

PARTO ASSISTIDO À VÁCUO

Pré-leitura indispensável para

A aula magna parto assistido à vácuo



© Aldo Vacca, November 2010

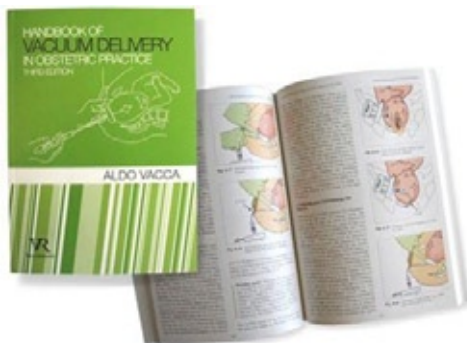
www.vaccaresearch.com

Introdução

Este documento está disponível para médicos no site www.vaccaresearch.com. Participantes inscritos para a aula magna parto assistido à vácuo devem ler o documento antes de assistir o workshop sobre parto assistido à vácuo. Também é recomendável ler o Folheto - Pré-requisitos e a técnica antes de assistir o workshop.

Informações adicionais podem ser obtidas no Manual de Parto com Vácuo na Prática Obstétrica (HBVD) ou no CD A Escolha do parto (CWCB) através do uso das referências fornecidas no final de cada seção do documento

Fontes de referência:



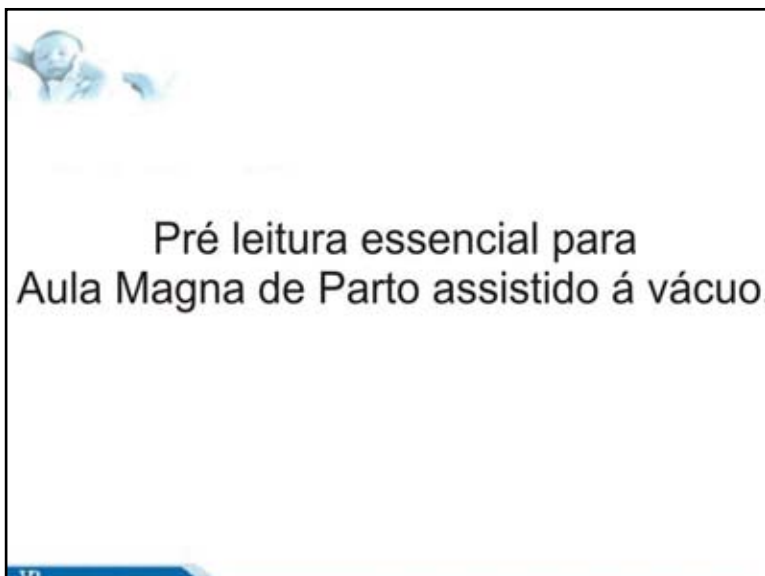
HBVD: Handbook of Vacuum Delivery in Obstetric Practice – 3rd edition



CWCB: Escolhas para o parto (2nd ed.)
CD no parto vácuo assistido

As fontes a seguir estão disponíveis online no site www.vaccaresearch.com pelo link
Fonte para os médicos:

- ▶ ESSENTIAL PRE-READING for Masterclass in VAD.pdf
- ▶ HANDOUT- Prerequisites and Technique.pdf
- ▶ GENERAL KNOWLEDGE MCQ.pdf
- ▶ CASE STUDY.pdf
- ▶ HANDBOOK REVIEW QUESTIONS.pdf
- ▶ THE HISTORY OF VACUUM EXTRACTION –By Professor Tom Baskett.pdf
- ▶ A POEM ABOUT VAD –‘It’s always more posterior than you think’.pdf
- ▶ CHOICES WITH CHILDBIRTH GUIDE.pdf



Este documento essencial para préleitura segue em grande parte a sequência do documento Folheto–Pré requisitos & Técnica apresentados na fonte para os médicos. Este folheto deve ser consultado para informação adicional nesse assunto em particular.

Além disto, são fornecidas referências no Manual de Parto com Vácuo na Prática Obstétrica (HBVD) e no CD rom A Escolha do parto, onde o tópico é discutido em detalhe.

Estão incluídas respostas para as questões do pré teste nos comentários fornecidos na fonte para os médicos intitulada Conhecimento geralMCQ.

Parto assistido à vácuo
Indicações: risco baixo x moderado

- Comprometimento fetal suspeito (status fetal não conforme).
- Parada de descida no 2º estágio(falência de progresso),com a cabeça fetal:
(a) na saída pélvica;(b) alta do pólo cefálicobaixo(c) no estreito médio da pélvis
- Encurtamento do segundo estágio por condições de indicação maternas ou fetais Especial: (alto risco):
- Evidência de comprometimento fetal e a cabeça fetal não está visível.
- Parada de descida no 2º estágio , mal posicionamento, (apresentação ruim);bebê grande;
- Contrações uterinas diminuídas e exaustão materna.
- Gestação fetal>34 semanas e < 36 semanas.

Poucas indicações para o parto assistido á vácuo (PAV) são absolutas. Porém, uma tentativa deve ser feita para classificá-las em grupos Standard (baixo risco) e Especial (risco moderado ou experimental)de acordo com a experiência do médico ou o tipo de prática. Em geral PAV para as indicações standard tem uma margem de segurança mais ampla Entretanto, mesmo neste grupo o risco pode variar dependendo da altura do pólo cefálico grau de comprometimento fetal ou quando múltiplos fatores estão presentes. Com algumas poucas exceções as mesmas recomendações à respeito das indicações devem ser relevantes ao PAV quanto ao parto com o uso de fórceps.

Ref: Folheto – Prerequisitos& Técnica:Seção 3; HBVD p31; CWCB veja Indicações e Contraindicações

Parto assistido à vácuo
Contraindicações–relativa x absoluta

Contraindicações relativas:


- NRFS severa (sofrimento agudo) e cabeça fetal não visível.
- Parto gemelar com a apresentação da cabeça fetal não presente no colo ou não atingiu o estrito superior:
- Combinação das indicações de risco baixo e moderado.
- Cabeça fetal não atingiu o estreito superior ou colo não está totalmente dilatado.

