

Parto vaginal instrumental

- 1 Introdução
- 2 Condições para o parto instrumental
- 3 Equipamento e técnicas
 - 3.1 Fórceps
 - 3.2 Vácuo-extração
- 4 Comparação entre vácuo-extração e fórceps
 - 4.1 Eficiência
 - 4.2 Efeitos maternos
 - 4.3 Efeitos no lactente
- 5 Conclusões

1 Introdução

Quando há uma indicação válida para acelerar o nascimento do bebê, pode-se escolher o parto vaginal instrumental em vez da cesariana, de acordo com diversos fatores. Esses incluem a condição do feto e da mãe, o progresso do trabalho de parto, a dilatação do colo, a descida da apresentação, a posição e a moldagem da cabeça fetal, o conforto, a disposição e a cooperação da mãe, a experiência e as atitudes do profissional e a disponibilidade do equipamento necessário.

Poucas indicações de parto instrumental são absolutas, e há consideráveis diferenças regionais e internacionais na taxa de partos instrumentais. Vários procedimentos de assistência podem ajudar a atingir menores índices de parto assistido. Entre esses estão incentivar a presença de um acompanhante durante o trabalho de parto, o manejo ativo do atraso no segundo estágio do trabalho de parto com ocitocina e o uso de postura ortostática no parto. Quando é usada analgesia peridural, esperar cessar o efeito analgésico e manter uma conduta mais liberal em relação à duração do segundo estágio também reduzirão a necessidade de parto assistido.

Há considerável discordância em relação ao método preferido. Nos países anglófonos, em geral, os fórceps são os instrumentos preferidos, embora esteja aumentando o uso de vácuo-extração quando é necessário parto instrumental. A situação é inversa em muitos países europeus, onde os fórceps são usados com menor frequência que a vácuo-extração.

2 Condições para o parto instrumental

O profissional é um importante determinante do sucesso ou do fracasso do parto instrumental. Os resultados desfavoráveis são quase sempre causados pela ausência de familiaridade do usuário com o instrumento ou com as regras básicas que regem seu uso.

A dilatação cervical completa é um pré-requisito para o parto vaginal instrumental. A estação e o grau de moldagem da cabeça devem ser cuidadosamente avaliados e sua posição conhecida com precisão. O uso de ocitocina pode ser melhor que o parto instrumental muito precoce para resolver um atraso no segundo estágio do trabalho de parto antes de a cabeça do bebê chegar ao assoalho pélvico.

As indicações comuns de parto instrumental, como sofrimento fetal ou atraso no segundo estágio do trabalho de parto, tendem a causar ansiedade na mãe e no parceiro. Parte dessa ansiedade pode ser aliviada mantendo-os completamente informados sobre as razões e a natureza dos procedimentos realizados.

Deve ser obtida analgesia apropriada e eficaz antes de se iniciar o parto instrumental. Via de regra, é necessário menor alívio da dor para a vácuo-extração que para o uso do fórceps. Em geral, a vácuo-extração ou o parto com fórceps de alívio podem ser realizados confortavelmente com infiltração local do períneo ou bloqueio do nervo pudendo. Os partos com rotação por fórceps freqüentemente exigirão uma forma mais profunda de anestesia, como bloqueio peridural ou subaracnóideo.

A força total aplicada sobre a cabeça fetal durante o parto instrumental dependerá do tipo de instrumento, da duração do procedimento e do número e da força das trações. Deve haver alguma descida da cabeça a cada tração. A ausência de descida com tração de um instrumento posicionado corretamente deve ser considerada motivo para se abandonar o procedimento e realizar cesariana.

O parto vaginal instrumental eletivo só foi comparado ao parto vaginal espontâneo em alguns pequenos estudos. O parto instrumental causa traumatismo perineal muito maior (episiotomia e laceração) do que o parto espontâneo. Os supostos benefícios do uso eletivo do fórceps para desprendimento no número ligeiramente menor de bebês com baixos valo-



res de pH no sangue do cordão devem ser avaliados em relação ao problema mais freqüente de traumatismos vaginal e perineal maternos.

3 Equipamento e técnicas

3.1 Fórceps

Desde a introdução do fórceps, foram feitas inúmeras modificações na tentativa de melhorar sua eficiência e segurança. Os fórceps podem ser classificados, de acordo com a função, naqueles cuja função primária é exercer tração e naqueles cuja função primária é corrigir a anomalia de posição. Não foram descritos estudos controlados do uso de diferentes tipos de fórceps. Um estudo avaliou o uso de acolchoamento no fórceps para reduzir o traumatismo do lactente; o uso do acolchoamento resultou em diminuição do número de bebês com marcas craniofaciais.

