

Assistência ao feto durante o trabalho de parto

- 1 Introdução
- 2 Métodos clínicos de monitorização fetal durante o trabalho de parto
 - 2.1 Ausculta cardíaca fetal intermitente
 - 2.2 Avaliação do líquido amniótico
- 3 Avaliação cardíaca fetal contínua
- 4 Avaliação do equilíbrio ácido-básico no sangue do couro cabeludo fetal
- 5 Comparação entre ausculta e monitorização eletrônica fetal
 - 5.1 Efeitos sobre o trabalho de parto e o parto
 - 5.2 Efeitos sobre o feto e o recém-nascido
 - 5.3 Opiniões maternas
 - 5.4 Técnica de monitorização eletrônica fetal
 - 5.5 Comentário
- 6 Outros métodos de monitorização fetal e diagnóstico no trabalho de parto
 - 6.1 Teste na internação
 - 6.2 Testes de estimulação fetal intraparto
- 7 Tratamento conservador do “sofrimento fetal”
- 8 Conclusões

1 Introdução

O principal objetivo da monitorização do feto durante o trabalho de parto é identificar a hipóxia fetal que, se não for corrigida, pode causar morte ou morbidade a curto ou longo prazo. Ao menos teoricamente, deve ser possível evitar os resultados adversos por meio de medidas apropriadas e oportunas.

Diversos métodos de monitorização do bem-estar fetal foram avaliados em estudos randômicos. Embora esses estudos tenham produzido dados confiáveis sobre os efeitos dos métodos opcionais de monitorização dos resultados fetais e maternos, ainda há controvérsia sobre a forma como deve ser realizada a monitorização e sobre a resposta apropriada no caso de um resultado “anormal”.

2 Métodos clínicos de monitorização fetal durante o trabalho de parto

2.1 Ausculta cardíaca fetal intermitente

A ausculta intermitente (ausculta com um estetoscópio fetal ou com monitor manual de ultra-som Doppler) do coração fetal

foi o método predominante de monitorização do feto durante o trabalho de parto na maior parte do século XX. Ainda é amplamente usada, apesar de uma tendência, iniciada na década de 1970, de substituí-la pela monitorização eletrônica contínua.

Conforme avaliação nos estudos randomizados, a ausculta é realizada a cada 15 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto e com maior frequência durante o segundo estágio. Os critérios para “sofrimento fetal” são uma frequência cardíaca fetal acima de 160 ou abaixo de 100-120 ou batimentos cardíacos irregulares. Embora alguns especialistas acreditem que as alterações da frequência cardíaca fetal durante as contrações podem produzir um sinal de advertência mais cedo, a ausculta geralmente é realizada após as contrações.

2.2 Avaliação do líquido amniótico

A eliminação de mecônio está associada a aumento do risco de morte intraparto, morte neonatal e várias medidas de morbidade neonatal, como baixo índice de Apgar ou comprometimento do equilíbrio ácido-básico. Parte dessa associação, mas não toda, é explicada por problemas respiratórios causados pela aspiração de mecônio.

O mecônio espesso observado no início do trabalho de parto possui o pior prognóstico, e está associado a um aumento de cinco a sete vezes do risco de morte perinatal. O mecônio espesso, não-diluído, também reflete redução do volume de líquido amniótico no início do trabalho de parto, que é, por si só, um fator de risco significativo. A leve coloração do líquido amniótico no início do trabalho de parto provavelmente reflete um pequeno aumento do risco, mas há controvérsias.

A presença de líquido amniótico meconial no início do trabalho de parto reflete eventos ocorridos anteriormente. Pode ser um sinal de comprometimento da função placentária que expõe o feto ao risco de hipóxia durante o trabalho de parto. A eliminação de mecônio pela primeira vez após o início do trabalho de parto é menos comum, e parece ter um risco associado intermediário entre a eliminação precoce de mecônio em pequena e em grande quantidade. Qualquer que seja o grau ou o momento da eliminação de mecônio, os riscos relaciona-

dos são maiores se também houver anormalidades da frequência cardíaca fetal.

Devido às associações entre a condição do líquido amniótico e os resultados adversos, foi recomendada avaliação rotineira do líquido amniótico no início do trabalho de parto, se necessário por amnioscopia ou ruptura artificial das membranas, como teste de rastreamento para identificação de fetos sob maior risco. Infelizmente, não foi descrita avaliação controlada dessa política.

