgia conservadora, ocorreram 142 gravidezes; 127 foram intrauterinas (89,4%). A recorrência de GE foi de 12,7%. Um estudo mais detalhado destas pacientes demonstrou que 65 pacientes com uma tuba contralateral normal, em 81% dos casos engravidaram, a recorrência de ectópica ocorreu em 7,7%. Nas paciente com apenas uma tuba, 57% engravidaram, a recorrência de ectópica foi de 28,5% (Langer et al., 1990). Em outro grupo de 100 pacientes, 82% conceberam, a ectópica ocorreu em 13%. Pacientes nulíparas tiveram uma taxa menor de concepção quando comparada com as múltiparas (74% versus 86%). Isto demonstra que a técnica cirúrgica não influencia a subsequente fertilidade em mulheres com uma tuba contralateral intacta. Estas mulheres com tubas contralaterais normais tem uma chance menor de desenvolver uma gravidez ectópica (9%). Mulheres com a tuba contralateral comprometida tiveram índice de gravidez de 51% e a recorrência de ectópica foi de 52% (Tuomivaara e Kauppilola, 1988).

- Ocorrência de Infertilidade após Gravidez Ectópica

Pacientes que tiveram gravidez ectópica não tem apenas risco maior de ter novamente outra gravidez ectópica, mas também estão mais sujeitas a evoluírem com infertilidade. A esti-

mativa de uma mulher ficar infértil após uma GE é de 20% devido a uma anormalidade tubária (Mueller e col., 1987).

A principal etiologia da infertilidade é uma disfunção tubária, além de aderência peritubais secundárias a tratamento cirúrgico da GE tanto por laparotomia como por laparoscopia. Numa série de 38 pacientes submetidas a laparoscopia, 92% apresentaram aderências num exame subsequente. Portanto a infertilidade não é devida somente à disfunção tubária, mas também à formação de aderências após o tratamento de GE (Mecke e col., 1989).

LOCALIZAÇÕES ATÍPICAS

A prenhez intersticial, forma especial da gravidez tubária é rara, representando 1% de todas as ectópicas, porém de grande gravidade, pela hemorragia profusa.

No quadro clínico, o toque combinado poderá fornecer dados úteis: a) sinal de Ruge-Simon - vertilização do útero; b) sinal de Baart de la Faile - base larga entre o saco ovular e o útero; c) sinal de Kussmaul - observa-se o ligamento redondo comumente na face lateral ou anterior do saco ovular.

O diagnóstico ultra-sonográfico é muito elucidativo, evidenciando a implantação excêntrica do saco gestacional. Classicamente a intervenção cirúrgica indicada é a ressecção cornual com ligamentopexia complementar. Por vezes, pela extensão da rotura, a histerectomia fúndica teria indicação.

A prenhez cervical, de ocorrência rara, apresenta perda sangüínea logo após a nidação, pela falta de decidualização nessa região. O orifício externo encontra-se parcialmente dilatado, envolvido por massa tumoral cervical. O corpo uterino apre-

senta-se amolecido e discretamente aumentado. A tentativa de remoção da placenta por via vaginal por vezes determina hemorragia mortal, em face do acretismo.

Tradicionalmente, o tratamento indicado era a histerec-tomia total, para coibir a hemorragia.

A prenhez ovariana é extremamente rara (1% dos casos). A rotura precoce é a regra. O quadro clínico e a ultra-sonografia não distinguem a gravidez tubária da ovariana.

Queremos enfatizar que em nossa óptica, indicação importante para o tratamento clínico com MTX são as localiza-ções atípicas da gravidez ectópica, em particular, a gravidez cervical e a intersticial. Já que o tratamento cirúrgico conserva-dor destas entidades é muito difícil e a maioria dos casos culmi-nam com a histerectomia, o futuro reprodutivo destas pacien-tes torna-se sombrio. O tratamento local, portanto, representa alternativa importante na terapêutica da gravidez cervical e cornual, pois preserva o órgão e o porvir obstétrico.

Na gravidez abdominal (1,5% dos casos), ocorre gesta-ção livre na cavidade peritoneal. Uma vez que as condições para o conceito são precárias, sucumbem na maioria das vezes. Ocorre a reabsorção simples, supuração, mumificação ou for-mação de adipocera. Quando ocorre aderência de alça intesti-nal, pode ocorrer supuração, rotura de abscesso e eliminação de partes fetais pelo reto.

Quando a gravidez evolui, a placenta desenvolve-se em qualquer porção ou órgão da cavidade abdominal. Observa-mos freqüentemente, sintomas digestivos de suboclusão, e ex-cessiva dor abdominal aos movimentos fetais. A superficialida-de do feto é nítida a palpação, bem como a ausculta dos

batimentos cardíacos fetais. No toque delimita-se por vezes o útero do saco ovular, encontrando-o rechaçado para diante.

A US poderá demonstrar que o útero está vazio e comprimido pelo feto e a placenta. Quando não é conclusivo, o raio X simples e a histerossalpingografia podem ser de auxílio diagnóstico.

No que diz respeito ao tratamento, estando o feto vivo, será expectante, até a 36^a. semana. Na presença de feto morto e após a 36^a. semana, quando vivo, impõe-se a laparotomia. Deve-se dispor de volume apreciável de sangue e veias cateterizadas que permitam receber grande volume rapidamente, controle de pressão venosa central e diurese. Na cirurgia, uma vez retirado o feto, observa-se a placenta e, em particular, o sítio de sua implantação. Caso ocorra descolamento espontâneo, ou de localização muito favorável, há indicação de removê-la. Em todos os outros casos, a norma é deixar a placenta para evitar provocar hemorragias maciças. O cordão é ligado bem próximo ao seu local de implantação.

Evidentemente, há possibilidade, com esta conduta de complicações, como infecção, formação de abscesso, bridas e obstrução intestinal, mas não muito menos graves do que a hemorragia resultante da tentativa de remoção da placenta. Não executamos a marsupialização da placenta, pois apresenta inúmeros inconvenientes, como hemorragia secundária, processo infeccioso, eventração e fistula de difícil fechamento.

Recentemente no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo (EPM), em gravidez abdominal com feto morto e placenta inserida em área da ílica interna realizamos previamente à cirurgia a embolização seletiva dos vasos comunicantes. Desta forma, a remoção da placenta foi realizada com desprezível perda sangüínea.

QUAL O FUTURO DO TRATAMENTO CIRÚRGICO DA GRAVIDEZ ECTÓPICA?

No epílogo de nossas considerações queremos enfatizar que as indicações para tratamento cirúrgico da gravidez ectópica devem no porvir tornar-se raras.

Impoem-se em nossos dias o diagnóstico precoce e nestas circunstâncias o tratamento clínico supera de forma incontestável o cirúrgico.

A ênfase no tratamento da gravidez ectópica mudou, de uma cirurgia de emergência para controlar a hemorragia, para uma situação em que se consegue preservar o futuro reprodutivo das pacientes.

Atualmente temos nova perspectiva terapêutica que é o tratamento clínico, sendo este realizado de forma expectante ou por meio de medicamentos.

A conduta expectante surgiu após o conhecimento mais pormenorizado da história natural da GE. Observa-se que muitas GE evoluem espontaneamente para abortamento tubário e reabsorção sem que haja sangramento importante ou ruptura da trompa. Os principais critérios para adoção da conduta expectante são: a estabilidade hemodinâmica, o declínio dos títulos de beta-hCG num intervalo de 24-48 horas sem tratamento, pois este dado indica que a gravidez está em involução. Outro parâmetro importante para se tomar esta conduta é a US transvaginal com Doppler colorido, demonstrando ausência de vascularização ou presença de fluxo de alta resistência (I.R. > 0,5). Ao adotarmos a conduta expectante o diâmetro máximo da massa anexial, segundo os trabalhos, deve oscilar entre 2,0 a 5,0 cm. Os títulos de beta-hCG não devem

ser superiores a 5.000 mUI/ml. Contra-indica-se esta conduta na presença de embrião com batimentos cardíacos. O acompanhamento é realizado com dosagens seriadas de beta-hCG a cada 7 dias até que os títulos se tornem negativos; a US transvaginal com Doppler colorido, também pode ser realizada para observar a involução da massa anexial. Os resultados com a conduta expectante, no que se refere ao potencial reprodutivo futuro, são bons, havendo baixo índice de seqüela tubária (Atri e col., 1993). No Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo realizamos a conduta expectante em 84 pacientes, respeitando os critérios de inclusão já mencionados, sendo que em apenas um caso ocorreu a falha do tratamento.

No que diz respeito à terapêutica medicamentosa da GE, esta foi idealizada pela primeira vez por Tanaka e col. (1982). O efeito inibidor da multiplicação trofoblástica do metotrexato (MTX) já era sabido desde 1956, quando utilizado por Li e col., para o tratamento da moléstia trofoblástica gestacional. Assim, aplicando este princípio, o tratamento medicamentoso da GE surgiu com o uso do MTX, mas outros agentes também vem sendo estudados, incluindo-se o cloreto de potássio, a glicose hiperosmolar, as prostaglandinas, o RU-486, a actinomicina D, a etoposida e os anticorpos monoclonais anti-hCG. Estes medicamentos podem ser ministrados sistemicamente (IV, IM ou VO) ou localmente (salpingocentese guiada por US transvaginal ou laparoscopia, ou mesmo, usando cateterismo transcervical da tuba).

Temos utilizado o MTX no tratamento sistêmico da GE, por via intramuscular. Confirmado o diagnóstico de GE íntegra pelos dados clínicos e exames complementares (US trans-

vaginal e β -hCG), devem ser obedecidas algumas normas antes de iniciar a terapêutica com MTX. Como critérios de inclusão levamos em consideração: a estabilidade hemodinâmica, o diâmetro máximo da massa anexial igual ou menor a 3,5 cm e o desejo de gravidez futura. Devem ser excluídas do tratamento as pacientes necessitadas de hemotransusão, reconhecida sensibilidade ao MTX, evidências de doença hepática, renal ou supressão da medula óssea e aquelas com indicação de conduta expectante, ou seja, regressão dos títulos de beta-hCG num intervalo de 24-48 horas (Elito Jr. e col., 1996; Stovall e col., 1993).

Os casos que respeitam estes critérios de inclusão temos tratados com dose única de MTX (50 mg/m² por via intramuscular) que apresenta menor incidência de efeitos colaterais do que os protocolos com múltiplas doses (Stovall e col., 1991).

O acompanhamento se faz por meio de dosagens de β -hCG, realizadas imediatamente antes da ministração do MTX, no quarto e no sétimo dia após o emprego desta droga. As pacientes com queda dos títulos de β -hCG acima de 15%, apurada no 4º e 7º dia, apresentam bom prognóstico devendo ser acompanhadas com dosagens semanais de β -hCG, até a queda dos valores a níveis pré-gravídicos. Quando a queda for menor que 15%, no sétimo dia após o emprego do MTX ministra-se nova dose de MTX, seguindo a mesma sistematização predita. Na evolução a US transvaginal tem indicação apenas nas situações em que se suspeita ter ocorrido uma ruptura tubária ou os casos que apresentam embrião com batimentos cardíacos; pois a imagem US persiste normalmente por um período prolongado, mesmo após o declínio dos valores de β -hCG (Brown e col., 1991; Atri e col., 1992; Elito Jr, 1995).

O critério de insucesso do tratamento é baseado pela persistência de elevados níveis de β -hCG, após a segunda dose de MTX ou pelo início de sinais e sintomas clássicos de ruptura tubária consumada, apurados pela clínica e pela US transvaginal. Nesta oportunidade está indicada a cirurgia. Ressalta-se a eficácia do tratamento pela obtenção de títulos de β -hCG inferiores a 5 mUI/ml.

As relações sexuais são permitidas após o retorno dos valores de β -hCG a níveis pré-gravídicos, orientando-se então o uso de métodos anticoncepcionais, até o desaparecimento da imagem ultra-sonográfica da massa anexial. Como controle, as pacientes são orientadas para a realização da histerossalpingografia, após a regressão completa da massa anexial, acusada pela US. A permeabilidade tubária oscila entre 50 e 100%, com média de 71% com este tratamento. O número de gravidezes, após esta conduta, varia de 60 a 80%.

Foi realizado estudo prospectivo na Disciplina de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo no período de abril de 1994 a dezembro de 1996, no qual submetemos 42 pacientes com diagnóstico de gravidez ectópica íntegra ao tratamento sistêmico com MTX (50 mg/m^2 por via intramuscular). O sucesso do tratamento com a dose única foi de 69% (29/42), ao ministrarmos a segunda dose de MTX o índice de bons resultados se elevou para 78,6% (33/42). A histerossalpingografia foi realizada em 21 casos, sendo que em 80,9% dos casos (17/21) a permeabilidade tubária esteve presente. Até o momento 8 pacientes engravidaram, evoluindo com fetos a termo (Elito Jr., 1997).

O tratamento local é orientado pela US transvaginal, la-

paroscopia ou cateterismo transcervical da tuba, por meio da salpingocentese com introdução de medicamentos como o MTX na dose de 1 mg/kg, injetados no interior da PE (Pereira, 1996). Os resultados tanto em relação aos índices de sucesso, permeabilidade tubária e incidência de efeitos colaterais são semelhantes ao tratamento sistêmico.

Uma das principais indicações do tratamento local é a presença de embrião com batimentos cardíacos, já que nesta apresentação o emprego do MTX sistêmico não é eficaz (Elito Jr., 1997).

Nas pacientes desejosas de uma futura gravidez o emprego do tratamento clínico é muito vantajoso, pois evita os riscos anestésico-cirúrgicos, é realizado de forma ambulatorial, com menores custos, o retorno as atividades profissionais é mais rápido, além de preservar a sua capacidade reprodutiva.

Ao término de nossas considerações, queremos enfatizar que nos últimos anos surgiram diversas terapêuticas relativas à prenhez ectópica, e o médico atento para as novas modalidades de tratamento, cuja indicação requer conhecimento de particularidades de cada uma delas, pode escolher para cada paciente a melhor conduta.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA INSUFICIÊNCIA ISTMOCERVICAL

Rosiane Mattar

A insuficiência istmocervical (IIC) é entidade clínica em que existe falência do sistema oclusivo da matriz uterina, o que determina, na ausência de contrações uterinas, cervicodilatação precoce. A dilatação do colo uterino causa falta de apoio às membranas, exposição das mesmas ao ambiente vaginal com possibilidade de corioamnionite e por mecanismo reflexo induz o início de contrações uterinas, ocasionando abortos tardios e partos prematuros.

Para conseguir o sucesso da gravidez em pacientes com IIC indica-se a realização da circlagem por via vaginal. Esta cirurgia deve ser realizada, de preferência, de modo eletivo, ao redor da 14ª semana de gravidez, mas, eventualmente pode ser praticada até a 28ª semana, em caráter de urgência, se já houver abertura do canal cervical. Na impossibilidade da circlagem por via vaginal por colo muito curto ou lacerado, procede-se à circlagem por via abdominal também ao redor da 14ª semana de gravidez.

Na assistência ao parto da paciente com IIC devemos podermos nos deparar com situações diferentes:

1- Paciente com IIC sem diagnóstico e sem tratamento:

Esta paciente deverá apresentar parto prematuro que se

inicia por cervicodilatação, com evolução rápida, pouca sensação de dor, e ausência de sangramento.

Neste caso, deve-se fazer a assistência ao parto de modo semelhante a qualquer outro parto prematuro, tendo-se muito cuidado na revisão do colo uterino. Em havendo laceração ou rotura, praticar a sutura local, tentando resguardar a anatomia do colo uterino para garantir possibilidade de realizar circlagem por via vaginal em outras gestações.

2- Paciente com diagnóstico de IIC submetida à circlagem por via vaginal durante a gravidez, com evolução da gestação até o termo sem outras intercorrências:

Com 37 semanas avaliar o colo uterino pelo toque: Se o colo uterino apresentar esvaecimento, dilatação, ou o fio da circlagem estiver cortando a cérvix, deve-se optar pela retirada eletiva do fio com 37 semanas. Se o colo uterino não apresentar modificações deve-se optar pela retirada do fio com 38 semanas.

O fio da circlagem deve ser retirado em regime ambulatorial, sem necessidade de anestesia. Deve-se tracionar a ponta do fio até visualizar abaixo do nó para depois seccionar um dos lados, retirando a alça do fio de circlagem.

Imediatamente após a retirada do fio de circlagem, deve-se repetir o toque vaginal, pelo qual é freqüente a observação de certo grau de dilatação do colo uterino, que varia de 1 a 4 cm, e que ocorre por se retirar o fio que estava promovendo o fechamento do canal. Apesar desta dilatação, não é comum que o parto se inicie imediatamente após a retirada da circlagem. A paciente deve ser orientada e retornar a seu lar.

É necessário que se aguarde o início das contrações

uterinas do trabalho de parto para que a dilatação do colo uterino se complete e o parto se ultime.

Em nossas pacientes, observamos que o Dt médio entre a retirada do fio de circlagem e a parturição foi de 7 dias, somente em 26% o parto se deu em 24 horas e o período máximo foi de 20 dias, portanto deve-se aguardar que a paciente entre espontaneamente em trabalho de parto, sem a prática de manobras que visem induzi-lo, já que não há risco materno-fetal e estas manobras podem aumentar a incidência de cesáreas.

O parto deve transcorrer sob os mesmos preceitos da boa assistência à parturição, sem que se pratique manobras de dilatação forçada do colo, o que pode vir a piorar as condições da cérvix uterina para circlagem em futuras gravidezes.

Após a parturição, é absolutamente indispensável a revisão cuidadosa do canal do parto, especialmente do colo uterino, e o tratamento de eventuais lacerações, mais freqüentes no local em que estava locada a sutura. Cerca de 10% dos casos, mesmo não havendo manobras traumáticas apresentam lesões do colo uterino com rotura principalmente no local onde havia sido inserido o ponto de circlagem. Nessa situação é importante a sutura local com fios absorvíveis para a recomposição adequada da cérvix uterina.

Não existe indicação de cesárea somente por ter sido praticada a circlagem, ficando restrita a indicação do parto via abdominal aos das pacientes em geral. Não existe comprovação científica do aumento de incidência de dificuldade de dilatação do colo uterino em decorrência de suposto anel de cicatrização que seria determinado pela presença da circlagem.

3- Paciente com diagnóstico de IIC, submetida à circlagem por via vaginal durante a gravidez, com intercorrência que obrigou a retirada do fio de circlagem de urgência:

O fio de circlagem deve ser retirado em qualquer idade gestacional, se houver rotura prematura das membranas, óbito fetal, franco trabalho de parto.

Em caso de RPM, após a retirada do fio de circlagem a conduta deve ser a mesma da rotura de membranas, levando-se em consideração a idade gestacional e a possibilidade de haver infecção intra-útero.

Em tendo havido óbito fetal, após a retirada do fio, deve-se induzir a parturição de acordo com o índice de Bishop.

No caso de haver contrações uterinas francas de trabalho de parto, deve-se rapidamente retirar os fios de circlagem pelo risco de amputação ou rotura parcial do colo e/ou rotura uterina. Após o que deve-se conduzir o processo da parturição com rigorosa revisão do colo uterino após o parto.

4- Paciente com diagnóstico IIC, submetida à circlagem por via vaginal e com indicação eletiva de cesárea:

Proceder à anestesia por bloqueio. Retirar os fios de circlagem, e depois dar início à cirurgia.

5- Paciente com diagnóstico de IIC, submetida à circlagem por via vaginal com indicação de cesárea de emergência por risco materno-fetal:

Realizar a anestesia por bloqueio. Primeiramente proceder à cesárea e após o término da mesma, colocar a paciente em posição ginecológica e retirar os fios de circlagem.

6- Paciente com diagnóstico de IIC, sem possibilidade de circlagem por via vaginal por colo muito curto ou lacerado e que foi submetida à circlagem pela técnica de Benson & Durfee por via abdominal:

Estará indicada a cesárea eletiva, antes de entrar em trabalho de parto, pela impossibilidade de retirar o fio por via vaginal. A retirada do fio deve ser praticada no momento da cesárea.

CONDUTA ASSISTENCIAL AO PARTO NA PLACENTA PRÉVIA

Francisco Mauad Filho
Renata Alberge Giugliano Meschino
Adilson Cunha Ferreira

As síndromes hemorrágicas da segunda metade da gravidez, são causas freqüentes de morbidade e mortalidade materna e perinatal. Em muitas situações a causa exata do sangramento não pode ser determinada, sendo a placenta prévia uma das causas mais comuns de sangramento tardio na gestação. Historicamente uma variedade de métodos diagnósticos têm sido descritos, porém a ultra-sonografia revolucionou o manejo da paciente com placenta prévia, permitindo por meio de um diagnóstico seguro o prolongamento da gestação.

É definida como a implantação da placenta no segmento inferior do útero.

Na tentativa de permitir-se uma conduta adequada diante desta patologia, a classificação mais utilizada é a seguinte:

-*Placenta prévia total (central ou completa)*: o orifício cervical está completamente coberto pela placenta.

-*Placenta prévia parcial*: o orifício cervical está parcialmente coberto pela placenta.

-*Placenta prévia marginal*: a borda placentária atinge a margem do orifício cervical interno.

-*Inserção baixa da placenta*: A placenta está implantada no segmento inferior do útero, próximo ao orifício cervical.

Não é uma verdadeira placenta prévia, mas pode causar sangramento vaginal significativo.

A incidência da placenta prévia, baseada na localização placentária ultra-sonográfica, depende da idade gestacional em que o exame é realizado. Durante o primeiro e segundo trimestres a incidência de placenta baixa varia de 5 a 30 %. Após 28 semanas, quando pode-se confirmar o diagnóstico de placenta prévia, os índices diminuem para 0,3 a 0,6%.

Quanto à etiologia diversos fatores têm sido responsabilizadas, tais com idade materna, cesárea anterior, aborto espontâneo e induzido, tabagismo e raça. Porém sua etiologia real permanece desconhecida. Defeitos na vascularização da decídua, possivelmente como resultado de alterações inflamatórias e atróficas são sugeridas. Outra causa seria o desenvolvimento de uma placenta excessivamente grande. Clark e cols (1985) demonstraram forte correlação da placenta prévia com o número de cesáreas anteriores, atingindo 10% em mulheres com 4 cesáreas.

Caracteriza-se clinicamente por sangramento vaginal indolor, de quantidade variável, que ocorre principalmente após o final e início do último trimestre da gravidez com início súbito em gestações sem intercorrências. O primeiro sangramento é geralmente de quantidade moderada e o sangue de cor vermelho vivo rutilante, e se dá na ausência de atividade uterina, porém pode ser precipitado pelo trabalho de parto, sendo que a gravidade das hemorragias é progressiva.

O toque vaginal com o objetivo de palpar a borda placentária não deve ser realizado, pois mesmo o exame muito delicado pode promover hemorragias torrenciais e conseqüências graves.

O diagnóstico pode ser feito baseado nos sinais e sintomas associados ao exame obstétrico. Porém com o advento do ultrassom, a simples visualização e mensuração da distância da borda placentária ao orifício interno, permitem o diagnóstico com maior acurácia e precocidade.

Durante o primeiro e início do segundo trimestre pode ser difícil delinear e separar a margem placentária da decídua, pois ambas podem ter a mesma ecogenicidade.

O diagnóstico de certeza de placenta prévia só pode ser dado após 28 semanas de idade gestacional; antes deste período é denominada placenta de inserção heterotópica. Segundo Mantoni (1985), esta patologia ocorre em 7% das gestações no 1º e 2º trimestres, destas 85% não sangram, e dentre as que sangram, 13% irão abortar, sendo que a incidência é bem maior que a da placenta prévia em si. Esta diferença de incidência pode ser explicada por 2 teorias.

A primeira é a migração do sítio de inserção placentária. O movimento aparente da placenta ao longo da gestação tem sido observado ecograficamente por diversos investigadores; assim pacientes com placentas implantadas no segmento inferior do útero podem ter este quadro revertido até 28 semanas de gestação. O controle ecográfico seriado é obrigatório. Outras explicações mais recentes, entretanto, mostram que para o diagnóstico de placenta prévia é necessário experiência e habilidade do ecografista, uma vez que o diagnóstico falso-positivo ocorre diante de situações como repleção vesical materna deslocando a borda placentária, contrações uterinas, inabilidade em diferenciar a placenta da decídua, presença de hematomas

retroplacentários. Esses fatores dão índices falso-positivos de 2 a 6%.

Embora a ultra-sonografia transabdominal (Figura 1) tenha sido o método de escolha no diagnóstico da placenta prévia, possui algumas limitações como:

- Obesidade da paciente
- Dificil avaliação nas placentas posteriores
- Sombra acústica da cabeça fetal sobre o orifício cervical e a placenta
- Repleção vesical materna.



Figura 1 - Ultra-som transabdominal mostrando placenta prévia centro total

Devido às razões acima mencionadas, o diagnóstico por ultra-som transvaginal, (Figura 2) tem se tornado método importante e com uma série de vantagens:

- Proximidade do transdutor com o orifício cervical interno
- Melhor resolução devido à alta frequência utilizada
- Maior acuracidade na medida de distâncias entre o orifício cervical e a placenta
- Problemas técnicos como obesidade materna, placenta

posterior, etc., podem ser evitados, diminuindo a incidência de falso-positivo.

- Análise do comprimento do colo uterino na predição do trabalho de parto pré-termo. Análise comparativa dos dois métodos no diagnóstico da placenta prévia mostrou que a ultra-sonografia transvaginal tem acurácia de 92,8% contra 5,7% para o ultra-som transabdominal.



Figura 2 - Ultra-sonografia transvaginal mostrando placenta prévia

A imagem por ressonância magnética (RM) tem sido reportada no diagnóstico da placenta prévia e investigação do acretismo placentário devido à alta acurácia, entretanto o uso desta técnica fica limitada pelos altos custos e pouca experiência.

O diagnóstico diferencial deve ser realizado com os sangramentos de causa local (varizes, ectrôpio, ginecopatias, tumores cervicais) e principalmente com as demais síndromes hemorrágicas do 3º trimestre (descolamento prematuro da

placenta, rotura do seio marginal, rotura de vasa prévia, rotura uterina) não sendo raro a associação dessas patologias.

A conduta assistencial anteparto diante de qualquer gestante com quadro de hemorragia do terceiro trimestre é a internação obrigatória.

Após certificar-se de que não se trata de urgência obstétrica que precise de resolução imediata para se preservar a vitalidade materna e fetal, e estando estes dois preservados, a conduta será expectante. Inicialmente a paciente deve permanecer hospitalizada para realização de exames. Para avaliação materna solicitam-se as seguintes provas laboratoriais: tipagem sanguínea, hemograma ou conforme a urgência, volume globular e hemoglobina, glicemia de jejum, prova cruzada e reserva de sangue, urina rotina.

A ultra-sonografia é obrigatória, e sempre que possível Doppler colorido, para investigação de placenta acreta. O bem-estar fetal deve ser avaliado por meio da cadiotocografia, perfil biofísico e Doppler colorido.

O primeiro passo é a compensação do quadro hematológico, em relação às taxas de hemoglobina e hematócrito. A transfusão está indicada sempre que as taxas de hemoglobina forem menores que 7,0 g/dL, caso contrário a paciente permanece com dieta rica em sulfato ferroso e ácido fólico. Se a maturidade fetal estiver ausente inicia-se dose de ataque de corticosteróide.