Contraindicações absolutas:

- Apresentação do feto pela frente , face ou pélvico
- Desproporção céfalo pélvica.
- Gestação fetal <34 semanas.
- Distúrbios de coagulação fetal ou doença óssea.

As contra indicações devem ser classificadas em grupos relativo e absoluto. O PAV no grupo relativo será contra indicado para tudo, exceto para os médicos mais experientes. Mais uma vez, a combinação de fatores obstétricos aumentará o risco. O PAV não é contra indicado após coleta de sangue fetal do couro cabeludoou a aplicação de eletrodo no couro cabeludo O mesmo critério de seleção deve requerer tanto para o segundo gêmeo como para o primeiro. Se o couro cabeludo fetal não é visível, o maior diâmetro da cabeça ainda não completou a sua passagem através da parte do canal de parto mais resistente ao nível do assoalho pélvico.

Ref: Folheto – Prerequisitos& Técnica:Seção 3; HBVD p31; CWCB veja Indicações e Contraindicações



Parto assistido à vácuo

Seleção de paciente para o PAVA

Variáveis para seleção primária:

- Condição fetal – confortante ou não confortante
- Parada de descida da cabeça
- Altura do pólo cefálico, nível e visibilidade da cabeça fetal
- Posição (OA,OT,OP), deflexão, assinclitismo
- Grau de moldagem.

Variáveis para a seleção associada:


- Eficiência das contrações uterinas – considerar ocitocina
- Condição materna e esforço expulsivo
- Tamanho do feto – estimativa clínica ou ultrassonográfica
- Diabetes Mellitus, IMC elevado
- Progressão anormal do trabalho de parto, sinais de trabalho de parto obstruído

Mesmo quando uma indicação válida para acelerar o nascimento existe, uma série de outros fatores deve ser considerado porque eles podem influenciar o resultado. Os fatores obstétricos que devem ser avaliados antes da tentativa do PAV podem ser classificados como “primário” e “associado”. Em geral, os fatores associados são abordados antes das variáveis primárias. O risco aumenta quando vários fatores complexos ou adversos estão presentes. Através de uma avaliação cuidadosa da informação obtida é possível selecionar pacientes que estão adequadas para o PAV e nivelar os Procedimentos de acordo com o nível de risco e a habilidade operatória necessária.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 4; HBVD p40; CWCB veja Seleção de pacientes para o parto vácuo assistido

Princípio técnico 1:

a vácuo extração poderia repetir o mecanismo do trabalho de parto

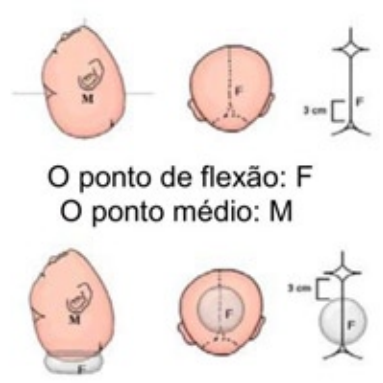


Descida
Flexão
Sinclitismo
Rotação interna
Extensão

Uma cabeça fetal bem flexionada, em sinclitismo progredirá através do canal de parto com a resistência mínima desde que haja forças propulsivas efetivas e não tenha DCP (desproporção céfalo pélvica). Entretanto, se a cabeça estiver defletida ou em assinclitismo o médico deve saber como corrigir a atitude da cabeça com o vácuo extrator para a posição de flexão e sinclitismo. A maioria das cabeças fetais entra na cavidade pélvica em uma posição não OA em quase todos os casos. O objetivo do PAV é repetir esse processo normal do trabalho de parto e não ultrapassar a resistência para a descida com tração excessiva.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 15; HBVD p12; CWCB veja Principios gerais O mecanismo do trabalho de parto