3 Avaliação cardíaca fetal contínua

O desenvolvimento em 1960 de um eletrodo que poderia ser fixado ao couro cabeludo fetal estimulou muitas pesquisas sobre a relação entre alterações da frequência cardíaca fetal e eventos ocorridos durante o trabalho de parto. Várias alterações da frequência cardíaca fetal foram consideradas indicadoras de “sofrimento fetal”. Essas alterações foram de três tipos: alterações da frequência basal, alterações periódicas relacionadas às contrações uterinas e alterações na variabilidade da frequência basal. Embora a taquicardia (aumento anormal da frequência cardíaca fetal) e a bradicardia (diminuição anormal da frequência cardíaca fetal) fossem sinais clássicos de “sofrimento fetal”, poder-se-ia distinguir entre bradicardias constantes ou “basais”, que foram quase invariavelmente associadas a bom resultado fetal, e bradicardias que representavam uma modificação de uma frequência cardíaca previamente maior. As modificações periódicas incluíam desacelerações tardias da frequência cardíaca fetal que sucediam, repetitivamente, os picos de contrações e que foram consideradas devidas à insuficiência uteroplacentária; e desacelerações variáveis, que tiveram formatos e relações variáveis com as contrações e foram atribuídas à compressão do cordão umbilical. Uma redução da variação “batimento a batimento” da frequência cardíaca fetal foi atribuída à “depressão” fetal, refletindo uma redução da influência do sistema nervoso central sobre o controle do coração.

A monitorização eletrônica contínua do coração fetal durante o trabalho de parto é realizada mais comumente “externamente” por ultra-som Doppler ou “internamente” por eletrocardiografia. O ultra-som Doppler é o método mais fidedigno para monitorização da frequência cardíaca fetal no final da gravidez e para monitorização externa da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto. Monitores da frequência cardíaca fetal por ultra-som são satisfatórios para determinar a frequência cardíaca fetal, mas podem ser menos adequados para determinar a variabilidade da frequência cardíaca fetal que o monitor interno. Os possíveis problemas são erro

ocasional na contagem da frequência cardíaca materna (o que pode levar a um diagnóstico impróprio de sofrimento fetal) e perda do sinal ou ocorrência de artefato, com a movimentação materna ou fetal, exigindo reposicionamento freqüente do transdutor.

A monitorização externa geralmente é empregada no início do trabalho de parto, particularmente antes da ruptura de membranas. Em muitos centros, é preferida a monitorização interna, por aplicação de eletrodos no couro cabeludo, numa fase mais avançada do trabalho de parto, porque proporciona um acompanhamento mais fidedigno e permite que a mãe tenha maior liberdade de movimento.

4 Avaliação do equilíbrio ácido-básico no sangue do couro cabeludo fetal

A técnica de coleta de amostra de sangue do couro cabeludo fetal para avaliação do equilíbrio ácido-básico durante o trabalho de parto foi descrita pela primeira vez no início da década de 1960. Um bisturi ou estilete é introduzido através do óstio cervical para fazer uma pequena incisão no couro cabeludo do feto. A seguir, uma amostra de sangue é colhida em tubo capilar heparinizado e analisada para determinar seu equilíbrio ácido-básico. A técnica mudou pouco desde que foi descrita pela primeira vez, requer disponibilidade imediata de aparelho para dosagem dos gases arteriais e ainda é um pouco incômoda, demorada, difícil e desconfortável para a mulher.

5 Comparação entre ausculta e monitorização eletrônica fetal

As duas condutas amplamente usadas atualmente para monitorização fetal durante o trabalho de parto são: primeira, o uso de monitorização eletrônica na maior parcela de mulheres possível; e segunda, seu uso apenas em mulheres cujas gestações são consideradas de alto risco.

A monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal fornece mais informações que a ausculta intermitente com um estetoscópio fetal. A ausculta durante 1 minuto a cada 15 minutos entre as contrações, como é freqüentemente empregada na ausculta intermitente durante o primeiro estágio do trabalho de parto, determina a frequência cardíaca fetal durante apenas cerca de 7% do tempo, e fornece relativamente poucas informações sobre a relação entre alterações da frequência cardíaca fetal e contrações uterinas, ou sobre a variabilidade da frequência cardíaca fetal. A questão importante é se o maior número de informações fornecidas por monitoriza-

ção eletrônica contínua durante o trabalho de parto causa ou não qualquer melhora do resultado para o bebê.

