



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.009
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO		Emissão: 12/04/2023
			Versão: 4
			Próxima revisão: 11/04/2025

1. AUTORES

- Jordana Parente Paiva
- Francisco Edson de Lucena Feitosa
- Raimundo Homero de Carvalho Neto
- Emilcy Rebouças Gonçalves
- Raquel Sampaio Serrano

2. INTRODUÇÃO

A distócia de ombros (DO) é uma emergência obstétrica imprevisível e não prevenível, caracterizada pela necessidade de manobras tocúrgicas adicionais à clássica suave tração descendente (manobra cabeça-ombro) exercida para desprendimento dos ombros fetais. Devido à imprevisibilidade da sua ocorrência, profissionais que assistem partos devem estar alerta para sinais de iminência de distócia para pronto diagnóstico e início de manejo em tempo adequado para evitar desfechos maternos e neonatais negativos.

3. FISIOPATOLOGIA

Ocorre devido a uma impactação **óssea** do ombro anterior, e menos frequentemente do ombro posterior, contra a sínfise púbica e/ou promontório sacral, respectivamente, após desprendimento da cabeça fetal, quando o diâmetro biacromial é maior que o diâmetro ânteroposterior (Conjugata Obstétrica).

Há uma falha na rotação normal dos ombros para o diâmetro oblíquo, no momento da entrada do diâmetro biparietal na pelve. Essa falha rotacional pode ocorrer por: resistência entre a pele fetal e as paredes vaginais, por um parto precipitado ou pela resistência de um tórax de dimensões proporcionalmente maiores em relação ao diâmetro biparietal.

Em resumo: os ombros anterior e posterior permanecem no diâmetro anteroposterior da pelve materna durante a descida e/ou descem simultaneamente, alterando o processo fisiológico em que o ombro posterior, em um diâmetro oblíquo, desce na frente do ombro anterior.

4. INCIDÊNCIA

A incidência progressiva de obesidade e diabetes materna (fatores de risco para aumento de peso ao nascimento e/ou macrossomia fetal) estão determinando um aumento contemporâneo da incidência de DO. De forma geral, existe uma associação nítida com o peso fetal e a presença ou não de diabetes materno:

Incidência global por faixa de peso fetal
0,6-1,4% (2.500g a 4.000g)
5-9% (4.000 a 4.500g)
Relação com peso fetal e diabetes materno

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

> 4.000g sem diabetes: 5%
> 4.000g com diabetes: 15%
> 4.500g sem diabetes: 10%
> 4.500g com diabetes: 42%

Fonte: Revisão de AMORIM, MMR et al. 2013

Importante lembrar que **cerca de 50% das DO ocorre em fetos de peso adequado para a idade gestacional** e que 1:22.000 partos vaginais a termo resultam em recém-nascido com encefalopatia isquêmica hipóxica secundária a DO.

5. FATORES DE RISCO

A identificação de fatores de risco possibilita a discussão sobre a possibilidade de cesariana programada em pacientes de maior risco e gerenciar adequadamente um segundo estágio prolongado de trabalho de parto em pacientes de menor risco.

IMPORTANTE: isoladamente, estes fatores **não têm validade como preditores**, e a DO pode ocorrer mesmo na ausência de algum fator preditor ou não ocorrer caso um destes estejam presentes. Em 70-90% dos casos, não há fator de risco identificável.

5.1. Antes do trabalho de parto:

- Macrossomia fetal (> 4kg)/Peso elevado ao nascer - principal fator de risco.

Obesidade materna (IMC >30)	Multiparidade*
Idade materna avançada*	Pós-datismo**
Feto macrossômico prévio***	Sexo masculino****
Ganho de peso excessivo na gestação	Peso ao nascer > 4kg
Diabetes materna descontrolado*****	Traços genéticos

Fatores de risco associados ao peso elevado ao nascer. Fonte: UptoDate, 2022.

*Idade materna avançada pode relacionar-se com a multiparidade, em que cada recém-nascido sucessivo tende a ser 200g maior que o anterior até quinta gestação, diabetes e excesso de peso.

**Relacionada ao maior peso ao nascer com o avançar da idade gestacional.

***O peso elevado ao nascer tende a recorrer, com estudos provando que aproximadamente 1/3 das não diabéticas com recém-nascidos com > 4,5kg recorreram no segundo parto.

