

## PARTO

### ESTÁTICA FETAL

- **ATITUDE**
  - Relação de partes fetais entre si.
  - Ovóide fetal.
- **SITUAÇÃO**
  - Maior eixo fetal com maior eixo uterino.
  - Longitudinal ou transversa ou oblíqua.
  - Transversa é indicação absoluta de cesárea.
  - Transversa ocorre por placenta prévia, mioma no segmento.
- **POSIÇÃO**
  - Posição do dorso fetal com o abdômen da mãe.
  - Direita, esquerda, posterior e anterior.
- **APRESENTAÇÃO**
  - Qual polo se apresenta para a pelve.
  - Cefálica, pélvica e córmica.
- **FLEXÃO VS. DEFLEXÃO**
  - Fletida ou occipital
    - Referência é o lâmbda.
    - Mais favorável para o parto.
    - **Menor diâmetro:** suboccipitobregmático.
  - Defletida 1º grau ou bregma
    - Referência é o bregma.
  - Defletida 2º grau ou fronte
    - Referência é a glabella.
    - Indicação absoluta de cesárea.
  - Defletida 3º grau ou face
    - Referência é o mento.
    - Mento-posterior é impossível de nascer.
- **SINCLITISMO E ASSINCLITISMO**
  - Sinclitismo
    - Sem inclinação lateral.
  - Assinclitismo
    - Posterior: sagital próxima do pube.
    - Anterior: sagital próxima ao sacro.
- **VARIEDADE DE POSIÇÃO**
  - Cefálica: referência é o lâmbda.
  - Pélvica: referência é o sacro.
    - - Completa e incompleta.
  - Córmica: referência é o acrômio.
- **MANOBRAS DE LEOPOLD-ZWEIFEL**
  - Primeiro tempo
    - Determina a SITUAÇÃO.
    - Duas mãos no fundo do útero, descendo para encontrar o polo que está lá.

- Determinar se há polo no fundo do útero: se houver, situação é LONGITUDINAL.
- Segundo tempo
  - Determina a POSIÇÃO.
  - Encontrar pequenas partes e grande parte fetais.
- Terceiro tempo
  - Determina a APRESENTAÇÃO.
  - Pinçar o polo inferior e determinar o que se insinua na pelve, além de sua mobilidade.
- Quarto tempo
  - Determina a INSINUAÇÃO / ALTURA.
  - Se os dedos entram na pelve, não houve insinuação.
- **BACIAS**
  - Ginecoide
    - Forma arredondada.
    - Mais favorável e mais comum.
  - Androide
    - Forma de coração / triangular.
    - Mais associada a distócias.
  - Platipeloide
    - Mais rara.
  - Antropoide
    - Maior diâmetro é o anteroposterior.
    - Bacia "anteroposterioide".
- **TRAJETO**
  - Estreito superior
    - Conjugata obstétrica: da face interna da sínfise púbica até o promontório.
    - Conjugata diagonalis: da borda inferior da sínfise púbica até o promontório.
  - Estreito médio
    - Espinhas isquiáticas: lateralmente no toque vaginal.
    - Menor diâmetro / mede 10 cm.

## DINÂMICA DO PARTO

- **TEMPOS**
  - Tempos principais
    - Insinuação.
    - Descida.
    - Desprendimento.
    - Restituição.
  - Tempos acessórios
    - Flexão.
    - Rotação interna.
    - Deflexão.
    - Desprendimento dos ombros.

## RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES

- **DEFINIÇÃO**
  - Ruptura da bolsa amniótica fora do trabalho de parto.
  - Não depende da idade gestacional.
  -
- **DIAGNÓSTICO**
  - Padrão-ouro: exame especular.
  - Teste da Nitrazina (fita de pH).
  - Teste da cristalização: na RPMO ocorre cristalização.
  - *AmniSure*<sup>®</sup>: pesquisa de alfacmicroglobulina placentária.
- **CONDUTA**
  - Buscar evidências de corioamnionite: sempre parto.
    - Febre, leucocitose, taquicardia, útero doloroso, líquido fétido.
  - Sem infecção ou sofrimento fetal agudo
    - 24-32/34 semanas
      - Betametasona 12 mg IM, duas doses.
      - Antibiótico: Ampicilina 2 g IV 6/6h + Azitromicina 1 g VO.
    - > 32/34 semanas
      - Conduzir o parto, pois há maturidade pulmonar.
      - Avaliar maturidade pulmonar em caso de dúvida: fosfatidilglicerol ou relação lecitina/esfingomielina.

## INDUÇÃO DE PARTO

- **OCITOCINA**
  - Ideal para BISHOP > 9.
  - BISHOP: altura da apresentação + colo (dilatação, apagamento, consistência e posição).
- **MISOPROSTOL**
  - Ideal para BISHOP desfavorável.
  - Não usar misoprostol se houver cicatriz uterina (qualquer).
- **KRAUSE**
  - Preparo o colo com sonda Foley.