Embora a monitorização eletrônica contínua do coração fetal forneça bem mais informações sobre a frequência cardíaca fetal, a interpretação dos traçados de frequência cardíaca fetal está sujeita a grande variação. Os traçados frequentemente são interpretados de formas diversas por diferentes obstetras, ou até pelo mesmo obstetra em momentos diferentes. O problema da monitorização eletrônica do coração fetal não está em sua capacidade de medir, mas em sua interpretação.

5.1 Efeitos sobre o trabalho de parto e o parto

Foram descritos doze estudos controlados e randômicos que comparam a monitorização fetal eletrônica e a ausculta intermitente da frequência cardíaca fetal, com a participação de mais de 58.000 mulheres em 10 centros. As taxas de cesariana e de parto vaginal cirúrgico foram maiores em todos os grupos monitorizados eletronicamente. O aumento da taxa de cesariana é muito maior quando não há estimativas do pH do couro cabeludo.

Uma preocupação com o uso de monitorização eletrônica contínua (sem telemetria, o que permite mobilização da mulher) foi a possibilidade de prolongar o trabalho de parto mediante restrição do movimento das mulheres, mas os dados dos estudos, quando considerados juntos, não apóiam isso. Não há efeito claro do método de monitorização sobre o uso ou o método de analgesia.

5.2 Efeitos sobre o feto e o recém-nascido

Há poucas evidências de que as cesarianas adicionais associadas à monitorização fetal eletrônica contínua causem quaisquer benefícios significativos para o bebê. O número de mortes perinatais ocorridas entre os partos nos estudos de monitorização cardíaca fetal eletrônica com estimativa do pH fetal foi uniformemente distribuído entre os grupos monitorizados eletronicamente e de controle. Não há indicações de que a monitorização intensiva da frequência cardíaca fetal, com ou sem estimativa do pH fetal, reduza o risco de índice de Apgar menor que 7, ou as taxas de internação em berçários de cuidados especiais.

A única medida do resultado perinatal que parece ser melhorada por monitorização intraparto mais intensiva é a de convulsões neonatais. Esse efeito parece ser restrito à monitorização fetal eletrônica apoiada por estimativa do pH fetal. No caso de fetos monitorizados dessa forma, as chances de convulsões neonatais parecem ser reduzidas em aproximadamente metade. Não foi observado efeito em bebês prematu-

ros, e assim o efeito protetor estimado pode ser ainda maior em bebês a termo. Uma análise secundária do maior estudo sugeriu que o risco reduzido de convulsões neonatais era limitado a trabalhos de parto induzidos ou estimulados com ocitocina, ou que foram prolongados.

A observação de uma redução de 50% do risco de convulsões neonatais, associada à monitorização contínua do coração fetal e avaliação do equilíbrio ácido-básico fetal, pode ser muito importante. Na verdade, um quarto a um terço dos bebês que sofrem convulsões neonatais morre, e outro quarto ou terço apresenta comprometimento grave na segunda infância. Todavia, os dados de acompanhamento disponíveis sugerem que as convulsões neonatais evitadas por monitorização intensiva não são aquelas associadas a comprometimento de longo prazo.

A infecção neonatal foi rara em todos os estudos, mas não há indicações sugestivas de que a monitorização intensiva tenha aumentado esse risco. Os dados são insuficientes para explorar diferenças entre os tipos de eletrodo nesse aspecto.

5.3 Opiniões maternas

A maioria dos estudos sobre as opiniões femininas sobre monitorização fetal intraparto consistiu em estudos não-controlados de suas opiniões. Esses estudos sugerem que a monitorização contínua é aceitável para a maioria das mulheres, mas que pode ter importantes conseqüências adversas para algumas.

Muitas mulheres relataram que a monitorização e o registro contínuos da frequência cardíaca fetal eram tranquilizadores porque demonstravam que o bebê estava vivo e forneciam as informações de que os profissionais necessitam durante o trabalho de parto. Esses sentimentos são maiores se a mulher puder ver bem o monitor durante o trabalho de parto. As mulheres sob risco relativamente alto de problemas durante o trabalho de parto, e aquelas mais bem informadas sobre monitorização contínua, parecem mais propensas a serem tranquilizadas. Entretanto, informações detalhadas fornecidas imediatamente antes do início do trabalho de parto parecem ter pequeno efeito positivo sobre as percepções femininas da monitorização intraparto.

A monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal pode gerar ansiedade de diversas formas que não podem ser previstas antecipadamente para cada mulher. Algumas mulheres entrevistadas nos estudos relataram desconforto e restrição do movimento, ou preocupação de que o eletrodo causasse danos ao couro cabeludo do feto. Outras conside-

raram o monitor uma distração que interferiu em seu relacionamento com os profissionais e seu acompanhante no trabalho de parto. O traçado pode tornar-se preocupante, e isso pode ser particularmente inquietante se os profissionais estiverem inseguros quanto ao significado da “anormalidade”. Pode ser causada por má qualidade ou mesmo artefato, ou o próprio monitor pode apresentar mau funcionamento, algumas vezes repetidamente. Um transdutor abdominal externo pode ser deslocado ou um eletrodo no couro cabeludo pode se soltar. Esses problemas não são raros.

Que peso deve ser dado às várias opiniões maternas sobre a monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal reveladas nesses estudos não-controlados? Três dos estudos controlados, randomizados, incluíram avaliação das opiniões femininas sobre as condutas alternativas. Não houve diferenças claras entre os grupos, mas as mulheres designadas para ausculta mostraram tendência a uma experiência mais positiva do trabalho de parto. As mulheres pertencentes ao grupo monitorizado eletronicamente foram propensas a ser deixadas sozinhas mais freqüentemente, mas quase todas as mulheres entrevistadas relataram que podiam falar com uma enfermeira ou um médico a qualquer momento. Não foi detectada diferença nas proporções de mulheres que relataram “preocupações ou ansiedades” durante o trabalho de parto, ou que o trabalho de parto havia sido “desagradável”. De acordo com os estudos de observação, um maior número de mulheres no grupo monitorizado continuamente sentiu-se “muito restrito” durante o trabalho de parto. Em geral, o método de monitorização foi menos importante para as mulheres do que o suporte recebido da equipe e dos acompanhantes durante o trabalho de parto.

5.4 Técnica de monitorização eletrônica fetal

Comparações diretas da monitorização eletrônica fetal, auxiliadas ou não por coleta de sangue fetal, mostram que o acesso a amostras de sangue do couro cabeludo reduz o número de cesarianas por sofrimento fetal, sem diferenças claras no resultado neonatal. Dados de comparações indiretas indicam melhor resultado tanto materno quanto neonatal se for usada coleta de sangue fetal.

Agora, a monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal muitas vezes é realizada de forma intermitente (por ex., por 15 minutos a cada hora). Um estudo randomizado não mostrou indícios de que a cardiocotografia intermitente fosse menos segura que a monitorização contínua.

Um estudo comparou a cardiocotografia associada à análise simultânea das ondas do eletrocardiograma (ECG) fetal

com a cardiocotografia isolada. O parto cirúrgico no “sofrimento fetal” foi significativamente reduzido no grupo submetido a cardiocotografia e ECG, mas esse efeito foi parcialmente atenuado por partos cirúrgicos por outras razões; houve menor necessidade de coleta de amostra de sangue do couro cabeludo. Em geral, ainda há pouca razão para se recomendar essa conduta, e outras avaliações se fazem necessárias.

Atualmente, a oximetria de pulso fetal está sendo avaliada em um estudo randomizado.

5.5 Comentário

Embora diversos estudos de monitorização eletrônica já tenham sido realizados, coletivamente eles não foram suficientemente grandes para eliminar a incerteza sobre o impacto, se houver, dessa técnica sobre os problemas raros, mas importantes, de morte fetal intraparto e paralisia cerebral.

Dados das comparações randomizadas de métodos opcionais de monitorização da frequência cardíaca fetal sugerem que a morte intraparto é evitada com igual eficácia por ausculta intermitente e por monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, desde que a importância seja relacionada ao reconhecimento imediato das anormalidades da frequência cardíaca fetal intraparto, qualquer que seja a política de monitorização. (Durante os 2 anos do estudo de Dublin, por exemplo, a taxa de mortalidade intraparto foi menor que nos anos anteriores e subsequentes.)