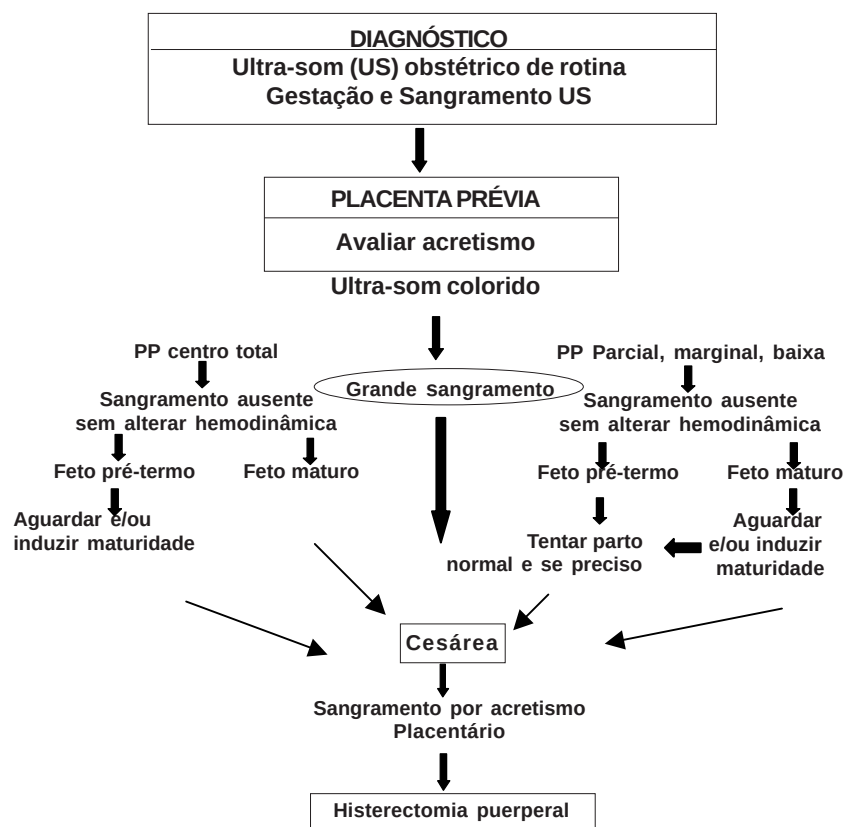
Diante de atividade uterina presente inicia-se terapêutica tocolítica. Muitos recomendam a circlagem uterina para a prevenção do trabalho de parto prematuro nas pacientes com

placenta prévia, que pode ser realizada entre 24 e 30 semanas com bons resultados prognósticos.

Após a compensação do quadro a paciente pode receber alta hospitalar com as seguintes orientações: redução da atividade física, proibição da atividade sexual, boa higiene vulvar e retornar ao hospital em casos de perdas líquidas vaginas, contrações uterinas ou diminuição dos movimentos fetais. Orientação dietética rica em ferro, mais reposição de sulfato ferroso e ácido fólico. Corticoterapia semanal até que se completem 34 semanas de gestação e retorno ao pré-natal a cada 7 dias para avaliação obstétrica de rotina, e controle da vitalidade materna e fetal.

Quanto à assistência intraparto as pacientes com placenta prévia marginal e parcial podem evoluir para parto normal, se a vitalidade fetal for mantida, e o sangramento vaginal controlado. Assim que a dilatação e descida sejam suficientes, deve-se realizar amniotomia, pois a compressão da apresentação fetal diminui o sangramento. Em casos de complicações como hemorragia ou sofrimento fetal o parto é por via alta. Na placenta prévia centrototal, como já mencionado, se o sangramento vaginal for de grande quantidade, a resolução é imediata, nos casos controlados com vitalidade mantida, tão logo se instale a maturidade fetal o parto deve ser resolvido por via alta.

Fluxograma 1- Conduta ao parto da paciente com placenta prévia. (USP) - (Cunha e cols,1998)



A conduta obstétrica diante de complicações pós-parto deve estar sempre em mente, assim na obstrução placentária: descolar manualmente a borda placentária e em casos de sofrimento fetal a extração deve ser rápida e transplacentária.

A placenta prévia é ainda uma das causas mais comuns de acretismo; esta associação foi descrita por Clark e cols (1985).

Se a paciente tiver cesárea anterior, os riscos de associação aumentam de 5 para 67%, portanto para predição do acretismo deve-se realizar US com Doppler colorido (Figuras 3 e 4) ou RM.



Figura 3 - Doppler colorido mostrando invasão do trofoblasto no miométrio.



Figura 4 - Acretismo placentário em paciente com cesárea anterior.

Nesses casos pratica-se curagem manual e posterior curetagem, com ocitócicos e derivados da ergotamina associados à antibioticoterapia. Nas pacientes com desejo de gestar e sangramento em abundância procede-se à ligadura das hipogástricas. Naquelas com prole definida, diversos

autores postulam o uso de metotrexato, quimioterápico que age na redução da massa placentária, diminuição do fluxo sanguíneo e níveis de β -hCG, porém o melhor ainda é a histerectomia.

Em face de a um quadro de atonia uterina, indica-se sondagem vesical, ocitocina em altas doses e derivados ergotráticos, com massagem nos cornos uterinos e se necessário tamponamento uterino. Se essas medidas falharem, ligadura das hipogástricas e como último recurso a histerectomia.

O diagnóstico e manejo da paciente com placenta prévia deve ser de conhecimento dos obstetras devido à importância desta síndrome hemorrágica no ciclo gravídico-puerperal, ficando claro que o ultra-som tem um papel importante no diagnóstico, permitindo que se evite o toque vaginal, que em muitas vezes agrava essa intercorrência obstétrica.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NO ÓBITO INTRA-UTERINO

Antonio Guariento
João Alberto Vilar Mamede

Conceitua-se aqui, como óbito fetal intra-gravidattem ao que tem lugar após a 20ª semana de gravidez. A incidência é avaliada por alguns em 5 por 1.000 partos (Incerpi e col., 1998); para outros, em menos de 1% nas prenhezês únicas (Maslow e col., 1996).

ETIOLOGIA

Numerosas causas podem motivar o óbito fetal. Entre elas destacam-se: estados hipertensivos, doença hipertensiva específica da gravidez, diabetes, lues, descolamento prematuro da placenta, restrição do crescimento intra-uterino, prenhez prolongada, doença hemolítica por incompatibilidade sangüínea, asfixia intraparto, malformações. As causas ovulares, também nomeadas funiculares, são representadas pela obstrução dos vasos umbilicais conseqüente a nós, torção, circulares e pela inserção velamentosa do cordão. As complicações relacionadas ao cordão seriam responsáveis, aproximadamente, por 5% dos óbitos no segundo trimestre (Stromme, 1963).

Importa assinalar que o fator placentário era pouco merecedor de atenção no passado. No momento atual é do

conhecimento geral que uma série de estados mórbidos conduzem à insuficiência placentária: estados hipertensivos, doença hipertensiva específica da gravidez, diabetes, prenhez prolongada, entre outras. Reyburn e col. (1985), ao procederem o exame histopatológico das placentas de 87 natimortos, assinalam que as alterações encontradas foi o único elemento para explicar a causa da morte em 11% dos casos.

A etiologia do decesso fetal anteparto, não raro, é inexplicável ou inconclusiva. Pitkin (1987), fundamentado em vários trabalhos da literatura e em sua experiência, calcula que cerca de 50% das mortes fetais após a 20ª semana de prenhez, são inexplicadas. Fretts e col. (1992), a seu turno, após pesquisarem a etiologia em 709 natimortos, observaram que mais de 1/4 eram inexplicáveis. Na pesquisa dos fatores etiológicos desconhecidos, várias suposições são aventadas. A transferência de hemácias fetais para a circulação materna é fenômeno bem documentado, porém, o volume transferido é mínimo 0,1 mL ou menos em 90% dos casos (Jorgensen, 1977). A transferência maciça, embora incomum, não é rara. Laube e Schavberger (1982) relatam que em 29 gestações com morte fetal inexplicável 4 (13,8%) foram, aparentemente, devidas à hemorragia feto-materna. A quantia sendo apreciável e aguda, presume-se, possa ocasionar a morte fetal (Almeida e Bowman, 1994; Kleihauser e col., 1957; Reuser e col., 1976; Sims e col., 1976).

O feto humano é particularmente susceptível à aplasia das hemácias induzida pela infecção pelo parvovírus B19. Assim, a infecção fetal pode ocasionar grave anemia que pode determinar hidropisia e morte fetal (Rodis, 1995).

Benierschke e Robb (1987), em revisão sobre as causas

infecciosas de morte fetal relatam que as viroses rubéola, citomegalovírus, herpes simples e a toxoplasmose são causas incomuns de óbito fetal.

No concernente à listeriose, McLauchlin (1990) relata que em 248 mulheres portadoras dessa infecção 10 (4%) tiveram abortamento espontâneo e em 27 (10,9%) ocorreu morte fetal intra-uterina.

Por vezes, a paciente apresenta elevação inexplicável da alfa-fetoproteína sérica; presume-se que estas gestantes sejam mais predispostas a perdas fetais, muitas das quais no segundo trimestre (Maher e col., 1994).

O quadro clínico e os dados laboratoriais da síndrome antifosfolípídica foram bem descritos evidenciando-se claramente sua ligação com perdas gestacionais recorrentes e a morte fetal (Branch e col., 1990; Clark e col., 1999).

Em um estudo de Edinburgh, de 61 mortes perinatais com malformações congênitas graves, Bauld e col. (1974) encontraram 10,2% de anomalias cromossômicas ao pesquisarem o cariótipo do natimorto.

Segundo estatísticas britânicas de 1958, citadas por Butler e Bonhen (1963), as causas anatomopatológicas mais importantes foram a anoxia ou asfixia (40%), as malformações (cerca de 10%) e a doença hemolítica perinatal pelo fator Rh (cerca de 10%).

DIAGNÓSTICO

Clínico - Nos comemorativos, a paciente, ansiosa, relata que já não sente os movimentos fetais, ao que se acresce o desaparecimento dos sinais e sintomas da gravidez. As mamas perdem sua turgescência e secretam colostro; a gestante perde

peso e, por vezes, manifesta inapetência, náuseas e calafrios e refere a sensação de um corpo que se desloca passivamente ao mudar de decúbito. O útero cessa de crescer e se mostra de consistência amolecida ao palpar. A ausculta revela ausência de batimentos cardíacos fetais. Em virtude da absorção progressiva do líquido amniótico, ao cabo de uma ou duas semanas, aparece o sinal de Boero que consiste na audibilidade das pulsações da aorta abdominal, sendo também nítido o sopro uterino (Briquet, 1948). Ao toque, nota-se crepitação dos ossos da abóboda craniana (sinal de Negri). Eventualmente, rotas as membranas, se nos apresenta perda de conteúdo esverdeado ou achocolatado pelos genitais.

Ultra-sonográfico - O exame ultra-sonográfico permite verificar a presença ou não dos batimentos cardíacos e da movimentação fetal, presença do halo craniano, a existência de anomalias fetais e a diminuição do volume do líquido amniótico. Como achados mais tardios temos o edema do escalpe e indícios de maceração fetal (Bailão, 1984).

Radiológico - São três os sinais radiológicos de maior valia: o acavamento dos ossos da abóboda craniana (sinal de Spalding), que surge uma semana após o óbito e só tem significação antes do início do trabalho de parto; inflexão acentuada da coluna vertebral (sinal de Hartley), que se deve à atonia dos músculos perivertebrais e maceração dos ligamentos espinhais; por derradeiro, o sinal de Robert, caracterizado pela presença de bolhas gasosas na circulação fetal.

CONDUTA

Tendo em mente que o parto espontâneo pode ocorrer, na maioria dos casos, dentro das quatro primeiras semanas que se

sucedem ao óbito fetal, a conduta pode ser expectante ou ativa.

Há situações, entretanto, em que se aconselha o parto sem tardança. Entra elas contam-se: rotura prematura das membranas que constitui um convite à infecção intra-uterina, o descolamento prematuro da placenta que eleva, sobremodo, o risco de coagulopatia, a placenta prévia, entidade hemorrágica por excelência, apresentação córmica. Nessas circunstâncias a interrupção da gravidez está indicada no interesse da mãe.

A conduta expectante impõe a feitura de coagulogramas periódicos (semanalmente) a fim de surpreender a coagulopatia em seu início. A tendência atual, no entanto, é para a resolução imediata do parto. Esta mudança de orientação é motivada pelo desejo de atender aos anseios da gestante, aliviando-a de uma espera angustiante e evitar o risco de coagulopatia.

A conduta ativa consiste na indução do parto. Os recursos farmacológicos utilizados para a indução do parto incluem ocitocina e prostaglandinas, coadjuvados pela amniotomia. O uso de soluções hipertônicas (salina, glicose, uréia) foi abandonado pelos riscos que lhes são inerentes.

Ao eleger-se a indução importa considerar as condições do colo uterino. Neste passo distinguimos: colo favorável (Bishop igual a 5 ou mais) e colo desfavorável (Bishop igual a 4 ou menos).

Com cérvix favorável o fármaco ideal é a ocitocina. A sensibilidade de cada paciente à ocitocina varia amplamente; sabe-se, ainda, que a sensibilidade do miométrio também aumenta com o progredir da gestação. Assim, ao utilizarmos esse ocitócico é mister pesquisar cuidadosamente a dose ajustável a cada caso.

De norma utilizamo-nos da ocitocina na dose de 10 UI diluída em 1000 mL de soluto de glicose a 5%, soro fisiológico ou solução de Ringer lactato. Na proporção mencionada cada mL da solução terá 10 mU de ocitocina. Para injetá-la recorre-se à bomba de infusão que permite rigoroso controle da dose. O método do gotejamento contínuo é precário porquanto a taxa de infusão pode variar com a posição da paciente e a pressão venosa no local da infusão. Usualmente inicia-se com um dose de 1 mU/min (duas gotas), duplicando-a a cada 20-30 minutos, até um máximo de 20-30 mU/m.

Com cérvix desfavorável utilizamos as prostaglandinas. As prostaglandinas $\text{PGF}_{2\alpha}$ e PGE_2 são únicas representantes deste grupo de compostos que se utilizam atualmente para estimular o miométrio. É mister, entretanto, atentar para as suas contraindicações (hipersensibilidade, glaucoma, hipertensão grave, asma, etc). Na prática clínica prevalece o uso da PGE_2 .

Presentemente duas são as vias utilizadas para a aplicação da PGE_2 : intracervical e vaginal. Para a primeira recorre-se a doses de 0,25 a 1 mg veiculada em 2 a 3 mL de gel de metilcelulose, que se introduz no canal cervical. Para a via vaginal coloca-se no fundo de saco posterior 1 a 5 mg de PGE_2 veiculada em 2 a 10 mL de gel de metilcelulose.

No Brasil só dispomos de um análogo da prostaglandina E_1 , o misoprostol (Cytotec®) em comprimidos, que pode ser usado por via oral, na dose de 20 mg, de 4 em 4 horas, num total de seis doses, se necessário. Também se pode utilizar a via vaginal colocando-se um comprimido (20 mg) no fundo de saco posterior a cada 12 horas, num total de 48 horas, se necessário (Bugalho e col., 1994; Mariani Neto, 1987).

Qualquer que seja a via utilizada para a indução a paciente deve manter-se acamada por duas horas.

Intatas as membranas, a amniorrexe pode ser protelada até que a cérvix tenha atingido 5 cm ou mais, diminuindo, assim, o risco de infecção intra-uterina.

A assistência ao parto é feita sob anestesia e analgesia de rotina; evita-se, quanto possível a episiotomia e o fórceps. As operações mutiladoras do feto (craniotomia, cranioclasia, degola e clidotomia), constituem indicações excepcionais na atualidade.

Na indução malograda, cabe ao tocólogo a análise minudente do caso, optando-se pela intervenção mais adequada a cada um.

A via de parto preferível é a vaginal, entretanto, nem sempre é possível a indução do trabalho, recorrendo-se eventualmente, à cesárea em circunstâncias, como:

- duas ou mais cesáreas anteriores, cesárea corporal ou rotura uterina anterior, descolamento prematuro da placenta normalmente inserida com evolução para o choque, placenta prévia com intenso sangramento, desproporção feto-pélvica e monstrosidades.

A autópsia é de vital importância para esclarecer a presença ou ausência de malformações congênitas, estabelecer a causa da morte fetal e avaliar a extensão do estresse intrauterino que a precedeu.

Após o parto, na ausência de um diagnóstico indiscutível do agente causal, é aconselhável, portanto, a realização de autópsia, com a anuência do casal. Esta norma tem por mérito resguardar a responsabilidade do parteiro e lhe permite orientar o casal quanto ao modo de evitar, quanto possível, em prenhez futura, a repetição desse infausto acontecimento.

PLANEJAMENTO DO PARTO EM GESTAÇÕES COMPLICADAS POR MALFORMAÇÕES FETAIS

Antonio Fernandes Moron

Diante de uma gestação complicada por malformação fetal acreditamos ser de fundamental importância, o tocólogo considerar os seguintes aspectos:

- *Diagnóstico preciso da malformação fetal*
- *Conhecimento da evolução natural da malformação*
- *Época mais oportuna para o parto*
- *Escolha da via de parto*
- *Local mais adequado para a assistência ao parto*
- *Assistência ao período pós-parto*

DIAGNÓSTICO PRECISO DA MALFORMAÇÃO FETAL

Atualmente através dos recursos propedêuticos em Obstetrícia é possível estabelecer com bastante precisão o diagnóstico da anomalia fetal. Desta maneira, acreditamos que todas as malformações suspeitadas ou diagnosticadas na gestação devam ser encaminhadas a centros especializados em Medicina Fetal para definição diagnóstica e estabelecimento de condutas. Um diagnóstico equivocado da anomalia fetal determinará uma conduta obstétrica incorreta.

CONHECIMENTO DA EVOLUÇÃO NATURAL DA MALFORMAÇÃO

Uma vez estabelecido o diagnóstico sindrômico ou etiológico da malformação fetal, é possível conhecer o seu prognóstico. Assumem importância as malformações consideradas letais (anencefalia, agenesia renal bilateral, displasias esqueléticas letais) ou aquelas que determinam graves prejuízos à saúde do concepto (cardiopatias complexas, anomalias cromossômicas, hidrocefalia, microcefalia, hidropsia).

ÉPOCA MAIS OPORTUNA PARA O PARTO

Constitui um dos aspectos vitais na assistência ao feto malformado, evitando-se a prematuridade eletiva desnecessária, ou a procrastinação indevida acarretando agravos à saúde fetal. A maturidade pulmonar fetal é um dos objetivos a se perseguir nestas circunstâncias. Com isto estaremos evitando complicações adicionais aos recém-nascidos portadores de malformações.

O conhecimento das condições da assistência neonatal, tanto médica como de infra-estrutura, é fundamental quando se pretende a antecipação do parto.

ESCOLHA DA VIA DE PARTO

Antes de decidir pela via de parto o obstetra deve considerar as seguintes variáveis que irão nortear a sua decisão:

Variáveis maternas: idade, paridade, antecedentes obstétricos e reprodutivos, antecedentes de parto cesáreo, condições que favoreçam o parto transpélvico, intercorrências clínicas ou ginecológicas associadas e aspectos emocionais frente ao filho malformado.

Variáveis da gravidez atual: tipo de malformação e sua gravidade, possibilidade de distocia fetal, possibilidade de complicações durante o trabalho de parto, idade gestacional, intercorrências obstétricas associadas (placenta previa, hidrâmnio, oligoâmnio, rotura prematura das membranas, gemelidade e apresentação anômala).

Na escolha da via de parto o obstetra além de observar os parâmetros obstétricos para a sua decisão, deve utilizar os seguintes elementos de conduta.

O parto cesáreo estará indicado:

- . Possibilidade de distocia fetal
- . O parto transpélvico poderá agravar o quadro fetal
- . Antecipação para tratamento neonatal
- . Fatores anímicos maternos

O parto transpélvico estará indicado:

- . quando a malformação fetal não implicar em mudança da via de parto
- . quando a malformação fetal for considerada letal, objetivando preservar o futuro obstétrico da paciente. O obstetra deve estar atento a pressões familiares ou de deixar se envolver por sua própria ansiedade interferindo na escolha da via de parto. Da mesma maneira que a falta de substâncias utilizadas para a indução do parto (prostaglandinas) ou a dificuldade em obtê-las podem dificultar a indicação de um parto trans-pélvico.

LOCAL ADEQUADO PARA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Além das habilidades do parteiro na assistência ao parto de feto malformado, há a necessidade de que o mesmo seja

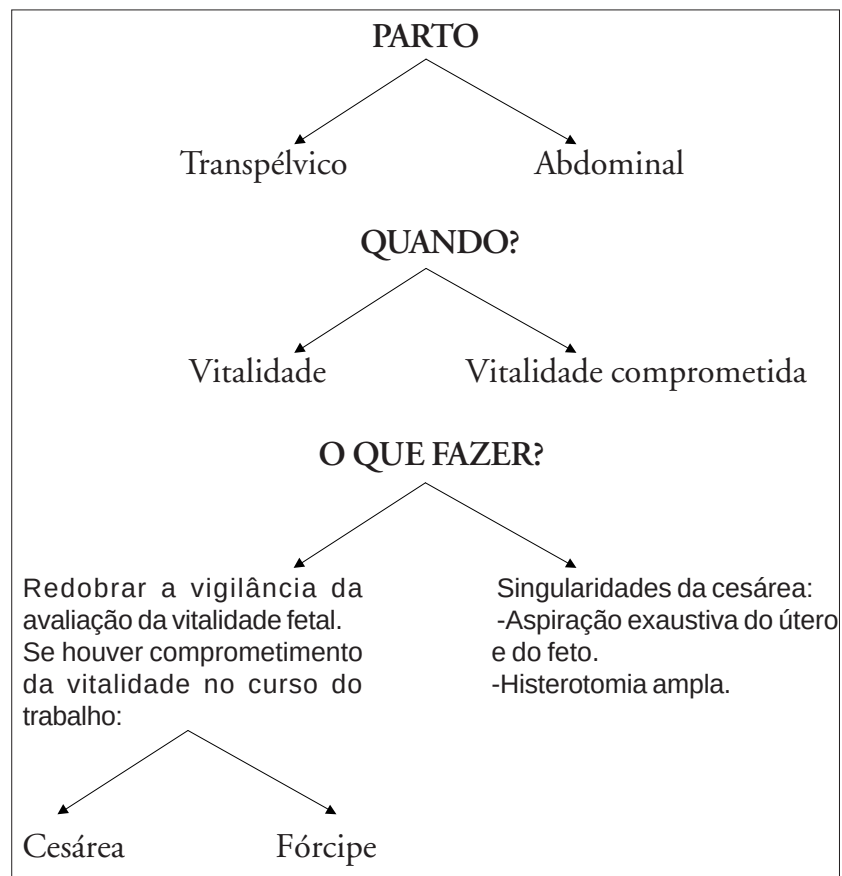
realizado em centro terciário habilitado em cuidados intensivos neonatais, particularmente para aquelas que necessitarão de tratamento cirúrgico neonatal.

ASSISTÊNCIA NO PERÍODO PÓS-PARTO

Atenção especial deve ser dada na profilaxia de complicações como traumatismo do canal de parto, hemorragias e infecções. O obstetra deve assumir uma postura afetiva e de suporte visando prevenir quadros depressivos puerperais. É aconselhável evitar a realização de laqueaduras tubáreas em virtude dos fatores emocionais envolvidos.

ASSISTÊNCIA AO PARTO NO PÓS-DATISMO

Vamberto Oliveira de Azevedo Maia



Existem situações obstétricas, relacionadas com a gestação prolongada, nas quais a indicação da cesariana, praticamente se impõe como exemplo citamos:

- Desproporção feto-pélvica
- Macrossomia fetal
- Oligoamnion
- Crescimento intra-uterino restrito
- Concepto com menos de 2.500 g
- Primíparas, sobretudo idosas
- Mal-formação congênita
- Presença de pré-eclampsia
- Antecedente de gestação protraída, com desfecho não-satisfatório etc.

ASSISTÊNCIA NA CESÁREA

- Anestesia de bloqueio, alguns indicam a preferência pela raquianestesia, em função da menor quantidade de anestésico como também não expor a paciente, a uma hipotensão por tempo mais prolongado.

- Uso judicioso de medicamentos, tais como ocitocina, meperidínicos, diazepínicos etc.

- Antes de incisionar o ventre materno, ou seja na anti-sepsia da parede abdominal e colocação de campos cirúrgicos, ter sempre a preocupação de deslocar o útero para que ocorra a descompressão da cava.

- Histerotomia ampla, como o cuidado de não atingir vasos uterinos.

- Aspiração da cavidade uterina ao se fazer a botoeira, e mesmo a divulsão digital.

- Aspiração das vias aéreas do concepto com sonda de nelaton delicada (nº 6) logo após a exteriorização do pólo cefálico.

- Entrega sem maiores delongas, do produto conceptual ao neonatologista, fazendo-se advertência, na presença de mecônio. Seguem-se os cuidados necessários ao recém-nato tais como aspiração endotraqueal etc.

- Quando na indicação de antibioticoterapia, fazer sempre após o clampeamento funicular.

- O termino do ato cirúrgico, realizar-se-á com técnica habitual, com instrumental e material adequado.

ASSISTÊNCIA AO PARTO TRANSPÉLVICO

- Parto em ambiente hospitalar, com todas as condições e que atenda a uma reversão para um parto tomotócico.

- A anestesia local ou, na preferência por bloqueio, optar por peridural continua.

- Equipe obstétrica já presente, inclusive auxiliar pela possibilidade freqüente de indicação de urgência por via alta (emissão de mecônio espesso, desaceleração da FCF, etc).

- Monitorizar a freqüência cárdio-fetal com sonar, podendo inclusive usar uma faixa de monitorização.

- Ter sempre uma veia puncionada, lembrar sempre de custo versus benefício na administração de drogas.

- Amniotomia precoce, a partir de 4 cm, com o objetivo de rastrear mecônio (sobretudo espesso, que é indicativo de cesárea).

- Aspiração das vias aéreas de RN, após o desprendimento da cabeça, antes da primeira respiração.

- Assistência neonatal imediata, se necessário com intubação, podendo-se contar com a colaboração prestimosa do anestesiolologista.

- Cuidadoso seguimento da paciente no puerpério imediato, tentando fazer o rastreamento de hipotomia uterina, endometrite etc.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA DISTOCIA FUNCIONAL

Cícero Ferreira Fernandes Costa

Antes de declinarmos sobre as anomalias da contratilidade uterina surgentes durante o trabalho de parto, é de bom alvitre que nos lembremos de maneira perfunctória do padrão contrátil normal da miofibrila por ocasião da parturição. É representado pelo chamado tríplice gradiente descendente. Isto é, a contração uterina caminha de cima para baixo, é mais intensa no corpo uterino do que nas partes caudais do útero e dura mais no segmento corporal do que naquele distal do órgão matriz. São quatro as qualidades da contração uterina que a caracterizam: intensidade, duração, tônus e frequência. A intensidade é a força com que a miofibrila se contrai e é aferida em milímetros de mercúrio. Trinta milímetros de mercúrio é a intensidade do início do trabalho de parturição. Duração é o tempo gasto pela contração uterina desde o seu início até o retorno à fase inicial. É traduzida em segundos. Tônus é a menor intensidade registrada entre duas ou mais contrações e frequência são as contrações que se observam em cada dez minutos. No trabalho de parto inicial tais características são assim resumidas:

Intensidade _____	30 mmHg
Duração _____	30 segundos
Tônus _____	8 mmHg
Frequência _____	2 contrações em 10 minutos

Outro conceito que urge ser definido é o de atividade uterina (AU) que é o produto da intensidade (I) vezes a frequência (F). Portanto, $AU = I \times F$. A unidade invocada para traduzir a atividade uterina é a unidade Montevideo (UM). Assim, no final do período de dilatação nós dizemos que atividade uterina é de 160 UM, isto é, intensidade de 40 mmHg vezes a frequência de 4 contrações em 10 minutos, ou seja, $AU = I (40) \times F (4) = 160 \text{ UM}$.

