

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

1. AUTORES

- Elfie Tomaz Figueiredo
- Pablito Miguel Andrade Aguiar
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Jordana Parente Paiva
- Emily Rebouças Gonçalves
- Lara Ribeiro Taumaturgo

2. INTRODUÇÃO

É por definição a anormalidade no desenrolar do trabalho de parto (TP). Tem como causa alterações em um ou mais dos fatores determinantes do processo: força, trajeto e objeto. Constitui a principal causa de indicação de cesáreas em nulíparas, cesáreas intraparto e cesáreas de repetição. Cerca de 20% dos trabalhos de parto, com conceito vivo ao nascer, apresentam algum grau de dificuldade ou distócia no seu intercurso, sendo o risco maior em nulíparas com gestações de termo.

Faz-se necessário o conhecimento de um TP eutócico, a saber:

2.1. Trabalho de Parto Normal (Eutócico):

O trabalho de parto, por definição, é caracterizado por contrações uterinas dolorosas, dilatação progressiva e apagamento do colo. São considerados estágios do trabalho de parto:

- Primeiro estágio: caracteriza-se pela presença de contrações uterinas dolorosas, associadas a dilatação cervical. Se divide em fase latente e ativa. A fase latente se caracteriza por ser uma fase inicial, apresentando início de contrações mais rítmicas, a cada 3 a 5 minutos por, pelo menos, uma hora, com dilatação cervical lenta. A transição para a fase ativa ocorre quando a gestante atinge a dilatação de 6 cm.
- Segundo estágio (ou período expulsivo): ocorre quando se atinge a dilatação completa. Divide-se em fase passiva e fase ativa. Sua fase passiva se caracteriza por ainda não haver o desejo de puxo espontâneo da parturiente e pode estar associado a apresentação fetal alta. Já a fase ativa ocorre quando surge o desejo de puxo e a cabeça fetal pode estar visível.
- Terceiro estágio: o tempo entre a expulsão fetal e expulsão da placenta.
- Quarto estágio: a primeira ou duas horas após a expulsão da placenta, quando o útero recupera o tônus e inicia o processo de involução.

Vem-se observando um aumento gradual de diagnóstico de TP distócico. Atribui-se isso ao uso persistente das curvas de dilatação antigas como as de Friedman, que não condizem com aspectos obstétricos atuais. Portanto, necessita-se utilizar uma curva de trabalho de parto contemporânea, que leve em consideração características como: etnia; idade materna, índice de massa corpórea e intervenções obstétricas (indução, analgesia e uso de ocitócitos). Zhang e colaboradores, em 2010, redefiniram alguns conceitos para TP:

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

- A progressão da dilatação entre nulíparas e múltiparas é similar até os 6 cm;
- A progressão da dilatação entre 4 e 5 cm, pode levar mais que 6 horas;
- A progressão da dilatação entre 5 e 6 cm, pode levar mais que 3 horas;
- Após os 6 cm, a velocidade de dilatação cervical é mais acentuada nas múltiparas;
- A duração da segunda fase foi muito mais curta em múltiparas;
- No segundo estágio, o percentil 95 para nulíparas foi:
 - 2,8 h sem analgesia peridural;
 - 3,6 h com analgesia peridural.
- No segundo estágio, o percentil 95 para multiparas foi:
 - 1,3 h sem analgesia peridural;
 - 2 h com analgesia peridural.

Atualmente, os limites devem ser estabelecidos individualmente. Não existe um tempo para primeiro e segundo período máximo absoluto para todas as pacientes, desde que a paciente e o feto estejam devidamente monitorados e haja progressão documentada do trabalho de parto.

A duração do trabalho de parto ativo pode variar:

- nas primíparas dura em média 8 horas e é pouco provável que dure mais que 18 horas;
- nas múltiparas dura em média 5 horas e é pouco provável que dure mais que 12 horas.

Para segundo período, aceita-se o limite de 3h (sem analgesia) e 4h (sob analgesia) na nulípara e o limite de 2h (sem analgesia) e 3h (sob analgesia) nas múltiparas. Inclusive, se parturiente estiver com puxos efetivos, porém sem progressão na descida fetal ou sem evolução de rotação, diagnóstico de distocia pode ser dado antes desse período.