A fidedignidade da ausculta intermitente pode ser aumentada pelo uso de um monitor portátil de ultra-som em lugar de estetoscópios fetais convencionais. Há razões para uso desses dispositivos em todos os casos, em parte porque causam menor desconforto materno que um estetoscópio fetal. O compromisso com a ausculta intermitente deve ser direto, se um profissional for responsável por apenas uma mulher durante o trabalho de parto. Essa atenção individualizada tende a ter outros benefícios para a mulher. É lamentável que a distribuição da equipe e outras políticas de assistência intraparto em muitas alas de parto impossibilitem esse ideal. A implicação é que a ausculta pode não ser realizada com a frequência ou regularidade necessária para a vigilância fetal segura no trabalho de parto.

A complexidade da monitorização eletrônica contínua torna-a susceptível a falhas técnicas e mecânicas. Portanto, a manutenção e a substituição dos aparelhos, e o treinamento de pessoal, são importantes. A vigilância realizada por monitorização fetal eletrônica também pode ser insatisfatória, se

reduzir a frequência com que o profissional verifica formalmente a frequência cardíaca fetal. Um monitor cardíaco fetal deve auxiliar, não substituir, a assistência pessoal.

A grande variação na interpretação dos registros contínuos da frequência cardíaca fetal demonstra que esse é um importante problema com os métodos atuais de monitorização contínua.

As implicações para a política institucional dependem da importância atribuída a uma redução do risco de convulsões neonatais. No estudo de Dublin, o acompanhamento limitado das crianças que sofreram convulsões neonatais sugere que as convulsões neonatais que podem ser evitadas por monitorização mais intensiva não estão associadas a problemas a longo prazo. Todavia, algumas pessoas considerarão que as convulsões neonatais, por si sós, são suficientemente importantes para que sua prevenção seja a base da política vigente. Com base nisso, há um bom motivo para se usar monitorização mais intensiva quando o trabalho de parto deixa de ser “fisiológico”, como por exemplo durante a indução ou potencialização do trabalho de parto, se o trabalho de parto for prolongado, se houver líquido amniótico meconial ou na gravidez múltipla.

Na maioria dos trabalhos de parto em que não se aplicam essas premissas, as evidências atuais sugerem que a monitorização mais intensiva aumenta a intervenção obstétrica sem benefício claro para o feto. Portanto, a ausculta regular realizada por um profissional de assistência pessoal, como usada nos estudos randomizados, parece ser a política ideal nesses trabalhos de parto. Será difícil reimplementar essa conduta nos muitos hospitais cuja política atual é a monitorização eletrônica universal. Em primeiro lugar, a assistência individualizada durante o trabalho de parto frequentemente é considerada impossível; e, depois, obstetras e outros profissionais podem ter perdido a capacidade e a segurança para monitorizar o trabalho de parto por ausculta intermitente.

A escolha da técnica para monitorização cardíaca fetal tem implicações muito maiores que os efeitos diretos sobre a supervisão e a saúde física do feto. Dependendo do sistema prevalente de assistência às mulheres durante o parto, ela pode influenciar os papéis e as relações daqueles envolvidos. Com a ausculta intermitente, a obstetrix é o centro de assistência, e o obstetra desempenha o papel de consultor se a obstetrix acreditar que pode haver problemas. Em contraste, o uso de monitorização eletrônica contínua transforma a sala de parto em uma unidade de terapia intensiva. A obstetrix assume um papel mais técnico, com envolvimento

maior dos obstetras na assistência de rotina. A presença de um monitor também pode modificar os relacionamentos entre a mulher e seu parceiro, por um lado, e entre a mulher, a obstetrix e o médico, por outro. Essas maiores implicações devem ser reconhecidas.

6 Outros métodos de monitorização fetal e diagnóstico no trabalho de parto

6.1 Teste na internação

O “sofrimento fetal” intraparto comumente reflete problemas que precedem o início do trabalho de parto. Por essa razão, há um forte argumento para a avaliação cuidadosa do risco no início do trabalho de parto. Foi recomendado um curto (15-20 min) período de monitorização cardíaca fetal eletrônica externa após internação em trabalho de parto como teste de rastreamento para mulheres consideradas de baixo risco. O motivo dessa prática é a identificação de um subgrupo de fetos que seria beneficiado pela monitorização mais intensiva, e poderia identificar grandes problemas fetais que não seriam percebidos por ausculta intermitente.