Após esta breve síntese sobre a contração uterina no trabalho de parto, passaremos a abordar agora as suas anomalias nominadas discinesias. A nomenclatura dessas anomalias da contração uterina tem como assento as suas próprias qualidades e com o fito de tornar a esplanção mais didática, apresentaremos uma classificação inicial e depois sairemos descrevendo item por item, acrescentando, inclusive, as prováveis etiologias e as medidas terapêuticas julgadas adequadas.

ANOMALIAS DA CONTRAÇÃO UTERINA (DISCINESIAS)

1 - QUANTITATIVAS

1.1 - *Hipoatividade*

- hipossistolia
- bradissistolia
- hipotonia

1.2 - *Hiperatividade*

- hipersistolia
- polissistolia
- hipertonia

- . por sobredistensão
- . por incoordenação
- . por taquissístolia
- . autêntica
- hipertônias

2 - QUALITATIVAS

2.1 - *Inversão do triplice gradiente descendente (TGD)*

- Total (intensidade, duração e propagação)
- Parcial (intensidade, propagação e duração)

2.2 - *Incoordenação*

- 2.2.1 - Primeiro grau
- 2.2.2 - Segundo grau

1 - ANOMALIAS QUANTITATIVAS

1.1 - *Hipoatividade*

- Hipossístolia, bradissístolia e hipotonia

As discinesias quantitativas tanto podem traduzir a redução quanto o incremento das qualidades da contração uterina. Considera-se útero hipoativo aquele cuja contração uterina é caracterizada pelas seguintes modificações em suas qualidades:

Intensidade < 25 mmHg (hipossístolia)

Frequência < 2 contrações em 10 minutos (bradissístolia)

Tônus diminuído

Duração diminuída

Atividade uterina < 100 UM

Pode ser autêntica ou resultante de incoordenação, sobredistensão, taquissístolia ou hipertonia uterina.

As hipoatividade que já começa como tal e não resultante

de trabalho de parto prolongado, exaustivo, não traduz injúria à mãe nem ao conceito e é facilmente debelada com a administração da ocitocina endovenosa em doses terapêuticas. Tem outra tonalidade a hipoatividade do órgão estafado por luta incessante contra obstáculos do trânsito ou resultante da incoordenação ou sobredistensão. No primeiro caso, geralmente o parto cesáreo é a melhor solução ao passo que na incoordenação lança-se mão da ocitocina que também é eficaz na sobredistensão por polidrammia de baixa contratilidade após a rotura da bolsa das águas com evasão do líquido excessivo.

1.2 - Hiperatividade

Considera-se como tal a contração uterina cujo intensidade extrapola 50 mmHg (hipersistolia), a frequência situa-se acima de 5 contrações em 10 minutos (polissistolia ou taquissistolia), tônus e duração aumentados, além de atividade uterina superior a 250 UM. Reconhecem-se como causas mais frequentes a doença hipertensiva específica da gravidez, doses exageradas de ocitocina, polidrammia de alta contratilidade, desproporção céfalo-pélvica ou outros obstáculos na via do parto que impedem a progressão da apresentação fetal. Acarretam danos à vitalidade do conceito bem como podem ocasionar lacerações do trajeto. Não havendo obstrução mecânica (desproporção, principalmente), poderão ser debeladas com a utilização de drogas uterolíticas (ritodrina) associadas ao decúbito lateral esquerdo. Nos casos de parto obstruído que fatalmente evoluiria para a laceração da miofibrila (rotura do útero), o tratamento quase único é a operação cesariana.

2 - ALTERAÇÕES QUALITATIVAS

2.1 - *Inversão do TGD*

Aqui, como o próprio nome sugere, há uma inversão total ou parcial dos elementos que o constituem, de maneira que passará a haver uma predominância da contração uterina na parte distal do útero em relação ao corpo deste órgão. Vezes há em que os três elementos do TGD (propagação, duração e intensidade) estão envolvidos no processo (inversão total) e deste modo a contração uterina caminha de baixo para cima e é mais forte e dura mais no segmento distal do que no proximal do útero. Claro que a cérvix não se dilata, ao revés disto, tende a ocluir-se em que pese o fato de as contrações serem dolorosas e infrutíferas. Doutras feitas alteram-se apenas um ou dois dos componentes do TGD, quando então chamar-se-à inversão parcial sendo mais freqüente a inversão da intensidade isolada ou a que associa propagação e duração. A inversão parcial é menos desfavorável que a total e promove alguma dilatação da cérvix.

Sua etiologia não é bem esclarecida. O decúbito lateral esquerdo associado à ocitocina podem reverter o processo.

2.2. - *Incoordenação*

2.2.1 - Incoordenação do primeiro grau

Tem como característica príncipe a assincronia da atividade uterina pelo descompasso observado em nível de surgimento da contratilidade em sua origem (marcapassos) observando-se que a contração de um setor é iniciada antes que se ultime o relaxamento total do outro e deste modo traduzindo-se em curva de pressão única com base alargada

contrapondo-se a dois vértices cada um dos quais tem correspondência com o ápice da contratilidade de um dos setores envolvidos.

2.2.2 - Incoordenação do segundo grau

Caracteriza-se pelo funcionamento assincrônico dos dois marcapassos normais do órgão matriz e aqueles outros denominados marca-passos ectópicos que podem surgir em qualquer setor do útero. Resultam em contrações com intensidade diminuída, alta frequência e irregularidade do ritmo. Clinicamente é percebida (palpação) como se fora um exajero do tono, sem relaxamento do órgão e conseqüentemente não se observa a metrossístole esboçada em suas características capitais. Reconhece como gênese a liberação das catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) geralmente associada ao estresse, ansiedade, medo ou emoção. É a mais anômala de todas as discinesias e portanto não promove a dilatação da cérvix.

Ambas as incoordenações (primeiro e segundo graus) reconhecem como medidas terapêuticas:

- Sedação, que coibe a liberação das catecolaminas e assim combatendo o fenômeno pela origem;
- Decúbito lateral esquerdo
- Utilização da ocitocina em doses parcimoniosas, 1 a 8 MU por minuto
- Anestésias de bloqueio (raque ou peridural). Estas suprimem a dor e conseqüentemente coíbem a liberação das catecolaminas.

Diante das discinesias que redundariam no incremento do tono da contratilidade uterina, ter-se-á que aumentar a vigilância sobre a vitalidade do concepto que uma vez

comprometida e não revertida com as medidas terapêuticas conservadoras, reclama interrupção da gravidez, geralmente pela via abdominal.

Em presença do trabalho de parto disfuncional primário, assim denominado como aquele cuja dilatação na fase ativa tem velocidade aquém do 5º percentil. Corresponde a 1,2 cm por hora na primípara e 1,5 cm por hora na multípara.

Há conflito das escolas americana e inglesa no que compete à conduta. Enquanto a primeira embasa-se nos estudos de Friedman e Sachtleben e preconiza a amniotomia associada ao uso da ocitocina e da sedação, a escola inglesa apoiada nos relatos do National Maternity Hospital em Dublin, preconiza a amniotomia imediata seguida de administração de ocitocina endovenosa. São unânimes as duas escolas em reconhecer os efeitos maléficos do parto disfuncional primário sobre o produto da concepção, ao tempo em que sublinham não ser esta anomalia por si só uma indicação inequívoca de parto abdominal.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

Mário Dias Corrêa

A doença hemolítica perinatal conseqüente à incompatibilidade sangüínea materno-fetal no sistema Rh é uma doença passível de determinar complicações perinatais graves: morte fetal, morte neonatal, ou lesões graves e definitivas no recém-nascido. Por muito tempo, responsabilizou-se por taxas elevadas de morbimortalidade perinatal.

A descoberta de sua etiologia e logo a seguir de sua fisiopatologia na década de 1940, tornaram possível criar métodos propedêuticos capazes de determinar as condições fetais e, conseqüentemente, de se estabelecer condutas terapêuticas mais eficazes, com isso, melhorando os resultados perinatais.

Finalmente, a partir da década de 1960 tornou-se possível a prevenção da doença hemolítica perinatal pelo fator Rh com o emprego, na parturiente, da imunoglobulina humana anti-Rh (D).

A conduta na parturição varia conforme se trate de parturiente ainda não-imunizada ou já imunizada. Essa diferenciação se faz durante a assistência pré-natal. Nesta, quando se identifica ser a gestante Rh negativa, Du negativa, solicita-se a determinação do fator Rh do seu parceiro. Haverá

incompatibilidade sangüínea e portanto risco de imunização, quando o parceiro for Rh positivo ou Rh negativo, Du positivo. Existindo essa incompatibilidade no sistema Rh, solicita-se, mensalmente, a pesquisa de anticorpos anti-Rh (prova de Coombs indireta) no sangue da gestante. Permanecendo esta negativa durante toda a gestação significa que não se formaram anti-corpos anti-Rh no sangue materno e portanto não existe risco da doença hemolítica perinatal no recém-nascido desta parturição. Compete ao obstetra impedir que a parturiente se imunize administrando-lhe a imunoglobulina humana anti-Rh (D). Antes porém se faz necessário certificar-se se o recém-nascido é Rh positivo ou negativo. Para isso colhe-se sangue do cordão umbilical e determina-se não apenas o fator Rh, mas também o grupo sangüíneo e a prova de Coombs direta. Estará indicada a prevenção quando o recém-nascido for Rh positivo ou Rh negativo, Du positivo.

Aplica-se a imunoglobulina humana anti-Rh (D) quando os exames realizados durante a gravidez e no pós-parto revelarem:

- Parturiente Rh negativa;
- Parceiro Rh positivo ou Rh negativo, Du positivo;
- Determinação de anticorpos anti-Rh (prova de Coombs indireta) durante a gravidez, negativa;
- Recém-nascido Rh positivo ou Rh negativo, Du positivo;
- Determinação de anticorpos anti-Rh (no sangue do cordão umbilical (prova de Coombs direta) negativa.

Diante desses resultados, administra-se na parturiente 300 mg de imunoglobulina humana anti-Rh (D) pela via intramuscular. O período ideal para essa administração é até 72 horas pós-parto.

Ressalte-se no entanto, que essa dose de imunoglobulina

humana nem sempre é suficiente para prevenir a imunização; em cerca de 2% dos partos ocorrem hemorragias feto-maternas volumosas – acima de 25 mL de sangue, e se faz necessária a administração de outra dose.

Para se certificar se a dose de imunoglobulina foi adequada recorre-se a dois exames no sangue na parturiente: determinação de anticorpos passivos (IgG) e pesquisa de hemácias fetais. Isto se faz 24 a 48 horas após a administração da imunoglobulina humana anti-Rh (D).

Comprova-se que a dose aplicada foi adequada quando se identifica a presença de anticorpos passivos (prova de Coombs indireta positiva) e a ausência de hemácias fetais (prova de Kleihauer negativa). Se isto não acontecer, nova dose de imunoglobulina humana anti-Rh deve ser administrada. Saliente-se todavia, que a pesquisa de anticorpos passivos exige a realização da prova de Coombs com cuidados especiais, de modo a se identificar a presença desses anticorpos.

A assistência à parturição em parturiente já imunizada, dependerá do grau da imunização materna e de suas conseqüências sobre o feto. Isto também se comprova durante a gravidez realizando-se os exames complementares seguintes: determinação quantitativa de anticorpos anti-Rh no sangue materno; estudo espectrofotométrico do líquido amniótico e estudo do sangue fetal.

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE ANTI-CORPOS ANTI-RH NO SANGUE MATERNO – PROVA DE COOMBS INDIRETA QUANTITATIVA

A comprovação de anticorpos anti-Rh no sangue materno significa que a parturiente já está imunizada; resta então

determinar qual a intensidade dessa imunização. Com esse objetivo solicita-se inicialmente a prova de Coombs quantitativa. Na prática, no entanto, essa prova é pouco confiável; níveis baixos de anticorpos na gestante podem ser encontrados em gestações com fetos já bastante comprometidos; o inverso também acontece.

Positiva a prova de Coombs, torna-se necessário solicitar outro exame que revele de maneira mais adequada as condições fetais. Exceção se faz quando a prova de Coombs torna-se positiva pela primeira vez no final da prenhez – acima de 34 semanas e se pode confiar inteiramente no laboratório que a realizou.

ESTUDO ESPECTROFOTOMÉTRICO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

É o método indireto mais confiável para se avaliar o grau de anemia fetal. Deve ser sempre realizado quando se comprovar a presença de anticorpos anti-Rh no sangue materno, independente dos títulos registrados.

A repetição do exame dependerá do resultado encontrado no exame anterior e para sua interpretação recorre-se a tabelas própria. A nossa preferência é pela criada por Liley (1963) e modificada por Robertson (1966) (Figura 1)

Como se observa na tabela o resultado da espectrofotometria relaciona-se à idade gestacional e enquadra-se em uma das cinco zonas da figura.

Zona 3: O resultado espectrofotométrico, nesta zona, significa a presença de um feto em boas condições. A amniocentese será repetida após 30 dias. Enquanto permanecer nessa faixa, as punções serão mensais e a gravidez pode evoluir até o termo.

Zona 2B: Esse resultado significa feto comprometido

ligeiramente pela patologia. Seus níveis de hemoglobina oscilam entre 11,0 e 13,9 g por 100 mL. O intervalo entre as amniocenteses será de 21 dias. Permanecendo o mesmo valor, o feto deverá ser extraído entre a 37^a e 39^a semana de gestação.

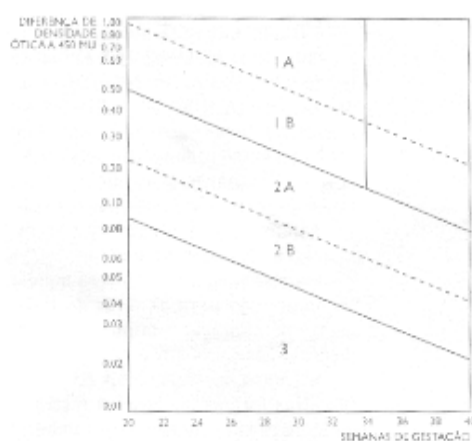


Figura 1 - Gráfico de Liley (modificado)

Zona 2A: Já caracteriza uma forma mais grave de doença. As taxas de hemoglobina estão entre 8 a 10 g/dL. O estudo do líquido amniótico será repetido entre 10 e 15 dias. A extração do feto far-se-á na 36^a semana.

Zona 1B: Indica feto bastante sensibilizado, com níveis de hemoglobina abaixo de 8 g/dL e pequena possibilidade de sobrevida intra-uterina. Se, no prazo máximo de 10 dias, nada for feito em seu auxílio, virá o óbito.

Em gestações que já ultrapassaram 33 semanas, os fetos devem ser retirados imediatamente, para que sejam tratados de forma conveniente.

Naqueles com 33 semanas, ou menos, sua remoção do útero seguramente os conduzirá à morte, em razão da prematuridade ou da agressividade do tratamento de que necessitam. Terão que ser tratados ainda dentro do útero, por meio de transfusão intra-uterina.

Zona 1A: A sensibilização fetal é extremamente grave e o prognóstico sombrio. A conduta é idêntica à preconizada com relação aos fetos enquadrados na Zona 1B. Apenas, necessita ser adotada com prazo mais curto, já que as possibilidades de sobrevida fetal intra-útero são mais reduzidas: cerca de sete dias.

ESTUDO DO SANGUE FETAL

O estudo do sangue fetal colhido por cordocentese permite analisar diretamente as condições fetais.

Por se tratar de um exame mais complexo, de realização mais difícil está indicado nos casos de imunização mais graves e mais precoces.

Na maioria das vezes a conduta na parturição da parturiente já imunizada baseia-se nos achados do estudo espectrofotométrico do líquido amniótico.

Nas parturientes já imunizadas – presença de anticorpos anti-Rh (D) na sua circulação sangüínea, é absolutamente contra-indicada a administração da imunoglobulina humana anti-Rh (D).

ASSISTÊNCIA AO PARTO PÉLVICO

Júlio Cesar Massonetto

A assistência ao parto pélvico sempre foi um procedimento dos mais difíceis e dos que mais exigem habilidade e experiência por parte da equipe assistente. Durante muito tempo, os riscos maternos e fetais inerentes ao parto pélvico por via vaginal foram subestimados em detrimento da “conduta acadêmica”. Na Obstetrícia Moderna, especialmente em nosso país, esta afirmativa já não ocupa o mesmo lugar; primeiramente, e acima de tudo, pelo respeito aos “2 pacientes” pelos quais somos responsáveis em nossa especialidade. Em segundo lugar, pelos riscos jurídicos inerentes a qualquer procedimento médico que resulte em insucesso.

Todas as manobras envolvidas nesta assistência são utilizadas tanto no parto vaginal quanto no parto cesáreo; por isso, é ingenuidade achar que a cesárea seja mais segura e traga menos morbidade materna e fetal e portanto, deva ter indicação absoluta nestes casos. Por estes motivos, devemos continuar fazendo e ensinando parto pélvico por via vaginal, porém, com critérios de seleção mais responsáveis e rigorosos.

INCIDÊNCIA: 3% a 5% das apresentações fetais.

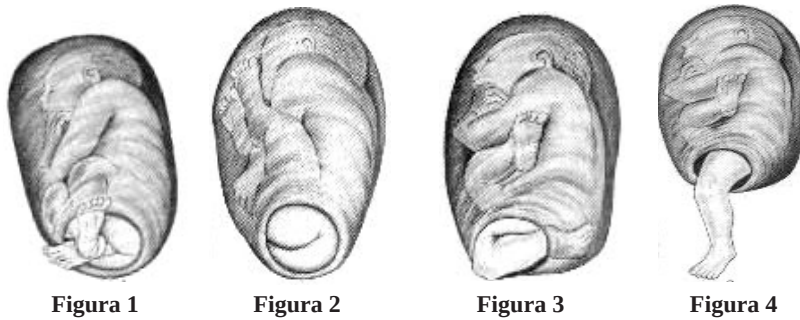
CLASSIFICAÇÃO:

1. Completa - pelvi-podálica (Figura 1)

2. Incompleta - modo de nádegas (“franca” para os americanos) - (Figura 2)

- modo de joelho (Figura 3)

- modo de pé (Figura 4)



FATORES DETERMINANTES

- Maternos
 - 1) Malformação uterina
 - 2) Vício pélvico
 - 3) Tumor prévio
 - 4) Multiparidade
- Fetais
 - 1) Prematuridade
 - 2) Gemelidade
 - 3) Malformação
- Anexial
 - 1) Localização placentária
 - 2) Poliidrânio
 - 3) Brevidade de cordão

CONDUTA NA ADMISSÃO

R-X de abdome - P.A. e perfil (ou preferencialmente ULTRA-SOM)

A – Confirmação do diagnóstico

B – Diagnóstico da apresentação

C – Avaliação do volume fetal e vias pélvicas

D – Diagnóstico de malformações fetais

E – Hiper-rotação e hiperextensão do pólo cefálico

F - Localização placentária

A ultra-sonografia ou o R-X têm como objetivo a *inclusão* da parturiente no grupo de parto vaginal.

INDICAÇÕES DE CESÁREA

1) Vício pélvico

2) Macrossomia ou malformação fetal

3) Distocia funcional

4) Nuliparidade

5) Cesárea anterior

6) Amniorrexe prematura

7) Apresentação modo de joelho ou pé

8) Hiper-rotação e/ou hiperextensão da cabeça

9) Peso fetal estimado < 1.500 g

10) Inexperiência ou insegurança do médico assistente

OBS: Todas as manobras descritas na assistência ao parto pélvico deverão ser seguidas também durante a cesárea.

ASSISTÊNCIA AO PARTO VAGINAL

1. Trabalho de Parto

- Evitar o uso de drogas sedativas

- Não usar ocitócico na dilatação
- Amniotomia tardia
- Expulsivo:
 - a) Raquianestesia em sela
 - b) Ocitócico
 - c) Episiotomia médio-lateral

2. Parto

Intervenções nas apresentações pélvicas

1. Extração pélvica:

A - Preensão dos pés:

Para extração pélvica completa. Pode ser bipodálica ou monopodálica; neste último caso, apreende-se primeiramente o pé anterior em relação ao púbis (pé bom – Figura 5).

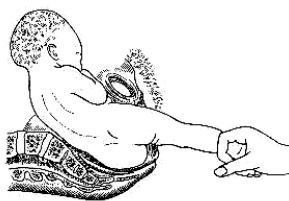


Figura 5 – Preensão do pé “bom”

B - Abaixamento do pé:

Para apresentações pélvicas francas não-insinuadas. Utiliza-se a manobra de Pinard-Kjelland (Figura 6).

C - Tração inguinal:

Para apresentação pélvica franca insinuada compreende:

- a) abaixamento do quadril anterior
- b) fixação do quadril anterior e extração posterior.



Figura 6 – Manobra de Pinard-Kjelland



Figura 7 - Tração bi-inguinal

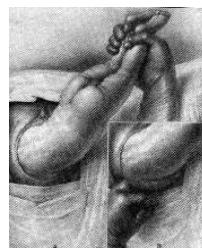
2. Desprendimento do pólo pélvico:

- não tracionar (apenas observe) - pode defletir o pólo cefálico;
- anteriorização do dorso fetal;
- alça do cordão umbilical (assistente);

3. Liberação das espáduas e braços:

- abaixar o feto colocando a espádua sob sínfise púbica, para liberação da espádua anterior (Figura 8);
- elevar o feto para liberação da espádua posterior (Figura 9).

Quando os braços estiverem defletidos e não se consegue liberá-los com a manobra anterior, podemos utilizar as manobras de Deventer-Müller (Figuras 10 e 11) ou, excepcionalmente, a de Rojas (Figuras 12 a 18).

**Figura 8****Figura 9**

Figuras 10 e 11 - Manobra de Deventer-Müller, para liberação dos braços defletidos; com movimentos de bascula, para liberação primeiramente do braço anterior e, posteriormente, do braço posterior.



Figura 12 – Manobra de Rojas, para liberação dos braços defletidos; consiste em rotação do feto para transformar o braço posterior em anterior e, após liberação deste, um movimento no sentido inverso para liberação final do outro braço.

4. Desprendimento do pólo cefálico

- Manobra de Bracht (Figura 13)
- Fórcepe de Piper ou Simpson (Figura 14)
- Manobra de Mauriceau (Figura 15)

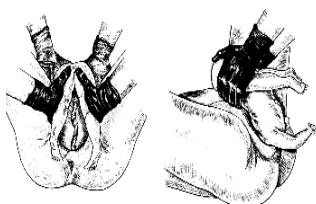


Figura 13 - Manobra de Bracht

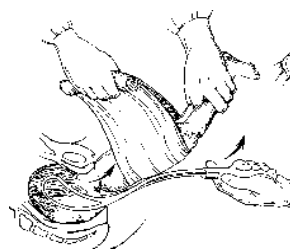


Figura 14 - Fórcepe de Piper

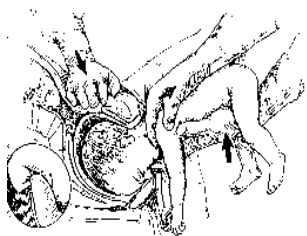


Figura 15 - Manobra de Mauriceau

Quando a manobra de Bracht for infrutífera para a liberação do pólo cefálico, pode-se utilizar a manobra de Trélat (deprimindo-se a parede vaginal posterior com o uso dos dedos médio e indicador ou com uma alavanca de Doyen, como na Figura 16) a fim de permitir a respiração fetal até que se aplique o fórcepe ou a manobra de Mauriceau (ou se aguarde um assistente mais experiente).

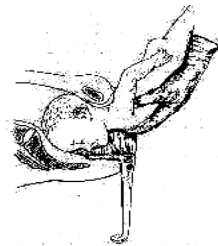


Figura 16 - Manobra de Trélat

Obs: 1. Durante todo o procedimento, o primeiro ou o segundo auxiliar-assistente deverá comprimir o pólo cefálico fetal a fim de mantê-lo fletido;

2. Após a expulsão fetal, realizar sistematicamente a revisão do canal de parto.

ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA DA PARTURIENTE COM CESARIANA PRÉVIA

Ângelo do Carmo Silva Matthes
Sérgio Pereira da Cunha

Toda paciente grávida deve fazer um acompanhamento de pré-natal sistemático e para a gestante com cesariana anterior, isto deveria ser compulsório. O número de parturientes que são submetidas à tomotocia tem aumentado nas últimas décadas, por isso torna-se imperativo a discussão do futuro obstétrico destas pacientes. Como nem sempre a próxima gestação será assistida pelo obstetra que fez a cesariana, este, obrigatoriamente, deveria entregar na hora da alta, um relatório do que ocorreu neste parto, em que a indicação da cesariana e o tipo de incisão no útero deveriam estar claramente explicitados, pois o futuro reprodutivo e também de qualidade de vida dependerão do que foi feito na cesariana anterior. O sucesso do próximo parto começa no pré-natal e para isso o conhecimento do passado obstétrico é fundamental.

O pré-natalista da paciente submetida a uma cesariana anterior, de posse do histórico de seu parto, saberá como transcorreu o trabalho de parto anterior em que houve a cesariana, se o colo do útero foi dilatado, se a incisão foi segmentar ou corporal, como foram as condições intrínsecas do ato operatório, como estava a implantação placentária e porque o

parto não foi vaginal e com certeza fará um acompanhamento adequado da gestação atual e terá condições de orientar a ultimização da gestação atual.

A realização de uma cesariana na primigesta ou a primeira cesariana de pacientes com partos normais, deveria ter uma indicação *sine qua non*, a criança não nasceria via baixa e se assim o fizesse, haveria risco de vida para ambos, pois esta realização altera o futuro reprodutivo da mulher.

Este ato obstétrico é definido como cesariana plenamente justificada, pois preserva a saúde da mãe ou protege a sua vida ou do feto e apresenta um menor risco para o binômio materno-fetal, menor do que o do parto vaginal. Encontramos estas indicações em pacientes com bacias anormais, na placenta prévia centro-total, nas apresentações anômalas, nas condições da mãe e ou do feto que não permitem um trabalho de parto sem causar dano aos componentes do binômio e diante de um sofrimento fetal confirmado em que a cesariana efetivamente será de melhor benefício. Atualmente com o aumento da prevalência de gestantes portadoras do vírus HIV, discute-se a cesariana eletiva para estas, para diminuição da transmissão vertical.

As cesarianas subseqüentes seriam eletivas para as gestantes que apresentassem nesta atual gestação as mesmas indicações que indicaram a cesárea do primeiro, contudo se nesta gestação, as condições anteriores não se repetirem, não há necessidade de se proceder a novo ato cirúrgico, sem se tentar um trabalho de parto prévio, fazendo uma prova de trabalho de parto que consiste na indução das contrações por gotejamento de ocitocina, provocando um trabalho de parto efetivo de 6 horas de duração e que deverá apresentar resposta com dilatação do colo uterino

e só na falha da indução é que estaria indicada nova cesariana, pois em algumas situações mesmo com mais de uma cesariana anterior, é possível ocorrer a parturição via baixa, desde que a paciente chegue ao hospital em fase adiantada do trabalho de parto e não mostre sinais de rotura uterina.