3. CLASSIFICAÇÃO

3.1. Distócias de fase ativa:

O diagnóstico de distócia nessa fase não deve ser feito antes da paciente estar em fase ativa, ou seja, ≥ 6 cm de dilatação. É fundamental a avaliação e a documentação da descida e da rotação do pólo cefálico, além das mudanças de intensidade, duração e frequência das contrações uterinas.

- Fase ativa prolongada (Distócia Funcional): a principal causa é a hipocontratilidade ou a incoordenação das contrações. Caracteriza-se por velocidade da dilatação inferior a 1 a 2 cm em 2 horas no primeiro período do parto.
- Parada secundária de dilatação (Parada de Progressão): dilatação superior a 6 cm, com rotura das membranas, que não progride após 4 h de atividade uterina adequada, ou pelo menos 6 h após administração de ocitocina com atividade uterina inadequada e nenhuma mudança cervical. Principal causa é a desproporção céfalo-pélvica absoluta ou relativa.
- Parto Precipitado ou Taquitócico: Caracteriza-se pela curva de dilatação muito rápida e

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

excessivo padrão de contrações. Principal causa decorre da taquissistolia e hipersistolia.

3.2. Distócias de período expulsivo:

- Período Expulsivo Prolongado: descida < 1 cm ou ausente, depois de 60-90 min de puxos espontâneos e contrações uterinas regulares (> 3 contrações/ minuto);
- Parada Secundária da Descida (Parada de Progressão): ausência de descida e/ou rotação > 3h em nulíparas e >2 h em multíparas, com contrações uterinas adequadas e rotura de membranas. Este tempo pode ser acrescido em mais 1 h em pacientes submetidas a analgesia peridural, desde que haja boa vitalidade fetal e ausência de exaustão maternal.

4. CAUSAS

4.1. Alterações da contratilidade (distócia de motor ou funcional):

- Oligossistolia;
- Polissistolia;
- Segmento inferior hipertônico;
- Esforço muscular expulsivo deficiente (prensa abdominal insuficiente);
- Disfunção hipertônica uterina (incoordenação nas contrações).

4.2. Alterações fetais (distócia fetal):

- Distócia de apresentação (occipito-posteriores persistentes, anteroposteriores altas, cabeça alta e móvel, occipito transversa baixa, apresentação pélvica, apresentação córmica e deflexões de primeiro, segundo e terceiro grau e assinclitismo);
- Distócia de volume (macrossomia fetal, anomalia fetal);
- Distócias de cordão (brevidade, nó verdadeiro, circular, prolapso e inserção velamentosa).

4.3. Alterações pélvicas:

- Distócias ósseas: Vícios de estreito superior, médio e inferior;
- Distócias de partes moles: Edema de colo, estenoses cervicais por cirurgias prévias, câncer de colo uterino, miomas cervicais ou vaginais, septos vaginais, cistos vaginais e condilomas volumosos, traumas pélvicos.

5. TERMOS CORRELATOS:

- Parada de progressão (2-4h de franco trabalho de parto, sem mudanças na dilatação ou 1h de franco trabalho de parto sem descida);
- Desproporção céfalo-pélvica.

6. FATORES FAVORECEDORES DE DISTÓCIA

● Diagnóstico incorreto do trabalho de parto:

Deve-se ter atenção na admissão das pacientes, especialmente as primigestas. Levando-

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

se em consideração as curvas de dilatação contemporâneas (Zhang), o início da fase ativa deve ser considerado aos 6 cm de dilatação, ocasião em que o preenchimento do partograma deve ser iniciado. Caso ocorra internamento entre 4-5 cm, esse não deve ser aberto, pois uma parcela destas mulheres, encontraram-se em pródromos de TP. Ademais, a progressão de dilatação neste intervalo, ocorre de maneira mais lenta e a abertura do partograma nesse momento, leva a diagnósticos errôneos de parto distócico.

- **Admissão hospitalar precoce:**

Evitar o internamento de pacientes com dilatação cervical menor que 6,0 cm. Este grupo de mulheres irá receber mais ocitócitos, analgésicos e peridurais com consequente aumento de distócia e iatrogenia. Entretanto, a decisão da internação deve ser do médico avaliador, baseada em fatores da paciente como: avaliação do estado psicológico, fadiga, tolerância à dor, paridade, avaliação de Bishop, distância do domicílio da parturiente ao hospital, presença de cicatriz uterina prévia, RAMO, idade gestacional e patologias maternas ou fetais.