Princípios essenciais para o PAVA

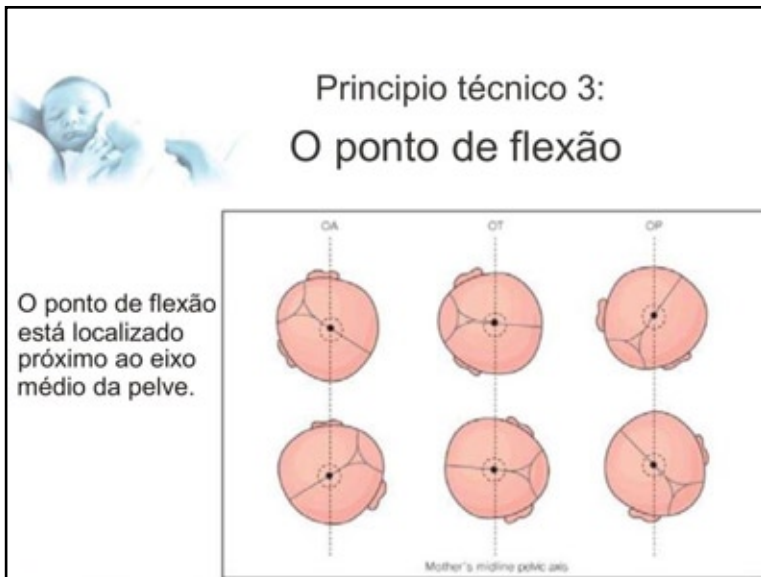


O ponto de flexão: F
O ponto médio: M

Aplicação correta da cúpula

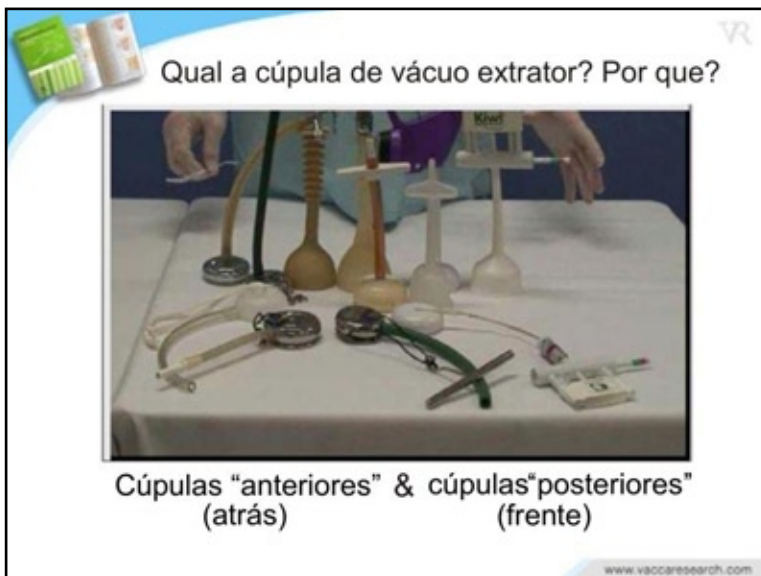
O ponto de flexão (F) está localizado na sutura sagital, à 3 cm da fontanela posterior. Ele marca onde o diâmetro mento-vertical emerge no polo cefálico. Quando o ponto de flexão é a parte da apresentação, o diâmetro ótimo da cabeça está presente. Portanto, para alcançar os melhores diâmetros de apresentação durante o PAV, a cúpula deveria ser colocada sobre o ponto de flexão. Entretanto, uma vez que o diâmetro mento-vertical é de aproximadamente 13cm de comprimento, a cabeça gira até o nível do ponto médio (M), em torno de 6cm do ponto de flexão. A tração para baixo incentiva o ponto médio a descer ao longo do eixo da pelve.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 11; HBVD p17&22; CWCB veja: Colocação da cúpula do vácuo extrator; o ponto de flexão



Uma vez que o ponto de flexão foi localizado na cabeça fetal, anterior à fontanela posterior, ele irá percorrer um arco muito menor no canal de parto do que o da fontanela posterior e portanto ficará situada muito mais próxima da linha média do canal de parto independente da posição e da atitude da cabeça. Entretanto, altura do pólo cefálico, posição e atitude irão alterar a distância do ponto de flexão a partir do intróito. Por motivos práticos, portanto, a cúpula do vácuo deveria ser inserida com a distância de inserção calculada juntamente com o eixo médio da pelve materna sem a necessidade de movimento lateral significativo.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 13; HBVD p20; CWCB veja: Localização do ponto de flexão



O uso de cúpulas "anteriores" deve ser restrito a PAV baixo não rotacional. Cúpulas "posteriores" devem ser escolhidas para partos rotacionais OP & OT. As alças, conectadas a cabos e tubos nas cúpulas "anteriores" limita a capacidade de manobra dentro da parte baixa do canal de parto tornando isso difícil ou impossível para essas cúpulas atingirem o ponto de flexão quando é deslocado a partir do intróito em atitudes da cabeça mal posicionadas e defletido ou em assinclitismo. Por outro lado, cúpulas "posteriores" podem ser manobradas em direção ao ponto de flexão porque o tubo deita-se no mesmo plano do corpo da cúpula e não impede seu movimento para dentro.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 12; HBVD p20 & 48; CWCB veja: Escolha das cúpulas de vácuo

Os 5 passos para o parto assistido à vácuo:

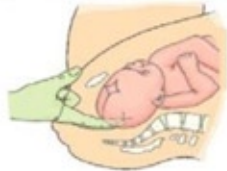
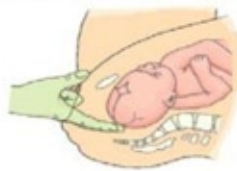
Passo 1: Determinar a posição fetal, localizar o ponto de flexão
Passo 2: Segurar e introduzir a cúpula do vácuo
Passo 3: Manobrar a cúpula em direção e sobre o ponto de flexão
Passo 4: Criar o vácuo e retirar tecido materno
Passo 5: Método de tração: técnica da ponta de dedo & polegar

Fase de descida e assoalho pélvico / fase perineal do PAVA
Episiotomia com parto assistido à vácuo
Parto assistido à vácuo de rotação não rotação
Aspectos técnicos gerais do parto assistido à vácuo

www.vaccaresearch.com

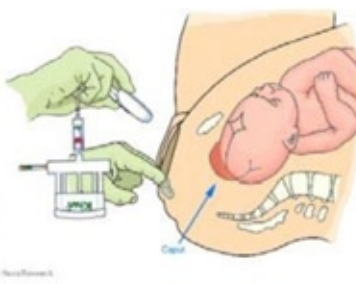
Todos os PAV de rotação e não rotação são compostos por cinco passos com uma pequena adaptação da técnica dependendo da altura do pólo cefálico e da posição da cabeça fetal. A adesão ao método dos cinco passos permitirá ao médico padronizar a técnica e concentrar nas circunstâncias clínicas que podem influenciar o resultado. Uma vez que a resistência, e portanto, a força de tração é maior quando a cabeça está passando pelo nível do assoalho pélvico, a recomendação feita para o PAV deve ser dividida nas fases de descida e do assoalho pélvico. Além disso, outras questões gerais e técnicas relacionadas ao PAV serão discutidas.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 14&15; HBVD p49; CWCB veja: Procedimentos padrão para a vácuo extração

Passo 1:**Determinar a posição fetal****Localizar o ponto de flexão**

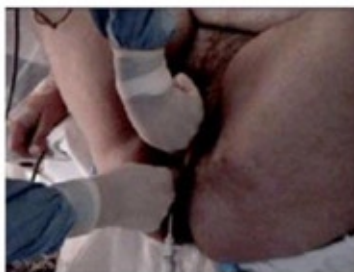
Passo 1: Determinar a posição fetal, localizar o ponto de flexão e calcular a distância de inserção da cúpula do vácuo. O ponto de flexão está localizado através da identificação da fontanela posterior com o dedo médio e do movimento do dedo junto à suturasagital anteriormente à uma distância estimada de 3cm. Mantendo a ponta do dedo no ponto de flexão é possível calcular a distância de inserção da cúpula observando que parte do dedo médio descansa na fúrcula maternal do períneo tendo em mente que o comprimento da ponta até a articulação do dedo médio é entre 10 a 11 cm e até a articulação do dedo médio é de 5-6cm.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica Seção 11; HBVD p17&49; CWCB veja: Localizando o ponto de flexão