****Maior prevalência de macrossomia fetal em homens, bem como por alterações de medidas antropométricas.

*****Relacionada tanto ao peso elevado ao nascer quanto à desproporção de medidas antropométricas (macrossomia assimétrica pelo hiperinsulinismo fetal provocado pelo diabetes descontrolado com deposição de gordura centrípeta): relações tórax-cabeça e ombro-cabeça aumentadas, favorecendo risco independente do peso fetal.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

Como podemos ver acima, grande parte dos fatores de risco que conhecemos estão diretamente relacionados ao PESO ELEVADO AO NASCER e, por isso, potencialmente associados à distócia.

- **Demografia materna**

Baixa estatura materna (1,6m), descendência afro-americana e idade materna avançada.

- **Indução do trabalho de parto.**

O uso de ocitocina e a restrição de mulheres ao leito na fase ativa pode favorecer a dificuldade de acomodação de partes fetais na pelve materna, contribuindo com o risco de distócia.

5.2. Intraparto:

- Primeira fase do trabalho de parto (fase de dilatação) prolongada.
- Segunda fase do trabalho de parto (fase de descida) precipitada ou prolongada.
- Uso de fórceps ou vácuo-extrator - **risco semelhante de vácuo versus fórceps, com alguns estudos tendendo a risco maior com vácuo extrator. O risco explica-se em parte pela possibilidade de acomodação anômala de partes fetais na pelve materna em partos assistidos.**
- **Pelves anômalas.**

A combinação de anormalidades do trabalho de parto, suspeita de alto peso ao nascer (> 4kg) e parto vaginal médio pélvico assistido parece ser mais preditiva de DO do que estes fatores analisados de forma isolada.

6. DIAGNÓSTICO

Critérios Subjetivos	Critérios Objetivos
<ul style="list-style-type: none">• Dificuldade de saída da face e do queixo fetal.• Em seguida, pode haver falha na rotação externa espontânea.• Uma vez rotacionado, de forma espontânea ou não, há falha na tentativa de manobra habitual ("cabeça-ombro": leve tração descendente).• O polo cefálico se retrai contra o períneo durante as contrações (Sinal da Tartaruga ou "cabeça encravada").	<p>➤ Intervalo superior a 60 segundos entre o desprendimento da cabeça e dos ombros (no momento da revisão, esse critério ainda carece de estudos de validação tanto para diagnóstico quanto para previsão de resultados neonatais adversos).</p>

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025
<ul style="list-style-type: none">A face comprimida com mento fixo contra a vulva materna dá a impressão de gordura facial excessiva ("<i>chubby face</i>" fetal), mesmo em bebês com peso adequado			

IMPORTANTE: só é possível fazer diagnóstico de distócia de ombros após rotação externa da cabeça fetal.

7. MANEJO

O principal objetivo do manejo é prevenir asfixia fetal e paralisia braquial permanente ou morte. Visando isso, é importante fazer a observação dos seguintes pontos:

- 7.1. REGRA DOS SETE MINUTOS: Sempre manter a calma! Em fetos não comprometidos, com trabalho de parto normal, transcorrerão sete minutos antes que o pH do cordão alcance um nível de risco (6,97), tempo suficiente para realizarmos as manobras sem intempestividade. A mediana de tempo de nascimentos nos casos não complicados é de um minuto.
- 7.2. A percepção de força excessiva para liberação dos ombros é indicativa da necessidade de manobras específicas.
- 7.3. Não há ensaios clínicos randomizados comparando uma manobra à outra em eficácia.
- 7.4. Nunca exercer força em excesso (lateral ou posterior) à cabeça ou pescoço fetal ou aplicar pressões sobre o fundo uterino. Estes procedimentos causarão aumento da impactação óssea, lesões maternas e/ou fetais e desperdiçarão um tempo valioso, sendo, portanto, PROSCRITAS.
- 7.5. Jamais clampar o cordão umbilical antes do delivramento dos ombros.

Encorajamos, a partir dessa atualização do protocolo, dividir as regras mnemônicas a depender da posição da paciente no momento do parto.