O axioma de Craigin “uma vez cesariana, sempre cesariana”, torna o medo da rotura uterina no principal motivo que os adeptos da repetição de cesarianas apregoam e argumentam que não tendo como saber como está a cicatriz uterina é mais seguro repetir a cirurgia do que correr o risco da rotura. Porém isto não se justifica, pois a incidência é baixa (0,7%), com mortalidade perinatal de 0,93% e podendo ser prevenida por exame de ultra-sonografia se realizada entre 36-38 semanas que mostra um risco aumentado quando o segmento uterino com cesariana anterior mede menos que 3,5 mm, com sensibilidade de 88,0% e especificidade de 73,2% e valor preditivo negativo de 99,3%.

Embora alguns autores ainda pensam como Craigin, por temor de que ocorram acidentes graves como a rotura uterina e a deiscência da cicatriz uterina, esta de condição menos grave e que pode ser resolvida com conduta conservadora após o parto e aquela muito mais grave, podendo levar à morte tanto da mãe quanto do feto. Porisso preconizam a realização de cesariana mesmo fora do trabalho de parto, sem levar em conta o agravo na morbiletalidade decorrente da repetição de cesarianas como o aumento da freqüência de placentas acretas e prévias nas gestações seguintes, havendo relatos na literatura que na média indicam 39,29% com uma cesariana anterior, 40% para duas cesarianas e 50% para 3 cesarianas e relato individual de 100%

para 2 cesarianas em um total de 210. Contudo corre-se o risco de retirarem fetos de pré-termo, que podem evoluir com desconforto respiratório ou até mais grave como membrana hialina, tendo sido relatado freqüência de 5,1% de desconforto respiratório em cesarianas eletivas acima de 37 semanas e abaixo de 39 semanas, não sendo indicado realizá-las abaixo desta idade gestacional.

Por outro lado, é unânime na literatura um aumento do número de cesarianas decorrentes de cesarianas anteriores; na Escola Paulista de Medicina, no período de 1975 a 1981, as cesarianas iterativas corresponderam a 31,83% das cesarianas realizadas no período. Na Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP a realização de cesariana iterativa mostrou em 2 estudos feitos em décadas diferentes, 47,91% para 1960 e 73,91% para 1980, sendo que neste último estudo, todas as cesarianas anteriores foram realizadas no mesmo serviço. Na Universidade de Campinas em 1987, correspondeu a 54% e na literatura em geral encontramos variação de 47 a 77%.

Porém para efeito prático devemos dividir as pacientes com cesariana anterior em duas categorias: as de uma cesariana anterior e as de duas ou mais, sendo que o intervalo de parto da cesariana anterior em relação ao parto atual, não tem grande importância desde que tenha aguardado a involução natural do parto anterior.

São fatores favoráveis para o parto vaginal em pacientes cesariadas: ter idade inferior a 20 anos, ter tido, além da cesariana, pelo menos um parto vaginal, ter tido a indicação da cesariana por doença da gestação e como fator desfavorável: ter idade materna acima de 35 anos.

Assim para as pacientes com apenas uma cesariana anterior, há necessidade de saber a causa de tal procedimento,

e se foi por indicação absoluta, por exemplo vício comprovado da bacia materna, nada há a fazer, senão repetir a cesariana, de preferência com 39 semanas de gestação e com certeza da maturidade do feto.

Se a indicação foi por uma causa relativa, por exemplo, sofrimento fetal agudo, aguarda-se a maturidade fetal e em torno de 37 semanas de gestação faz-se uma ultra-sonografia para avaliação do segmento uterino. Caso esteja com 3,5 mm, procede-se a nova cesariana com 39 semanas e se estiver com mais de 3,5 mm, deve-se aguardar pelo desencadear espontâneo do parto.

Se isto não ocorrer até a 42ª semana de gestação, deve-se submeter a paciente à prova de trabalho de parto que poderá evoluir de forma favorável, isto é, ocorrer parto vaginal, de preferência com ultimação por fórceps de alívio, e caso a prova seja desfavorável, indica-se nova cesariana.

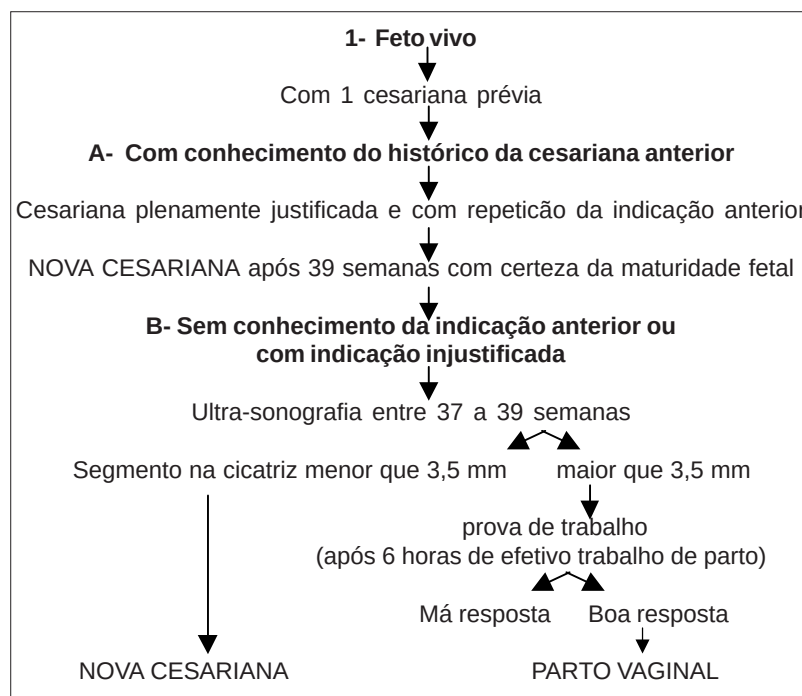
Após o parto vaginal, a revisão da cavidade uterina deve sempre ser sistemática, com atenção especial à área da cicatriz anterior, principalmente no parto vaginal, mormente a cesariana tenha sido o último parto, ou tenha ocorrido em qualquer parto anterior.

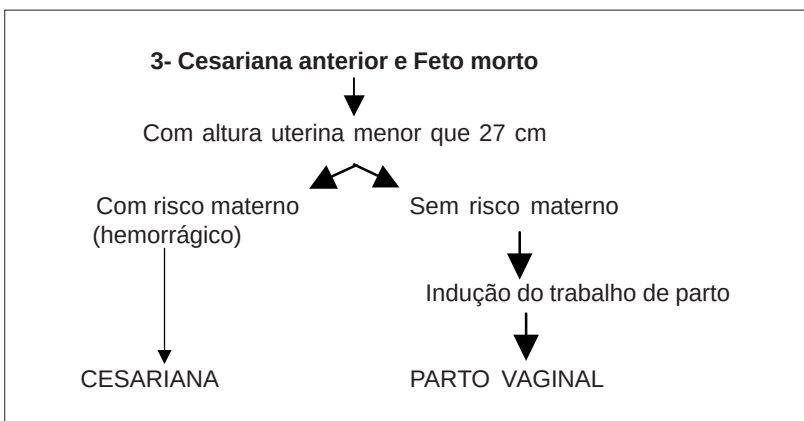
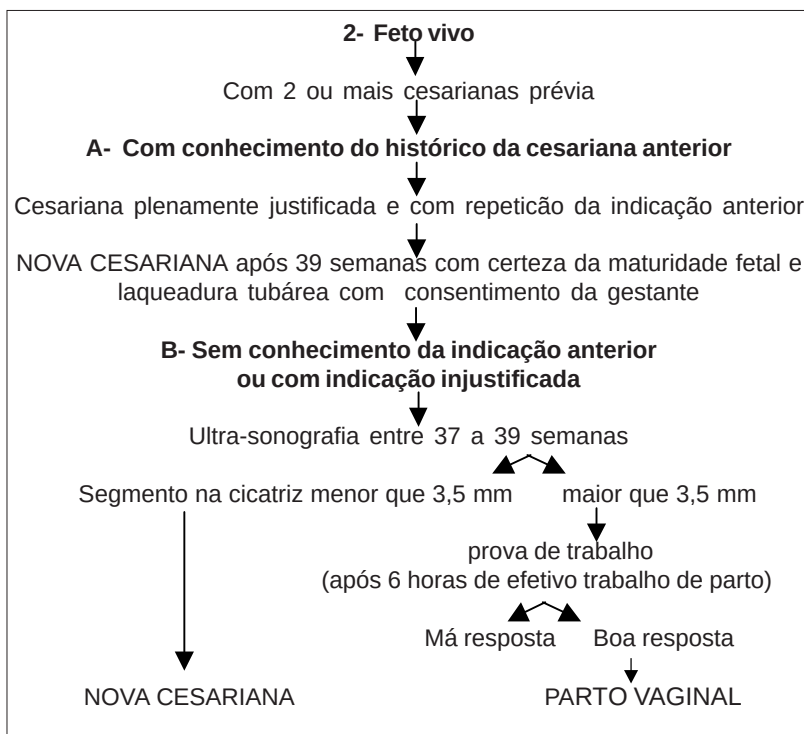
Verifica-se a partir da década de oitenta um aumento de partos transpélvicos em pacientes com tomotocia anterior de 7% para 18,5% e diversos trabalhos têm mostrado alta probabilidade de sucesso de resolução por via vaginal, em torno de 50% de partos de pacientes submetidas à prova de trabalho de parto com cesariana anterior, apresentação cefálica e sem indicação recorrente de nova cesariana, com morbidade e mortalidade maternas significativamente menores nestas pacientes.

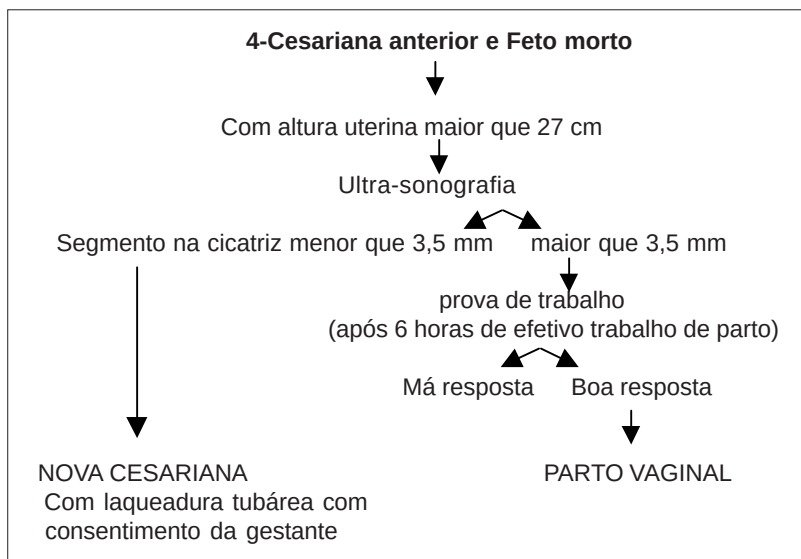
Uma situação especial ocorre na vigência de gravidez com feto morto e cesariana anterior, como já não há preocupação

com o feto, as atenções se voltam para a mãe e o que verifica-se na literatura é que em gestações com úteros de até 27 cm de altura, mesmo com mais de uma cesariana prévia e na ausência riscos de hemorragia obstétrica relevante, o trabalho de parto não impõe riscos adicionais para estas gestantes complicadas pelo óbito fetal, devendo nestas condições sempre ser tentada a via vaginal e acima de 27 cm, dever-se-á avaliar individualmente cada caso, optando-se por parto vaginal sempre que possível, desde que a mãe não corra riscos aumentados.

Assim, uma estratégia de conduta a ser seguida no atendimento de pacientes com cesarianas prévias deve obedecer aos seguintes critérios:







ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NO GEMELAR

Luiz Camano
Eduardo de Souza

A assistência à gemelípara inicia-se na admissão, quando enfatizamos os seguintes cuidados: anamnese pormenorizada e apurado exame clínico e obstétrico; avaliação ultra-sonográfica (apresentação e peso dos conceptos); análise da vitalidade fetal; acesso venoso; pronta disponibilidade de sangue e integração das equipes médicas e de enfermagem.

No parto gemelar deparamo-nos com sérias dificuldades, dentre as quais destacamos: prematuridade, apresentações anômalas, distocias, prolapso funicular, descolamento prematuro da placenta, maior incidência operatória, hemorragias do 3º e 4º períodos do parto, anoxia perinatal e tocotraumatismo.

Em nosso desejo de diminuir os elevados índices de morbidez e mortalidade perinatais, preocupamo-nos, sobremaneira, no eleger da melhor via de parturição. A cesariana tem sido empregada, em nossa Escola, em cerca de 50% dos casos de gestação gemelar. Outro aspecto encontrado em recente literatura pertinente, mesmo em revistas tradicionais da especialidade, é aquele dos relatos do chamado parto combinado, em que o primeiro feto é parturido por via vaginal e o segundo, por via alta. Nossa óptica, fiel aos ensinamentos clássicos não recomenda este procedimento e o aceitamos

somente em condições excepcionais. Não podemos questionar a ampliação da tomotocia bem indicada como notável conquista da Obstetrícia atual, porém, nos colocamos contra as mal indicadas, contra o absurdo do abuso de praticá-la sem a devida necessidade. Queremos, contudo, enfatizar, como argumento príncipe, que o parto cesáreo não garante menos risco de tocotraumatismo. Quem, por exemplo, não sabe resolver distocias inerentes ao parto vaginal num feto em apresentação anômala, também não vai resolvê-las a contento, na via abdominal.

Estas reflexões nos levaram a propor alguns parâmetros relevantes, em busca da melhor maneira de atender à parturição gemelar. A estes, denominamos “Elementos de Conduta na Parturição da Gemelípara”, cuja esquematização está anunciada no Quadro 1. Entre as características maternas as mais relevantes são:

- paridade: o risco relativo à mortalidade perinatal, no grupo de nulíparas, é de 1,5 vezes maior em relação às multíparas;
- cicatriz uterina prévia: há poucos relatos analisando a segurança de permitir parto vaginal na vigência de cicatriz uterina prévia. Em nossa óptica, é elemento importante a ser considerado, e a tendência é a repetição da cesárea.
- intercorrências clínico-obstétricas: uma avaliação criteriosa de cada caso será necessária, para verificar o quanto a patologia pode interferir na escolha da via de parto. Salientamos a freqüente associação, na gravidez múltipla, com a doença hipertensiva específica da gravidez, placenta prévia, amniorrexe prematura e distocia funcional.

Quadro 1 – Elementos de conduta orientadores na assistência à gemelípara

Maternos Antecedentes obstétricos Paridade Histerorrafia prévia Intercorrências clínico-obstétricas
Fetais Apresentação Idade gestacional e peso estimado Discordância de peso Corionia Vitabilidade Malformações Colisão
Condições assistenciais

Entre os elementos fetais orientadores da conduta, destacam-se, pela importância, a apresentação e o peso dos nascituros, que serão analisados simultaneamente. Quanto ao peso dos conceptos, dividimo-los em menores de 1.000 g, entre 1.000 g – 2.000 g e acima de 2.000 g. No que diz respeito à apresentação, lembramos que só em 45% deles, os dois são cefálicos, portanto em 55% das vezes, temos pelo menos um feto em apresentação anômala. Consideramos:

- C1 e C2 = quando os dois fetos estão em apresentação cefálica;
- C1 e nC2 = quando o primeiro é cefálico e o segundo não cefálico;
- NC1 = quando o primeiro feto não está em apresentação cefálica.

Assim, independente da apresentação, quando os fetos pesam menos de 1.000 g, em função do prognóstico ominoso que ainda apresentam na maioria das unidades neonatais, particularmente em nosso meio, optamos em princípio pelo parto por via vaginal.

Nos casos em que o peso estimado dos conceitos se situa entre 1.000 g – 2.000 g, nossa primeira recomendação é optar pela via baixa nos casos C1 e C2. Todavia, na presença de C1 – nC2 e nC1, nossa escolha é a cesariana, pois são conceitos suscetíveis, freqüentemente, a tocotraumatismos nas manobras obstétricas necessárias à parturição.

Em nascituros com peso estimado acima do 2.000 g, nossas recomendações são as seguintes: C1-C2 = via vaginal; nC1 = cesariana; C1 – nC2 = via vaginal, optando-se no nC2 pela versão ou extração pélvica.

Queremos enfatizar que, no atendimento ao parto vaginal do nC2, estamos indicando inicialmente a versão externa, imediatamente após ao parto do primeiro. Só executamos a versão interna quando não foi exequível a externa.

Outro elemento orientador da conduta na gemelípara é a chamada discordância de peso entre os nascituros, agravante da incidência de mortalidade perinatal. Em nossa óptica quando o segundo feto é o discordante maior, devemos nos preocupar fundamentalmente com o parto vaginal.

A corionia é também elemento de conduta a ser considerado. A mortalidade perinatal em gêmeos monozigóticos é o dobro da dizigótica. Cerca de 90% das placentas monocoriônicas apresentam alguma forma de

anastomose vascular e, dependendo da natureza e intensidade dessas comunicações, se estabelece a síndrome de transfusão feto-fetal.

Salientamos, na prenhez monozigótica monoâmica, a possibilidade de enovelamento dos funículos e, raramente casos de monstrosidade dupla.

Outro elemento de conduta é a vitalidade dos conceptos. A criteriosa avaliação clínica, a cardiotocografia, a ultrasonografia e a dopplervelocimetria nos permitem detectar a existência ou não de comprometimento do bem-estar dos fetos, o que obviamente influenciará na conduta obstétrica.

As malformações também devem ser consideradas na conduta. A gemelogênese conduz, por vezes, a anomalias do desenvolvimento, sendo mais encontrada nos monozigóticos, mesmo quando presente em um só dos conceptos. As monstrosidades duplas, particularmente, merecem atenção especial no que diz respeito à conduta. Nos dicephalus indicamos a cesariana e nos cephalothoracopagus recomendamos parto vaginal.

Chamamos de colisão à insinuação simultânea de duas apresentações, sendo pré-requisitos para o evento: bacia materna ampla e fetos pequenos. Pode ocorrer em todas as variedades de apresentação. A mais comum, todavia, é aquela do feto A pélvico e do B cefálico. Entre as normas básicas no atendimento da colisão, destacamos: nunca tracionar o feto A (para não transformar a colisão em irreversível), e tentar mobilizar o feto B. Nos casos mais encontrados, em que o feto A é pélvico, conseguimos exteriorizá-lo até o desprendimento do bisacromial. Nesta eventualidade tentamos mobilizar a

cabeça do feto B. Na falta de êxito desta manobra, estando vivo o feto A, liberamos a cabeça do feto B por meio do fórcepe e termina-se o parto do feto A. Ocorrendo o decesso do feto A, indicamos degola e resolução do parto do feto B.

As condições assistenciais são, por fim, também elemento de conduta na parturição da gemelípara. Julgamos que a gemelípara deve ser atendida em maternidade de referência, impondo-se a presença de dois obstetras (pelo menos um deles de reconhecida experiência), dois neonatologistas, anestesista e enfermagem, todos de excelência.

Queremos concluir de forma clara e inequívoca, que os elementos preditos de conduta, orientadores na eleição da via de parturição na gemelípara, deverão ser valorizados não de maneira isolada, e sim no conjunto, pelo tocólogo, à luz da sua vivência na arte e na ciência obstétrica.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NO DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

Luciano Nardozza
Luiz Camano

TRATAMENTO

I - Tratamento Profilático

O pré-natal dinâmico e atuante efetivamente desempenha papel de importância na prevenção do DPP.

Consiste na assistência cuidadosa às gestantes mais suscetíveis ao *abruptio placentae*, ou seja as multíparas de condições socioeconômicas desfavoráveis, às pacientes que já apresentaram DPP em gravidizes anteriores e, fundamentalmente, às hipertensas.

O tocólogo deve evitar que, nestas pacientes, se some a moléstia hipertensiva específica da gravidez, uma vez que é conhecido o fato de que a hipertensão de base atrai aquela entidade mórbida. Insistimos, nas gestantes hipertensas, no parto antecipado, em época oportuna, dependendo dos antecedentes obstétricos e da intensidade da hipertensão arterial.

II - Tratamento Clínico e Medicamentoso

- Tratamento de Choque

A pronta correção da hipovolemia é básica no prognóstico materno. Cateteriza-se uma veia calibrosa, colhe-se sangue para as provas laboratoriais e trata-se de corrigir o estado

hemodinâmico da paciente, sempre controlando a pressão venosa central, que fornece índice importante do retorno cardíaco. A pressão arterial, bem como a perda sangüínea externa, pode não espelhar as condições gerais da paciente, pois grande número delas (75%) são hipertensas e os valores tensoriais, supostamente normais, não dão real idéia do estado hemodinâmico. Na correção da hipovolemia, dá-se preferência à transfusão de concentrado de glóbulos, ricos em fatores da coagulação, e devem-se evitar os expansores do plasma, por estes inibirem a adesividade e conseqüente agregação plaquetária.

- Tratamento da insuficiência renal

A melhor de evitarmos esta grave complicação do DPP constitui na conduta inteligente de evitarmos o choque.

- Tratamento dos distúrbios da coagulação

A reposição sangüínea constitui a medida terapêutica básica e representa o tratamento inicial e obrigatório. Este fornece ao organismo uma série de elementos da coagulação e proporciona meios para correção da hemostasia. O uso de heparina tem indicação excepcional, nos casos de CIVD e não com o útero cheio (Neme, 1971); não a temos usado no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo. A histerectomia teria sua indicação na vigência de atonia uterina, que raramente detectamos nos casos de aplopexia utero-placentária. Finalmente, não devemos subestimar o pós-parto, principalmente no controle da anemia e vigilância da diurese.

III-Tratamento Obstétrico

No tratamento do DPP há um histórico a se considerar. Em passado mais remoto, Volpeau e seus seguidores, quando o

parto no DPP não se processava rapidamente, pelo pavor da hemorragia, passavam à dilatação digital ou instrumental do colo. Realizavam o chamado parto forçado, acrescentando ao DPP o trauma materno com uma série de conseqüências que mais obscureciam o prognóstico materno.

Em nosso século, Couvelaire, em 1922, introduziu a cesárea seguida de histerectomia subtotal, na tentativa de evitar as hemorragias do parto e do pós-parto. Esta terapêutica multiladora foi posteriormente abrandada, passando a histerectomia a complementar a cesárea quando o útero não apresentasse contração satisfatória.

Solomons em 1933, em conduta diametralmente oposta, ou seja, essencialmente conservadora, preconiza a resolução do parto por via vaginal. Propõe rotura das membranas ovulares, uso de antiespasmódicos e tratameto do choque feito na época por meio de solutos e analépticos.

A comparação dos resultados obtidos por Couvelaire e Solomons e seus seguidores mostraram mortalidade materna praticamente igual nas duas orientações.

Em nossos dias, o desenvolvimento dos bancos de sangue a da anestesia, o aparecimento dos antibióticos, o conhecimentos das coagulopatias contribuem para com que não sejamos intervencionistas sistemáticos nem conservadores ortodoxos. Esquematizamos, como segue, a conduta obstétrica com feto vivo e com feto morto.

- Feto vivo e viável

Nesta eventualidade, impõe-se resolução imediata do parto, escolhendo-se a intervenção obstétrica em função das condições materno-fetais. Assim, quando estas impedem a

resolução imediata do parto por via vaginal, não se justifica qualquer conduta expectante, optando-se pela cesariana.

-Feto morto e/ou inviável

Executamos de imediato amniotomia, cujas vantagens são inúmeras: reduz a compressão da veia cava inferior; dificulta a ampliação da área de descolamento placentário; melhora a hipertonia uterina, colaborando para coordenar as contrações; diminui a hemorragia; evidencia a presença de hemoâmnio; diminui a pressão intra-uterina; diminui a incidência das coagulopatias ou melhora-as, quando já instaladas; diminui o chamado reflexo útero-renal e induz ou acelera a evolução do parto.

Administramos, também, derivados da meperidina que, além de ação sedativa, favorecem a evolução do parto por ação coordenadora das contrações.

Reservamos, de maneira excepcional, o emprego de ocitócico, para os casos em que a hipertonia não é acentuada e o parto não evolui satisfatoriamente. A nossa observação evidenciou que, uma vez realizada a amniotomia, administrados os derivados da meperidina e algumas vezes o ocitócico, o parto vaginal ocorreu em 61,27% em menos de seis horas (Camano e col., 1974).

Indicamos cesárea no DPP com feto morto quando:

- não houve evolução do parto em cerca de 4 horas, ou quando, após cerca de uma hora, depois da reavaliação das condições obstétricas, não tenha havido evolução da parturição;
- a hemorragia é pronunciada e a espera poderia agravar o prognóstico materno;
- na vigência de coagulopatia.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS

Abês Mahmed Amed
Luiz Camano

A assistência à parturição na gestante com rotura prematura espontânea de membranas merece atenção particularizada, pois, nesta intercorrência que ocorre em aproximadamente 12% das grávidas e destas, aproximadamente 1/3 dos casos acontece no pré-termo, podemos nos deparar com situações de condutas controvertidas e de resolução mais difícil que o habitual, com repercussões que ensombrecem as morbidades materna e fetal, a mortalidade, principalmente neonatal e às vezes o futuro obstétrico destas mães.

Estas considerações ganham importância na rotura prematura pré-termo das membranas, situação em que o período de latência costuma ser mais prolongado, o risco de infecção maior, as condições de indução mais desfavoráveis, além da incidência aumentada de apresentações anômalas decorrente da prematuridade, ocasionando em partos cesáreos, sangramentos uterinos mais abundantes por concomitarem freqüentemente com segmento inferior malformado, além de dificuldades para extração do feto. Saliente-se, ainda, a necessidade maior de incisões segmento-corporais, quando não, da ominosa incisão em T, segmentar e segmento-corporal.

Nas gestações de termo, em aproximadamente 50% dos

casos, o parto desencadeia-se espontaneamente nas primeiras 24 horas e em 80% após 48 horas da intercorrência, não ocasionando grandes dificuldades na assistência à parturição.

Com frequência, a gestante já ingressa na maternidade decorridas algumas horas da rotura das membranas, apresentando contrações de parto esporádicas e colo mais favorável para indução ou condução do parto. Internada e feito o preparo habitual, desde que não haja contra-indicações para a indução, a praticamos de imediato, cuidadosamente, com gotejamento endovenoso de ocitocina ou com misoprostol intravaginal, na dose de $\frac{1}{4}$ de comprimido de 200 μg a cada 12 horas.

Os toques vaginais devem ser realizados para avaliação da evolução do caso, baseados na dinâmica uterina, evitando-se reavaliações muito frequentes ou desnecessárias, pois que, aumentam o risco de infecção.

O partograma auxilia-nos sobremaneira, principalmente em locais onde o atendimento médico não é longitudinal, ou seja, mais de um profissional controla a parturiente.

Durante o trabalho de parto, temos preconizado a administração de antibióticos, habitualmente a cefalotina, na dose de 1,0 grama endovenosa, a cada 6 horas.