Passo 2:**Retrair o períneo, segurar e introduzir a cúpula**

Passo 2: Segurar e inserir a cúpula. O médico levemente espalha na extremidade da parte de fora da cúpula um creme obstétrico então retrai o períneo com dois dedos para formar um espaço na qual a cúpula será inserida delicadamente com um movimento imediatamente após uma contração. Se o Kiwi OmniCup está sendo usado, insira a cúpula de maneira que o sulco da cúpula fique situado na posição de 2 horas em relação ao arco púbico materno. O sulco serve como um marcador de auto rotação da cabeça em PAV rotacionais OP e OT. Devido a seu baixo peso, não há necessidade de apoiar manualmente o OmniCup.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica: Seção 13; HBVD p49&67; CWCB veja: Applying the cup

Passo 3:**Levantar o pólo cefálico e avançar com a cúpula****Alcançar a distância de inserção**

“Levantar” o pólo cefálico com um dedo indicador e avançar a cúpula na linha média com o outro. Mantenha o sulco do Omni Cup na linha média. Avance a cúpula até que o comprimento calculado do tubo tenha sido inserido (marcas de 06 a 11 cm). O centro da cúpula ficará então sobre ou perto do ponto de flexão.

Passo 3: A cúpula é manobrada em direção ao ponto de flexão usando apenas os dois dedos indicadores. O medico deve torcer o seu corpo de maneira que o cotovelo esquerdo (para pessoas destras) fique apontando para a mãe com o dedo indicador esquerdo comprimindo o pólo cefálico fetal. O dedo indicador da mão direita do médico é colocado próximo a borda curva da cúpula e empurra a cúpula para trás na linha media até que julgue-se que o centro da cúpula está no ponto de flexão. Os marcadores de distância do tubo do OmniCup em 6cm e 11 cm ajudam o médico a saber quando o centro da cúpula atingiu a distancia de inserção calculada.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica: Seção 13; HBVD p50&68; CWCB veja: Colocação da cúpula

Passo 4:**Segurar a cúpula no local Criar o vácuo recomendado**

1. Quando a cúpula tiver alcançado a distância de inserção requerida, o dedo indicador da mão esquerda segura a cúpula no local, assim liberando a mão direita para trabalhar na bomba a vácuo.
2. A pressão de trabalho do vácuo (80kPa) é alcançada em um passo. O Omnil Cup possui uma escala de pressão identificada por cores que retrai à medida que o vácuo é criado.

Passo 4: Induzir e manter o vácuo. A cúpula deve ser mantida no local sobre o ponto de flexão com o dedo indicador esquerdo enquanto o vácuo é criado, caso contrário ela pode escorregar para fora em direção ao intróito. A pressão de vácuo recomendada de 60-80kPa (450-600mmHg) pode ser alcançada rapidamente em um passo. A recomendação anterior de que o vácuo deve ser criado lentamente por vários minutos não deve ser praticada uma vez que se foi mostrado que, pelo método rápido é mais eficaz, não fere o bebê e encurta a duração do procedimento.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 14; HBVD p50; CWCB veja: Induzir e manter o vácuo

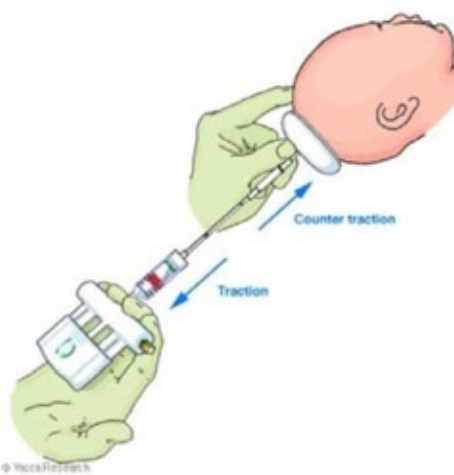
Passo 5:**Método padrão de tração Técnica do polegar e de tração com a ponta do dedo**

O polegar esquerdo é posicionado na cúpula e o dedo indicador descansa no couro cabeludo fetal onde o crânio pode ser sentido através da pele.

A mão direita segura a barra de tração nas pontas dos dedos flexionadas. Note a direção de puxar para baixo.

Passo 5: Método padrão de tração: a tração para o PAV é um exercício realizado com as duas mãos, uma mão fornecendo a tração e a outra monitorando a descida e controlando a força aplicada à cabeça fetal. A mão que não está puxando tem 6 funções: conferir as forças de expulsão maternas; monitorar o progresso; controlar a força de tração aplicada; prevenir o desprendimento completo; ajudar a tração não eixo; agir como um ponto de rotação em auto rotação. A mão que puxa tem 3 funções: fornecer a tração necessária usando somente as pontas dos dedos; direcionar a tração junto ao eixo da pelve e puxar somente com contrações e esforços maternos expulsivos.

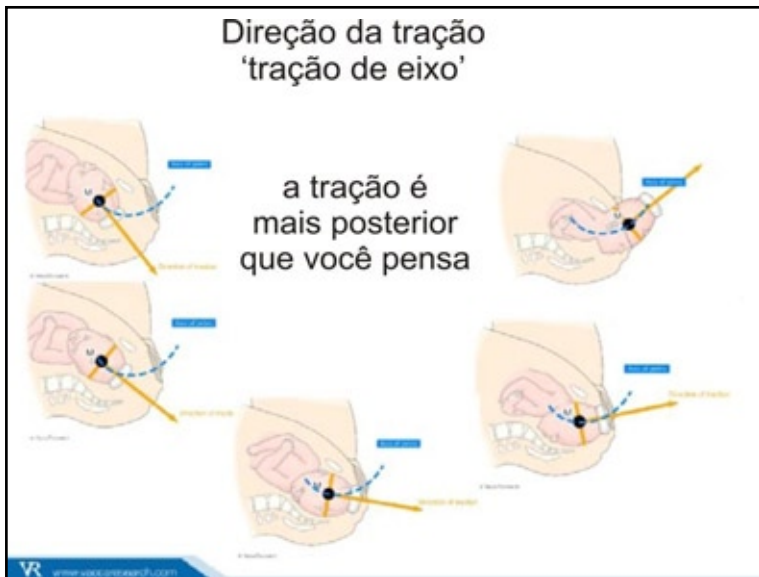
Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 15; HBVD p51&52; CWCB veja: Método de tração

Força de tração na cabeça fetal

A posição com a ponta dos dedos da mão que puxa: os dispositivos de vácuo que incorporam uma barra de tração devem ser segurados com a barra entre as articulações interfalangeanas distais dos dedos. A tração suficiente para o parto do bebê pode ser gerada na maioria dos casos, simplesmente pela flexão dos dedos.