PARA MULHERES EM POSIÇÃO LITOTÔMICA OU SUPINA: **SEGUIR A SEQUÊNCIA MNEMÔNICA ALERTA**

- **Ajuda/Alerta: Outro obstetra, enfermeira, neonatologista, anestesologista. Avisar a parturiente, Anestesista a postos.**
 - Checar condições cirúrgicas do centro obstétrico e material de ressuscitação neonatal.
 - Paciente deverá ser desencorajada a realizar puxos.
 - Posicionar a paciente com as nádegas rente à borda da cama ou maca.
 - Consiste na flexão das coxas maternas sobre o abdome, aumentando o diâmetro ântero-posterior da pelve e diminuindo a lordose lombosacra. Eficácia de 40% quando usada isoladamente e de 50% quando associada à pressão supra-púbica.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

- **Levantar as pernas em hiperflexão (Manobra de McRoberts):**

- Flexionar as coxas maternas sobre o abdome, aumentando o diâmetro antero-posterior da pelve e diminuindo a lordose lombosacra. Eficácia de 40% quando usada isoladamente e de 50% quando associada à pressão supra-púbica.



- **Externa: Pressão supra-púbica (Manobra de RUBIN I):**

- Assistente posicionado do lado do dorso fetal fará uma pressão logo acima do pubis materno, empurrando a região posterior do ombro anterior para baixo e lateralmente, no sentido de descompactá-lo do pubis.
- Objetivo de reduzir o diâmetro biacromial e fazê-lo passar sob a sínfise.
- **Atenção:** Não fazer simples compressão vertical do ombro contra a sínfise, impactando-o contra a mesma. Isto apenas acarretará trauma materno-fetal.



- **Episiotomia:**

- Apesar de estar no mneumônico, consideramos que a episiotomia não é útil para o **tratamento** da DO, uma vez que o problema está na impactação óssea contra a pelve óssea, e não um problema de partes moles.
- Contudo, pode ser útil a sua realização para garantir espaço para que as manobras internas possam ser realizadas. Se uma episiotomia não foi feita antes de se diagnosticar a distócia, é pouco provável que se consiga realizá-la com a dificuldade extra de uma cabeça fetal exteriorizada e a impactação do ombro anterior, porque além de tecnicamente mais complicada, implica em desperdício de tempo e com maior potencial de lesão fetal, sem diminuir risco de lesão de plexo braquial.

- **Retirada do braço posterior:**

- Palpar o braço posterior até a fossa cubital e, ao fazer pressão nesta, o antebraço irá fletir sobre o braço, permitindo ao obstetra apreendê-lo, agarrar a mão fetal e puxá-la suavemente para fora, desprendendo o braço posterior e depois o ombro. Isto reduzirá o diâmetro biacromial e, então, o ombro anterior passará sob a sínfise púbica e sairá.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

**Retirada do ombro posterior**

- **Toque, manobras internas (Manobras de segunda linha):**
 - Manobras que visam girar o ombro anterior nos planos oblíquos e sob a sínfise púbica. Nessas manobras avaliar a necessidade de episiotomia, conforme exposto.
 - RUBIN II: abdução do ombro anterior (introduzem-se dois dedos na vagina e realiza-se compressão posterior no ombro anterior do feto empurrando-o em direção ao feto). Manter a manobra de McRoberts enquanto esta é executada.
 - WOODS (parafuso): Usando-se as duas mãos, associa-se à manobra de Rubin II uma pressão bi-digital na face anterior do ombro posterior, aduzindo este ombro e ao mesmo tempo abduzindo o anterior, fazendo o feto rodar no sentido horário.
 - WOODS INVERTIDA (reversa): Usando-se as duas mãos, faz-se pressão bi-digital na face anterior do ombro anterior e, ao mesmo tempo na face posterior do ombro posterior, objetivando rodar o feto no sentido anti-horário, desfazendo-se a impactação.
- **Alterar a posição (Manobra de GASKIN):**
 - Posicionar a paciente sobre os quatro membros, apoiada sobre as mãos e pernas. Aumenta a Conjugata Obstétrica em 1,0 cm. Liberar o ombro posterior com uma suave tração descendente.
- **OUTRAS MEDIDAS (MANOBRAS DE TERCEIRA LINHA)**
Quando da falha das manobras anteriores.
 - **Fratura proposital da clavícula:** Reduz o diâmetro bi-acromial.
 - **Manobra de Zavanelli:** Reposicionamento cefálico para dentro da pelve, seguindo o mecanismo inverso exato da exteriorização cefálica. Exige anestesia e tocólise.
 - **Relaxamento muscular (Halotano ou nitroglicerina).**
 - **Cirurgia abdominal com histerotomia:** Cesárea sob anestesia geral. O cirurgião gira o feto para a posição transabdominal e rodam-se os ombros. A extração vaginal é feita por um segundo médico.
 - **Sinfisiotomia:** Anestesia-se localmente a sínfise púbica, incisiona-se a pele, afasta-se lateralmente a uretra, eleva-se a bexiga e cortam-se os ligamentos.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

