

Assistência ao Trabalho de Parto

*Federação Brasileira das
Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 27 de Junho de 2001

Autoria: Martins-Costa SH, Ramos JGL, Brietzke E

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIAS:

Foram realizadas pesquisas no MEDLINE e COCHRANE LIBRARY, utilizando os seguintes termos: delivery, woman´s position, episiotomy, oxitocin, active management, enema, amniotomy, labour, analgesia, cardiotocography. Foi selecionada a melhor evidência disponível para responder a cada questão.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Grandes ensaios clínicos aleatorizados e meta-análises.

B: Estudos clínicos e observacionais bem desenhados.

C: Relatos e séries de casos clínicos.

D: Publicações baseadas em consensos e opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

Examinar as principais condutas na assistência ao parto à luz das melhores evidências disponíveis.

PROCEDIMENTOS:

Duração do trabalho de parto, incidência de cesariana, lacerações de trajeto, uso de ocitocina, índice de Apgar.

PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES:

AVALIAÇÃO INICIAL:

1. Determinar se a paciente está ou não em fase ativa de trabalho de parto (TP), usando os seguintes critérios:

- contrações uterinas regulares de 1 a 3 em 5 minutos;
- dilatação cervical \geq a 3 cm com colo fino e apagado.

O uso de critérios claros para o diagnóstico de fase ativa de TP reduz o uso de ocitocina (OR= 0,45 com IC95% de 0,25 a 0,8) e analgesia (OR= 0,36 com IC95% de 0,16 a 0,78)¹(A).

ASSISTÊNCIA AO PRIMEIRO PERÍODO:

1. Controle de sinais vitais maternos: no momento da admissão e a cada 60 minutos²(D).

2. Realização de enema glicerinado: não deve ser realizado de rotina, pois não se mostrou capaz de reduzir infecção materna ou fetal e traz desconforto à paciente e aumenta o custo do procedimento^{3,4}(A).

3. NPO: as pacientes devem ser mantidas em jejum durante este período, uma vez que sempre pode haver a necessidade de procedimentos que envolvam anestesia geral, com seu possível risco de aspiração do conteúdo gástrico²(D).

4. Punção venosa e infusão de líquidos: não deve ser rotineiramente empregada, uma vez que cerca de 80% das pacientes admitidas em TP terão tido parto dentro de 8 horas. É recomendado o uso de fluidos endovenosos somente naquelas que tiverem parto prolongado ou que necessitem de uso de medicação endovenosa²(D).

5. Avaliação fetal: deve ser feita pela ausculta intermitente dos batimentos cardíacos fetais a cada 30 minutos com sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard. A ausculta deve ser feita principalmente durante e logo após as contrações com o objetivo de detectar possíveis desacelerações. O uso rotineiro da cardiocografia em gestações de baixo risco está formalmente contraindicado, devido ao alto índice de resultados falso-positivos^{5,6}(A).

6. Analgesia: deve ser feita, quando necessário, sempre que a

paciente estiver em fase ativa de TP. Pode ser feita das seguintes maneiras:

- > bloqueio peridural com marcaína administrada por cateter;
- > raque-analgésia com opióide (sufentanil 5-7,5 mg ou fentanil);
- > uso de meperidina endovenosa (50-100 mg), de forma lenta e diluída, associada ou não à metoclopramida, devendo-se evitar, apenas, o seu uso próximo ao final do primeiro período (dilatação maior que 6 cm), pelo risco de depressão respiratória no RN.

Ao ser realizado parto com analgesia, deve-se atentar para a possibilidade de redução da dinâmica uterina, com necessidade de correção da mesma e para o aumento da chance de parto instrumentado (OR= 1,77 com IC 95% de (1,09 a 2,86)⁷(A).

7. Partograma: utilizar para acompanhamento de todas as pacientes em trabalho de parto. Registrar a curva de dilatação cervical com “X” e a curva de descida da cabeça fetal com “O”. Considerar com TP disfuncional a falta de aumento da dilatação em 1 hora ou progresso lento que afaste a curva de dilatação para mais de 2 horas à direita da linha de alerta. Nestes casos, buscar a causa da disfunção (disfunção contrátil ou TP obstruído)⁸⁻¹¹(A).