- **Restrição no Leito:**

Alguns estudos não citam a restrição ao leito como fator de risco para distocias, contudo há evidências de que a deambulação e posição vertical encurtam o trabalho de parto, sendo medidas tão efetivas quanto o uso de ocitócitos. Assim, a parturiente deve ser encorajada, a deambular e adotar as posições que prefiram e se sintam mais confortáveis.

- **Monitorização eletrônica fetal contínua:**

Por limitar a parturiente ao leito aumenta a incidência de distócia e as taxas de cesárea.

- **Analgesia Peridural:**

Existem evidências de associação com prolongamento do segundo estágio do parto, maior uso de ocitocina, fórcepe e vácuo-extrator.

- **Alterações Emocionais:**

Medo, ansiedade, sensação de abandono e desinformação associados a ambientação inapropriada, estimulam negativamente o neocortex e desfavorecem a evolução fisiológica do trabalho de parto, por estimular a secreção de catecolaminas e cortisol, e diminuir a secreção de ocitocina e prolactina.

7. PREVENÇÃO DE DISTÓCIAS

- Maior integração da equipe (médicos e enfermeiros);
- Utilizar como parâmetros de acompanhamento os valores da curva contemporânea de TP (Zhang);
- Indução por estágio do trabalho de parto (iniciar amadurecimento cervical com prostaglandinas e uso posterior de ocitocina);
- Apoio emocional contínuo à acompanhante de escolha da paciente. Suporte psicológico

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

e social quando necessário;

- Amniotomia: realizar apenas em mulheres com progressão anormal do trabalho de parto, com maiores benefícios quando associada ao uso de ocitócitos;
- Uso de medidas alternativas no controle da dor (banhos mornos, deambulação, apoio físico e emocional devem ser preferidos à anestesia peridural);
- Não intensificar, com muitos repiques, a analgesia peridural, para evitar interferência na eficácia das contrações e dos puxos;
- Ambientação adequada (local com poucos ruídos, sem conversas paralelas, com iluminação e temperatura controladas, propiciando segurança, privacidade e tranquilidade)
- Evitar posicionar a parturiente muito cedo em decúbito dorsal ou litotomia, bem como evitar solicitar que realizem o puxo precocemente no segundo estágio do parto (medidas que só exaurem a paciente e contribuem para prolongar o período expulsivo);
- Revisão em todos os prontuários de cesárea (avaliar indicação);
- O treinamento de musculatura do assoalho pélvico previamente ao Trabalho de Parto, no período pré-natal, também mostrou benefícios

8. DIAGNÓSTICO

- **Anamnese:**

História prévia de tocurgia em partos anteriores (fórcipe, vácuo-extrator, cesárea), primiparidade, antecedentes de traumas ou cirurgias pélvicas. Sintomas de dor acentuada, especialmente na região lombosacra.

- **Exame Físico:**

Avaliar biotipo da paciente (altura, peso e IMC), medir altura do fundo uterino, realizar as Manobras de Leopold (apresentação, situação e posição fetais), relação entre cabeça e pelve (insinuação e encaixamento), toque vaginal (variedade de posição, altura da apresentação, edema de colo e presença de bossa parietal), alterações na contratilidade (taquissistolias, incoordenações e hipossistolia), estado psíquico materno (ansiedade e medo).

- **Pelvimetria Clínica:**

- Conjugata Obstétrica (11 cm);
- Diâmetro bi-isquiático (10,5 cm);
- Ângulo do arco púbico (>90 graus);
- Conjugata êxitus (9,5 cm)- posição de McRoberts provoca a retropulsão do cóccix e a alarga em até 1,5 cm;
- Diâmetro bituberoso (11,0 cm).
- Plano ósseo da cabeça acima da borda superior da sínfise púbica (sinal de Muller), Promontório facilmente palpável ao toque vaginal, ângulo subpúbico estreitado e espinhas ciáticas salientes, podem sugerir pelve desfavorável, quando diante uma

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

evolução anormal de trabalho de parto.

- Conforme evidências mais atuais, a pelvimetria isolada não deve ser utilizada como decisão de via de nascimento (Cochrane, 2017; NICE 2021). Porém, associada à história obstétrica pregressa, presença de patologias maternas e fetais na gestação corrente, achados de exame físico, evolução do partograma e dados de ultrassonografia peri ou intraparto, ajuda na tomada de decisão quanto à via de parto, frente a situações incertas nas quais a equipe e paciente podem se deparar em partos distócicos.