Desencadeado o trabalho de parto, o acompanhamento do mesmo deve ser rigoroso, com controle sistemático da dinâmica uterina e dos batimentos cardíacos fetais, por quaisquer métodos disponíveis, desde o estetoscópio de Pinard até a monitoração fetal externa contínua, que é a por nós preconizada, para detectar alterações da vitalidade fetal por desacelerações importantes, seja por compressão do cordão,

decorrentes da pouca quantidade de líquido amniótico ou de incoordenação das contrações uterinas, em geral, taquissistolias ou hipertônias, quase sempre devidas ao uso inadequado de ocitócicos ou de casos mal selecionados e desfavoráveis para a indução.

Nas gestantes de termo, primigestas, com feto em apresentação pélvica, temos indicado resolução por via alta. Se múltiparas, sem cicatrizes uterinas, temos esperado o parto por via baixa, desde que avaliados criteriosamente o tamanho do concepto e condições favoráveis da bacia e colo para o parto espontâneo ou induzido.

Nas pacientes com uma cesariana prévia, colo favorável e fetos não muito grandes, esperamos o parto espontâneo, utilizando, quando necessário, com muito critério e cuidado, a ocitocina. Não temos nos valido, nestes casos, do misoprostol.

Nas gestações em que a rotura das membranas ocorreu no pré-termo e a conduta indicada tenha sido expectante, temos:

- Desencadeado o trabalho de parto espontâneo, esperamos nas apresentações cefálicas, com fetos sem quaisquer comprometimento da vitabilidade ou infecção, o parto por via baixa.

- Nas situações em que passamos para a conduta ativa, baseados na idade gestacional, praticamos a indução com misoprostol ou ocitocina.

- Nas falhas de indução, sofrimento fetal ou infecção intraparto, optamos pelo parto cesáreo.

- Nos fetos em apresentação pélvica completa ou incompleta modo de nádegas, em múltiparas sem cesarianas prévias e com peso estimado ultra-sonograficamente abaixo de 1.000 gramas

ou acima de 2.500 gramas, tentamos o parto vaginal. Nas primigestas, nas com cesarianas prévias, nos fetos com peso estimado entre 1.000 e 2.500 gramas, optamos pela cesariana.

- Nas gestações abaixo de 26 semanas, praticamos a indução imediata.

- Acima de 26 semanas, se instalada infecção intra-uterina ou comprometimento da vitalidade fetal, indicamos resolução por via alta.

- Nos óbitos fetais, em qualquer idade gestacional, salvo contra-indicações absolutas de indução do parto, praticamo-la de imediato.

Quanto aos aspectos técnicos da assistência à parturição na rotura prematura de membranas, principalmente nos casos em que optamos pela cesariana, alguns cuidados devem ser observados:

- Na escolha da incisão na pele, habitualmente, optamos pela de Pfannenstiel ou acompanhamos a cicatriz anterior se houver cesariana prévia. Nos casos que julgamos com probabilidade grande de segmento inferior mal-formado, em especial nos pré-termos, nas apresentações pélvicas ou córmicas, nas quais a incisão uterina poderá ser segmento-corporal ou corporal, é melhor praticarmos a incisão longitudinal na parede abdominal.

- Preconizamos proteção dos bordos da incisão cirúrgica com compressas.

- Nas situações em que a indicação operatória foi infecção intraparto, achamos oportuno a colocação de compressas embebidas em soro fisiológico morno na cavidade abdominal, para protege-la do líquido amniótico, que também deverá ser

aspirado, quando da histerotomia, com aspirador elétrico. Retirado o feto, o cirurgião e o primeiro auxiliar devem trocar de luvas, prosseguindo o restante da cirurgia como de rotina.

- Nos casos com infecção intra-parto comprovada, preconizamos antibioticoterapia terapêutica, no puerpério, com 500 mg de cefalexina a cada 6 horas por 7 dias.

- Quando não houver sinais de infecção, optamos pela antibioticoterapia profilática, com 2,0 gramas de cefalotina por via endovenosa, após a dequitação, além de mais 2,0 gramas após 6 e 12 horas, no puerpério.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NO CRESCIMENTO FETAL RESTRITO

Sandra Maria Alexandre
Luiz Camano

O crescimento fetal restrito constitui intercorrência obstétrica responsável por elevados índices de morbidez e mortalidade perinatais. É definido por processo patológico capaz de modificar o potencial de crescimento do produto conceptual, de forma a restringir o desenvolvimento intra-uterino. Associa-se a amplo espectro de fatores etiológicos, incluindo causas maternas, fetais e em decorrência da insuficiência vascular útero-placentária.

Uma vez diagnosticado, deve-se proceder à classificação (tipo I, simétrico, harmônico ou tipo II, assimétrico, desarmônico) pelo emprego de propedêutica subsidiária complementar (ultras-onografia e dopplerfluxometria). É imprescindível a investigação etiológica, pois a conduta durante a gravidez e a parturição dependem deste fatores.

O crescimento restrito do tipo I (proporcionado) inclui os casos de pior prognóstico, por relacionar-se a várias malformações e anomalias incompatíveis com a vida. Não obstante, cumpre salientar que o avanço da terapêutica fetal vem proporcionando melhores resultados prognósticos.

Nos casos de restrição do tipo II (desproporcionado), a conduta obstétrica expectante na gestação, restringe-se à

monitorização da maturidade e vitalidade fetais, com antecipação do parto quando a primeira estiver presente ou a segunda, comprometida. Concomitantemente, avaliam-se as condições maternas objetivando o tratamento clínico das patologias associadas (particularmente a hipertensão arterial).

No decorrer da conduta expectante, o emprego do corticosteróide constitui importante medida para acelerar a maturidade pulmonar e reduzir o risco de hemorragias intracranianas no produto conceptual. Utiliza-se a betametasona na dose diária de 12 mg por via intramuscular, durante dois dias consecutivos, com a possibilidade de repetição da pulsoterapia semanalmente. Os melhores resultados são obtidos de 28 a 32 semanas, podendo estender-se a idades gestacionais compreendidas entre 24 e 34 semanas.

Considerando-se que até o presente não dispomos de tratamento intrauterino que interrompa eficazmente o processo de desnutrição fetal, o mais importante é a determinação do momento ideal para o parto. Esta decisão deve ser embasada fundamentalmente em quatro parâmetros: a idade gestacional, a etiologia da restrição, a probabilidade de sobrevida extra-uterina e o nível tecnológico da instituição em que ocorrerá a assistência obstétrica e neonatal. Há consenso na literatura que os resultados perinatais são melhores quando optamos por entregar ao neonatologista recém-nascido de menor idade e em melhores condições de oxigenação, que postergamos o nascimento quando o grau de hipóxia intra-uterina já é grave.

A eleição da via de parto deve ser, sob nossa óptica, particularizada caso a caso, na dependência das condições clínicas e obstétricas maternas e, também, das reservas de oxigenação fetal.

A maioria dos autores concorda que, reconhecido o crescimento retardado no período anteparto, os índices de cesárea alcançam valores elevados, próximo a 60%. Nossa estatística, no Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo-Escola Paulista de Medicina, é semelhante – cerca de 55% de partos via alta na vigência de restrição ao crescimento fetal, com elevada frequência de prematuridade (40%), sendo que metade apresenta idade inferior a 34 semanas. As principais indicações incluem o sofrimento fetal agudo e crônico, além de inúmeras intervenções obstétricas eletivas, decorrentes de patologias maternas que por sua vez, foram as responsáveis pelo agravo ao desenvolvimento do conceito e que impossibilitam a indução por via vaginal. É importante ressaltar que no crescimento retardado, a prematuridade é consequência tanto da necessidade de antecipação do parto por comprometimento da vitalidade do conceito ou pela gravidade das intercorrências clínicas e obstétricas maternas, como também por fatores epidemiológicos e etiológicos que por si mesmos determinam maior frequência de pré-termos, como o nível socioeconômico inferior, a desnutrição protéico-calórica e o tabagismo maternos.

Devemos salientar que, ao se optar pela via baixa, a indução e a condução do trabalho de parto devem ser extremamente cautelosas e com monitorização contínua da vitalidade fetal por meio de cardiotocografia e, eventualmente, gasimetria. Estes cuidados devem-se ao risco de se sobrepor uma hipóxia aguda a um quadro de sofrimento crônico. Ressalta-se que fetos desnutridos dispõem de menor reserva de energética para suportar a hipóxia da atividade uterina de trabalho de

parto, desenvolvendo com maior facilidade quadros de acidose metabólica. Ademais, o processo de centralização da circulação, determinando redução do débito urinário do produto conceptual, freqüentemente conduz a oligoidramnia, condição que pode determinar desacelerações umbilicais graves e freqüentes no decorrer do trabalho de parto.

Ressalte-se, também, que na presença de mecônio espesso durante a indução do parto, deve-se indicar a cesariana imediatamente pois há maior risco de aspiração maciça.

Na assistência ao primeiro período clínico do parto constituem medidas coadjuvantes a manutenção do decúbito lateral esquerdo e a adequada oferta calórica endovenosa à parturiente.

Há escassos estudos na literatura quanto a eventuais efeitos adversos da analgesia intraparto em fetos portadores de crescimento retardado. Quanto à anestesia durante o período expulsivo, recomenda-se que seja evitada ao máximo a geral, por aumento do risco de depressão respiratória com necessidade de intubação neonatal. Provavelmente, este evento decorra do comprometimento metabólico destes conceitos com elevada chance de desenvolvimento de hipóxia intraparto e acidose.

Em relação à assistência ao período expulsivo no parto vaginal, ressaltamos que o emprego do fórcepe deve ser extremamente criterioso, devido ao maior risco de tocotraumatismos determinando sangramentos intracranianos.

A prematuridade e a hipóxia intra-uterina crônica são responsáveis por um sistema de contenção cerebral fetal mais frágil, motivo pelo qual contra-indicamos o emprego do fórcepe de alívio nos casos em que o peso estimado for inferior a 1.500

gramas. Pelo mesmo motivo é recomendada via alta para apresentações pélvicas com peso calculado inferior a 2.500 gramas.

Cabe lembrar que há a possibilidade de hemorragias cerebrais também no parto cesáreo, devendo-se estar atento no intra-operatório para indicar a histerotomia que proporcione menor trauma à extração fetal.

Imediatamente após o nascimento deve-se clampar o cordão, evitando a hiperviscosidade sanguínea pós-natal e proporcionando ao neonatologista a oportunidade de avaliar o grau de hipóxia e promover as medidas de oxigenação cabíveis o mais rápido possível.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA PREMATURIDADE

Eduardo de Souza
Luiz Camano

A prematuridade constitui o problema perinatal mais sério em nossos dias, a despeito dos avanços na Perinatologia e da criação das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal, sendo responsável por cerca de 75% da morbidade e mortalidade perinatal.

O conceito de prematuro sofreu evolução importante desde que o termo foi proposto por Ylppo, em 1919. A Organização Mundial da Saúde, em 1972, definiu o pré-termo como o nascido com menos de 37 semanas completas ou 259 dias, não importando o seu peso. Recomendou, ainda, calcular a idade gestacional tomando por base o primeiro dia do último ciclo menstrual regular.

Apesar do melhor conhecimento dos fatores envolvidos na parturição prematura e dos recursos para bloquear o trabalho de parto pré-termo, a incidência de partos prematuros não tem declinado nas últimas décadas. Ocorre aproximadamente em 5 a 8% das gestações nos países desenvolvidos. Na Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina esta incidência encontra-se em torno de 20 a 22%. Percebe-se, portanto, que esta elevada incidência torna-se uma situação preocupante e desafiadora para a Obstetrícia atual, que busca

formas efetivas e práticas para promover a prevenção adequada da prematuridade.

Diante de trabalho de parto prematuro, o obstetra poderá utilizar-se dos chamados tocolíticos (Quadro 1). Recomendamos rigor nessa caracterização: presença de duas ou mais contrações rítmicas e dolorosas a cada dez minutos, promovedoras de modificações cervicais; os casos duvidosos podem merecer acompanhamento das contrações por período mais prolongado.

Quadro I – Classificação das substâncias uterolíticas

Determina a refratariedade da fibra miometrial	progesterona
Inibidores da ocitocina	álcool etílico (etanol)
Antagonistas da ocitocina	atosiban
Beta-adrenérgicos (ativação da adenilciclase)	ritodrina fenoterol salbutamol terbutalina
Inibidores das prostaglandinas (inibição da ciclooxigenase)	indometacina aspirina naproxeno fenopropeno ibuprofeno
Alteram o potencial eletromagnético da fibra miometrial	inibidores do cálcio – nifedipina sulfato de magnésio
Inibidores da fosfodiesterase	teofilina
Precursos do óxido nítrico	trinitrato de glicerila
Outros	diazóxido halotano

A utilização desses medicamentos em gestante pré-termo tem a finalidade de prolongar a gravidez, por um período de 48 a 72 horas, intervalo de tempo suficiente para a transferência da parturiente para um centro de referência, bem como para a utilização de drogas que aceleram a maturidade pulmonar fetal.

Preconizamos a ministração precoce, com dilatação e esvaecimento iniciais, no período de latência do trabalho de parto prematuro, em idade gestacional entre 22 e 34 semanas, com bolsa íntegra, e após assegurada a vitalidade fetal.

Esses medicamentos apresentam contra-indicações e diversos efeitos colaterais, devendo ser empregados com extrema cautela e com indicação e objetivos precisos.

Temos preconizado a avaliação do bem-estar fetal, previamente à instituição da tocolise, por meio da cardiotocografia basal e/ou estimulada, por se tratar de metodologia confiável e disponível a qualquer hora do dia, inclusive nos fins-de-semana. Diante do diagnóstico de sofrimento fetal, impõe-se não inibir o trabalho de parto, já que este pode ser a única opção para a salvaguarda fetal num ambiente hostil. Sempre que possível, utilizamos também outros métodos, tais como a amnioscopia, amniocentese, perfil biofísico fetal e dopplervelocimentria. A contagem diária dos movimentos fetais devem ser acrescentadas a estes métodos no acompanhamento fetal após a inibição do trabalho de parto pré-termo.

A nossa preferência, atualmente, é pelo uso dos betamiméticos. Utilizamos a terbutalina em infusão intravenosa (5 ampolas em 500 mL de solução glicosada a 5%, com gotejamento controlado inicial de 20 a 40 gotas por minuto,

no máximo 100 gotas por minuto). Procuramos obter a tocólise o mais rápido possível, mantendo a infusão intravenosa por cerca de 12-18 horas. Fazemos a manutenção por via subcutânea (meia ampola a cada 6 horas, durante 3 dias). Não recomendamos betamiméticos por via oral.

Entretanto, diante de contra-indicações para o uso de betamiméticos (como hipertiroidismo, cardiopatia materna, gestação múltipla, entre outros), devemos escolher outro medicamento capaz de postergar o parto prematuro. Temos nos socorrido, nessas eventualidades, dos inibidores de prostaglandinas (principalmente a indometacina, na dose de 100 mg por via retal de 12 em 12 horas por 72 horas), dos bloqueadores de canais de cálcio (como a nifedipina, na dose oral de ataque de 30 mg, com manutenção de 10 a 20 mg a cada 8 horas por 3 dias), e o sulfato de magnésio, na dose de 4 g intravenosas no ataque, e 1 a 2 g intravenosas por hora durante 24 horas.

Obviamente, o tratamento com tocolíticos deverá ser revisto na presença de exuberantes efeitos colaterais, bem como no aparecimento de sofrimento fetal.

Temos evitado, também, realizar o tratamento concomitante com múltiplos agentes medicamentosos. Este procedimento só deve ser utilizado em casos individualizados. E, diante de recorrência do trabalho de parto prematuro, temos advogado a reavaliação global do caso antes de reintroduzir nova terapêutica uterolítica.

Concomitante ao uso dos tocolíticos, temos indicado a corticoterapia antenatal com o objetivo de promover aceleração da maturidade pulmonar fetal. O tratamento consiste na

aplicação intramuscular de 12 mg de betametasona por dia, em dois dias consecutivos, repetidos semanalmente. Mais recentemente, devido à intensificação do uso da corticoterapia antenatal, deparamo-nos com o uso repetitivo semanal do medicamento. Os efeitos benéficos ou adversos dessa terapia prolongada ainda carecem de maior investigação. Temos restringido o uso a, no máximo, 2 ciclos de corticóide. Lembramos que a associação de betamiméticos e corticóide pode promover quadros de edema agudo de pulmão, impondo-se cautela na sua utilização.

Quanto à assistência ao parto prematuro, a diminuição da mortalidade neonatal entre esses recém-nascidos só poderá ser conseguida quando a condução adotada durante a parturição conseguir evitar, ao máximo, a anoxia e o trauma fetal; e também, quando houver possibilidades plenas, em centros neonatais especializados, de dispensar cuidados intensivos ao pré-termo.

Julgamos de grande relevância, portanto, que o parto prematuro seja assistido em hospital de referência com adequados recursos na sala de parto e possuidor de primorosa unidade de terapia neonatal. É impositivo o apuro dos profissionais da equipe médica e paramédica, sendo obrigatória a presença de dois obstetras, um dos quais com consolidada experiência; de anestesiológista dedicado à Obstetrícia; de dois neonatologistas de excelência e de atuante equipe especializada de enfermagem.

Permanece polêmica a natureza da via de parto do nascituro pré-termo. Alguns fatores a influenciam: idade gestacional e peso fetal estimado, o passado obstétrico da

parturiente, a presença de crescimento fetal restrito, hemorragias da segunda metade da gravidez, sinais de comprometimento da higidez conceptual intraparto, a duração do trabalho de parto, a presença de infecção intra-amniótica, a apresentação do feto, a gemelidade e a presença de intercorrências clínicas (principalmente a hipertensão arterial e o diabetes melito).

Nos serviços que possuem berçário de excelência, há autores que na apresentação cefálica com idade gestacional menor que 28 semanas (ou 1.000 gramas de peso fetal estimado), escolhem a parturição por via transabdominal. Julgamos que esta conduta não atende à realidade nacional. Destarte, temos preconizado a via baixa na apresentação cefálica, independentemente do peso fetal calculado.

Nas apresentações pélvicas, todavia, com peso do nascituro estimado entre 1.000 e 2.000 gramas (cerca de 28 a 34 semanas), a nossa preferência é pela indicação da cesariana, com o desiderato de diminuir a morbidez e a mortalidade neonatais. Esse critério de peso e idade gestacional, entretanto, não são absolutos e imutáveis.

Em relação ao parto pélvico em gestação com mais de 34 semanas, julgamos que a decisão da via de parto deve seguir os princípios básicos fundamentais, chamados de elementos de conduta, que regem a escolha da via de parto, optando-se pela cesárea quando as condições forem desfavoráveis.

Devemos, contudo, tomar medidas de proteção ao conceito, com o desiderato de oferecer aos berçaristas produtos com potencialidades as mais intactas possíveis. A má oxigenação do produto conceptual durante o trabalho parturitivo deverá

ser rastreada em todos os casos, obrigatoriamente, através do registro eletrônico contínuo dos batimentos cardíacos fetais e das contrações uterinas maternas através da cardiotocografia, lembrando que a interpretação dos registros nos conceptos muitos prematuros pode oferecer maiores dificuldades. Caso a frequência cardíaca não possa ser monitorizada continuamente, ela deverá ser avaliada a curtos intervalos utilizando-se o estetoscópio de Pinard ou o sonar Doppler, por pessoal adequadamente treinado. Em face de suspeita de sofrimento fetal à cardiotocografia, o diagnóstico de certeza será feito, quando disponível, pela determinação do pH e da gasimetria do sangue capilar fetal obtido por micro-incisão no couro cabeludo ou na nádega. Enfatize-se que o concepto pré-termo, à semelhança do que apresenta crescimento restrito, tem menor tolerância à asfixia que o de termo e, por conseguinte, episódios hipóxicos repetidos, mesmo de curta duração, podem conduzir à acidose láctica muito mais precocemente.

No que tange à amniotomia, esta deve ser praticada somente no final da cérvico-dilatação, com o objetivo de prevenir a contaminação da cavidade âmnica pelos microrganismos da vagina, minimizando-se, assim, a maior propensão dos prematuros aos processos infecciosos. Além disso, cumpre proteger o delicado pólo cefálico fetal das pressões que sóem acontecer durante sua parturição.

No que diz respeito ao uso de analgésicos, é de bom alvitre não utilizar fármacos sedativos ou narcóticos para evitar os riscos de depressão sobre os centros respiratórios fetais, geralmente pouco maduros. Outrossim, freqüentemente se esquece o obstetra de que podemos empregar outras técnicas de alívio

das dores do trabalho de parto, tais como a respiração adequada, as massagens lombares, os banho de ducha morna, o deambular, entre outros. Não olvidar do apoio psicológico às parturientes com parto prematuro, apoio que julgamos imprescindível em momento tão delicado de suas vidas.

Quanto à anestesia, temos preconizado a de condução, raquiana ou peridural; quando realizadas por profissional com vivência em Obstetrícia, não têm influenciado negativamente os nossos resultados. Salientamos, contudo, ser do conhecimento universal que esses bloqueios podem interferir com a oxigenação intra-uterina, mormente em bebês prematuros. Lembramos que ainda há lugar na Obstetrícia moderna para o bloqueio de pudendo e a anestesia local, principalmente para as mulheres bastante motivadas e que conseguiram ultrapassar o período da cérvico-dilatação somente com analgesia não-agressiva como a descrita anteriormente, ou quando não há tempo para o bloqueio raquiano ou peridural.

Defendemos o uso parcimonioso de ocitocina na prematuridade, evitando-se, assim, o desencadeamento de distocias funcionais hipercinéticas.

Quanto à episiotomia, enfatize-se a necessidade de ser ampla, visando diminuir a resistência que os tecidos moles maternos impõem ao frágil crânio do nascituro, principalmente se a musculatura perineal materna não estiver relaxada. Previnem-se, assim, os tocotraumatismos encefálicos, para os quais os fetos pré-termo são especialmente propensos.

Poderá estar indicado o fórcepe de alívio de tamanho apropriado em duas circunstâncias: quando se lançar mão da analgesia de condução, ocasião em que os esforços expulsivos

voluntários maternos poderão estar prejudicados, ou na prevenção da hipoxia conseqüente ao período expulsivo mais prolongado. No que respeita à vácuo-extração, há consenso na literatura mundial em contra-indicar formalmente o seu emprego no conceito pré-termo.

No que concerne à incisão abdominal praticada na cesariana, caso esta esteja indicada, temos proposto a longitudinal mediana infra-umbilical, principalmente nas idades gestacionais inferiores a 34 semanas, quando a possibilidade de incisão longitudinal uterina é maior. A preferência que a ela se dá, apesar do prejuízo estético, provém de razões diversas: produz menor sangramento, é de mais rápida e fácil execução, torna mais simples o delivramento fetal, conseqüentemente, determina melhor vitalidade do conceito pré-termo ao nascimento. Quanto à incisão uterina, alguns propõem a clássica (corporal), ao passo que outros sugerem a segmentária. Somos de opinião de que a decisão deverá ser tomada somente no intra-operatório, com a cavidade abdominal aberta, quando podemos inspecionar e palpar o segmento inferior uterino. Sabe-se que, quanto menor a idade gestacional, maior a possibilidade de ser indicado o talho uterino longitudinal, pois maior será a espessura do segmento inferior, sobretudo fora do trabalho de parto. Não deve hesitar, o obstetra, diante de segmento inferior não bem formado, em realizar incisão segmento-corporal longitudinal, com o fito de extrair o nascituro evitando a hipoxia e o tocotraumatismo. É preferível esta incisão miometrial àquela em “T” para corrigir o erro de previsão.

No que respeita à laqueação do funículo, entendemos que

não deve ser tardia, e contra-indicamos sua ordenha.

Temos feito de rotina em todos os partos ocorridos no Hospital São Paulo, do Departamento de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina, a gasimetria do sangue funicular logo após o nascimento. Isto deve-se ao fato de que o índice de Apgar, além de muito subjetivo, pode apresentar resultados falso-anormais como prognosticador da oxigenação de recém-nascidos, mormente naqueles muito imaturos.

Preconizamos a assistência imediata do neonato, prestada por neonatologistas competentes, por meio de tecnologia moderna e especializada.

A literatura ainda é polêmica a respeito do uso de antibióticos durante o trabalho de parto prematuro. Não utilizamos de forma rotineira, durante a inibição do trabalho de parto prematuro ou na parturição. Preconizamos o seu uso quando há forte suspeita clínica ou comprovação de processo infeccioso (como infecção do trato urinário, contaminação materna por estreptococo do grupo B, corioamnionite, entre outras).

Nosso aprimoramento prossegue com o objetivo de diminuir a alta incidência de cesarianas no pré-termo, preservando, porém, a integridade e o bom prognóstico dos recém-nascidos.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GESTAÇÃO (PRÉ-ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA)

Soubhi Kakhale

Segundo Pritchard (1978), a presença das vilosidades coriônicas em algumas mulheres determina de forma misteriosa, o surgimento de vasoespasmos e hipertensão. A cura deste processo só é atingida, e isto é consenso, mediante a remoção espontânea ou cirúrgica das vilosidades coriônicas do interior da cavidade uterina. Entretanto, o estado hipertensivo vasoespástico e as alterações patológicas conseqüentes podem não ser tão intensas, possibilitando que a gravidez prossiga; mãe e feto poderão coexistir com a doença hipertensiva específica da gestação. Esta situação permite que o feto se beneficie com melhora em sua maturidade sem contudo aumentar os riscos para a mãe. Existirão ocasiões, no entanto, em que os distúrbios funcionais provocados pelo vasoespasmos serão tão graves e incontroláveis que não só a interrupção da prenhez será essencial para a preservação da saúde materna, como o ambiente intra-uterino tornar-se-á intolerável para o feto.

Esse conceito, passados mais de vinte anos prevalece nos dias atuais. Diante disso, caracterizadas as múltiplas repercussões

que a síndrome hipertensiva determina sobre o binômio materno-fetal, torna-se, freqüentemente, imperativa a interrupção da gestação.

Quando a primeira manifestação hipertensiva aparece numa gestante de termo ou próximo a ele, especialmente com colo favorável para indução do parto, a conduta é clara e executada sem dificuldades. Há, entretanto, um contingente de mulheres em que a hipertensão se instala de forma grave e precoce na gestação, exigindo a antecipação do parto o que aumentará o risco do recém-nascido em decorrência da prematuridade, podendo requerer uma prolongada internação em unidade de terapia intensiva neonatal (Zugaib e col., 1985).

Avaliações tanto da vitalidade como da maturidade fetal são recursos de inestimável valor e sempre que necessárias devem ser empregadas. Em freqüentes situações são imprescindíveis para correta conduta obstétrica (Miyadahira e col., 1990; Miyadahira e col., 1993).

PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE

Geralmente, a pré-eclâmpsia leve acomete primigestas próximas ao termo e, portanto, com maturidade fetal já assegurada. Iniciamos a propedêutica da vitalidade fetal, quando é feito o seu diagnóstico. Repetimo-la em intervalos semanais em pacientes ambulatoriais e a cada 3 dias em gestantes internadas. Quando os resultados dos exames forem normais, permitimos a evolução da gestação até a 40ª semana. O pós-datismo não deve ser tolerado nesta eventualidade.

Quando há o comprometimento da vitalidade,

realizamos o parto prematuro terapêutico. A decisão sobre a via parto dependerá das condições obstétricas e da maturidade do colo uterino.

PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE

Perante o diagnóstico clínico de pré-eclâmpsia grave iniciamos a propedêutica da vitalidade e da maturidade fetal, a partir da 28ª semana de gestação ou quando a estimativa clínica e ultra-sonográfica indicarem peso fetal acima de 1.000 gramas.