8. Manejo ativo do TP: consiste em uma série de medidas descritas abaixo, que demonstraram ser capazes de encurtar o tempo de trabalho de parto, reduzir o risco de trabalho de parto prolongado (RR 0,39 com IC95% de 0,22 a 0,71) e, possivelmente, reduzir a taxa de cesarianas (14,1% no grupo de manejo tradicional x 10,5% no manejo ativo). As medidas que compõem o manejo ativo são:

- > Toques vaginais a cada hora nas primeiras três horas, e a cada 2 horas no período subsequente;

- > 1º toque feito 1 hora após a admissão: se dilatação não progrediu pelo menos 1cm: realizar amniotomia. A amniotomia reduz a duração do TP em 1 a 2 horas, reduz a chance de Apgar abaixo de 7 no 5º minuto (OR= 0,34 com IC95% de 0,30 a 0,96) e também reduz a necessidade de ocitocina (OR= 0,79 com IC95% de 0,67 a 0,92)¹²(B);

- > 2º toque feito 1 hora após amniotomia: se não houver progressão de pelo menos 1 cm, iniciar com uso de ocitocina⁸⁻¹¹(A).

9. Uso de ocitocina:

- > diluir 10 U em 1000 ml de soro glicosado;
- > utilizar em bomba de infusão ou com equipo comum;

- > durante o uso, avaliar constantemente as contrações uterinas e a frequência cardíaca fetal. Se o padrão contrátil exceder 5 contrações em 10 minutos, as contrações tiverem duração maior que 1 minuto ou houver desaceleração da frequência cardíaca fetal: descontinuar o uso.

Existem 14 esquemas de aumento de dose de ocitocina testados e publicados na literatura, sem claras vantagens de um sobre os outros. As doses utilizadas iniciam em 0,5 até 7 mU e são aumentadas geométrica ou aritmeticamente em intervalos de 15 a 60 minutos¹³(D).

10. Parto normal com cesariana prévia:

- > seguro nas pacientes com uma incisão uterina segmentar prévia¹⁴⁻¹⁶(B);

- > pode ser utilizada a ocitocina e a analgesia¹⁴⁻¹⁶(B);

- > acompanhar evolução do TP pelo partograma a fim de diagnosticar precocemente a desproporção céfalo-pélvica¹⁷(C);

- > atentar para sinais de ruptura uterina^{14-16,18} (B):

- dor na incisão;
- sangramento vaginal;
- desacelerações da frequência cardíaca fetal;

- parada ou redução das contrações.

ASSISTÊNCIA AO SEGUNDO PERÍODO:

1. Posicionar paciente:

> para a maioria das pacientes: Laborie-Duncan, com decúbito dorsal, mesa de parto verticalizada ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período¹⁹(A).

> em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Simms)¹⁹(A).

2. Anti-sepsia e colocação de campos esterilizados²(D).

3. Bloqueio pudendo e infiltração em leque se necessária a realização de episiotomia²(D).

4. Realização de episiotomia: deve ser realizada seletivamente, somente nos casos em que exista indicação para seu uso (sofrimento fetal, uso de fórceps, fetos grandes, cardiopatia materna, período expulsivo prolongado, etc). Realizar preferencialmente a episiotomia médio-lateral, que apresenta menor risco de extensão para reto e esfíncter anal²⁰(A).

5. Auscultar BCF a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina²(D).

6. Controle do desprendimento da cabeça: realizar a manobra de Ritgen, com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça²(D).

7. Aspiração da boca e nariz do feto com

pêra de borracha. Verificar se há circular cervical de cordão. Se a circular for apertada, clampear e cortar o cordão²(D).

8. Assistência ao desprendimento dos ombros: se o mesmo não for espontâneo, tracionar ligeiramente a cabeça fetal inferiormente para liberar o ombro anterior e, em seguida, superiormente para liberar o posterior²(D).