- **Ultrassonografia:**

- **Anteparto**

Avaliação da anatomia, peso e apresentação fetal, bem como de anormalidades que obstruam o canal de parto (placenta prévia, miomas e tumores cervicais);

- **Intraparto**

- **Determinação da variedade de posição da cabeça fetal** (observação das orbitas, linha média cerebral, tálamos e cerebelo fetais).

- ◆ Por via transabdominal (apresentações altas), com o transdutor convexo posicionado transversalmente na região suprapúbica, visualizam-se as orbitas nas variedades posteriores e os tálamos e cerebelo nas variedades posteriores.

- ◆ Pela via transperineal (apresentações baixas), com o transdutor convexo recoberto com preservativo e encostado na região vulvar, observa-se a posição da linha cerebral média e dos tálamos. Mais fidedigna que o exame de toque vaginal, principalmente na ocorrência de bossas, cavalgamentos ósseos e variedades posteriores.

- **Determinação da posição do dorso fetal** (observação da lateralização da coluna fetal). Com a sonda convexa posicionada sobre o abdome materno, avalia-se o lado que se encontra o dorso fetal (direita ou esquerda) e a relação de proximidade da coluna fetal com a parede abdominal anterior materna ou o dorso materno (anterior ou posterior). Polos cefálicos com variedades de posição posteriores ou transversas, apresentam maiores riscos de persistência destas apresentações no final da segunda fase do TP, se dorso fetal for posterior).

- **Determinação de posições anômalas da cabeça fetal**

- ◆ Deflexões (ângulo occipito espinhal <125 graus): ângulo formado pela confluência de duas linhas traçadas sobre a coluna cervical e o occipito fetal.

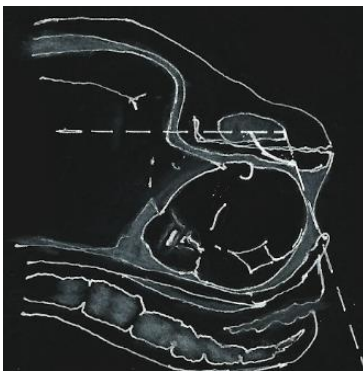
- ◆ Assinclitismos (observação das orbitas, linha média cerebral e tálamos fetal). Posicionando a sonda convexa, transversalmente na região suprapúbica, a dificuldade de visualização de uma das orbitas ou um dos tálamos, bem como a observação da linha média cerebral mais aproximada do pube ou sacro, sugerem assinclitismo.

- **Avaliação da descida e altura da apresentação fetal**

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

◆ Ângulo de progressão (AoP)

Com a sonda convexa em sentido longitudinal e ligeiramente angulada para frente (protegida por preservativo), posicionada na região vulvar, obtém-se um corte sagital, onde visualiza-se a sínfise púbica e o crânio fetal. Traçam-se duas linhas, uma sobre o eixo longitudinal da sínfise púbica e outra tangenciando o contorno do crânio fetal. O AoP consiste no ângulo formado entre estas 2 linhas.



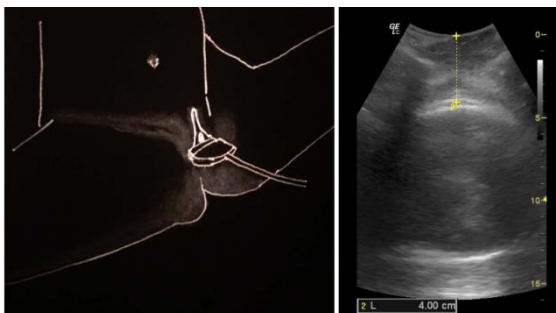
Fonte: Carvalho Neto, R. H.

$AoP \geq 120^\circ$ é um bom preditor de parto vaginal e de sucesso na aplicação de vácuo extrator (90% dos casos); $AoP > 110^\circ$ durante a primeira fase e $> 120^\circ$ durante a segunda fase do parto se correlacionam positivamente com a ocorrência de parto vaginal espontâneo.

AoP de 116° , corresponde a cabeça fetal no plano 0 de De Lee (espinhas isquiáticas).