Essa conduta, entretanto, é dependente das condições técnicas de cada berçário. Em nosso Serviço, o obituário neonatal em prematuros abaixo de 28 semanas ainda é elevado, de forma que qualquer interrupção em períodos tão precoces não deve ser considerada senão excepcionalmente (Kahhale e col., 1991).

Assegurada a maturidade, ou se a vitalidade fetal estiver comprometida, indicamos o parto prematuro terapêutico.

Aguardamos a evolução do quadro clínico materno, nas situações em que as provas de maturidade indicarem feto imaturo, porém em adequadas condições de oxigenação. A melhoria das condições maternas permite que aguardemos a maturidade fetal, enquanto optamos pelo parto prematuro terapêutico quando há nítida deterioração da saúde materna.

Nas pacientes em que se propõe a interrupção da gestação com provas de maturidade negativas, aconselhamos o uso de corticóides para prevenção da síndrome de angústia respiratória do recém-nascido (Lamont e col., 1983; Collaborative Group on Antenatal Steroid Therapy, 1981).

Os exames clínico e obstétrico indicarão, em cada caso,

a via de parto a ser eleita, embora a cesárea tenha aqui indicação liberal.

Profilaticamente, nos casos em que se optou pela indução do parto, deve-se administrar o esquema anticonvulsivante com sulfato de magnésio ($\text{MgSO}_4 \cdot 7\text{H}_2\text{O}$), proposto por Pritchard (1978), porém omitindo-se a dose intravenosa inicial. Utilizamos a administração de 10 gramas divididas em duas metades de 5 gramas (10 mL a 50%) por via intramuscular profunda em cada glúteo, com agulha de raquianestesia.

ECLÂMPSIA

Não há dúvida de que o aspecto fundamental no tratamento da eclâmpsia é a interrupção da gestação. A retirada do feto e da placenta remove o fator causal da moléstia. Os eventos subseqüentes avalizam esta premissa: ocorre rápida involução dos efeitos fisiopatológicos específicos, principalmente a tendência convulsiva (Barros e col., 1991).

O melhor momento para a retirada do concepto do ambiente uterino não é imediatamente após uma convulsão, quando sua depressão pela hipoxia e pelo efeito de drogas é máxima. A administração do agente anticonvulsivante, aliada ao controle hemodinâmico e metabólico maternos, favorecem o restabelecimento do bem-estar fetal. Assim, após um período aproximado de 2 horas, deve-se proceder à resolução do caso. Vale lembrar que se houver sofrimento fetal a interrupção é imediata.

Em gestações com feto vivo e viável, está indicado a operação cesariana. Para as pacientes em trabalho de parto com boa evolução, permite-se o parto vaginal, abreviando-se o período expulsivo com a aplicação de fórceps.

Diante do óbito fetal, após a estabilização e controle do estado geral materno, obtido pelo tratamento padronizado, inicia-se a indução do parto desde que não haja contra-indicação obstétrica para o parto vaginal.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

A paciente com hipertensão arterial crônica deve iniciar o controle pré-natal tão precocemente quanto seja possível. Aumento de peso pouco acentuado e pequeno crescimento do fundo uterino são sinais clínicos da desnutrição intra-uterina. A par disto, deve-se acompanhar o crescimento fetal por meio da ultra-sonografia seriada. O crescimento inadequado dos diâmetros abdominais e a disparidade entre as medidas da cabeça e do tronco podem indicar crescimento intra-uterino restrito (CIUR).

As gestantes com hipertensão arterial crônica não complicada, e ausência de CIUR, são acompanhadas ambulatorialmente. Iniciamos a propedêutica da vitalidade fetal a partir da 34ª semana, repetindo-a semanalmente. Assegurada a vitalidade fetal, à semelhança da conduta obstétrica na pré-eclâmpsia leve, permitimos a evolução da gestação até a 40ª semana, porém nunca além. Quando a vitalidade fetal estiver comprometida indicamos o parto terapêutico. Neste grupo de pacientes prevalecem as múltíparas o que facilita a indução do parto, particularmente com condições cervicais favoráveis.

Quando presente o CIUR, iniciamos a propedêutica a partir da 30ª semana, avaliando-se a maturidade e a vitalidade fetal. Presente a maturidade e/ou o comprometimento da vitalidade fetal, indicamos o parto prematuro terapêutico.

Estando a vitalidade normal e a maturidade ausente, aguardamos até que esta última seja atingida, quando objetivamos o parto.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA COM PRÉ-ECLÂMPسيا SUPERAJUNTADA

Feito o diagnóstico de hipertensão arterial crônica com pré-eclâmpsia superajuntada, a paciente é imediatamente internada. Estando o feto viável, avaliamos sua vitalidade e sua maturidade. A exemplo da conduta na pré-eclâmpsia grave, presente a maturidade ou mostrando o feto sinais de comprometimento de sua vitalidade, interrompemos a gestação. Estando normal a vitalidade, aguardamos a evolução do quadro clínico materno. Melhorando o quadro, nas 48 horas subseqüentes, aguardamos a maturidade fetal. Declinando o estado geral materno realizamos o parto.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA

Nelson Sass

A hipertensão arterial crônica, representa um dos maiores problemas da denominada gestação de alto risco. Suas características clínicas guardam relação direta com elevados índices de prematuridade, principalmente a eletiva, associada a graves quadros de insuficiência placentária com repercussão direta nas taxas de mortalidade perinatal. Concorre também, particularmente quando associada a pré-eclâmpsia (PE), com elevados índices de mortalidade materna verificados em nosso meio.

A assistência ao parto à este grupo de pacientes e as decisões relativas ao quando e como realizá-lo, representam o epílogo e o ponto de equilíbrio diante de características clínicas das pacientes, em que irão pesar de um lado as condições maternas e do outro as condições do ambiente fetal. Assim, situações diversas podem estar presentes e consideramos que do ponto de vista didático, devam ser avaliadas em separado.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA LEVE

Define-se tal condição naquelas pacientes com pressão arterial diastólica (PAD) entre 90 e 100 mmHg. Neste grupo de pacientes observa-se na grande maioria das vezes, evolução satisfatória da gestação, com resultados perinatais semelhantes à população geral.

Baseado na experiência clínica, não se recomenda a antecipação sistemática do parto neste grupo de pacientes, ao contrário, é possível aguardar o desencadear da parturição em seu tempo oportuno. As indicações de parto operatório serão baseadas nas condições obstétricas. Recomenda-se que tais decisões devam estar asseguradas pela documentação das condições fetais, seja pelo perfil biofísico fetal e pela monitorização contínua.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA MODERADA

Define-se tais condições na vigência de níveis basais de PAD, preferencialmente aferidas no primeiro trimestre da gestação entre 100 e 110 mmHg. Levando-se em conta que existe correlação direta entre os níveis basais de PAD e os resultados perinatais, este grupo de pacientes constitui maior risco em vista de maior possibilidade de instalação de insuficiência placentária, associada ao não à sobreposição de PE.

Diante de controle clínico satisfatório e da ausência de complicações fetais, é possível se aguardar o termo da gestação. Consideramos que neste grupo de pacientes tenha lugar a tentativa de indução seriada do parto, salvo presença de condições obstétricas que indiquem o parto operatório.

Para tanto, consideramos razoável, a partir de 38 semanas, a internação da paciente e o início do preparo das condições cervicais, utilizado-se gel de prostaglandina ou 50 µg de misoprostol (1/4 de comprimido de 200 µg) colocadas junto ao colo uterino, inicialmente a cada 12 horas, e se necessário, reduzindo o intervalo entre as doses para 8 horas. A partir das

modificações cervicais, introduzimos ocitocina IV nas doses de 2 a 5 miliunidades por minuto, a fim de indução das contrações uterinas, doses estas que serão mantidas se necessária a condução do parto. A vigilância do bem estar fetal deve ser assegurada através da utilização de monitorização contínua do parto.

HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA GRAVE (COM OU SEM PRÉ ECLÂMPSIA SOBREPOSTA)

Tais condições são caracterizadas naquelas pacientes que apresentam níveis basais de PAD acima de 110 mmHg, ou quando associam-se as diversas formas de PE. Observam-se neste grupo, elevadas taxas de mortalidade perinatal, decorrente da instalação muitas vezes precoce de grave insuficiência placentária, que exige a tomada de decisões relativas a antecipação do parto, decisão esta melindrada pela concomitância da prematuridade extrema.

As decisões relativas à parturição, devem ser pontuadas por diversas variáveis, que deverão ser analisadas no conjunto e sempre à luz da arte obstétrica. Assim, podemos relacionar de maneira didática, as situações mais freqüentes na clínica:

- Grave comprometimento fetal registrado nos métodos biofísicos associado ou não a oligoidramnia

Consideramos que nestas situações o parto deva ser o cesáreo, em vista das baixas reservas na oxigenação fetal. Diante de idade gestacional precoce, em que não se verifique adequada formação do segmento inferior, exige-se do cirurgião a opção pela cesárea longitudinal segmento-corporal. Tal alternativa, ainda que associada a maior risco materno, permite melhor acesso à cavidade uterina, permitindo manobras mais eficientes e menos traumáticas ao feto, muitas vezes em apresentação anômala.

- Presença de oligoidramnia, porém reservas fetais adequadas, documentadas nos métodos biofísicos

Nesta situação, devemos levar em conta a apresentação fetal. Diante de apresentação cefálica, procuramos inicialmente o colo com gel de prostaglandina ou misoprostol, seguindo com condução com ocitocina. A fim de reduzir as possibilidades de compressão funicular, as tentativas de indução são precedidas de amnioinfusão com solução de Ringer até se obter índice de líquido amniótico correspondente à idade gestacional.

Tais procedimentos devem ser acompanhados por monitorização contínua, sendo que diante de detecção do agravo das condições do conceito, o parto cesáreo deve ser realizado de imediato.

Diante de apresentações anômalas, o parto deverá ser o cesáreo.

- Situações de risco materno

Temos nos posicionado que resguardar as condições maternas deverá ser o principal objetivo diante de graves complicações intercorrentes, tais como as emergências hipertensivas, eclâmpsia, síndrome HELLP ou situações que comprometam as funções de um ou mais órgãos.

Diante destas situações, o parto deverá ser pela via mais rápida, após a estabilização clínica da paciente, avaliação laboratorial materna e instalação de terapêutica eficaz. Diante de apresentação cefálica e condições obstétricas favoráveis, tais como presença de colo uterino esvaecido e/ou dilatado ou quando instalado o trabalho de parto, consideramos razoável, diante de condições maternas estáveis, a tentativa da parturição por via natural.

ASSISTÊNCIA À PARTURIÇÃO NO DIABETES MELLITUS

Anna Maria Bertini

CONDUTA MÉDICA NO PARTO

A assistência à parturição, momento em que um descuido pode determinar sérios agravos fetais e maternos, é de grande importância para a diabética e deve, portanto, constituir o epílogo dos esforços que a equipe assistencial desenvolveu durante toda a gestação. A manutenção da glicemia estática, isto é, dentro dos parâmetros da normalidade (4,5 a 5,5 mmol/L), é o objetivo príncipe a ser alcançado, proporcionando ao feto condições para suportar o estresse do trabalho de parto.

Não devemos subestimar os casos de intolerância leve aos hidratos de carbono, controlados apenas com dieta, nos quais não dispensamos a análise da glicemia a cada duas horas. Ocorrendo hipoglicemia, impõe-se a ministração de glicose e se apurarmos níveis acima de 6 mmol/L, impõe-se a insulina simples.

Nas parturientes que recebiam insulina previamente, recomendamos seu uso simultâneo à infusão de glicose, a fim de manter a euglicemia. Para efeitos práticos, aconselhamos anotar em fichas-controle os níveis de glicemia, comparando-os com as quantidades empregadas de insulina e glicose.

Quando se opta pela indução ao trabalho de parto, a paciente deve omitir seu café da manhã e a dose usual de

insulina, prescrevendo-se uma hora antes da indução um litro de glicose a 7,5 (preparado acrescentando-se 50 mL de glicose a 50% em um litro de soro glicosado a 5%), segundo recomendação de Beard (1982). Este volume deve ser infundido em cerca de oito horas.

Concomitantemente, inicia-se o emprego de insulina simples por via intravenosa, na dose de 1 a 2 U/hora (em geral conseguimos este desiderato colocando-se em bomba de infusão 0,5 mL de insulina de 40 U/mL e dissolvida em 19,5 mL de soro fisiológico). A velocidade da infusão é determinada pelos níveis glicêmicos e pela cetonúria apurados a cada hora. Havendo necessidade de maior quantidade de líquido, opta-se por solução que não contenha glicose.

Quando o trabalho de parto instala-se sem prévio planejamento, impõe-se, como primeira medida, apurar a concentração plasmática de glicose, pois a paciente poderá ter se alimentado e recebido sua dose habitual de insulina.

Em linhas gerais, o esquema terapêutico é semelhante ao exposto anteriormente, no caso de indução eletiva. Obviamente, o nível glicêmico é o parâmetro primordial, orientando as ministrações de glicose e insulina simples. Assim, por exemplo, quando a glicemia estiver acima de 6 mmol/L, principia-se com infusão de insulina na dose de 1 U/h; na hipótese de haver concentrações de glicose abaixo de 4 mmol/L, impõe-se o emprego da solução de glicose a 7,5%. O manejo adequado deve conduzir a concentrações de glicose plasmática em torno de 4,5 a 5,5 mmol/L.

CONDUTA MÉDICA NO PÓS-PARTO

No pós-parto imediato suspendemos as infusões de glicose e insulina, sendo importante lembrar que, removidos os fatores

responsáveis pela maior resistência à insulina, sua necessidade cai sensivelmente a níveis pré-gravídicos. A não-observância deste conceito básico pode acarretar estados hipoglicêmicos maternos dramáticos.

Assim, a paciente deve retornar à dose prévia à gravidez, e as infusões devem ser interrompidas, até que nova avaliação do nível glicêmico seja realizada, o que deve ocorrer alguns dias após o parto. Em 70% das gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional (ITG) não há necessidade do uso da insulina após o parto (Stowers & Beard, 1982; Bertini e col., 1984).

CONDUTA OBSTÉTRICA NO PARTO

A conduta rotineira de antecipação do parto e indicação de cesárea eletiva não é mais aceitável na prática obstétrica atual. Cada caso deve ser avaliado per se, à luz da propedêutica que utilizamos atualmente (exame clínico, cardiotocografia, ultrasonografia, dopplervelocimetria e gasimetria por meio da cordocentese) para avaliar o bem-estar fetal.

Não havendo comprometimento fetal, complicações na gravidez ou descontrole no diabetes, interrompemos a gestação ao redor de 38 s.

Não há interesse em termos de risco/benefício de postergação da gestação. Temos registrado óbitos de fetos com peso maior do que 3.500 g com 37-38 semanas de gestação.

Avaliamos a cérvix uterina, se desfavorável induzimos com o misoprostol (intracervical), ¼ (50 mg) comp. / cada 12 horas. Na maior parte há resolução (cerca de 70%) de parto por via vaginal.

Por outro lado, o parto antecipado, usualmente realizado

mediante cesárea eletiva, pode ser indicado muitas vezes por razões válidas, tais como evidência de comprometimento fetal, poli-hidrâmnio e macrosomia. Julgamos que a conduta expectante, visando conseguir maior número de partos por via vaginal, deve estar estruturada em cuidadosa avaliação pré-natal, realizada por obstetra experiente.

Ressalte-se a importância de minucioso controle dos níveis glicêmicos maternos e monitorização das condições do feto, durante o trabalho de parto.

O feto de mãe diabética deve ser considerado sempre como risco, particularmente durante o trabalho de parto, mesmo nas gestantes em que se obteve controle efetivo do diabetes. Quando conduzimos a assistência à grávida diabética para de obter parto transpélvico, precisamos avaliar o volume fetal e a bacia materna, uma vez que a desproporção cefalopélvica é freqüente. A anoxia constitui risco potencial no parto vaginal. Alcançar tal objetivo requer, portanto, cuidadosa monitorização das condições do concepto nos períodos de dilatação e expulsão.

Métodos previamente consagrados, como a monitoração contínua da freqüência cardíaca fetal, são procedimentos interessantes.

CONDUTA NO PARTO DA CARDIOPATA

Antonio Rozas

INTRODUÇÃO

Na assistência ao parto da cardiopata, os melhores resultados perinatais são obtidos por uma equipe multidisciplinar experiente e formada por competentes obstetras, cardiologistas, neonatologistas e anestesiológicos.

A doente do coração e seu feto enfrentam um risco maior de morbiletalidade, durante o trabalho de parto, quando comparadas com as parturientes de baixo risco.

O binômio obstetra-cardiologista, deve estar sempre presente, durante todo o transcorrer do parto e no pós-parto imediato.

Ao tocologo compete avaliar cuidadosamente a normalidade dos três fatores do parto: o trajeto, o conceito e o motor, para prognosticar um parto vaginal sem maiores dificuldades. Diante da proporcionalidade feto-pélvica, o parteiro acompanha cuidadosamente a motricidade uterina corrigindo seus desvios, sempre que possível o mais precocemente, e está sempre atento à vitalidade fetal.

O cardiologista, deve conhecer, em profundidade, as alterações cardiovasculares e respiratórias determinadas pela gestação e pelo parto, nas gestantes normais e nas diversas cardiopatias. É importante que analise, principalmente, as

condições hemodinâmicas, diagnosticando e tratando de pronto, a insuficiência cardíaca, as arritmias, o tromboembolismo, a endocardite infecciosa, ou, o que é raro, o infarto agudo do miocárdio intraparto ou a parada cardíaca. Deve manejar com segurança os medicamentos cardiológicos e sua repercussão sobre mãe e o conceito.

O anestesiológista deve estar familiarizado com as alterações hemodinâmicas e respiratórias que ocorrem na grávida normal e nas cardiopatas, durante o trabalho de parto, escolhendo o procedimento mais adequado, para reduzir ou suprimir a dor. É fundamental que conheça os efeitos das drogas, usadas na analgesia e anestesia, sobre a mãe e sobre o feto.

O neonatologista é elemento obrigatório durante o período expulsivo até o desprendimento do conceito. Deve se inteirar dos medicamentos usados durante o trabalho de parto, pelo cardiologista e pelo obstetra. Recebe o recém-nascido, ministra-lhe os primeiros cuidados, e o acompanha ao berçário.

ASPECTOS CARDIOLÓGICOS

A eficaz assistência do cardiologista depende de:

1- diagnóstico cardiológico o mais completo possível: anatômico, etiológico e funcional.

O diagnóstico funcional se baseia, entre nós, para a maioria dos cardiologistas, na classificação clínica da *New York Heart Association (NYHA)*, que assim distribui as cardiopatas:

Classe I: pacientes com cardiopatia mas sem limitação da atividade física. Não apresentam sintomas de insuficiência cardíaca ou de dor anginosa.

Classe II: cardiopatas com discreta limitação da atividade

física. Estas mulheres passam bem em repouso, mas quando se submetem a uma atividade física ordinária desenvolvem desconforto, como fadiga significativa, palpitação, dispnéia visível ou dor anginosa.

Classe III: doentes do coração com grande limitação física, estão confortáveis só em repouso, mas qualquer atividade, mesmo as leves, causa manifestações, como fadiga significativa, palpitação, dispnéia visível ou dor anginosa.

Classe IV: pacientes que apresentam fadiga significativa, palpitação, dispnéia visível ou dor anginosa mesmo em repouso e qualquer atividade física as acentua.

2- uma avaliação da parturiente quanto ao risco maior ou menor de morbidade e, principalmente de óbito, para isso, pode ser usada a classificação de Clark e cols. (1991), e adotada pelo Colégio Americano de Obstétricas e Ginecologistas (1992), em que as doentes do coração se distribuem em um de três Grupos: A)- *Grupo I:* parturientes, com bom prognóstico, em que o risco de morte é menor de 1%:

- a)- defeitos do septos atrial e ventricular (CIA e CIV)
- b)- persistência do canal arterial (PCA)
- c)- doença da válvulas tricúspide ou pulmonar
- d)- tetralogia de Fallot corrigida
- e)- prótese valvular biológica
- f)- estenose mitral, NYHA, classes I e II

O parto, destas cardiopatas tem bom prognóstico, mas deve ser assistido, sempre e de maneira intensiva, pelo binômio obstetra-cardiologista e, amiúde, pelo anesthesiologista.

Nas cardiopatas das classes funcionais I e II da classificação da *New York Heart Association (NYHA)*, bem como as outras

do Grupo I, que evoluíram bem, durante toda a gravidez e, começam o trabalho de parto em boas condições cardíacas dispensam monitorização mais sofisticada. Mas a assistência deve ser muito atenta pois podem surgir complicações durante o evoluir do parto.

As alterações hemodinâmicas que ocorrem durante a gravidez são bem suportadas pelas gestantes normais, entretanto, nas cardiopatas predispõe, a uma ou mais das seguintes complicações: insuficiência cardíaca, arritmia tromboembolismo ou endocardite infecciosa.

Depreende-se do acima exposto que há necessidade de rigoroso e repetido controle do pulso, da pressão arterial sistêmica, da frequência respiratória, a cada 20 minutos no período de dilatação e a cada 10 minutos no expulsivo. Ausculta cardíaca e pulmonar, pelo cardiologista, deve ser feita com frequência. Não olvidar de supervisionar a temperatura materna.

O cardiologista e demais elementos da equipe ficam de rotina de sobreaviso para sintomas e sinais que possam indicar o desenvolvimento de complicações.

Assim, o aumento progressivo e significativo da frequência cardíaca, acima de 100 (taquicardia), muitas vezes acompanhado da queixa de palpitações, sugere o desenvolvimento de taquicardia paroxística e/ou da insuficiência cardíaca. A irregularidade do pulso aponta para arritmia.

A percepção objetiva de dispnéia, acompanhada ou não de cianose e estertores subcrepitantes nas bases pulmonares caracterizam a presença de congestão pulmonar. Quando a estertoração atinge os ápices pulmonares diagnostica-se o edema agudo do pulmão, que deverá ser, imediatamente, tratado clinicamente, como se a paciente não estivesse em trabalho de parto.

A pressão arterial pode reduzir-se significativamente no parto:

a) quando a paciente adota o decúbito dorsal horizontal e ocorre, por compressão da veia cava inferior, uma redução no retorno venoso à aurícula direita. A parturiente assumindo o decúbito lateral a pressão arterial se restabelece prontamente. Por isso a parturiente não deve assumir o decúbito supino horizontal, durante o parto;

b) quando há sangramento genital grave, nas síndromes hemorrágicas da gravidez, nas patologias hemorrágicas da dequitação e na atonia uterina. A reposição do sangue, nestes casos, deve ser cuidadosa, para evitar uma sobrecarga ao coração por aumento inadequado da volemia;

c) por vasodilatação secundária à analgesia ou anestesia de condução. Ao anestesiológista cabe evitá-la e corrigi-la, administrando a dose correta do anestésico, fazendo a paciente adotar o decúbito lateral e aumentando, cuidadosamente, a volemia com uma infusão de Ringer lactato;

d) diminuição do débito cardíaco por insuficiência cardíaca, que deverá tratada por cardiotônicos.

A pressão venosa central, que na parturiente normal mantém-se entre 2 e 5 cm de água e, em geral, é 50% mais baixa do que na mulher não-grávida.

Na insuficiência cardíaca congestiva, o aumento da PVC, que ultrapassa 8-9 cm de água, pode ser verificada pelo cateterismo da aurícula direita ou pela observação, com a parturiente sentada, da distensão das veias jugulares. Quando estes vasos venosos apresentam intensa pulsatilidade, suspeitar de insuficiência da válvula tricúspide.

Ainda que as pacientes do Grupo 1 tenham bom prognóstico, o trabalho de parto, nestas pacientes, pode desencadear:

- 1- insuficiência cardíaca
- 2- tromboembolismo pulmonar
- 3- fibrilação auricular
- 4- taquicardia paroxística

Todas estas complicações aumentam a mortalidade materna e fetal

B)- Grupo 2 e 3: Pacientes moderada ou gravemente doentes:

Aqui se incluem as pacientes, dos Grupo 2 e 3, da classificação prognóstica do Colégio Americano de Obstétricas e Ginecologistas, e que apresentam um significativo risco de morte materna: as do Grupo 2 de 5% a 15% e as do Grupo 3 de 25 a 50%.

Estas cardiopatas, além dos cuidados já descritos, requerem monitorização constante por eletrocardiografia e medida da pressão venosa central por cateterismo.

Na gestante normal o eletrocardiograma (ECG) pode demonstrar desvio do eixo elétrico para a esquerda, uma onda Q na derivação III e alterações transitórias no segmento ST e na onda T.

O eletrocardiograma (ECC) contínuo fornece um controle confiável de vários parâmetros cardíacos, assim se o ritmo é sinusal ou não, mostra arritmias discretas, como extrasístoles esporádicas e autolimitadas. As arritmias graves como fibrilação auricular, flutter, bloqueio aurículo-ventricular completo, alteração da polarização ou repolarização ventricular, desvios anormais dos eixos elétricos, sinais de enfarto agudo devem ser tratadas adequadamente.

As alterações no ECG podem ser de difícil interpretação

pois as modificações cardiocirculatórias, suscitadas pelo trabalho de parto, podem resultar no aparecimento de alterações eletrocardiográficas que simulam doença cardíaca orgânica.

PRESSÃO VENOSA CENTRAL (PVC)

Durante o 1º período do parto a PVC aumenta pouco, no início de cada contração. No 2º período do parto às contrações uterinas associam-se os esforços expulsivos determinando uma elevação acentuada da PVC, com pico no desprendimento do feto, este aumento é suportado pelo coração normal, entretanto, nas cardiopatas pode desencadear a insuficiência cardíaca congestiva. Dai a importância, na assistência ao parto, de encurtar o período expulsivo, extraíndo o feto pela aplicação do fórcepe de alívio.

TRATAMENTO DA INSUFICIÊNCIA CARDÍACA NO TRABALHO DE PARTO

A conduta diante da insuficiência cardíaca no trabalho de parto é similar ao tratamento fora da gravidez.

1- Morfina ou meperidina – por via subcutânea ou intramuscular na dose de 15 a 20 mg. Isto reduz a ansiedade e o estímulo vasoconstritor adrenérgico nos leitos arteriais e venosos. Na mãe podem determinar taquicardia (meperidina) ou bradicardia (morfina), náuseas, vômitos e retenção urinária (ambas). Estes opiáceos atravessam a placenta e, dependendo do tempo entre a aplicação e o desprendimento do feto, o recém-nascido pode manifestar leve, moderada ou grave depressão do sistema nervoso central. Daí, cientificar, sempre antes da expulsão, o neonatologista para que, quando necessário, injete,

na veia umbilical, o antídoto dos opiáceos (naloxona), na dose de 0,01 mg/kg e, caso não haja resposta adequada repete-se até 3 vezes a cada 5 minutos.

2- *Diurético* – furosemida intravenosa (40 a 100 mg) produz diurese rápida e redução do volume sanguíneo. Pacientes com risco especial de desenvolver edema pulmonar agudo, durante o parto, podem receber furosemida ao mesmo tempo que a ocitocina.

3- *Digital* – um glicosídeo de ação rápida, como digoxina (0,50 a 75 mg), é ministrado por via intravenosa. Depois dessa dose digitalizante, a manutenção é feita pela de administração diária habitual de 0,25 a 0,5 mg. Os glicosídeos digitálicos aumentam a contratilidade miocárdica, diminuem a frequência cardíaca e a condução átrio-ventricular.