PARA MULHERES **EM POSIÇÃO VERTICAL OU NÃO-SUPINA:**
SEGUIR A SEQUÊNCIA MNEMÔNICA ("A SAÍDA")

Justificativa ao seu uso:

1. Tem-se observado uma limitação, tendo em vista uma perspectiva de assistência humanizado ao parto, do uso do mneumônico ALEERTA para posições não-supinas, uma vez que este mnemônico parte do pressuposto de que a mulher se encontra deitada.
2. A ordem proposta pelo mnemônico ALEERTA coloca medidas mais invasivas, como as manobras internas antes, por exemplo, da mudança de posição para quatro apoios (embora o curso ALSO deixe claro que o mneumônico não deve, necessariamente, ser seguido na ordem apresentada).
3. A principal mudança, nessa sequência, é que as manobras MENOS invasivas são priorizadas.
 - **Ajuda/Alerta: Outro obstetra, enfermeira, neonatologista, anestesiolista.**
 - **Avisar a parturiente**
 - **Aumentar o agachamento**
 - Checar condições cirúrgicas do centro obstétrico e material de ressuscitação neonatal.
 - Paciente deverá ser desencorajada a realizar puxos.
 - Para pacientes que estejam parindo de cócoras, simplesmente **aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada)**. Isso aumenta a pelve funcional e sua relação com o diâmetro biacromial, facilitando a rotação interna do ombro anterior.



Fonte: Revisão de AMORIM, MMR et al. 2013

- **Supra-púbica: Pressão Supra-púbica (Manobra de RUBIN I):**
 - A manobra aqui tem os mesmos objetivos anteriormente descritos.
 - A pressão pode ser feita com o punho fechado - com a paciente ainda agachada em posição de cócoras ou com uma mão sobre a outra, como uma massagem cardíaca.
 - A pressão deve ser feita por 30 segundos de forma contínua e, se não ocorrer o desprendimento, deve ser feita de forma intermitente.

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE

Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025



Fonte: Revisão de AMORIM, MMR et al. 2013

- **Alterar a posição (quatro apoios ou posição de Gaskin):**

- Essa posição é por si só eficaz em reduzir a distócia em mais de 80% dos casos.
- Nessa posição, os diâmetros pélvicos aumentam. Além disso, a mudança de posição materna movimentava o conceito, desfazendo a impaction. Por isso, se a mulher estiver inicialmente na posição de quatro apoios, orientar a ficar de cócoras e, se não resolver, voltar para a posição de quatro apoios.

OPÇÃO: **Posição de "Running Start" ou "Largada de corrida"**: ainda na posição de quatro apoios, colocar uma das pernas à frente (preferencialmente a perna do lado em que se encontra o dorso fetal).



Fonte: FEBRASGO, 2022.

- **Internas: Manobras internas**

- As manobras internas realizadas são feitas da mesma forma descritas para o mneumônico ALEERTA, mantendo-se a parturiente na posição de quatro apoios.
- RUBIN II: Os dedos do assistente se colocam por trás do ombro anterior (no dorso fetal) e fazem uma pressão em direção ao tórax fetal, tentando promover a rotação do ombro anterior e redução do diâmetro biacromial. Obs: o ombro anterior é o que está impactado no pubis materno.
- WOODS (parafuso): Mantendo a mesma posição dos dedos da manobra de Rubin II, coloca-se os dedos da outra mão pela frente do ombro posterior e aplica a força na

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

direção às costas do feto. Obs: o ombro posterior é o que está voltado para o sacro materno.