◆ Distância cabeça períneo (DCP)

Com a sonda convexa em sentido transversal (protegida por preservativo), posicionada na região vulvar, realiza-se uma leve pressão contra as estruturas moles e obtém-se a medida da menor distância entre o crânio fetal e o transdutor do ultrassom (fora da contração).



Fonte: Carvalho Neto, R. H.

DPC de 36 mm, corresponde ao plano 0 de De Lee (estreito médio da bacia).

DPC < 40 mm e AoP > 120° indicam alta probabilidade de parto vaginal.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

ATENÇÃO: Importante ter sempre em mente que para diagnosticar corretamente a desproporção céfalo pélvica, a paciente deve encontrar-se na fase ativa do trabalho de parto (prova de trabalho de parto).

9. PARTOGRAMA E MONITORIZAÇÃO

É um verdadeiro retrato de corpo inteiro da evolução do parto. Sua importância confirma-se quando, em um momento definido, avaliamos a evolução do parto como um todo: dilatação cervical, descida da apresentação, posição fetal, variedade de posição, frequência cardíaca fetal, contrações uterinas, infusão de líquidos e analgesia. O exame completo de todas estas variáveis permite conhecer a evolução do parto e dos fatores etiológicos responsáveis por sua evolução normal ou anormal. Identificada a distócia no partograma e reconhecida sua etiologia, a orientação terapêutica será lógica e eficaz.

É ideal que se realize uma monitorização contínua, com avaliação de Dinâmica Uterina de 1 em 1h; medida de frequência cardíaca materna de 1 em 1 hora; aferição de Pressão Arterial de 4 em 4h; ausculta fetal antes, durante e depois da contração por 1min de 30 em 30 minutos na fase ativa em partos de risco habitual e de 15 em 15 minutos se alto risco; toques vaginais para avaliação a cada 4h.

Atualmente, há uma tendência à realização dos toques vaginais mais espaçados, a cada 4h, principalmente no primeiro estágio, conforme as novas recomendações. Entretanto, pode-se precisar realizar antes disso em alguns casos, como paciente apresentando desejo de empurrar, BCF alterado, para realização de analgesia, ou por solicitação da paciente.

O mesmo examinador nos toques diminui a chance de erro por subjetividade.

A fase ou divisão funcional de interesse na aplicação do partograma é a de dilatação ou fase ativa com velocidade de dilatação cervical mínima de 1cm/h. A abertura do partograma na fase latente ou no início da dilatação (menor que 6cm) implicaria em intervenções não só desnecessárias, mas também iatrogênicas (PRO.MED-OBS.022 – PARTOGRAMA).

10. TRATAMENTO

• Medidas Gerais

Tão logo seja diagnosticada a distócia, as seguintes medidas devem ser tomadas:

- Prover ambientação e acolhimento adequados (revisão da Cochrane de 10 ensaios, envolvendo 12.000 pessoas, revelou que estas medidas foram associadas a redução de intervenções médicas, aumento da probabilidade de parto vaginal espontâneo e da satisfação materna);
- Informar a paciente da evolução deficiente do seu trabalho de parto e solicitar a colaboração nas medidas que deverão ser tomadas;
 - Apoio emocional (acompanhante, doulas e enfermeiros);

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

- Verticalizar e mobilizar paciente (deambulação, exercícios na bola de Bobath e nos balanços);
- Instituir medidas não farmacológicas de controle da dor (massagens e banhos mornos).

- **Anniotomia**

- Deve ser reservada a mulheres com evolução anormal do trabalho de parto. Não realizar de rotina;
 - Ideal fazer apenas quando a descida fetal for suficiente para minimizar o risco de prolapso de cordão. Em casos de apresentação alta, caso seja realizada, fazer amniotomia controlada;
 - Embora existam evidências de que a amniotomia precoce possa reduzir a duração do trabalho de parto em 60 a 120 minutos, efeitos indesejáveis podem ocorrer com essa prática, como o prolapso de cordão, o incremento de desacelerações precoces da FCF e alterações plásticas sobre o polo cefálico (bossa serossanguínea). Existe também um risco aumentado de infecção ovular e puerperal quanto maior for a duração do trabalho de parto com membranas rotas;
 - Quando combinada à ocitocina, mostrou aumento na dilatação e encurtamento no trabalho de parto, com resultados melhores que a amniotomia isolada ou a conduta expectante.