Em princípio, um teste de rastreamento no momento da internação em trabalho de parto como base para decidir sobre monitorização intensiva seletiva é atraente, porque deve identificar já no início do trabalho de parto fetos que já estão comprometidos. Entretanto, há dois outros componentes da monitorização que devem ser atendidos para que a política seja eficaz: primeiro, se o teste é interpretado com precisão; e segundo, se os resultados do teste induzem medidas apropriadas quando usados na prática clínica. Essas questões só podem ser abordadas satisfatoriamente em estudos que comparem os resultados em mulheres aleatoriamente designadas para teste de rastreamento associado à resposta apropriada ou para um grupo de controle no qual o teste não é usado.

6.2 Testes de estimulação fetal intraparto

A aceleração da frequência cardíaca fetal comumente é aceita como indicador do bem-estar fetal no teste sem estresse pré-parto. Essas acelerações em um teste sem estresse estão comumente associadas a movimento fetais ou contrações uterinas, mas podem ser provocadas por outros estímulos, como o som. As observações de que as acelerações da frequência cardíaca fetal algumas vezes coincidiram com a coleta de sangue do couro cabeludo fetal, e que o pH do sangue do couro cabeludo tendia a ser normal se houvesse acelerações, levaram à consideração de testes de estimulação intraparto mediante aplicação de um clampes ao couro cabeludo, ou por uso de um estímulo sonoro. Esses testes poderiam reduzir a necessidade de



coleta de amostra de sangue do couro cabeludo, ou ser usados como alternativa quando essa coleta não estivesse disponível ou fosse tecnicamente impossível. Entretanto, não foram avaliados rigorosamente. De acordo com os dados disponíveis, um teste de estimulação não-reativo deve ser seguido por avaliação do equilíbrio ácido-básico no sangue colhido do couro cabeludo fetal.

7 Tratamento conservador do “sofrimento fetal”

O tratamento mais comum do “sofrimento fetal” intraparto, diagnosticado por alterações persistentes da frequência cardíaca fetal ou diminuição do pH no sangue do couro cabeludo fetal, é o parto imediato. Entretanto, muitas anormalidades da frequência cardíaca fetal serão resolvidas com medidas conservadoras simples, como mudança da posição materna (para aliviar a compressão aortocava e a pressão sobre o cordão umbilical), interrupção da administração de ocitocina para aumentar o fluxo sanguíneo uteroplacentário e administração de oxigênio materno por curto período (para aumentar o aporte de oxigênio para a placenta).

A hipotensão materna frequentemente sucede a indução de anestesia peridural, com conseqüentes anormalidades da frequência cardíaca fetal. Foi demonstrado que a administração prévia de líquidos intravenosos reverte a hipovolemia relativa que sucede o bloqueio peridural e reduz significativamente a frequência de alterações da frequência cardíaca fetal.

Os betamiméticos intravenosos constituem tratamento útil para se “ganhar tempo” quando alterações persistentes da frequência cardíaca fetal indicam a necessidade de parto eletivo. Em um estudo randômico e controlado envolvendo 20 trabalhos de parto caracterizados por alterações perigosas da frequência cardíaca fetal e um baixo pH no sangue do couro cabeludo fetal, 10 das 11 mulheres tratadas com terbutalina intravenosa tiveram melhora do padrão de frequência cardíaca, em comparação com nenhuma no grupo de controle. Ao nascimento, os bebês foram menos propensos a apresentar acidose e baixos índices de Apgar. Os resultados desse estudo são apoiados por outros estudos menos bem controlados. Essa melhora rápida poderia ser muito útil nas situações em que não há disponibilidade imediata de recursos para cesariana de emergência. Algumas vezes a melhora do padrão do traçado é mantida. Nessas circunstâncias, pode-se permitir que o trabalho de parto continue sem parto urgente.