4- *Aminofilina* – é a etilerodiaminal-teofilina, de uso parenteral, com ação bronquiodilatadora e, portanto, mais usada para tratamento das crises asmáticas, entretanto, alguns a indicam na asma cardíaca e na insuficiência cardíaca na dose (6 mg/kg de peso corporal), aplicada lentamente por via intravenosa e, quando necessário, uma injeção lenta, adicional de 3 mg/kg, também por via intravenosa, pode ser repetida 30 minutos após a primeira dose. A aminofilina além de broncodilatadora, também reduz a vasoconstrição e aumenta a contratilidade miocárdica.

5- *Vasodilatadores* – a terapia com vasodilatadores, como a hidralazina (5 mg) endovenosa a cada 20 minutos ou nitroglicerina (intravenosa ou sublingual) pode ser considerada. É importante fugir da hipotensão arterial brusca que estas drogas podem determinar. A terapia com vasodilatadores é

particularmente útil no tratamento do edema agudo do pulmão ou da insuficiência cardíaca congestiva refratária, pois reduz a pós-carga ventricular esquerda.

6- *Oxigênio* – deve ser administrado, de rotina, com máscaras ou cateteres nasais (5 a 7/L/ minuto)

7- *Redução do retorno venoso* – pode ser conseguido com o auxílio de torniquetes colocados nas extremidades.

TROMBOEMBOLISMO

A trombose, ou seja a formação de trombos no sistema cardiovascular, não é rara nas doenças do coração. A insuficiência cardíaca congestiva, a presença de próteses mecânicas, a fibrilação auricular em pacientes com estenose mitral e aurícula esquerda aumentada, a miocardiopatia dilatada, a história de tromboembolismo anterior, predispõe à formação de trombos e, destarte, ao embolismo pulmonar ou sistêmico, dependendo da origem do trombo. Diante da alta incidência de tromboembolismo nessas pacientes cardíacas a necessidade de anticoagulação deve ser avaliada.

Os dicumarínicos, substâncias de baixo peso molecular, atravessam facilmente a placenta e, quando administrados, durante o primeiro trimestre, principalmente entre a 6ª e 9ª semana, aumentam o risco, em 15 a 25% dos fetos expostos do aparecimento, da “síndrome warfarínica fetal” caracterizada, principalmente, pela aplasia nasal e pela condrodistrofia puntacta de vértebras e epífises dos fêmures. Outras manifestações desta síndrome: hidrocefalia, microcefalia, atrofia do nervo ótico, restrição do crescimento fetal, restrição de desenvolvimento podem estar presentes. Quando a gestante,

se torna parturiente, estando o feto anticoagulado, há o risco de hemorragia intracraniana ou em qualquer parte de seu organismo. Por isso, quando a gestante está ingerindo o dicumarínico deve, em torno da 35-36ª semana, suspender a sua ingestão, e substituí-lo pela heparina subcutânea, e voltar a toma-lo, 36 a 48 horas após o parto.

As heparinas, tanto as de alto (18.000-40.000) como as de baixo (4.000-6.000) peso molecular, não atravessam a placenta, pois são altamente ionizadas e repelidas eletrostaticamente pelo trofoblasto, não alterando, portanto, o equilíbrio hemostático do feto. No início da gravidez, por não serem consideradas teratogênicas, são as preferidas pela maioria. Entre, aproximadamente, a 10ª semana e a 36ª semana muitos as substituem por um dos dicumarínicos. Após a 36ª semana retorna-se à heparina até poucas horas antes do início trabalho de parto, uma vez que sua meia-vida é curta (em torno de 90 minutos). A anticoagulação pode ser reiniciada poucas horas após o parto. Parturientes anticoaguladas, por medicamentos ou não, contra-indicam a anestesia por bloqueio peridural.

As heparinas de baixo peso molecular (4.000 – 6.000) tem sido, recentemente, utilizadas em gestantes para anticoagulação, e alguns investigadores constataram que não atravessam a placenta e assim são desprovidas de efeitos adversos para o feto.

ARRITMIAS CARDÍACAS

As discretas, como extra-sístoles auriculares ou ventriculares ou taquicardia sinusal transitória são encontradas, em gestantes e/ou parturientes, com coração normal ou doente e, amiúde, tem origem emocional e são autolimitadas. Muitas vezes, nestes casos há necessidade de recorrer ao uso de um

sedativo ou ansiolítico. Contudo, em cardiopatas graves, estas arritmias, podem desencadear a insuficiência cardíaca ou, mesmo, o edema agudo pulmonar.

Disritmias mais graves, como as taquicardias paroxísticas persistentes sinusais mas, principalmente as auriculares ou ventriculares, no trabalho de parto, devem ser corrigidas com a terapia habitual farmacológica. Na temida fibrilação auricular aguda recorre-se, à cardioversão medicamentosa ou elétrica.

No bloqueio aurículo-ventricular completo, com crises de insuficiência circulatória cerebral aguda, caracterizando a síndrome de Stokes-Adams, está indicada a instalação de marcapasso, em qualquer época do ciclo gravídico-puerperal.

Entre os antiarrítmicos mais usados pelos cardiologistas lembramos a digoxina, a quinidina, os agentes betabloqueadores, a procainamida, a lidocaína, o verapamil e a amiodarona.

A maioria dos antiarrítmicos podem ser usados, em doses terapêuticas.

A digoxina, já referida como cardiotônica é, também usada, com frequência, no tratamento da fibrilação atrial, flutter e taquicardia supraventricular.

A quinidina é administrada nas taquicardias supraventriculares, no trabalho de parto é segura. Entretanto, quando usada no início da gravidez ou por tempo prolongado, tem sido relatados casos de trombocitopenia e ototoxicidade neonatal

O propranolol é um betabloqueador usado para tratar taquicardias supraventricular e ventricular, bem como a hipertensão arterial e nas manifestações catacolaminicas do hipertireoidismo. Ainda que haja relatos, no passado, de que seu uso prolongado durante a gravidez se associe a restrito do crescimento fetal, placentas pequenas, parto prematuro, bradicardia fetal, esses aspectos não foram confirmados atualmente.

A maioria dos antiarrítmicos podem ser usados nas

doentes do coração, durante o parto, em doses terapêuticas, sem maiores problemas.

ENDOCARDITE INFECCIOSA

A prevenção da endocardite infecciosa é importante na assistência ao parto da cardiopata.

Em toda parturiente o canal do parto, apresentará, sempre, soluções de continuidade em seu revestimento uterino e vulvo-vaginal. A maior área cruenta é representada pela superfície onde se implantava a placenta. Os microrganismos mais freqüentemente envolvidos são endógenos, que habitam, saprofiticamente o trato genital, como os Gram-negativos e os estreptococos anaeróbicos.

De acordo com Durack (1990) os riscos relativos para endocardite infecciosa de acordo com os vários tipos de lesões cardíacas podem ser divididos em:

1) *alto risco*: próteses valvulares cardíacas (principalmente as mecânicas), doenças da válvula aórtica, insuficiência mitral, persistência do canal arterial, comunicação interventricular, coarctação da aorta e síndrome de Marfan.

2) *risco intermediário*: prolapso de válvula mitral, estenose mitral, doença da válvula tricúspide, doença da válvula pulmonar, endocardite infecciosa prévia, hipertrofia assimétrica septal, estenose aórtica calcificada, linhas intravenosas no átrio direito, próteses intracardíacas não valvulares.

3) *risco pequeno*: defeito do septo atrial, placas ateroscleróticas, coronariopatia, aortite luética, marcapassos, lesões cirurgicamente corrigidas sem próteses.

Um dos esquemas mais utilizados, para a profilaxia da endocardite bacteriana, é o adotado pela American Heart

Association (1990) que considera:

1) regime de rotina – ampicilina, gentamicina e amoxicilina:

- ampicilina: 2g endovenosa ou intramuscular mais gentamicina: 1,5 mg/kg de peso (não exceder 80 mg), 30 minutos antes do procedimento; depois amoxicilina, 1,5 g oralmente, 6 horas depois da dose inicial. Alternativamente o regime parenteral pode ser repetido 6 horas após a dose inicial.

2) regime para alérgicas à penicilina: vancomicina e gentamicina:

- vancomicina intravenosa, 1 g no espaço de uma hora, mais gentamicina intravenosa, 1,5 mg/kg (não exceder 80 mg), 1 hora antes do procedimento, pode ser repetida 8 horas após a dose inicial

3) regime alternativo par pacientes de baixo risco – amoxicilina:

- amoxicilina por via oral, 3 g, 1 hora antes do procedimento, e então 1,5 g 6 horas após a dose inicial. Esta regime é também recomendado para procedimentos dentários.

Estes esquemas indicados para procedimentos geniturinários e gastrintestinas, podem ser adaptados para a profilaxia da endocardite bacteriana durante o parto. Assim, a combinação de ampicilina: 8 mg/kg de peso corporal e gentamicina: 1 mg/kg de peso, ministrada endovenosamente a cada 8 horas, em 3 doses, iniciando-se logo no começo do trabalho de parto, provê profilaxia ampla, eficaz e segura durante o parto.

ASPECTOS OBSTÉTRICOS

As pacientes cardíacas correm um maior risco no momento do parto e no período pós-parto imediato de complicações,

aumentando a morbiletalidade materna e perinatal. A dor, o aumento do retorno venoso, a perda de sangue ocorrem simultaneamente, e aumentam a sobrecarga cardiovascular.

Via de parto

A experiência tem demonstrado que a via vaginal é melhor tolerada pelas cardiopatas, com menos complicações e menor mortalidade. A cesárea, de regra, deve ser reservada para as indicações obstétricas.

As alterações hemodinâmicas associadas ao parto vaginal são inferiores às que ocorrem no parto por meio da cesárea e, destarte, os índices de morbiletalidade materna são menores.

Método de parto

- Parto induzido

Ainda que em alguns serviços haja simpatia pela indução do parto, em cardiopata, quando a gravidez atinge o termo, fundamentados em que o parto programado se dará em horário mais adequado, com a equipe médica já preparada para eventuais complicações, acreditamos, como muitos outros, que o parto em cardiopatas, que se estabelece espontaneamente, evolui mais fisiologicamente, com menos complicações obstétricas, cardiológicas e de indicações de cesárea. De regra, segundo a maioria, entre os quais nos incluímos, a doença do coração, em si, não indica a indução do parto pré-termo ou de termo. Poder-se-ia considerar a indução do parto, em escassas eventualidades, como por exemplo, para facilitar a mudança ou retirada do tratamento medicamentoso na gestante sob tratamento prolongado anticoagulante, ou, não tão raramente, por indicação obstétrica, como nos estados hipertensivos quando há uma deterioração da vitalidade fetal e há condições favoráveis para tal procedimento.

Inibição do trabalho de parto

A inibição do parto prematuro deve ser evitada nas cardíacas. Em casos de trabalho de parto prematuro sem etiologia definida com o feto em boas condições de vitalidade mas imaturo a inibição pode ser indicada. Entretanto evite-se o uso dos beta 1 e 2 estimuladores (orciprenalina, isoxsuprina, salbutamol, ritodrina, terbutalina), pois estes determinam, principalmente os beta 1-adrenérgicos, taquicardia e hipotensão arterial. Os corticóides associados aos beta-adrenérgicos tem sido responsabilizados por desencadeamento de edema agudo pulmonar. O sulfato de magnésio é seguro e tem sido usado na dose de 1 g/hora gota a gota na veia, mas seus resultados não são, a nosso ver, satisfatórios. As antiprostaglandinas, principalmente a indometacina, têm se mostrado eficazes, mas devem ser usadas por curto período de tempo em virtude da possibilidade de, quando administrados por tempo mais prolongado, determinarem o fechamento do canal arterial no feto. Os bloqueadores dos canais do cálcio devem também ser evitados, pois podem determinar hipotensão arterial.

Posição materna

Durante a gravidez, bem como no trabalho de parto, a posição materna é importante. Quando a mulher adota a posição supina horizontal, no terceiro trimestre da gestação ou durante o parto o peso do útero e seu conteúdo comprimem a veia cava inferior e a aorta, principalmente aquela e, em consequência, ocorre uma redução do retorno venoso ao coração. Isto pode causar queda do débito cardíaco e hipotensão arterial; a isto soma-se a compressão da artéria aorta determinando menor perfusão útero-placentária, predispondo

à hipoxia fetal. As flutuações hemodinâmicas na mãe, que ocorrem durante as contrações uterinas, principalmente no trabalho de parto podem ser evitadas colocando-se a parturiente em decúbito lateral.

Durante o período da cérvico-dilatação a parturiente pode adotar a posição sentada no leito, ou numa poltrona ao lado. As pacientes assintomáticas podem deambular. No período expulsivo a parturiente pode se manter em decúbito lateral com o tronco soerguido e em sua fase final, ou seja, no desprendimento em posição semi-sentada (inclinação de mais ou menos 45°). Resumindo: desaconselha-se que a parturiente se mantenha em decúbito dorsal horizontal, em qualquer fase do parto.

Alimentação

A alimentação, por via oral, durante o parto, deve ser abolida. A administração de fluídos por veia, deve ser parcimoniosa e cuidadosa, para evitar a descompensação cardíaca.

Controle da vitalidade fetal

Os batimentos cardíacos fetais devem ser monitorados com o sonar-Doppler a cada 30 minutos durante a cérvico-dilatação e a cada 15 minutos durante o período expulsivo. Melhor o controle pelo registro contínuo com o cardiotocógrafo que permite maior eficácia na observação das acelerações transitórias, indicativas de boa vitalidade fetal ou das desacelerações tardias (Dips II), indicativas de vitalidade do conceito comprometida. A interpretação da presença do mecônio e o momento da amniotomia não diferem em relação às não-cardiopatas.

Analgesia

A analgesia, no trabalho de parto, é importante pois a

dor e a ansiedade constituem uma sobrecarga para o coração e devem ser controladas para evitar a insuficiência cardíaca.

A dor e a ansiedade, devido às catecolaminas liberadas, determinam aumento da frequência cardíaca e aumento da pressão arterial. Além disso a noradrenalina pode alterar a coordenação da contração uterina, propiciando a instalação da distocia funcional.

Analgésicos sistêmicos, como a meperidina, freqüentemente combinados com sedativos ou tranqüilizantes, podem ser administrados, precocemente, para evitar a tensão e a apreensão, principalmente em pacientes visivelmente nervosas e queixosas.

As múltiparas podem algumas vezes ser conduzidas, durante a cérvico-dilatação, com uma solução fisiológica (500 mL) e 50 mg de meperidina (dolantina, dolosal, demerol), por via intravenosa, gota a gota. Interromper a administração durante a expulsão do conceito.

O bloqueio peridural contínuo é eficaz para aliviar as dores no parto, bem como para corrigir a distocia funcional. As contrações uterinas indolores pela analgesia, tornam a hemodinâmica mais estável, pois o desaparecimento da dor determina uma redução na liberação das catecolaminas.

O bloqueio peridural pode se acompanhar de hipotensão arterial, em consequência da vasodilatação nos membros inferiores e que se acentua quando a parturiente é mantida de decúbito dorsal horizontal, por isso, uma vez instalada analgesia, deve ser colocada em decúbito lateral direito com o tronco soerguido.

Hoje, nos bloqueios anestésicos com o uso dos opióides há menor risco de hipotensão arterial.

O bloqueio peridural está contra-indicado em

pacientes que recebem anticoagulantes ou em parturientes em choque vascular.

Em parturientes com estenose mitral leve e as com cardiopatia congênita acianótica (CIA, CIV, PCA) o bloqueio peridural é método seguro para controlar a dor. Pacientes com estenose mitral moderada ou acentuada ou com desvio direito-esquerda (cianóticas) têm dificuldade de aumentar o débito cardíaco e correm o risco de desenvolver hipotensão grave durante o bloqueio peridural. Isto pode diminuir o fluxo sangüíneo placentário e reduzir a oxigenação do feto. Nesta situação, um analgésico como a meperidina, com ou sem acréscimo de sedativo ou tranqüilizante, é uma opção. Atualmente, a analgesia por bloqueio peridural lombar com o uso dos opióides, é isenta do risco de hipotensão arterial severa.

Ocitocina

A ocitocina, quando indicada, como nas distocias funcionais, deve ser administrada gota a gota em infusão venosa, e idealmente, controlada por bomba de infusão. A administração de grande dose em grande volume fluido e em rápida infusão predispõe à descompensação ou à intoxicação hídrica.

Meias elásticas

Meias elásticas são úteis durante o trabalho de parto, pois o represamento venoso nas veias maiores dilatadas dos membros inferiores pode reduzir significativamente o retorno venoso.

SEGUNDO PERÍODO DO PARTO

É desejável encurtar o segundo período do parto, uma vez que o esforço expulsivo da mãe aumenta acentuadamente a pressão venosa. O ideal é o parto com aplicação fórceps de alívio

sob anestesia regional. A abreviação do segundo período deve ser realizado com facilidade e segurança. Uma extração difícil a fórcepe, não estando o polo cefálico fetal bem insinuado pode ser traumatizante, com lacerações dos tecidos moles, hemorragia e choque, condições que são mal toleradas pelas cardiopatas. A episiotomia é obrigatória, dispensando-se somente nas parturientes que apresentem o assoalho pélvico e o períneo com lacerações de 2º grau, não corrigidas.

Quando a parturiente estiver em insuficiência cardíaca congestiva e a cérvico-dilatação está completa e o polo cefálico apresentar-se profundamente insinuado na pelve, o parto rápido com a aplicação do fórcepe deve ser executado, a menos que ocorra parto espontâneo em poucos minutos.

A cesárea difícil ou o parto difícil podem precipitar a insuficiência cardíaca em vez de evitá-la, sendo mais seguro obter estabilidade cardíaca clinicamente e então esperar que o trabalho de parto progrida.

DEQUITAÇÃO

Depois do desprendimento do feto, durante o 3º período do parto quando a parturiente teve seu expulsivo encurtado pela aplicação do fórcepe baixo ou de alívio e estando com o canal do parto insensível, seja pelo bloqueio peridural lombar ou pela raquianestesia baixa, recomenda-se o descolamento e retirada manual da placenta e, sem perda de tempo, a revisão do trajeto, e caso não haja lacerações, procede-se, em seguida, à episiorrafia. Esta conduta visa minimizar a perda sangüínea. Logo após a saída da placenta constatado um sangramento abundante uterino, estando a paciente com a genitália insensível pela analgesia-

anestesia pode-se proceder à compressão bimanual do útero (manobra de Hamilton), excelente recurso para hemostasia.

A droga ocitócica mais usada após o parto é a ocitocina. No bloqueio peridural, não raro, a ocitocina, (2 UI a 5 UI) é ministrada, por via venosa, diluída em solução salina fisiológica (500 mL) diluída, em gotejamento lento, se possível, com controle de bomba de infusão, para controlar a atividade contrátil do útero, durante a cérvico-dilatação e/ou expulsão fetal.

Após o desprendimento fetal adicionam-se 5 a 10 UI de ocitocina ao soro que está sendo ministrado e, dependendo do grau da contração-retração uterina, aumenta-se ou não o gotejamento.

A injeção, em bolo, de 5 ou 10 unidades de ocitocina não deve ser aplicada, pois pode causar hipotensão, taquicardia e aumento do débito cardíaco.

A ergonovina e a metilergonovina, muito usadas no passado e, ainda por alguns, têm ação além de ocitócica também de vasoespasmio e disso decorre um aumento da pressão venosa central e hipertensão transitória, e por isso devem ser evitadas.

A furosemida, na dose de 40 a 80 mg, pode ser aplicada em pacientes com risco especial de desenvolver edema pulmonar agudo, no pós-parto. Em geral, o risco de edema pulmonar leve, que pode ser tratado, é inferior ao risco da hemorragia pós-parto descontrolada, de mais difícil controle.

ANESTESIA

Para as tocurgias, para resolução do parto, tanto por via vaginal como por via abdominal, obtém-se excelente resultado com o bloqueio peridural lombar.

- *Parto por via vaginal* nas aplicações de fórceps, no descolamento manual da placenta e na sutura de lacerações a

anestesia de eleição, na maioria das parturientes, é o bloqueio peridural lombar. Uma opção, em determinadas contingências, é representada pelo bloqueio subaracnóide baixo. Para a sutura de lacerações vulvo-vaginais, episiotomia e episiorrafia pode-se aplicar a “raquianestesia em sela” ou, também, ainda que com menos conforto e eficácia, o bloqueio pudendo ou infiltração local.

- *Cesárea*

A anestesia para a cesárea depende do tipo de cardiopatia e de suas condições anatômicas e funcionais.

Na maioria das parturientes reumáticas com lesões valvulares discretas ou moderadas e pertencentes às classes funcionais I e II, bem como na maioria das cardiopatias congênitas acianóticas (CIA, CIA e PCA), sem hipertensão pulmonar, o bloqueio peridural lombar se revela excelente. Podendo, nestes casos, em algumas circunstâncias (dificuldade na técnica anestésica) ser optado o bloqueio subaracnóide, por anesthesiologista competente.

Na minoria de doentes, ou seja, aquelas portadoras de cardiopatia reumática, com lesões valvares acentuadas (estenoses, mitral e/ou aórtica, apertadas); cardiopatias congênitas cianóticas; hipertensão pulmonar primária ou secundária; síndrome de Marfan, a preferência é para anestesia geral balanceada.

Após pré-oxigenação bem realizada, a anestesia é induzida mediante pequena dose de tiopental ou meto-hexital. A succinilcolina é usada para facilitar a intubação endotraqueal. O óxido nitroso com 50% de oxigênio é então ministrado; é um agente muito popular, pois produz poucas alterações na hemodinâmica materna. Elevações temporárias do débito cardíaco, da pressão sangüínea arterial e da frequência cardíaca são observadas durante a intubação e/ou durante a extubação.

CESÁREA-HISTERECTOMIA

Sérgio Kobayashi
Luiz Camano

A cesárea-histerectomia é definida como sendo a exérese parcial ou total do útero consecutiva ou imediatamente após a cesariana, em qualquer idade gestacional, antes do fechamento da parede abdominal e no mesmo ato anestésico. Ressalte-se contudo, que a histerectomia praticada após a oclusão da parede abdominal deve ser diferenciada e receber designação de histerectomia no puerpério. A cesárea-histerectomia ainda apresenta aspectos controversos, associa-se a importantes morbidades obstétricas e até mesmo ao óbito materno.

A cesárea-histerectomia deve ser praticada apenas quando houver ameaça importante da vida materna, geralmente decorrente de síndromes hemorrágicas. Esta tocurgia é realizada apenas em situações de exceção e de urgência.

A literatura médica mostra que os estudos referentes à cesárea-histerectomia são por vezes discordantes, isto é, encontramos diferenças entre a conceituação, a população estudada, os fatores predisponentes, as condutas obstétricas, o prognóstico, e as condições sócio-econômico-culturais.

A incidência da cesárea-histerectomia varia de 0,02% a 0,27% em relação ao número total de partos e 0,24% a 15,30% em relação ao número de cesáreas. A idade materna mais acometida corresponde à terceira década de vida, provavelmente pelo fato desta idade estar mais associada à patologias clínico-

obstétricas que favoreceriam esta tocurgia, assim como a multiparidade. A cicatriz de cesárea prévia é fator de grande importância no determinismo da inserção baixa da placenta e do acretismo placentário, conseqüentemente do maior risco para a cesárea-histerectomia em gestação futura. Julgamos que particularmente em nosso meio, em razão do absurdo do abuso da cesariana, toda a nossa preocupação deve estar voltada em divulgarmos que se impõem o esmero na indicação desta tocurgia, principalmente a primeira.

Classicamente as principais indicações da cesárea-histerectomia são a rotura uterina, infecção uterina, neoplasias, doença trofoblástica gestacional, dequitação patológica, patologias da nidação, e lesões vasculares graves. Em estudos de décadas anteriores, a rotura uterina e a atonia uterina eram as principais causas desta tocurgia e atualmente cederam posição de grande vilã para o acretismo placentário. Estamos convencidos de que no pré-natal de pacientes que apresentam cesárea prévia, impõem-se a avaliação ultra-sonográfica e dopplerfluxometria para identificar o local de implantação placentária e a procura de sinais sugestivos de acretismo placentário, principalmente quando a placenta se insere sob a cicatriz uterina. Atualmente, além da investigação ultra-sonográfica, podemos nos utilizar da ressonância nuclear magnética e até mesmo da dosagem de alfa-fetoproteína sérica materna que se mostra elevada na presença do acretismo placentário.

Quanto à idade gestacional, a cesárea-histerectomia ocorre geralmente abaixo da 37ª semana de gestação. É tecnicamente mais difícil de ser realizada e freqüentemente decorre de situação de emergência, elevando a morbidade e mortalidade maternas.

Em relação à incisão na parede abdominal, em situações

de emergência ou quando existe possibilidade de realização de histerotomia com incisão segmento-corporal ou de histerectomia, é mais recomendada a abertura longitudinal, por oferecer maior campo operatório e ser de mais rápida execução. O tipo de incisão na cesárea-histerectomia é particularizada, pois quando iniciamos a cesárea não sabemos da necessidade da histerectomia (nos casos de urgência), e a indicação da incisão fica a critério da cesariana. Todavia, nas cesáreas iterativas preferimos a repetição da incisão no mesmo local.

Indicada a histerectomia, surge a importante questão da escolha entre total e subtotal. A principal vantagem da total é que com ela determina a impossibilidade de futuras patologias cervicais, principalmente o câncer do colo uterino. No entanto, não devemos esquecer que a histerectomia total é de execução mais difícil, mesmo para o tocólogo mais experiente, mais demorada e com maior risco para hemorragia e infecção. Damos preferência à subtotal, pois esta cirurgia é indicada por vezes em momentos dramáticos, com hemorragia grave, e que minutos podem ser decisivos na melhora do prognóstico. Por vezes se impõe a indicação da histerectomia total, mesmo considerando-se os aspectos acima, devendo ser retirado totalmente nos casos de acretismo placentário que acomete também o colo uterino; nestes casos, a manutenção da cérvix perpetua a hemorragia, além de ser dificultosa a complementação da histerectomia, aumentando o tempo operatório e a morbidade, piorando o prognóstico.

A classificação da cesárea-histerectomia baseia-se fundamentalmente em sua indicação; dividimos esta tocurgia em duas categorias: urgência e eletiva. Não há justificativa para a realização

desta cirurgia com finalidade exclusiva de esterilização. Em algumas ocasiões, em nossa prática obstétrica, podemos vivenciar a angústia do médico que necessita indicar uma histerectomia após o parto, principalmente em pacientes jovens e que ainda não tem prole constituída. Entretanto, é importante a decisão segura, orientação correta e iniciativa rápida, à luz da arte e da ciência obstétrica, evitando-se praticar procedimento desnecessário ou fazê-lo em extremo, operando uma moribunda.

Atualmente a principal intercorrência tocoginecológica é a inserção baixa da placenta e a segunda mais freqüente a rotura uterina. As principais morbidades intra-operatórias são a hemorragia e as lesões do trato urinário. E as principais complicações pós-operatórias são a anemia, a infecção de parede, e a infecção do trato urinário. A maioria das pacientes necessita de transfusão de hemoderivados principalmente quando realizada em caráter de urgência. O tempo operatório geralmente é mais prolongado. Esta tocurgia é de difícil realização até mesmo para cirurgiões mais experientes, pois geralmente o ato operatório ocorre em regime de urgência, e em muitos casos a cicatriz de cesárea prévia, a inserção baixa da placenta e o acretismo placentário estão associados. Quase um terço das pacientes necessita de unidade de terapia intensiva e o tempo de internação freqüentemente ultrapassa 7 dias, demonstrando a gravidade e o pior prognóstico destas mulheres.