- **Correção da posição anômala**

Apenas 8-10% das cabeças que se encontram nestas variedades de posição no início do TP, persistirão assim no final deste. Felizmente, a grande maioria apresentará rotação espontânea. O tratamento intraparto das posições anômalas (tabelas 1 e 2), principalmente a persistência das posições occipito-sacras e occipito-transversas, inclui:

- Mudança de posição materna. Na teoria, qualquer posição que leve a mãe a se contrair sobre o quadril, estimula a rotação e descida da cabeça fetal.
- Rotação manual da cabeça para a posição occipito-púbica, com paciente sob analgesia (insere-se a mão inteira do operador na vagina da parturiente, deve-se apor a superfície palmar sobre a região frontal, apoiar o dedo polegar sobre um dos ossos parietais fetais enquanto os outros dedos se apoiam no parietal contralateral. Então, procede-se inicialmente à flexão da cabeça fetal, obtendo-se um menor diâmetro para a rotação e descida, a seguir realiza-se uma leve elevação do plano de apresentação fetal rumo a pelve materna para facilitar a manobra para só então, pronar ou supinar a mão para realizar a rotação adequada e por a cabeça em posição occipito-púbica).
 - Flexão Manual da Cabeça nas apresentações defletidas;
 - Lembrete: as deflexões de segundo grau (diâmetro occipito-mentoniano-13,5 cm) e as variedades mento-posteriores nas deflexões de terceiro grau, apresentam os piores

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

prognósticos para parto vaginal;

- **Ocitócitos**

- Principal tratamento farmacológico para o trabalho de parto distócito funcional;
- Para pacientes com mais de 6cm de dilatação e parada da progressão por mais de 2h, recomenda-se o uso de ocitócitos. Tais pacientes são acompanhadas por no mínimo mais 4h caso apresentem contrações efetivas. Nesse período, pode-se associar a amniotomia. Se as contrações não se tornarem regulares em uso de ocitocina, acompanhar por no máximo 6h e indicar a resolução;

- Esquemas de alta e baixa dosagem mostram eficácia e segurança, porém recomenda-se evitar uso de altas doses em pacientes com cesáreas prévias. (PRO.MED-OBS.017 - INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO COM FETO VIVO).

- **Fórcipe e vácuo extrator**

Utilizar na segunda fase do TP, para abreviar esse período nos casos de sofrimento fetal com alteração de batimento cardíaco fetal (cardiotocografia categoria 3), exaustão materna, quando há uma expulsão prolongada, para corrigir posições anômalas da cabeça fetal (assinclitismos), para realizar rotação da cabeça nas posições occipto-transversas e posteriores persistentes.

É necessário observar se a apresentação se encontra no mínimo em plano + 2 de De Lee, se a variedade de posição é bem estabelecida e se há ausência de sinais de desproporção céfalo-pélvica absoluta.

Lembrar-se também de sempre discutir e explicar tudo à paciente, a mesma tem que estar ciente e concordar com tudo que será feito.

- **Utilizando os parâmetros da ultrassonografia intraparto (AoP e DCP) para decisão da Via de Parto em TP Distócicos**

- Quando da ocorrência de segundo período de parto prolongado e ainda não estarem presentes todas as condições de aplicabilidade do fórceps.

AoP > 120° e DPC < 40 mm são preditores de parto vaginal. Na presença de variedades anteriores com AoP > 120°, existe a probabilidade de 90% de delivramento vaginal espontâneo ou instrumentado. Nestas situações, poderemos prolongar em mais uma hora o período expulsivo à espera de que as condições de aplicabilidade de fórceps se completem, desde que a vitalidade fetal esteja preservada e a parturiente não se encontre exaurida.

Na presença de variedades anteriores com AoP < 120°, se indicará uma cesárea, pela baixa probabilidade de parto vaginal.

- Quando da ocorrência de segundo período de parto prolongado e já estarem presentes todas as

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

condições de aplicabilidade do fórceps.

Na presença de variedades anteriores com AoP > 120°, existe a probabilidade de 90% de delivramento vaginal espontâneo ou instrumentado. Nestas situações, pode-se prolongar em mais uma hora o período expulsivo e se o parto espontâneo não ocorrer, realiza-se a extração por fórceps ou vácuo extrator, sempre enfatizando que a vitalidade fetal precisa estar preservada e que a parturiente não deva estar exaurida.