- WOODS INVERTIDA (reversa): Os dedos se colocam por trás do ombro posterior e a tração é feita em direção ao tórax fetal.
- **Desprender o braço posterior:**
 - A técnica é semelhante àquela usada no mneumônico ALEERTA.
- **Avaliar manobras de resgate**

São manobras de exceção e com uso raro, sendo as mesmas descritas como manobras de terceira linha no ALEERTA: Fratura de clavícula, Manobra de Zavanelli, Cesariana e Sinfisiotomia.

8. CLASSIFICAÇÃO DE GRAVIDADE

A classificação da gravidade da DO é muitas vezes dada de forma retrospectiva, avaliando-se a necessidade de múltiplas manobras para correção e a ocorrência de lesões maternas e/ou neonatais, a qual veremos a seguir.

8.1. COMPLICAÇÕES

- **Maternas (decorrentes dos tocotraumatismos):**

MAIS COMUNS

- Hemorragias pós-parto (11%) (atonia uterina, lacerações de trajeto, vagina e colo)
- Lacerações perineais complicadas (Laceração de 4º grau - 3,8%)

SECUNDÁRIAS

- Lesões de trato urinário (uretra e bexiga)/ atonia vesical.
- Lesão de reto.
- Fístula retovaginal.
- Endometrite.
- Neuropatia cutânea femoral lateral transitória (secundária à manobra de McRoberts)
- Rotura uterina e diástase de sínfise púbica - mais associadas às manobras de última instância.

- **Fetais (decorrentes da asfixia neonatal e tocotraumatismos):**

MAIS COMUNS

- Lesões de plexo braquial - principal: paralisia de C5, C6 e C7 ou paralisia de Duchenne-Erb (2,3 - 16%) - OBS: Mesmo sem nenhuma iatrogenia e com as manobras sendo realizadas corretamente, a lesão de plexo braquial pode ocorrer. Minimiza-se a sua ocorrência **evitando a tração excessiva do polo cefálico**, mas a lesão pode estar associada à distócia em si e não às manobras para a sua resolução. Existe a possibilidade inclusive de sua ocorrência mesmo sem a distócia diagnosticada, em cesáreas ou associadas a injúrias no pré-natal (forças propulsoras, a posição fetal e os puxos maternos podem ser suficientes para ocasionar a tração lesiva do plexo braquial). O risco de lesão permanente do plexo braquial na DO parece estar relacionada ao peso ao nascer.

OBS: A paralisia de Erb é a mais prevalente e também a de melhor prognóstico fetal, se



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.009
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO		Emissão: 12/04/2023
			Versão: 4
			Próxima revisão: 11/04/2025

recuperando dentro de seis meses em mais de 50% dos infantes.

SECUNDÁRIAS

- Escoriações.
- Fraturas de clavícula e úmero.
- Pneumotórax.
- Hipóxia fetal (secundária à compressão do cordão umbilical e do pescoço fetal + estimulação vagal excessiva) e sofrimento fetal agudo.
- Encefalopatia hipóxicoisquêmica.
- Óbito neonatal.

RARAS

- Paralisias: facial (por lesão de nervo facial), do diafragma, óculo-simpática (síndrome de Horner) e de nervo laríngeo.

9. MEDIDAS PREVENTIVAS

9.1. CONTROLE DE FATORES MODIFICÁVEIS

- Apesar da variedade de fatores de risco para DO, poucos são modificáveis. Logo, controle de peso corporal antes e durante a gestação, principalmente no último trimestre, e atividade física regular: 30 minutos de 3-5 vezes ao dia, bem como controle rigoroso de índices glicêmicos em gestantes diabéticas, são fatores modificáveis que podem reduzir os índices de fetos macrossômicos e de DO em até 60% em alguns estudos.

9.2. PREDITORES CLÍNICOS E DE IMAGEM

- Avaliação dos riscos são preditores insuficientes para permitir a prevenção na maioria dos casos.
- Exames de imagem e pelvimetria clínica, exceto nos casos de anomalias pélvicas graves, não são úteis para identificar mulheres em risco aumentado. A biometria fetal levemente anormal tampouco é preditiva de DO. Os diversos parâmetros biométricos fetais, ou não foram testados em grandes estudos prospectivos ou não se provaram úteis na predição de DO.