Outra manobra de adiamento, a amnioinfusão para corrigir o oligoidrâmnio, pode ser útil como método de prevenção

ou alívio da compressão do cordão umbilical durante o trabalho de parto. Infunde-se solução salina ou Ringer lactato através de um cateter na cavidade uterina. A técnica foi usada profilaticamente em diversas situações comumente associadas ao oligoidrâmnio, e terapeuticamente nas desacelerações variáveis repetitivas da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, que são atribuídas à compressão do cordão umbilical. O uso de amnioinfusão em casos de compressão do cordão umbilical intraparto, possível ou diagnosticada por cardiotocografia, ou de líquido amniótico meconial no trabalho de parto, foi avaliado em diversos estudos controlados. Esse procedimento reduz significativamente a frequência de desacelerações variáveis persistentes do coração fetal. Também melhora resultados mais importantes, como a taxa de cesariana (tanto geral quanto por “sofrimento fetal”) e a endometrite pós-parto materna, e resulta em menos bebês com asfixia ao nascimento, baixo índice de Apgar ou baixo pH no cordão umbilical. Na presença de líquido amniótico meconial, a amnioinfusão também reduz a incidência de síndrome de aspiração de mecônio. Não foram observados efeitos adversos claros do procedimento, mas os estudos não foram suficientemente grandes para excluir a possibilidade de complicações maternas incomuns, mas graves.

O uso profilático de amnioinfusão nas mulheres com oligoidrâmnio porém sem anormalidades cardiotocográficas não mostrou quaisquer vantagens em relação ao seu uso terapêutico deflagrado pelo surgimento de desacelerações variáveis.

Uma terceira conduta para o tratamento conservador do “sofrimento fetal” foi “tratar” o feto para evitar quaisquer efeitos adversos. Acredita-se que o piracetam, um derivado do ácido gama-aminobenzóico administrado por via intravenosa, estimule o metabolismo das células cerebrais quando estão em hipóxia. Ele foi avaliado em um único estudo controlado por placebo. Os resultados sugerem que o tratamento com piracetam reduz a necessidade de cesariana e melhora o resultado neonatal avaliado pelo índice de Apgar e “problemas respiratórios e sinais de hipóxia” neonatais, mas esses resultados devem ser confirmados por outros estudos antes que a conduta possa ser aplicada clinicamente. A administração de piridoxina durante o trabalho de parto parece reduzir a afinidade pelo oxigênio no sangue do cordão. Isso pode ter implicações terapêuticas, mas não há informações disponíveis em relação à sua importância clínica.

A administração materna de oxigênio é amplamente usada na suspeita de “sofrimento fetal” em trabalho de parto, mas não foi submetida a avaliação randômica.

Um estudo interessante, descrito em 1959, que comparou o tratamento cirúrgico com políticas conservadoras de

tratamento no “sofrimento fetal”, ainda pode ter interesse maior que apenas histórico. Nesse estudo, as taxas de parto cirúrgico por “sofrimento fetal” foram de 61% no grupo cirúrgico e de 20% com a conduta conservadora. A taxa de mortalidade perinatal entre os dois grupos foi semelhante. As modificações da prática obstétrica e dos métodos de avaliação fetal desde a realização desse estudo tornaram difícil relacionar os resultados com a prática obstétrica atual. Entretanto, para aqueles que trabalham em situações sem recursos obstétricos modernos, é útil observar que o uso imediato de parto cirúrgico no caso de líquido amniótico meconial ou de diminuição da frequência cardíaca fetal causa aumento considerável dos partos cirúrgicos, e não mostrou reduzir a mortalidade perinatal. Embora não sejam diretamente aplicáveis hoje, essas conclusões permitem questionar as políticas intervencionistas de conduta na suspeita de “sofrimento fetal”, que se tornaram prática comum sem serem submetidas a avaliação randômica.

8 Conclusões

O líquido amniótico em pequena quantidade ou que contém mecônio está associado a aumento do risco de mortalidade e morbidade perinatais. A situação do líquido quando as membranas se rompem espontaneamente deve ser avaliada no início do trabalho de parto, e a presença de mecônio ou de pequeno volume de líquido deve incentivar vigilância fetal mais intensiva. Com os dados disponíveis, não fica claro se é justificada ou não a amniocospia de rotina ou a ruptura artificial das membranas para avaliar o líquido amniótico.