A posição “dedo polegar” da mão que não puxa: o dedo polegar deve ser colocado na cúpula do copo para fornecer uma contra-pressão quando exigida e o dedo indicador deve descansar no couro cabeludo para monitorar o progresso e o controle de descida.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 15; HBVD p51&70; CWCB veja: Método de tração



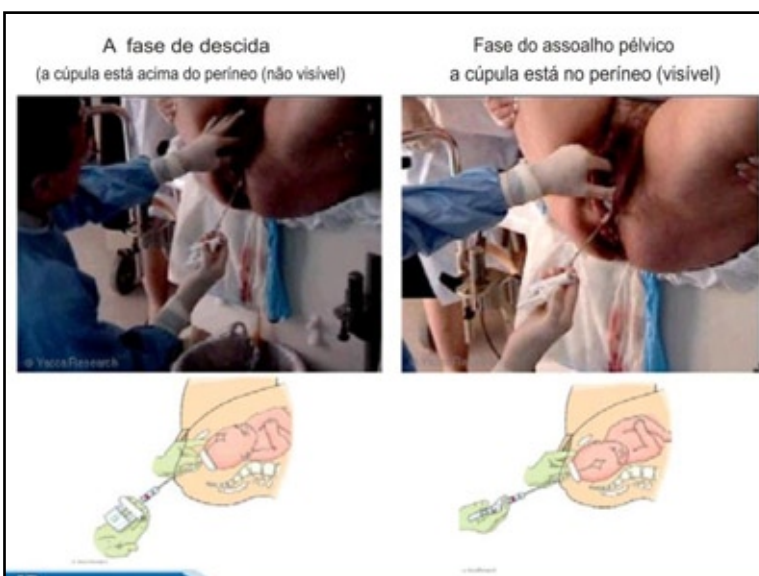
O eixo da pelve forma uma curva que dobra por 90° da entrada à saída. Por motivos práticos, ótimos diâmetros da cabeça estarão presentes durante a vácuo extração quando o ponto de flexão descer levemente atrás do eixo da pelve para manter alinhado com o ponto médio do diâmetro mento-vertical. Por essa razão, a tração deve ser direcionada mais posteriormente (em direção ao chão) para atingir o melhor encaixe da cabeça dentro da cavidade da pelve em qualquer nível. À medida que a cabeça desce, a direção da tração gradualmente move para cima até que o ponto médio da cabeça emerge sob a sínfise coroando.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 15; HBVD p28&70; CWCB veja: Tração da Axis



Em um estudo prospectivo de parto assistido à vácuo em mães nulíparas usando um dispositivo à vácuo com um indicador de força de tração incorporado, altos níveis de força de tração e um grande número de puxadas foram registrados, na maioria dos casos, durante a fase perineal e do assoalho pélvico do procedimento do que na fase de descida. A explicação pode ser de que, neste nível a parte mais larga da cabeça fetal está contornando a parte mais estreita e resistente do canal de parto. Por essa razão, um parto assistido à vácuo deve ser considerado como um procedimento de 2 fases, especificamente, uma fase de “descida” e uma fase de “assoalho pélvico & períneo.”

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 15; HBVD p84; CWCB veja: Número de puxadas



A fase de descida é a parte do PAV a partir do momento da aplicação da cúpula até os diâmetros mais largos da cabeça desçam ao assoalho pélvico. Nesse estágio, a cúpula estará visível no ou perto do intróito. A fase do “assoalho pélvico & períneo” é a parte do PAV a partir do momento em que a cúpula está visível no intróito até o parto completo da cabeça fetal. O autor recomenda que 3 puxadas para a fase de descida e 3 puxadas para a fase do assoalho pélvico & períneo deve ser considerado aceitável em mulheres nulíparas com analgesia epidural fornecida e algum progresso é observado em cada puxada e com tração não excessiva a regra ‘3 + 3 puxadas’

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 15; HBVD p86&88; CWCB veja: Número de puxadas

Auto rotação da cabeça fetal I



Se o sulco é introduzido junto com a linha média do eixo da pelve, a mudança do sulco para o lado direito ou esquerdo indica que a rotação da cabeça está acontecendo. No exemplo acima, a mudança do sulco para o lado direito da mãe indicou que a auto rotação da cabeça fetal para as posições de OET para OEA situação era prosequir. Note a direção da tração para baixo para ajudar na passagem do pólo cefálico embaixo do arco púbico.

Bird demonstrou que, nas posições OP e OT do feto, se a cúpula foi aplicada sobre o ponto de flexão e se a tração no eixo foi aplicada, a rotação em OA ocorrerá em 90% dos PAV. A rotação é uma auto-rotação e ocorre independente do médico, somente uma rotação interna ocorre espontaneamente durante o parto normal. Entretanto, para atingir aplicações corretas da cúpula em cabeças mal posicionadas, o médico deve usar e saber como usar uma das mais manobráveis cúpulas posteriores. Rotações falidas como PAV difícil ou falho são geralmente o resultado de aplicações incorretas da cúpula.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 12; HBVD p78; CWCB veja: Auto-rotação da cabeça fetal



Discussão

Aspectos técnicos 1

Nível de pressão negativa – 60-80 kPa (450-600 mmHg)

Atingindo o nível de pressão – devagar ou rápido?