Realizamos estudo baseado na análise de 28 cesáreas-histerectomias ocorridas no Hospital São Paulo - Disciplina de Obstetrícia da Universidade Federal de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, no período de 1985 a 1996, onde ocorreram 14.426 partos.

A incidência da cesárea-histerectomia em relação ao número total de partos foi de 0,19% e em relação ao número total de cesáreas de 0,43%. Esta tocurgia ocorreu em maior frequência entre multíparas (67,85%), assim como nas pacientes com uma cesárea prévia (57,14%). A cirurgia ocorreu antes da 37ª semana em 71,43% dos casos.

As principais indicações da cesárea foram: a inserção baixa da placenta (57,12%) e o descolamento prematuro da placenta (17,85%). A histerectomia se impôs principalmente em razão do acretismo placentário (64,28%) e da atonia uterina (32,14%).

A cesárea-histerectomia está associada a elevados índices de morbidade e mortalidade maternas. As principais intercorrências intra-operatórias foram: a hemorragia (18 casos) e as lesões do trato urinário (8 casos). Houve maiores complicações quando essa tocurgia foi realizada no pré-termo e na presença de cesárea prévia. A mortalidade materna ocorreu em um caso, que representou 3,57%.

O acretismo placentário foi a principal intercorrência tocoginecológica no determinismo da cesárea-histerectomia e suas complicações.

Nosso estudo permitiu deixar ilação clínica, no sentido de que se impõe o apuro na indicação das cesáreas, tentando reduzir a incidência da inserção baixa da placenta, do acretismo placentário, e, destarte, a ominosa cesárea-histerectomia.

No epílogo de nossas considerações julgamos relevante assinalar que a mensagem principal deste trabalho é que muita atenção deve ser direcionada ao apuro das indicações das cesarianas, principalmente para a primeira, pois ela freqüentemente determinará as outras cirurgia iterativas.

Julgamos que a incidência de acretismo placentário pode ser diminuída com a redução do abuso de cesarianas mal indicadas, particularmente em nosso meio, desta maneira reduzindo-se a incidência da cesárea-histerectomia.

A incidência da atonia uterina diminuiu sobremaneira nos últimos 30 anos. Esta era a grande causa de cesárea-histerectomia em nosso Serviço. A redução ocorreu devido à melhor condução da parturição, não se permitindo o parto prolongado e utilizando-se criteriosamente os ocitócicos.

Por outro lado, apuramos também diminuição desta ominosa tocurgia nos casos de descolamento prematuro da placenta em razão de conduta mais ativa não permitindo que o parto se prolongue por mais de 4 a 6 horas, evitando, destarte, o útero de Couvelaire.

Nossa convicção é de que a indicação mais precisa e restrita de cesáreas em nosso meio, a identificação de patologias durante o pré-natal e a adequada assistência obstétrica no momento da parturição revelam-se elementos fundamentais para a diminuição da incidência da cesárea-histerectomia e/ou de suas complicações.

INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO

Rosa Maria de S. A. Ruocco

INTRODUÇÃO

São incontestáveis os inúmeros benefícios do aleitamento materno para o binômio mãe-filho.

O sucesso da amamentação depende de inúmeros fatores, além do estreito vínculo criado entre a mãe e a criança, do suporte incentivador do pai e dos recursos médicos disponíveis.

Apesar de muitos acreditarem que amamentar é um ato instintivo, tanto para a mãe quanto para a criança, na realidade ele não o é.

Silva (1994) considera o aleitamento decorrente do aprendizado e da experiência, desenvolvidos principalmente pela observação e pelo exemplo, ou seja, ele é consequência de um aprendizado social.

O êxodo rural que acompanhou o processo de industrialização determinou o aparecimento das famílias nucleares, em oposição às grandes famílias das áreas rurais, terminando com o aprendizado familiar e o suporte cultural do ato de amamentar. Outras transformações sociais se seguiram, como: a necessidade da mulher trabalhar fora, contribuindo para a renda familiar; a aquisição de informações desconhecidas sobre as técnicas de amamentação e reais benefícios do leite materno; a falta de interesse e de preparo dos profissionais pertencentes às

equipes de saúde; as mudanças das rotinas nas maternidades, determinando horários rígidos, etc.

O PAPEL DOS PROFISSIONAIS

Assim sendo, o real incentivo ao aleitamento materno requer um trabalho de educação continuada, tanto da gestante e familiares, quanto dos profissionais da saúde que prestam assistência a ela.

As principais ações educativas deveriam enfocar:

- a promoção do conhecimento junto aos profissionais da saúde, tornando as informações uniformes, diminuindo o despreparo técnico e a falta de valorização por parte destes profissionais;

- as reformas curriculares dos cursos de graduação pertinentes, introduzindo o tema, visando informar e formar profissionais conscientes.

- a organização de programas básicos e de atualização, junto a escolas e associações de bairro.

- a atuação das várias federações e comitês das especialidades médicas envolvidas no processo junto a entidades governamentais.

Segundo dados do Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde (1991), coletados nos serviços públicos, um considerável número de gestantes fizeram pré-natal adequadamente, porém uma grande proporção delas não recebeu qualquer orientação sobre aleitamento.

Na verdade, todos os médicos podem militar em defesa do aleitamento materno, mas a doutrinação da paciente pode ser um privilégio único do obstetra. O vínculo construído por uma boa relação médico-paciente-família durante o pré-natal,

ou mesmo antes da concepção, pode ser o esteio principal do aleitamento bem sucedido.

É fundamental que o obstetra conheça a gestante, sua história familiar, suas experiências anteriores, medos e ansiedades quanto à maternidade, buscando sempre dar apoio a qualquer escolha quanto ao aleitamento. É o profissional que melhor cativa o cônjuge e a família a participarem do aleitamento, fornecendo o apoio emocional tão necessário à nutriz.

Sarett et al (1983) já demonstraram que 85 a 92% das gestantes tomam sua decisão de amamentar ou não antes do terceiro trimestre e, destas, 96 a 97% praticam o método escolhido, daí a relevância do esclarecimento de dúvidas no pré-natal. O obstetra deve explicar a anatomia da glândula mamária e a fisiologia da lactação, enfatizando como ocorre a produção do leite, as fases de transição desta produção (colostro, leite intermediário e leite definitivo) e a variação da composição do próprio leite (anterior e posterior) todas adaptadas às necessidades do recém-nascido desmistificando, assim, o tabu do leite fraco. É importante, também, que sejam frisados todos os benefícios nutricionais e imunológicos deste alimento espécie-específico. O médico deve examinar as mamas tentando corrigir ou amenizar problemas anatômicos, por meio de exercícios e cuidados adequados. Enfatizar a dieta adequada e a necessidade de maior ingestão líquida, tão importante para a produção adequada.

Tamminen et al (1983) mostraram que as mulheres, cujos maridos participaram do parto, amamentaram com maior frequência e por tempo mais prolongado. Por isso, também é importante que o médico defenda rotinas hospitalares menos

rígidas: permitindo e incentivando a presença do pai na sala de parto, lutando pela instalação do alojamento conjunto, e apoiando sua paciente para essa prática. Ainda pode trabalhar lado a lado com os grupos de orientação ao aleitamento, ou indicá-los para as pacientes e, sempre que possível, divulgar seus conhecimentos e esclarecer dúvidas através dos meios de comunicação, interferindo em conceitos pré-concebidos socialmente, como “amamentar faz o peito cair, amamentar faz crescer o seio e os mamilos ou não tenho tempo para isso” (Silva, 1994).

PREPARO DAS MAMAS

O obstetra pode recomendar o preparo mais adequado da papila mamária, segundo o seu tipo anatômico (protuso, semi-protuso, invertido ou umbilicado e pseudo-invertido ou pseudo-umbilicado). O preparo consta de exercícios para tornarem as papilas flexíveis e estimular a protrusão, iniciados em torno de 30 semanas, respeitadas as contra-indicações naquelas gestantes suscetíveis a trabalho de parto prematuro. Autores como Worthington (1985), Silva (1987) e Vinha (1987) recomendam atritar ou friccionar a pele das papilas e aréolas com uma toalha felpuda por alguns segundos, exercícios que tracionem as papilas para fora (10 a 20 vezes ao dia, chegando até 50 vezes em cada mama) com o intuito de reforçar a pele e prevenir rachaduras. As papilas invertidas podem ser trabalhadas pelos exercícios de Hoffman, cuja técnica ajuda a puxar para fora as papilas rompendo aderências em suas bases.

A prática de lubrificar as papilas vem sendo abolida progressivamente, pois o uso de qualquer lubrificante deixa o complexo papila-aréola sensível e provocam a descamação da

pele. No banho, essa área não deve ser lavada com sabão, evitando o ressecamento local, que predispõe ao trauma. É indicada, ainda, a exposição das papilas à luz solar ou de uma lâmpada de 40 W, colocada a 20 centímetros de distância, por 10 minutos em cada mama, uma vez ao dia (Murahovschi et al., 1982; Worthington, 1985; Vinha, 1987).

No puerpério, as primeiras orientações de cuidados locais, técnicas de mamadas, diferentes reflexos do recém-nascido (perioral, sucção e deglutição), momento da apojadura e esvaziamento das mamas devem ser dadas pelo obstetra. Durante toda internação e, mesmo após a alta hospitalar, ele precisa fornecer apoio emocional à paciente. É de extrema importância que as informações passadas pela equipe de saúde sejam fidedignas e uniformes, evitando controvérsias no delicado período em que se inicia a lactação.

Em resumo, motivar a gestante, sem ser incisivo, diminuir frustrações ou culpas, diminuindo sobremaneira o desmame precoce. Além de motivar, educar parece ser o caminho concreto para o aleitamento bem sucedido.

REABILITAÇÃO DO ASSOALHO PÉLVICO PÓS-PARTO

Manoel J.B.C. Girão

Rodrigo A. Castro

Inúmeros fatores estão envolvidos na fisiopatologia da incontinência urinária e do prolapso genital. Admite-se que a integridade da musculatura do assoalho pélvico desempenhe importante papel na manutenção da estática pélvica e da continência urinária.

Desde o trabalho de Enhorning (1961), que introduziu o conceito da transmissão da pressão abdominal para a uretra, aceita-se que a topografia intra-abdominal do colo vesical seja fundamental para a continência urinária. Portanto, a hipermobilidade e a posição extra-abdominal do colo vesical, decorrente da lesão dos diafragmas pélvico e urogenital, associam-se à incontinência urinária de esforço e ao prolapso genital.

O parto vaginal, dentre outras causas, pode comprometer a função dos músculos do assoalho pélvico. A compressão de partes fetais contra tecidos maternos determina estiramento e secção de fibras musculares e nervos, bem como dos ligamentos do aparelho de suspensão. Tais fatos justificam a maior frequência da incontinência urinária de esforço em múltiparas.

Durante a contração do músculo levantador do ânus a uretra é tracionada em direção ao púbis e comprimida contra a fásia endopélvica, mantendo a luz uretral ocluída. Portanto,

a adequada função muscular é fundamental para a continência urinária. Sabe-se que este músculo é formado por dois tipos de fibras musculares. As do tipo I são fibras lentas, capazes de manter a contração por longos períodos sem fadiga, mantendo dessa forma o tônus muscular. Já as fibras do tipo II se contraem rapidamente em resposta aos aumentos abruptos de pressão abdominal, porém não conseguem manter a contração por longos períodos, sendo responsáveis pela resposta aos aumentos abruptos da pressão abdominal durante o esforço físico. Há predomínio das fibras I nos músculos do assoalho pélvico.

Vários pesquisadores demonstraram dano neuromuscular em pacientes com incontinência urinária de esforço, produzindo contrações menos eficazes. Descrevem-se alterações na condução do nervo pudendo, lesões do esfíncter anal e do músculo estriado uretral associadas com o prolapso genital e com as incontinências urinárias e fecal.

Com o auxílio da ressonância magnética pode-se observar degeneração gordurosa e substituição parcial, por tecido fibroso, dos músculos do assoalho pélvico em parcela significativa das mulheres com incontinência urinária de esforço.

Em face de tais observações, torna-se fundamental avaliar a função dos músculos do assoalho pélvico antes e após o parto. Para tanto, além das manobras clássicas do exame ginecológico, pode-se utilizar a avaliação funcional, assim descrita: *Grau 0* – sem contração reconhecida; *Grau 1* – indício de contração por menos de 2 segundos; *Grau 2* – contração fraca, com ou sem elevação posterior dos dedos, mantida por 3 segundos; *Grau 3* – contração moderada, com ou sem elevação posterior dos dedos, mantida por 4 segundos repetida 3 vezes; *Grau 4* –

contração forte, com elevação posterior dos dedos, mantida por 7 segundos, repetida 5 vezes; *Grau 5* – contração forte, com elevação posterior dos dedos, mantida por 10 segundos, repetida 5 vezes.

Baseados no fato de existir dano muscular, algumas modalidades terapêuticas foram desenvolvidas para fortalecer a musculatura do assoalho pélvico e que exercitam esse grupo muscular. Merecem realce as técnicas de exercício perineal, cones vaginais e eletro-estimulação.

Os exercícios perineais foram desenvolvidos por Kegel (1948) e participam, ainda hoje, da terapêutica da incontinência urinária de esforço. Diferente do descrito inicialmente, não mais se utilizam os perineômetros. As sessões de exercícios devem, na medida do possível, ser acompanhadas por fisioterapeutas treinadas nestas técnicas, pelo menos até que a paciente aprenda adequadamente a exercitar esse grupo muscular. Porém, parcela significativa das mulheres não consegue contrair corretamente os músculos do assoalho pélvico. Nestes casos preconiza-se o uso dos cones ou da eletro-estimulação.

Os cones vaginais foram descritos por Plevnik (1985) com o objetivo inicial de avaliar a função dos músculos pélvicos. São dispositivos de forma e volumes iguais e pesos diferenciados, variando de 20 a 100 gramas. Posteriormente, passaram a ser utilizados para o fortalecimento da musculatura do assoalho pélvico em pacientes com incontinência urinária de esforço, com excelente resposta. Relatam-se bons resultados em cerca de 70% das pacientes, cifra semelhante à obtida com eletro-estimulação.

Sabe-se que os cones vaginais e, em menor grau, a eletro-

estimulação melhoram também a propriocepção perineal, o que trará nítido benefício para atividade sexual.

O estímulo elétrico é capaz de elevar a pressão intra-uretral, aumenta o fluxo sangüíneo muscular, restabelece as conexões neuromusculares, além de hipertrofiar a fibra muscular. Pode ser indicado para a recuperação muscular, bem como no tratamento da incontinência urinária de esforço e da instabilidade do detrusor.

Alguns efeitos colaterais são raramente observados após a eletro-estimulação. Entre os mais comuns, salientam-se dor, irritação vaginal e maior freqüência de infecção urinária.

Dentre as várias explicações possíveis, para justificar os bons resultados obtidos com esses métodos na terapêutica da incontinência urinária de esforço, salienta-se a possibilidade de aumentarem a concentração das fibras musculares do tipo II (fibras de contração rápida), propiciando uma resposta mais rápida e adequada do levantador do ânus em resposta aos aumentos de pressão abdominal.

Por fim, cumpre mencionar que julgamos fundamental o preparo dos músculos perineais durante a gestação e puerpério, em especial quando o parto for normal. Quando a motivação for preventiva, acreditamos estarem melhor indicados os exercícios, reservando as demais modalidades para as pacientes que já apresentarem alguma disfunção.

PÓS-PARTO E SEXUALIDADE

Malcolm Montgomery

Quando o assunto é sexualidade não é muito simples impor protocolos e manuais que possam ser efetivados da forma objetiva como classicamente é estruturado um protocolo clínico ou cirúrgico.

Aqui é sempre importante lembrar três preceitos básicos, que venho colocando há anos e que cada vez mais me gratifica quando vejo sendo usado pelos colegas médicos em quase todas as áreas de Ginecologia e Obstetrícia.

- 1º Individualizar
- 2º Individualizar
- 3º Individualizar

Porém podemos resumir alguns parâmetros gerais que podem ajudar os colegas a orientar as puérperas a facilitar a comunicação e adaptação à vida sexual prazerosa no pós-parto.

ASSERTIVAS BÁSICAS

1- Sexualidade é agressividade saudável, e que pode ser classificada em genital e geral;

2- A sexualidade geral (extragenital) é energia – agressividade canalizada em vários setores do nosso existir; esporte, trabalho, arte, relacionamentos gerais como também a relação tão “delicada e agressiva” que é a relação mãe-recém nascido. Aqui também predomina o primitivo do inconsciente que é o sentimento amor – ódio;

3- A sexualidade genital pode ser vivenciada isoladamente (masturbação/auto-erotismo) e/ou com o parceiro/a;

4- O pós-parto é período de crise com transformações e adaptações biológicas, psicológicas e sociais.

É um corpo que perdeu sua identidade, é uma psique que reelabora uma nova identidade, e um ser social que vai exercitar um novo papel.

Por isso o primeiro cuidado do obstetra é: atenção, sensibilidade e, empatia e a compreensão de que o pós-parto e suas adaptações também faz parte do nosso trabalho. É um dever do obstetra avaliar e ajudar o casal no reinício das relações sexuais.

5- Em nível orgânico temos alterações hormonais com repercussão geral (sistêmicas altas) e local (genital) que comprometem o desejo e o coito.

- Os altos níveis de prolactina e progesterona tendem a diminuir o desejo sexual .

- Na vagina as alterações hormonais e locais tendem a mudar o pH com fragilização da mucosa, facilitando dificuldades locais no coito.

- A episiotomia e a cicatriz da cesárea também podem comprometer pela dor e pelo medo da dor que gera tensão muscular e tudo isso pode criar um ciclo vicioso (medo - tensão - dor - contração).

- Os lóquios podem durar mais tempo que o previsto e aumentar a fragilização da mucosa.

6 - Em nível psicológico podemos observar várias alterações:

- uma simbiose mãe/recém-nascido fisiológica e/ou patológica;

- um sentimento de exclusão do pai que pode até evoluir para uma inveja mais agressiva;

- sentimentos ambivalentes de alegria- tristeza, euforia-desmotivação, esperança - frustração, medo-coragem na mãe que podem evoluir bem ou acabar numa mania (por exemplo: excessiva preocupação com a assepsia do bebê), persecutoriedade (por exemplo: fantasia de que alguém prejudique ou roube o bebê), obsessão (por exemplo: horários rígidos para amamentação e sono) apresentando uma outra face da depressão pós-parto.

ASSISTÊNCIA

- Facilitar comunicação abrindo diálogos sobre dificuldades eventuais, medos, crenças e mitos;

- Explicar que nesse período é comum a perda do desejo sexual no casal, mas que isso é natural e transitório;

- Esclarecer sobre a possibilidade de um reinício das relações com delicadeza, pela fragilidade do genital (pH, episiotomia e lóquios);

- Prescrever cremes do tipo estrogênios não-absorvíveis, como o Promestriene para fortalecer a mucosa e dar confiança à puérpera;

- Estimular o casal para que a mulher oriente ela mesma a penetração pois assim facilita-se o relaxamento, evitando a contração pelo medo na penetração da vagina;

- Orientar que pode-se usar na busca do prazer outras atividades fora do coito (por exemplo: masturbação mútua do casal ou a exploração de carícias pelo corpo) até que se estabeleça confiança para iniciar a penetração.

- Orientar o parceiro que a negação de uma relação, não é uma atitude de desamor, exclusão ou perda de desejo por ele. É transitório porque existe muito prazer e erotismo na relação com o bebê. Não é um movimento contra ele e sim

a favor dela e de suas necessidades. Um pouco de paciência e tudo volta ao normal.

- Por outro lado o mesmo pode acontecer com o novo pai que pode estar inibido pela amamentação ou outras alterações no corpo da puérpera como também a fantasia da “santa mãe”. Não é um movimento contra ela, é a favor de suas necessidades, e com o tempo e boa comunicação tudo volta ao normal.

- Estimular a puérpera a comunicar claramente o seu “não-desejo” porque se ela se submeter a relação por obrigação ou medo (que ele procure outra) é o mais curto atalho para o desconforto, desprazer e aversão sexual.

- Comunicação e negociação clara das dificuldades fortalece o vínculo e facilita o retorno ao sexo saudável.

- A orientação e o uso de um eficiente método anticoncepcional é básica e fundamental, pois o temor a gravidez é um forte obstáculo a um retorno saudável da vida sexual.

ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli
Prescilla Chow Lindsey

INTRODUÇÃO

Os benefícios do aleitamento materno são sobejamente conhecidos, há muito tempo, indo desde a promoção de crescimento e desenvolvimento mais saudáveis da criança, com redução de morbidade e mortalidade infantil, até um relacionamento afetivo e psicológico melhor, com inegáveis vantagens sob o aspecto prático e econômico. O período do puerpério geralmente traz junto o temor de uma nova gestação muito próxima, e portanto deve ser oferecida contracepção segura e adequada, inclusive durante toda amamentação.

O retorno da fertilidade, após o parto, depende da presença ou não do aleitamento materno e de como este está sendo conduzido. Quando não existe amamentação natural, a função do eixo hipófise-hipotálamo geralmente normaliza entre 4 e 6 semanas após o parto, com o início da ovulação ocorrendo em média ao redor de 40 - 45 dias de puerpério. Se há aleitamento materno, advém níveis altos de prolactina, secreção diminuída de LH, refratariedade ovariana à ação das gonadotrofinas, levando a um estado de anovulação. O padrão de amamentação é importante na manutenção da amenorréia e da

anovulação, sendo o número de sucções (mais de 5 vezes por dia) e a duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos. Após 3 meses, a ovulação pode preceder o primeiro sangramento menstrual, com certa frequência.

O início do uso de método contraceptivo deve ser na terceira semana após o parto, se não houver amamentação ou se esta for parcial. Em presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar a anticoncepção três meses após o parto.

O *Aleitamento Natural Como Método De Planejamento Familiar (Lam)* é conhecido e praticado há centenas de anos, principalmente em sociedades mais primitivas. A amamentação cria um estado natural de infertilidade, por meio de alterações hormonais hipotalâmicas, causadas por sucções frequentes do bebê, que levam à anovulação e amenorréia. O aleitamento pode ser usado como método anticoncepcional seguro e eficaz se for iniciado imediatamente após o parto, feito de forma integral e na presença de amenorréia. Nestas condições, nos primeiros 6 meses a proteção contra gravidez é ao redor de 98%. No entanto, se a mulher já menstruou, mesmo com aleitamento exclusivo, a probabilidade de engravidar é cerca de 27%. Após este período o risco de gravidez aumenta e quando a amamentação é mista e acompanhada de menstruação, pode atingir 41%.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

No puerpério, além das características inerentes a qualquer método, tais como eficácia, segurança, custo e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido, ao se fazer a opção contraceptiva.

- Abstinência periódica

É baseada no cálculo do período fértil (tabelinha, ritmo ou Ogino- Knaus), ou nas alterações do muco cervical (método de Billings), ou na curva da temperatura basal ou no método sintotérmico. São métodos que não apresentam efeitos sobre a lactação e a criança, mas só devem ser indicados quando as menstruações já estão regulares, sendo portanto em geral de pouca utilidade no puerpério, e com alto índice de falha.

- Métodos de barreira

São métodos que podem ser utilizados durante a amamentação e incluem o condom masculino, feminino e o diafragma.

No puerpério e durante o aleitamento, o epitélio vaginal está atrófico e a lubrificação diminuída, sendo portanto recomendável o emprego dos métodos de barreira associados a cremes vaginais de estrogênio ou lubrificantes. A eficácia desses métodos, depende do seu uso correto, assim é necessário que a paciente esteja consciente da necessidade de colocá-lo em todas relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

O diafragma tem sua indicação limitada antes de seis semanas pós-parto, pois sua eficácia depende da localização adequada na vagina, que retorna ao estado não-gravídico após este intervalo de tempo.

- DIU

É método bastante seguro e conveniente durante o puerpério, não interferindo no processo de lactação e desenvolvimento da criança, com vantagens da alta eficácia e longa duração, sem apresentar maior incidência de complicações do que fora deste período.

O DIU pode ser inserido via vaginal imediatamente após

a dequitação placentária, ou durante a cesárea antecedendo a histerorrafia. Estes procedimentos não apresentam aumento significativo de perfurações ou infecções, com discreto aumento no número de expulsões do dispositivo que pode ser evitado com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros dez minutos após a dequitação.

No Setor de Planejamento Familiar do Departamento de Tocoginecologia da UNIFESP-EPM, o DIU é inserido cerca de 6 a 8 semanas, após parto vaginal, e de 8 a 12 semanas quando for cesárea, mesmo que a paciente esteja em amenorréia.

- Métodos hormonais

a) Com progestagênio somente (oral, injetável trimestral ou implante subdérmico)

Podem ser empregados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, não alteram o volume do leite produzido, nem a concentração de proteínas, lípidos ou lactose. Podem ser iniciados após três semanas do parto e devem ser os escolhidos quando a opção for a contracepção hormonal.

- A minipílula (0,35 mg de norestisterona ou 0,03 mg de levonorgestrel ou 0,5 mg de linestrenol) pode ser mantida até 6 meses ou até a paciente menstruar, geralmente coincidindo com o início da suplementação alimentar da criança.

- A injeção trimestral de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona, por via intramuscular, tem maior eficácia que a minipílula, mas pode causar retorno de fertilidade mais demorado, principalmente com o número maior de doses utilizadas.

- O implante subdérmico de levonorgestrel é um bom método, altamente eficaz sem efeitos sobre a lactação e desenvolvi-

mento da criança, de duração prolongada (5 anos) e com rápido retorno à fertilidade, após sua remoção.

b) Hormonal combinado (oral ou injetável)

O uso deste método pode acarretar diminuição da quantidade de leite, por ação do componente estrogênico, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras e lactose.

Existe passagem dos hormônios para o lactente, em geral em proporções inferiores a 1% da dose materna, não alterando seu desenvolvimento, crescimento e nem mesmo comportamento psicológico, dados observados em crianças acompanhadas até 8 anos de idade.

Os métodos hormonais combinados não devem ser indicados quando em aleitamento materno exclusivo. Se forem usados em pacientes que já menstruam e com amamentação mista, deve ser feita opção por um contraceptivo hormonal de baixa dosagem, ingerindo-se a pílula de preferência logo após uma mamada, ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se também que haja aumento da duração do estímulo de sucção.

- *Métodos cirúrgicos*

Por serem definitivos, tanto a vasectomia como a laqueadura tubária, devem ser resultantes de decisão consciente e amadurecida do casal, tomada de preferência fora da gestação ou no início da mesma, e não no momento do parto. As condições do recém-nascido devem ser levadas em consideração sempre.

Se a opção for esterilização feminina, ela poderia ser realizada por incisão subumbilical, imediatamente após o parto vaginal, ou no momento da cesárea. Pode ainda ser feita por

meio de minilaparotomia suprapúbica ou de laparoscopia, principalmente quando fora de período puerperal.

Devem ser respeitadas as orientações da Lei 9263, de 1996 que trata de Planejamento Familiar e se refere a esterilização voluntária, restringindo este procedimento cirúrgica no puerpério nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

CONCLUSÃO

Diante das inúmeras vantagens do aleitamento materno este deve sempre ser incentivado. Ao casal deve ser oferecido método contraceptivo que não prejudique a lactação e a criança, com o máximo de segurança e eficácia, durante o tempo desejado.