

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*[®]: pesquisa de alfa-microglobulina 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 fórcepe.
 - 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