Na presença de variedades anteriores e AoP < 120°, procede-se logo a extração por fórceps ou vácuo extrator, pela baixa probabilidade de progressão para parto vaginal.

11. CONCLUSÃO

A distócia é um evento frequente durante o primeiro e segundo período do trabalho de parto, sendo uma das principais causas de indicação de parto abdominal, exigindo da equipe multidisciplinar que o conduz, atenção para seu diagnóstico precoce e presteza para condutas de correção.

Desde a admissão, o profissional que examina a paciente, deve certificar-se que ela se encontra na fase ativa do trabalho de parto, evitando interná-la em período prodrômico, causando, mais adiante, ansiedade e intervenções desnecessárias, muito frequentes nestes casos.

A instituição de conduta ativa tão logo seja detectada a distócia, diminui o tempo do trabalho de parto e pode minimizar a ocorrência de tocurgias. A orientação da paciente, informando da anormalidade de evolução no parto e da necessidade de colaboração dela, com atitudes como deambulação, verticalização e banhos mornos, assim como o apoio emocional propiciado pelas doulas e enfermeiros mostraram-se eficazes.

A amniotomia associada ao uso de ocitócitos, sob rigorosa monitorização fetal, corrige a maioria das distócias detectadas ao partograma (distócias funcionais). Este valiosíssimo instrumento de acompanhamento do trabalho de parto deve ser nossa principal ferramenta na detecção e tratamento deste evento. Na presença de apresentação alta, postergar amniotomia até que a cabeça tenha descido e ocupado a pelve (risco prolapso cordão).

A utilização do fórceps ou vácuo-extrator deve ser reservada aos obstetras mais experientes, observando sempre as condições de aplicabilidade, nas situações de segundo estágio prolongado e de parada secundária da descida.

A cesariana é nosso último recurso, quando da falha dos métodos anteriores, ou nosso primeiro recurso, quando da detecção de desproporção céfalo-pélvica ou sofrimento fetal agudo, estando o parto distante de ultimar-se. Lembrar de nunca deixar para fazê-la apenas quando o feto e/ou a mãe estiverem em estado de exaustão ou sofrimento avançado. O bom resultado visa, ao final, obter-se um binômio materno-fetal em perfeitas condições.

Por fim, a mulher deve ser informada e consultada em todos os procedimentos, sendo incluída na tomada de decisões. Tudo isso deve sempre ser registrado em prontuário e os termos de consentimento devem ser assinados.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE				
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS		Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão: 26/02/2025
			Versão: 4	
DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS DISTÓCIAS				
Tipo de Distócia	Definição	Causas	Conduta	
Fase Ativa Prolongada	Velocidade da dilatação <1cm/h	Hipocontratilidade ou Incoordenação	Ocitocina; Amniotomia; Deambular; Verticalizar;	
Parada Secundária da Dilatação	Dilatação mantida após dois ou mais toques sucessivos, mesmo com contrações adequadas	Desproporção cefálo-pélvica (DCP) absoluta ou relativa	Deambular; Amniotomia; Analgesia; Cesárea;	
Parto Precipitado	Dilatação e expulsão fetal em 4h de evolução	Espontâneo ou latrogênico (uso de ocitocina, misoprostol)	Revisar canal de parto; Classificar paciente de risco para HPP e instituir medidas de segurança	
Parto Pélvico Prolongado	Descida progressiva e lenta da apresentação fetal	Hipocontratilidade ou Incoordenação	Ocitocina; Amniotomia; Fórcipe;	
Parada Secundária da Descida	Parada da descida da apresentação fetal com dilatação completa	DCP absoluta ou relativa	Rotação; Fórcipe; Cesárea;	