Reduzindo a pressão entre contrações – sem evidência de benefícios para o bebê

Conferindo o tecido materno capturado sob a cúpula

Garantir forças expulsivas efetivas – esforço materno e contrações uterinas

Aspectos técnicos 1: Não há evidência de que a pressão de vácuo, por si só é prejudicial ao couro cabeludo fetal, mas o intervalo recomendado é mostrado aqui. O nível de funcionamento do vácuo deve ser atingido rapidamente uma vez que não há benefícios em uma redução lenta da pressão negativa. A prática de diminuir o nível de pressão entre as contrações mostrou que não há benefícios para o bebê nem é prejudicial. Deve-se fazer sempre uma conferência se houve penetração de tecido materno e enquanto isso é facilmente realizado quando a cabeça está baixa, é usualmente impossível palpar ao redor do perímetro completo da cúpula nas posições OP & OT.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 13; HBVD p106; CWCB veja: Efeitos da vácuo extração



Discussão

Aspectos técnicos 2

Progresso (flexão, descida, rotação) em cada puxada

Direção e resistência de tração (força de tração máxima ocorrerá no nível do assoalho pélvico)

Número de descolamentos (pop-offs) – 1, 2 ou 3? Por que?

Sem tração entre contrações

Mudança das práticas obstétricas: segundo estágio "normal" mais longo, analgesia epidural, evitando episiotomia – implicações para vácuo extração

Número de puxadas – a regra das 3 puxadas (ou 3+3 puxadas?)

Duração do procedimento – 10, 15, 20 minutos.

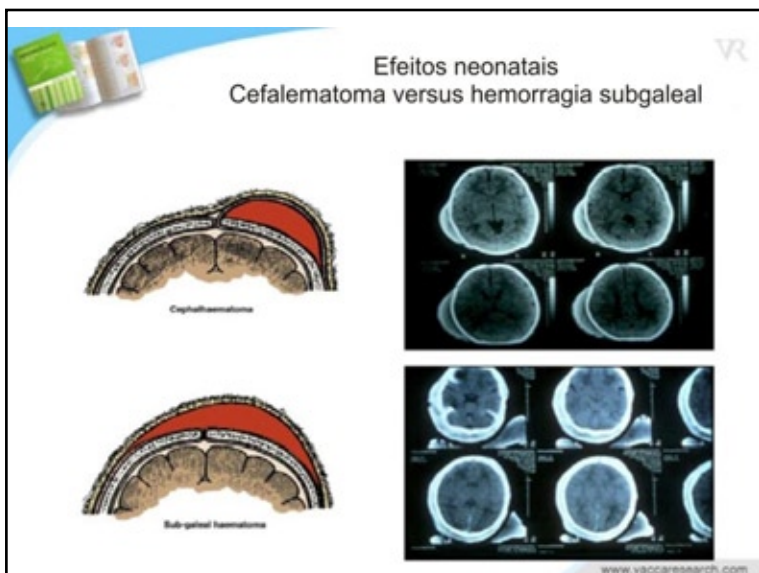
Aspectos técnicos 2: Algum progresso deve ocorrer em cada puxada. Inicialmente, no mal posicionamento a flexão da cabeça é observada seguida de alguma rotação e descida. Por razões já discutidas, a tração deveria ser direcionada posteriormente para atingir a tração do eixo. Uma vez que a maior resistência da descida será encontrada ao nível do assoalho pélvico, os descolamentos de cúpula usualmente ocorrem aqui. Descolamentos são lesivos para o couro cabeludo fetal e devem ser limitados a dois. A técnica correta de tração prevenirá a maioria dos descolamentos de cúpula. Limitar o número de puxadas (veja a regra 3+3 puxadas) e a duração do procedimento (10min para multipara e 20min para nulipara).

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 13; HBVD p86&88; CWCB veja: Procedimento de vácuo extração



A prática do PAV e a atitude de seu uso está largamente determinada pelos efeitos no recém nascido. Por essa razão, os resultados neonatais devem ser classificados de acordo com a sua significância clínica. A maioria dos efeitos são lesões cosméticas e transitórias, que não tem conseqüências a longo prazo (marca, abrasão superficial e cefalematoma); lesões clinicamente significantes (hemorragia subgaleal- SgH & intracraniana); e efeitos coincidentes(lesões do plexo braquial, fraturas). Tal classificação pode ajudar os médicos a aconselhar os pais de um modo não emotivo, o que deve ajudar a diminuir a ansiedade que os pais podem sentir.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 16; HBVD p97&99; CWCB veja: Efeitos da vácuo extração no bebê



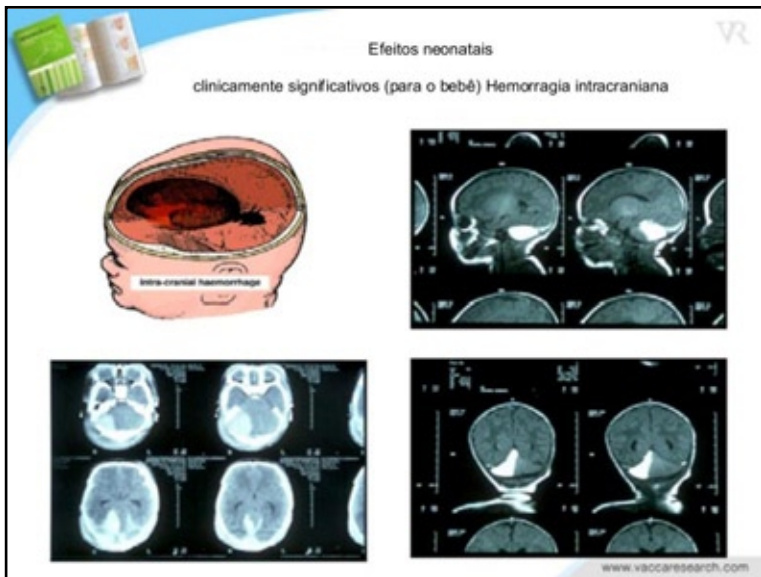
Cefalematomas são coleções benignas de sangue que acumulam-se por baixo do periósteo de ossos do crânio, normalmente o parietal. Ocorre em 6% dos bebês nascidos por PAV e pode não se tornar óbvio por alguns dias seguintes ao parto. Por não atravessar as linhas de sutura, o sangramento é limitado e os bebês não são hemodinamicamente comprometidos. A condição deve ser distinguida de uma SgH mais séria que ocorre abaixo da aponeurose do couro cabeludo e pode se estender por todo o crânio resultando em uma síndrome de choque hemodinâmico. SgH ocorre em aproximadamente 1% dos PAV, pode ser diagnosticada precocemente após o nascimento e é em grande parte, evitável.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 16; HBVD p98&99; CWCB veja: Cefalematoma