## TRABALHO DE PARTO PREMATURO

- **FATORES DE RISCO**
  - História de prematuridade.
  - Fatores cervicais: incompetência, cicatriz, conização, colo curto.
  - Anemia.
  - Desnutrição.
  - Polidramnia, gemelaridade e macrossomia.
  - ITU.

- Vaginose.
- **PREDIÇÃO**
  - Fibronectina fetal na vagina: se normal, liberar.
  - USG (18 e 24 semanas) com colo < 25 mm: mulheres de alto risco.
- **CONDUTA**
  - Neuroproteção com sulfato de magnésio para TODOS < 32 semanas.
  - 24-34 semanas
    - Corticoide: betametasona.
    - Tocólise: não fazer se sofrimento fetal agudo ou corioamnionite.
      - Indometacina: contraindicado > 32 semanas (fechamento precoce do ducto arterioso).
      - Nifedipino: causa hipotensão e evitar em ICC.
      - Beta-agonista: evitar em EAP, diabetes.
      - Atosiban: antagonista específico da ocitocina, sem contraindicações.
  - > 34 semanas
    - Conduzir o parto.

## CESARIANA

- **INDICAÇÕES ABSOLUTAS**
  - Placenta prévia total.
  - Desproporção céfalo-pélvica absoluta.
  - Herpes genital ativo.
  - Apresentação córmica e defletida de segundo grau.
  - Cesárea clássica => corporal.
  - Condiloma com obstrução do canal de parto.

## ASSISTÊNCIA AO TRABALHO DE PARTO

- **PARTOGRAMA**
  - Anormal
    - Fase ativa prolongada
      - Dilatação menor de 1 cm/h.
      - Discinesia uterina?
      - Cruza a linha de alerta.
    - Parada secundária da dilatação
      - Dilatação mantida em 2 horas.
      - Desproporção céfalo-pélvica?
      - Observar metrossístoles: definir ocitocina (se pouca) ou cesárea (se eficazes).
  - - Parada secundária da descida
      - Expulsivo: altura mantida por uma hora.
      - Desproporção céfalo-pélvica?
    - Período pélvico prolongado
      - Expulsivo: descida é lenta, mas não parou.

- Taquitérito
  - Resolução do trabalho de parto em até 4 horas.
  - Causas: iatrogenia (ocitocina) ou grandes múltiparas.
- **FASES CLÍNICAS**
  - **Primeiro: Dilatação**
    - Definição
      - Inicia com o trabalho de parto e termina com dilatação total.
      - Colo aumenta 2-3 cm com dilatação progressiva.
      - Contrações 2-3 em 10 minutos, rítmicas e regulares.
      - Saída de tampão mucoso não é trabalho de parto.
    - Conduta
      - Dieta: líquidos claros (água, chás).
      - Evitar decúbito dorsal / deambulação livre.
      - Decúbito lateral esquerdo.
      - Tricotomia: não fazer de rotina ou na hora da incisão.
      - Amniotomia: não romper bolsa de rotina.
      - Toques: tocar de 2/2h.
      - Ausculta: antes, durante e após a contração de 30/30 minutos (baixo risco) ou 15/15 minutos (alto risco).
  - **Segundo: Expulsivo**
    - Definição
      - Tempo decorrido após a dilatação total.
      - Anormal: > 1h em múltiparas ou > 2h em primíparas.
    - Conduta
      - Proteção do períneo: manobra de Ritgen modificada.
      - Episiotomia: feto grande, parto a fórceps.
        - Mediana (perineotomia): menos lesão muscular, menos sangramento, menos dispareunia. Mais lesão de esfíncter, requer corpo perineal favorável.
        - Médio-lateral: menos risco de rotura de terceiro e quarto graus. Boa para corpo perineal desfavorável.
  - **Terceiro: Secundamento ou Dequitação**
    - Definição
      - Saída da placenta.
    - Mecanismos
      - Schultze: face fetal / brilhosa / mais comum.
      - Duncan: face materna.
    - Conduta
      - 10 U Ocitocina IM após a expulsão fetal.
      - Tração controlada do cordão umbilical.
      - Manobra de Fabre.
      - Pressão suprapúbica.
      - Manobra de Jacob-Dublin: rotação da placenta.
  - **Quarto período**
    - Definição
      - Primeira hora após o Secundamento.
      - Hemostasia: miotamponagem + trombotamponagem.

- Risco de hemorragia
  - Tônus: hipotonia uterina.
  - Trauma: lacerações.
  - Tecido: restos placentários.
  - Trombo: consumo de fatores de coagulação, coagulopatias.
- **COMPLICAÇÕES NO PARTO PÉLVICO**
  - Desprendimento *in situ*
    - Retirada dos braços um a um, acompanhando movimentos fisiológicos.
  - Manobra de Bracht
    - Virar a criança sobre a pelve da mãe.
  - Manobra de Rojas
    - Rotação da criança 180°.
  - Manobra de Liverpool
  - Fórcepe de Piper