Tabela 1 - Diagnóstico e conduta nos casos de distócia



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

**CORRELAÇÃO ENTRE AS ALTERAÇÕES DOS MOVIMENTOS CARDINAIS X
RESOLUÇÃO DA GRAVIDEZ**

Movimentos cardinais	Alterações	Interrupção da gravidez
Insinuação e Descida	Desproporção céfalo-pélvica	Cesárea
	Assinclitismo	Parto instrumental x cesárea Assinclitismo posterior é virtualmente incompatível com encaixamento e descida do polo céfálico (exceto se o feto for muito pequeno)
Deflexão	Deflexão de 1o grau (vértice)	- Diâmetro occipitofrontal (11cm). Flexão cabeça durante TP --parto. - Persistência deflexão com cabeça baix -- Flexão manual da cabeça e/ou rotação manual do occipito para posição anterior seguida de parto instrumental. - Persistência deflexão com cabeça alta -- cesárea.
	Deflexão do 2o grau (fronte)	- Diâmetro occipitomentoniano (13,5cm) - Mortalidade fetal alta. Cesárea
	Deflexão de 3o grau (face)	- Diâmetro submentobregmático (9,5cm) - 90% evoluem para parto espontâneo - Parada de progressão abaixo plano 0 - fórceps baixo - Parada de progressão acima plano 0 - cesárea - Variedades mento posteriores persistentes (mau prognóstico) - cesárea <i>Edema de laringe fetal por pressão prolongada do osso hióide contra o osso púbico</i>
Rotação Interna	Occipito posterior persistente por pelve antropoide	Parto instrumental (vácuo ou fórcepe) + episiotomia
	Occipito transversa persistente por pelve platipeloide ou androide	Rotação manual ou Parto instrumental
Extensão	Fadiga materna	Parto instrumental (vácuo ou fórcepe)
Rotação externa e expulsão	Distocia do ombro	ALEERTA Rubin I e II Wood e Wood invertida Gasking

Tabela 2 - Correlação entre as alterações dos movimentos cardinais X resolução da gestação

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.008	
Título do Documento	DISTÓCIAS	Emissão: 27/02/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	26/02/2025

12. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de Saúde da Mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área técnica da Mulher- Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
2. CAESAREAN BIRTH. NICE Guideline, No. 192. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Mar 31.
3. CUNHA, A.A. Partograma: o método gráfico para monitoração clínica do trabalho de parto. FEMINA, vol 36, nº 6, Junho 2008.
4. EHSANIPOOR, R.M; SATIN, A.J. Overview of normal labor and protraction and arrest disorders. Disponível em: < [https:// www.uptodate.com/contents/overview-of-normal-labor-and-protraction-and-arrest-disorders?source=search_result&search=-distocia&selectedTitle=1%7E150](https://www.uptodate.com/contents/overview-of-normal-labor-and-protraction-and-arrest-disorders?source=search_result&search=-distocia&selectedTitle=1%7E150)>. Acesso em: 03 de maio 2019.
5. HODNETT ED, DOWNE S, WALSH D. (2012). Alternative versus conventional institutional settings for birth. Cochrane Database of Systematic Reviews CD000012.doi: 10.1002/14651858.CD000012.pub4
6. PARANTAINEN, J., PALOMÄKI, O., TALOLA, N., UOTILA, J. Clinical and sonographic risk factors and complications of shoulder Dystocia a case-control study with parity and gestational age matched controls. European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2 177 (2014) 110 – 114.
7. PATTINSON, ROBERT C ET AL. “Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery.” *The Cochrane database of systematic reviews* vol. 3,3 CD000161. 30 Mar. 2017, doi:10.1002/14651858.CD000161.pub2
8. POSNER, GLENN D. ET AL. Trabalho de Parto & Parto: de Oxorn e Foote. 6. ed. Porto Alegre: Mcgrawhill Education, 2014. 694 p.
9. ZUGAIB, M., Zugaib Obstetricia. Distocias. 4ª edição – Barueri-SP/Manole, 2020. P.393 - 404.
10. ZHANG J, LANDY HJ, BRANCH DW, ET AL. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol*. 2010;116(6):1281.



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.008
Título do Documento	DISTÓCIAS		Emissão: 27/02/2023
			Versão: 4
		Próxima revisão: 26/02/2025	

13. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
4	15/02/2023	Alteração completa do documento.

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Elfie Tomaz Figueiredo Pablito Miguel Andrade Aguiar Raimundo Homero de Carvalho Neto Jordana Parente Paiva Emilcy Rebouças Gonçalves Lara Ribeiro Taumaturgo	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.007052/2023-99, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.007052/2023-99, assinado eletronicamente.
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.007052/2023-99, assinado eletronicamente.

Permitida a reprodução parcial ou total, desde que indicada a fonte e sem fins lucrativos. 2023, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Todos os direitos reservados www.ebserh.gov.br