10. AVALIAÇÃO DE PESO FETAL

- Apesar do peso elevado ao nascer ser o principal fator de risco para DO, essa avaliação de forma isolada não é útil para prever sua ocorrência, uma vez que a maioria dos recém-nascidos de extremo peso ao nascer não apresentam distócia de ombro e 50% das distócias de ombro ocorrem em fetos com peso $\leq 4000g$.
- Tanto a ultrassonografia quanto a avaliação clínica (Manobras de Leopold, regra de Johnson) possuem baixa sensibilidade para estimar o peso fetal.
- A ultrassonografia não deve ser realizada de rotina em gestações a termo com o objetivo de avaliar peso fetal (Categoria A).



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.009
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO		Emissão: 12/04/2023
			Versão: 4
			Próxima revisão: 11/04/2025

11. REALIZAÇÃO DE CESÁREA ELETIVA

- Para pacientes com diabetes (gestacional, pré-gestacional ou descoberto na gestação) e peso fetal > 4.500g, principalmente naquelas com mau controle glicêmico, seja de forma farmacológica ou não, bem como nas não diabéticas com peso fetal > 5.000g, a cesárea eletiva parece prevenir distócia de ombro, segundo protocolos como ACOG, FEBRASGO e Ministério da Saúde.
- Na nossa maternidade, seguimos o fluxo de não realizar indução de trabalho de parto em fetos $\geq 4.000g$, marcando assim cesárea de forma eletiva nesse subgrupo de gestantes.

12. INDUÇÃO DE PARTO EM FETOS MACROSSÔMICOS

- Em se tratando de fetos macrossômicos de gestantes diabéticas, segundo protocolos brasileiros (MS):

Fetos de mães com diabetes (gestacional, pré-gestacional ou descoberto na gestação) e 4.000-4.500g, avaliar: controle glicêmico, história obstétrica pregressa, condições maternas e fetais de apresentação, condições técnicas disponíveis, como UTI neonatal, para avaliação de via de parto, não sendo, portanto, contra indicado de forma absoluta indução para parto vaginal. Para fetos com $\geq 4.500g$ deve ser oferecido parto cesárea eletiva.

Adendo especial para as pacientes com DM pré-gestacional e DM diagnosticado na gestação, situações em que é para ser levado em consideração a resolução imediata da gestação se PFE estimado $\geq 4.000g$.

- Em fetos macrossômicos de gestantes não diabéticas:

A indução do trabalho de parto em pacientes não diabéticas com suspeita de macrossomia fetal não altera a morbidade materna e fetal (categoria D), não sendo, portanto, obrigatória. Segundo protocolos internacionais, pode ser oferecido indução de parto para gestantes não diabéticas com 39 semanas e PFE 4.000-5.000g, sendo a conduta expectante também razoável, dado o erro da estimativa de PFE pelo US em gestantes a termo. Nestas situações, deve ser pesado risco-benefício de ambas as vias de parto e tomado a decisão de forma conjunta com a paciente.

IMPORTANTE: Na nossa prática assistencial na MEAC, continuamos usando como fator limitante para indução de parto, em gestantes diabéticas ou não, fetos com PFE $\geq 4.000g$, sendo, portanto, indicado cesárea eletiva nessas situações.

13. INDUÇÃO DE PARTO EM FETOS COM PÓS-DATISMO

- Deve ser encorajada, tanto com o objetivo de diminuir mortalidade perinatal, quanto por ter efeito na redução do crescimento fetal excessivo e nascimentos com peso fetal $\geq 4.000g$.

14. MEDIDAS INTRAPARTO

- Elevação de membros inferiores e pressão suprapúbica **não** demonstraram efeitos benéficos de forma PREVENTIVA na redução dos casos de DO.
- Nas pacientes com fatores de risco para distócia de ombro, deve-se aplicar a manobra de “cabeça-ombro”, realizada pela continuação da exteriorização da cabeça fetal até que o

SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO	PRO.MED-OBS-MEAC.009	
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO	Emissão: 12/04/2023	Próxima revisão:
		Versão: 4	11/04/2025

ombro anterior tenha sido desprendido (categoria C).