SGH clinicamente significativo é quase sempre precedido de um PAV difícil, caracterizado por aplicação da cúpula paramediana força de tração excessiva, descolamentos de cúpula e falência do PAV com parto seqüencial com fórceps. O diagnóstico precoce é possível imediatamente após o parto e, se tratado pronto e adequadamente com reposição de fluido apropriado, a morbidade neonatal deve ser reduzida e a mortalidade prevenida dado que nenhuma outra lesão foi mantida pelo neonato. Por essa razão, todas as cabeças fetais devem ser examinadas assim que possível após o PAV, especialmente se a extração foi difícil para excluir o sangramento subgaleal.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos& Técnica: Seção 16; HBVD p99&100; CWCB veja: Hemorragia Subgaleal (subaponeurotica)



A foice cerebral e o tentório do cerebelo são acompanhados por seios venosos que, sob circunstâncias normais, são capazes de resistir às forças de moldagem e compressão do trabalho de parto. O PAV descomplicado não é associado com mais lesões intracranianas do que parto com fórceps ou cesárea realizados durante o trabalho de parto. Entretanto, danos aos seios venosos podem ocorrer quando o PAV é tentado na presença de compressão e moldagem excessiva da cabeça. Hemorragia intracraniana deve sempre ser considerada se o bebê exibe um comportamento neurológico anormal após um parto assistido à vácuo difícil.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 16; HBVD p101; CWCB veja: Hemorragia intracraniana.

Parto vácuo assistido
Efeitos na mãe:

Lesões no esfíncter anal e no trato genital:
Nuliparidade, feto grande, parto com posição OP persistente
Parto instrumental (FxD > PAV), falha PAV – FxD
Episiotomia (linha média > tipo mediolateral)
Distúrbios do assoalho pélvico de longo prazo:
Urgência fecal & incontinência
Distúrbios urinários & distúrbios do assoalho pélvico
Preocupações maternas:
Efeitos cosméticos visíveis no couro cabeludo e lesões de couro cabeludo

www.vaccaresearch.com

A vácuo extração está associada com menor dano ao esfíncter anal e lesão ano retal do que o parto com fórceps. Entretanto, o risco de dano ao esfíncter é agravado se a falência do PAV é seguida de tentativa de parto com fórceps. Dano aos músculos do esfíncter durante o nascimento é considerado como um fator importante de predisposição para um desenvolvimento tardio de incontinência fecal mas estudos comparativos de longa duração com mulheres submetidas tanto com fórceps como com o PAV reportaram diferenças insignificantes entre os instrumentos em termos de tanto disfunção intestinal como urinária.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 17; HBVD p105; CWCB veja: Efeitos da vácuo extração na mãe

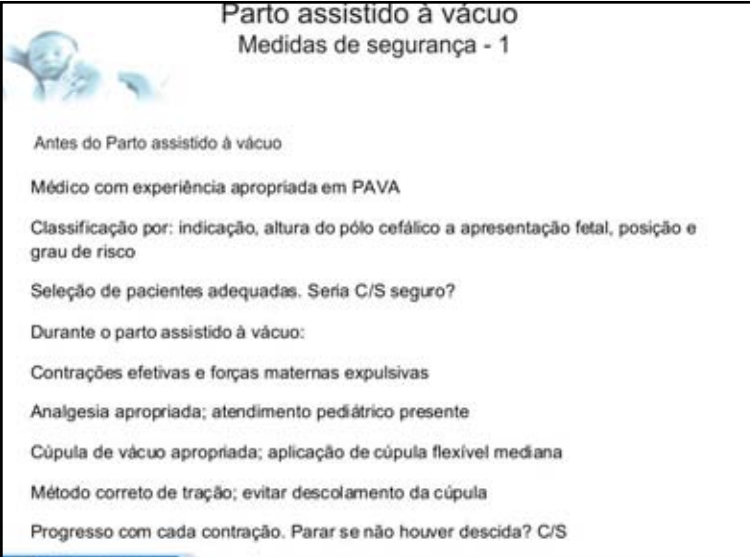
Episiotomia e parto assistido à vácuo

Uma episiotomia médio lateral à direita foi realizada nesse caso quando uma laceração vaginal espontânea na linha média foi detectada. Outras indicações para episiotomia incluem parada do parto quando a cabeça está no perineo ou quando um parto rápido é exigido por comprometimento fetal.

www.vaccaresearch.com

Em um parto espontâneo a política restritiva para o uso de episiotomia está agora sendo defendida mas para parto vaginal operatório não está claro se episiotomia é preferível à lacerações perineais que podem, do contrário incorrer. Episiotomia da linha média foi significativamente associada com altos índices de trauma perineal severo comparado com episiotomia médio lateral. Por outro lado, se o parto assistido à vácuo é tentado sem episiotomia, uma ou duas trações adicionais devem ser permitidas para o períneo resistente para alongar-se sobre a cabeça que avança à medida que desce pelo intróito vaginal.