Na maioria das gestações, a morte intraparto é evitada de forma igualmente eficaz por ausculta intermitente e por monitorização eletrônica contínua da frequência cardíaca fetal, desde que as anormalidades da frequência cardíaca fetal intraparto sejam imediatamente reconhecidas e seguidas por uma resposta clínica apropriada, qualquer que seja a política de monitorização. O uso de monitorização fetal eletrônica com coleta de amostra do couro cabeludo está associado a menor taxa de convulsões neonatais, mas não a uma menor taxa de incapacidade neurológica grave a longo prazo.

A monitorização eletrônica contínua resulta em aumento das taxas de cesariana e morbidade pós-parto da mãe, sem benefícios compensadores para o feto, exceto uma diminuição da incidência de convulsões neonatais. Seu uso dependerá da importância da prevenção de convulsões. O uso seletivo de monitorização eletrônica fetal pode basear-se na avaliação do risco pela história clínica, e possivelmente por avaliação intraparto precoce.

Apesar de seus problemas práticos, a avaliação do equilíbrio ácido-básico fetal é, de acordo com os dados atuais, auxiliar essencial da monitorização da frequência cardíaca fetal e deve ser muito mais usada, durante o segundo estágio e também durante o primeiro estágio do trabalho de parto. Quando se usa monitorização eletrônica, tanto os resultados falso-positivos (alarmes falsos) quanto os falso-negativos (segurança imprópria em relação ao bem-estar do feto) são reduzidos pelo uso de coleta de amostra do sangue fetal como auxiliar.

A amnioinfusão intraparto é um tratamento eficaz para anormalidades de compressão do cordão observadas na presença de oligoidrâmnio. Não se deve usar amnioinfusão profilática nas mulheres com oligoidrâmnio porém sem sinais de compressão do cordão. O uso de betamiméticos para alívio do “sofrimento fetal” no trabalho de parto pode ser uma forma de se “ganhar tempo” para permitir tratamento definitivo da situação.

Pode-se aprender várias lições com os estudos da monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal durante o parto. Em primeiro lugar, obter “mais informações” não é necessariamente benéfico e pode ter efeitos prejudiciais. Segunda, se o resultado de um teste for preditivo de resultado adverso, não deve ser tomado como evidência de que a intervenção baseada nos resultados desse teste evitará ou melhorará aquele resultado. Em terceiro lugar, a relação entre medidas no período neonatal e o resultado de longo prazo não é direta, e as medidas no período neonatal podem não ser substitutos precisos do resultado a longo prazo. Quarta, a morte e a morbidade infantil grave são (felizmente) raras, e devem ser estudados números muito grandes de trabalhos de parto para que a avaliação seja fidedigna. Quinta, deve haver um ceticismo saudável em relação aos novos métodos de supervisão intraparto, de forma que, quando seu desenvolvimento tiver chegado ao ponto em que sejam considerados prontos para uso na prática clínica, sejam introduzidos na prática clínica apenas no contexto de estudos controlados randômicos de grande escala.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Bryce, R., Stanley, F. and Blair, E., The effects of intrapartum care on the risk of impairments in childhood.

Grant, A., Monitoring the fetus during labour.

Biblioteca Cochrane

Hofmeyr, G.J., Prophylactic intravenous preloading for regional analgesia in labour.

Amnio-infusion for umbilical cord compression in labour.



Amnio-infusion for meconium-stained liquor in labour.

Prophylactic versus therapeutic amnio-infusion for oligohydramnios in labour.

Piracetam for fetal distress in labour.

Operative versus conservative management for 'fetal distress' in labour.

Maternal oxygen administration for fetal distress.

Kulier, R. and Hofmeyr, G.J., Tocolytics for suspected intrapartum fetal distress.

Mistry, R.T. and Neilson, J.P., Fetal electrocardiogram plus heart rate recording for fetal monitoring during labour.

Thacker, S.B. and Stroup, D.F., Continuous electronic heart rate moni-

toring versus intermittent auscultation for assessment during labour.

Outras fontes

Herbst, A. and Ingemarsson, I. (1994) Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **101**, 663–8.

Mahomed, K., Nyoni, R., Mulambo, T., Kasule, J. and Jacobus, E. (1994). Randomised controlled trial of intrapartum fetal heart rate monitoring. *BMJ*, **308**, 497–500.

Westgate, J., Harris, M., Curnow, J.S. and Greene, K.R. (1993). Plymouth randomized trial of cardiotocogram only versus ST waveform plus cardiotocogram for intrapartum monitoring in 2400 cases. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **169**, 1151–60.