9. Profilaxia da hemorragia puerperal: aplicar 10 U de ocitocina intramuscular após o desprendimento do ombro anterior (também pode ser utilizado esgometrina, combinações de ocitocina e ergometrina e misoprostol)^{21,22}(A).

ASSISTÊNCIA AO TERCEIRO PERÍODO:

1. Manejo ativo: consiste no emprego de ocitócitos após o desprendimento dos ombros, combinado com a tração controlada do cordão umbilical. Tal medida mostrou-se capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal²³(A).

2. Revisão do trajeto: após a dequitação deve-se verificar a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia²(D).

ASSISTÊNCIA AO QUARTO PERÍODO:

1. Observar sinais vitais e sangramento. Se sangramento excessivo por hipotonia uterina, realizar massagem uterina e infusão de 30 a 60 U de ocitocina em 1000 ml de solução glicosada a 40 gts/min²⁴(D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquisar a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto²(D).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lauzon L, Hodnett E. Caregivers' use of strict criteria for diagnosing active labour in term pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
2. Friedman EA, editor. *Labor: clinical evaluation and management*. 2nd. New York: Appleton; 1978.
3. Cuervo LG, Rodrigues MN, Delgado MB. Enemas during labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
4. Romney ML, Gordon H. Is your enema really necessary? *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282:1269-71.
5. Leveno KJ, Cunningham PG, Nelson S, et al. A prospective comparison of selective and ununiversal electronic fetal monitoring in 34995 pregnancies. *N Engl J Med* 1986; 315:615-9.
6. Pattison M, Mc Cowan L. Cardiotocography for antepartum fetal assessment. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
7. Howell CJ, Kidd C, Roberts W, et al. A randomised controlled trial of epidural compared with non-epidural analgesia in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 2001; 108:27-33.
8. Frigoletto FD Jr, Lieberman E, Lang JM, et al. A clinical trial of active management of labor. *N Engl J Med* 1995; 333:745-50.
9. Lopez-Zeno JA, Peaceman AM, Adashek JA, et al. A controlled trial of program for active management of labor. *N Engl J Med* 1992; 326:450-4.
10. Prendiville WJ, Elbourne D, McDonald S. Active versus expectant management in the third stage of labour . *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
11. Sadler LC, Davison T, McCowan LM. A randomised controlled trial and meta-analysis of active management of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 2000; 107:909-15.
12. Fraser WD, Turcot L, Krauss I. Amniotomy for shortening spontaneous labour. *Cochrane Database Syst Rev* 2000.
13. Owen J, Hauth JC. Oxytocin for the induction or augmentation of labor. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35:464-75.
14. Flamm BL, Lim OW, Jones C, et al. Vaginal birth after cesarean section: results of multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158:1079-84.
15. Phelan JP, Clark SL, Diaz F, et al. Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157:1510-5.
16. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35:445-56.
17. O'Driscoll K, Foley M, MacDonald D. Active management of labour as an alternative to cesarean section for dystocia. *Obstet Gynaecol* 1984; 63:485-90.
18. Nielsen TF, Hagberg H. Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160:569-73.

19. Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. Cochrane Database Syst Rev 2000.
20. Carroli G, Belizan J. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database Syst Rev 2000.
21. Mc Donald S, Prendiville WJ, Elbourne D. Prophylactic syntometrine versus oxytocin for delivery of the placenta. Cochrane Database Syst Rev 2000.
22. Ng PS, Chan AS, Sin WK, et al. A multicentre randomized controlled trial of oral misoprostol and i. m. syntometrine in the management of the third stage of labour. Hum Reprod 2001; 16:31-5.
23. Walley RL, Wilson JB, Crane JM, et al. A double-blind placebo controlled randomised trial of misoprostol and oxytocin in the management of the third stage of labour. Br J Obstet Gynaecol 2000; 107:1111-5.
24. Martins-Costa, et al. Assistência ao trabalho de parto. In: Freitas F, Costa SM, editors. Rotinas em Obstetrícia. 4ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.