- Sugere-se parto cesáreo intraparto em vez de parto vaginal assistido em pacientes diabéticas com peso fetal estimado 4.000-4.500g, bem como em não diabéticas com peso fetal 4.500g-5.000g, com segundo estágio do trabalho de parto prolongado.
- Para pacientes com peso fetal > 4.500g e segundo estágio do trabalho de parto prolongado, a cesárea intraparto é preferível do que o parto vaginal operatório baixo ou de alívio.
- Similarmente, o parto vaginal operatório com a cabeça fetal na pelve média deve ser evitado em fetos com peso estimado acima de 4.000g, estando indicada a cesárea intraparto.

15. DOCUMENTAÇÃO DA DISTÓCIA DE OMBROS

Aconselhamos a documentação adequada do evento em prontuário (membros da equipe que participaram da assistência, sequenciamento de manobras até resolução do parto, tempo gasto em cada manobra, tempo gasto do diagnóstico até a resolução, revisão de canal de parto e avaliação neonatal, incluindo peso fetal ao nascimento e índice de Apgar) a fim de aconselhamento das pacientes quanto aos seus riscos futuros, assim como para assuntos legais.

16. REFERÊNCIAS

1. FEBRASGO Position Statement: Management of shoulder dystocia. Number 7 - July 2022.
2. Amorim MM, Duarte AC, Andreucci CB, Knobel R, Takemoto ML. Distocia de ombro: Proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. FEMINA. 2013;41(3):115-24.
3. Nunes, R.D, Knobel, R., Magalhães, C. Distócia de Ombro. Febrasgo, Dezembro 2017. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/259-distocia-de-ombro>.
4. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, 2022.
5. Bruner, J. P., Drummond, S. B., Meenan, A. L., & Gaskin, I. M. (1998). All-fours maneuver for reducing shoulder dystocia during labor. The Journal of Reproductive Medicine, 43(5), 439–43. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9610468>
6. Hoffman, M. K., Bailit, J. L., Branch, D. W. Burkman, R. T., Van Veldhusien, P., Lu, L., Zhang, J. (2011). A comparison of obstetric maneuvers for the acute management of shoulder dystocia. Obstetrics and Gynecology, 117(6), 1272–8. <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e31821a12c9>.
7. Shoulder dystocia: Intrapartum diagnosis, management, and outcome. Uptodate, 2022.
8. Athukorala C, Middleton P, Crowther CA. Intrapartum interventions for preventing shoulder dystocia. Cochrane Database Syst Rev 2006; :CD005543.
9. Shoulder dystocia: Risk factors and planning birth of high-risk pregnancies. Uptodate, 2022.
10. Practice Bulletin on shoulder dystocia. ACOG, 2017.
11. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Practice bulletin on macrosomia (2020).



SISTEMA DE GESTÃO DA QUALIDADE			
Tipo do Documento	PROTOCOLO		PRO.MED-OBS-MEAC.009
Título do Documento	DISTÓCIA DE OMBRO		Emissão: 12/04/2023
			Versão: 4
		Próxima revisão:	11/04/2025

17. HISTÓRICO DE REVISÃO

VERSÃO	DATA	DESCRIÇÃO DA ALTERAÇÃO
4	12/04/2023	Alteração total do documento.

ELABORAÇÃO/REVISÃO	
Jordana Parente Paiva Francisco Edson de Lucena Feitosa Raimundo Homero de Carvalho Neto Emilcy Rebouças Gonçalves Raquel Sampaio Serrano	
VALIDAÇÃO	
Rhaquel de Moraes Alves Barbosa Oliveira Chefe da Unidade de Gestão da Qualidade	Conforme Processo SEI nº 23533.012467/2023-84, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
George Chaves Nunes Chefe da Divisão de Gestão do Cuidado e Apoio Diagnóstico e Terapêutico da Meac	Conforme Processo SEI nº 23533.012467/2023-84, assinado eletronicamente.
APROVAÇÃO	
Francisco Edson de Lucena Feitosa Gerência de Atenção à Saúde da MEAC	Conforme Processo SEI nº 23533.012467/2023-84, 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