3.2 Vácuo-extração

Foram usados vários formatos de ventosas para realizar a vácuo-extração. As ventosas de metal mais usadas são as de Bird modificadas. A ventosa posterior deve ser inserida em posição mais alta na vagina do que as ventosas anteriores. Isso permite posicionamento correto sobre o occipício quando a cabeça está defletida.

Mais recentemente, foram desenvolvidas diversas ventosas flexíveis, que acompanham o contorno da cabeça do bebê durante a aplicação. É menos provável que estejam associadas a traumatismo do couro cabeludo do que as ventosas metálicas, embora tenham sido descritas complicações graves, como hemorragia subgaleal. Por serem flexíveis, são fáceis de aplicar e não tendem a lesar a mãe. Como são limpas e esterilizadas montadas, não há problemas de montagem ou vazamento. Além disso, as opiniões das mulheres e obstetrias sobre os instrumentos parecem ser favoráveis.

Todas as ventosas são satisfatórias para operações pélvicas médias, baixas e sem rotação. Os profissionais devem ser bem orientados para desenvolverem segurança em procedimentos pélvicos médios, baixos e sem rotação, antes de assistirem partos com rotação da cabeça. A técnica básica é semelhante em todas as posições do occipício, e a experiência obtida com procedimentos sem rotação será inestimável ao se tentar realizar as operações com rotação, mais difíceis. Em um pequeno estudo, não foi demonstrada vantagem da geração gradual de vácuo em lugar da geração rápida. Os poucos estudos realizados comparando entre si os vários desenhos de ventosas rígidas não demonstraram quaisquer diferenças de resultados. As comparações entre ventosas flexíveis e rígidas de vácuo-extra-

ção sugerem que é menos provável obter parto vaginal com as ventosas flexíveis, mas essas resultam em número significativamente menor de lesões do couro cabeludo fetal do que as ventosas de metal.

A taxa de sucesso com uma ventosa metálica é maior que com uma ventosa flexível, principalmente no caso de um bebê em posição occipitoposterior, em que a ventosa "OP" é muito útil. Como as ventosas flexíveis também são mais propensas a falhar com um bebê grande, uma cabeça alta ou uma grande bossa, é razoável limitar seu uso a partos mais diretos. Apesar dessas desvantagens, vale a pena continuar usando as ventosas flexíveis quando possível, porque elas estão associadas a menor traumatismo neonatal.

O risco de lesão do lactente está diretamente relacionado ao número de trações com o vácuo-extrator. Desprendimentos súbitos da ventosa podem causar lesão do couro cabeludo do lactente. Em um estudo, o aumento do assinclitismo (apresentação oblíqua da cabeça fetal) e o aumento de sua aplicação no momento do parto foram significativamente correlacionados a céfalo-hematoma. Não foi demonstrada vantagem da redução da pressão de vácuo entre as contrações.

4 Comparação entre vácuo-extração e fórceps

4.1 Eficiência

Com experiência adequada e posicionamento apropriado da ventosa, a maioria dos partos que requerem rotação instrumental da cabeça pode ser realizada por vácuo-extração, evitando assim a necessidade de rotação com fórceps, dolorosa e potencialmente traumática. Essa experiência não deve ser difícil de obter e deve fazer parte de todos os programas de especialização em obstetrícia. Embora seja menos provável se obter um parto vaginal com o vácuo-extrator do que com o fórceps, a vácuo-extração, com a ajuda do fórceps quando necessário, está associada a menor taxa geral de cesariana.

Os tempos médios entre a decisão de retirar o feto e o parto propriamente dito são semelhantes com o fórceps e a vácuo-extração, embora a variação do intervalo entre a decisão e o parto seja maior com o fórceps. Isso se deve ao menos parcialmente ao tempo necessário para se instituir as formas mais complexas de analgesia usadas no parto com fórceps. A crença disseminada de que a vácuo-extração é lenta demais para ser útil quando é necessário parto rápido em virtude de sofrimento fetal pode ser definitivamente sepultada.