Ref: F o l h e t o – Prerequisitos & Técnica: Seção 17; HBVD p104; CWCB veja: Efeitos da vácuo extração na mãe



Parto assistido à vácuo
Medidas de segurança - 1

Antes do Parto assistido à vácuo

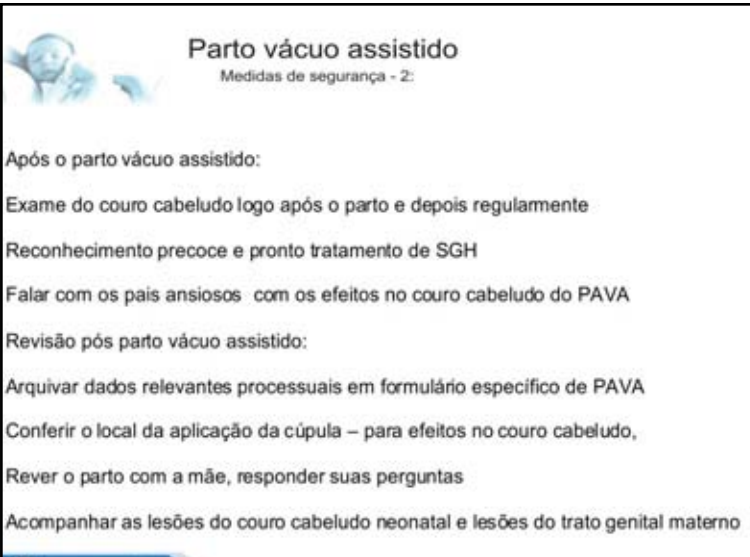
- Médico com experiência apropriada em PAVA
- Classificação por: indicação, altura do pólo cefálico a apresentação fetal, posição e grau de risco
- Seleção de pacientes adequadas. Seria C/S seguro?

Durante o parto assistido à vácuo:

- Contrações efetivas e forças maternas expulsivas
- Analgesia apropriada; atendimento pediátrico presente
- Cúpula de vácuo apropriada; aplicação de cúpula flexível mediana
- Método correto de tração; evitar descolamento da cúpula
- Progresso com cada contração. Parar se não houver descida? C/S

O médico é o principal determinante do resultado de um parto assistido à vácuo e resultados adversos são frequentemente causados pela falta de familiaridade do usuário tanto com o instrumento ou com as regras básicas que governam seu uso. Para a segurança do parto assistido à vácuo, os médicos precisam adquirir um número habilidades técnicas e capacidade de lidar com as variáveis clínicas que podem influenciar o resultado do PAV como os listados no slide. O método para avaliar os riscos relativos de um procedimento e evitar extrações a vácuo difíceis e tração prolongada são métodos simples e eficazes de prevenção de lesões sérias associadas com parto assistido à vácuo

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica: Seção 18&19; HBVD p109&111; CWCB veja: Medidas seguras e treinamento



Parto vácuo assistido
Medidas de segurança - 2:

Após o parto vácuo assistido:

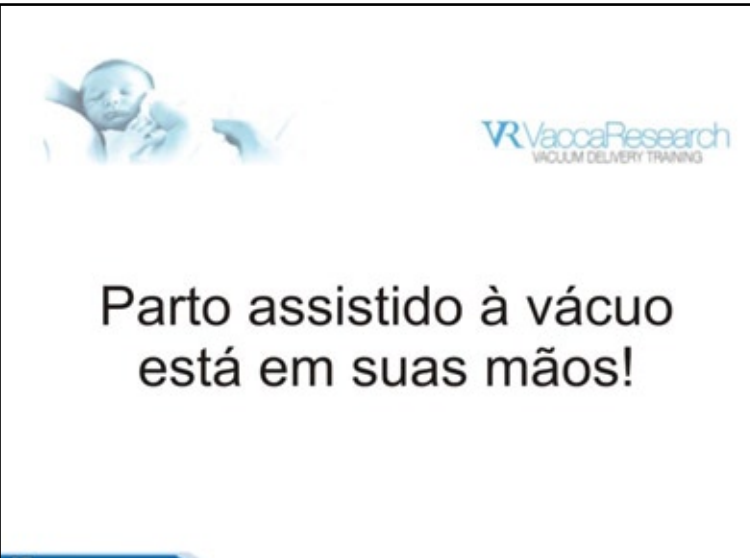
- Exame do couro cabeludo logo após o parto e depois regularmente
- Reconhecimento precoce e pronto tratamento de SGH
- Falar com os pais ansiosos com os efeitos no couro cabeludo do PAVA

Revisão pós parto vácuo assistido:

- Arquivar dados relevantes processuais em formulário específico de PAVA
- Conferir o local da aplicação da cúpula – para efeitos no couro cabeludo,
- Rever o parto com a mãe, responder suas perguntas
- Acompanhar as lesões do couro cabeludo neonatal e lesões do trato genital materno

Sangramento subgaleal pode continuar por várias horas seguintes ao PAV. O diagnóstico precoce e o pronto tratamento são os elementos chave para a redução da morbidade e a prevenção da mortalidade. O diagnóstico precoce é possível logo após o nascimento através do exame do couro cabeludo do bebê pela presença de uma pequena coleção de fluido do local de aplicação da cúpula. O neonatologista deve inspecionar o couro cabeludo periodicamente. Efeitos no couro cabeludo menores como marca, cefalematoma, e escoriações superficiais irão se resolver sem deixar marcas e os pais devem ser tranquilizados deste para aliviar sua ansiedade. O acompanhamento deve ser providenciado para bebês que sustentam uma lesão.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica: Seção 18; HBVD p111&112; CWCB veja: Medidas seguras e treinamento



Parto assistido à vácuo
está em suas mãos!

VR VaccaResearch
VACUUM DELIVERY TRAINING

Indivíduos devem aprender a corrigir os procedimentos instrumentais de acordo com a experiência técnica necessária e tentar somente aqueles partos assistidos à vácuo que se alinham ao seu próprio nível de competência. Médicos que não estão familiarizados com o vácuo extrator, seja qual for sua superioridade ou habilidade com o fórceps, devem iniciar com um programa de casos simples como PAV não rotacionais antes de tentar procedimentos mais complexos médio pélvicos e de rotação. Resultados serão subótimos e a confiança na técnica não será adquirida se os médicos começarem com procedimentos desafiadores prematuramente.

Ref: Folheto – Prerequisitos & Técnica: Seção 18; HBVD p110; CWCB veja: Medidas seguras e treinamento

ALDO VACCA

Visiting Consultant Obstetrician
Mater Mothers' Hospital &
Royal Brisbane & Women's Hospital
Brisbane, Queensland
AUSTRALIA

Endereço postal: PO Box 614, Albion, Queensland 4011, Australia

Email: a.vacca@vaccaresearch.com

Web site: www.vaccaresearch.com