Considerando-se todos os aspectos, na maioria dos partos vaginais instrumentais deve-se preferir a vácuo-extração ao fórceps. A reserva de um instrumento para aplicações rotineiras e

do outro para situações particularmente difíceis seria imprudente. Mesmo extrações moderadamente difíceis, seja por fórceps ou por vácuo-extração, só devem ser realizadas se o operador tiver considerável experiência com o instrumento escolhido. Na ausência dessa experiência, deve-se considerar a cesariana.

4.2 Efeitos maternos

É muito menos provável que o vácuo-extrator cause lesão materna grave do que o fórceps. Seu uso está associado a uma menor utilização de anestesia regional e geral, e a dor muito menos intensa para a mãe, tanto no momento do parto quanto no puerpério.

4.3 Efeitos no lactente

A vácuo-extração é mais propensa a causar céfalo-hematoma do que o fórceps, mas os fórceps são mais propensos a causar outros tipos de lesões do couro cabeludo e da face. Não foram constatadas diferenças significativas entre os instrumentos no tocante ao número de bebês que necessitaram de fototerapia. Talvez devido à bossa causada pela ventosa rígida do vácuo-extrator, as mães tendem a ficar mais preocupadas com a aparência imediata do bebê nascido por vácuo-extração do que com fórceps.

O vácuo-extrator parece estar associado a um aumento da incidência de hemorragias retinianas (embora esse último resultado seja muito influenciado por um único estudo que foi metodologicamente menos sólido do que todos os outros estudos revistos).

Não há informações suficientes disponíveis para se avaliar os efeitos relativos dos dois instrumentos sobre o risco de morte perinatal ou sobre a condição dos lactentes a longo prazo. No único estudo randomizado de acompanhamento de coortes para os dois instrumentos, a incidência de problemas foi semelhante nos grupos do vácuo-extrator e do fórceps, mas os números de lactentes estudados eram pequenos demais para excluir qualquer coisa além de diferenças muito dramáticas nos resultados.

Estudos de acompanhamento não mostraram diferenças significativas nas opiniões maternas em relação aos instrumentos ou nas reinternações do lactente.

5 Conclusões

Deve-se ter uma indicação válida e as condições necessárias antes de se realizar um parto instrumental. O colo deve estar

completamente dilatado; deve haver analgesia eficaz; e o profissional deve conhecer bem o instrumento escolhido. Não há justificativa para um “parto instrumental difícil”. Quase sempre seria preferível realizar uma cesariana.

A redução do segundo estágio com parto instrumental eletivo pode resultar em ganho, sem importância clínica, no pH do sangue do cordão umbilical, mas pode causar aumento considerável do traumatismo vaginal e perineal materno.

O parto com fórceps e a vácuo-extração são, em grande parte, procedimentos análogos. As evidências disponíveis indicam que o uso de fórceps mostra maior tendência a resultar em lesão materna e depende mais de analgesia extensa ou de anestesia do que a vácuo-extração.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Vacca, A and Keirse, M.J.N.C., Instrumental vaginal delivery.

Biblioteca Cochrane

Johanson, R.B. and Menon, V.J., Vacuum extraction versus forceps for assisted vaginal delivery.

Soft vs rigid vacuum extractor cups for assisted vaginal delivery.

Revisões pré-Cochrane

Johanson, R., Forceps vs spontaneous vaginal delivery. Review no. 07087.

Obstetric forceps pad designed to reduce trauma. Review no. 07086.

O'Neil vs Malmstrom vacuum extraction. Review no. 03795.

New Generation vs original Bird vacuum extraction. Review no. 03259.

Silastic vs Mityvac vacuum extraction. Review no. 03258.

Renfrew, M.J., Vacuum extraction compared to normal delivery. Review no.06517.

Outras fontes

Bofill, J.A., Rust, O.A., Schorr, S.J., Brown, R.C., Roberts, W.E. and Morrison, J.C. (1997). A randomized trial of two vacuum extraction techniques. *Obstet. Gynecol.*, **89**, 758–62.

Chalmers, J.A. and Chalmers, I. (1989). The obstetric vacuum extractor is the instrument of first choice for operative vaginal delivery. *Br. J. Obstet. Gynaecol.*, **96**, 505–6.

Garcia, J., Anderson, J., Vacca, A., Elbourne, D.R., Grant, A.M. and Chalmers, I. (1985). Views of women and their medical and midwifery attendants about instrumental delivery using vacuum extraction and forceps. *J. Psychosom. Obstet. Gynaecol.*, **4**, 1–9.