

Distócia de ombro

Shoulder dystocia

Ananda Araújo Teixeira¹, Daniela Lima Gontijo¹, Flávia Rezende Tinano¹, Giancarlo Pereira Zille¹, Juliana Caldeira Correa¹, Leandro Augusto Barbosa Caixeta¹, Natália Salgado Cardoso Santos¹, Roberta Silva Santana¹, Regina Amélia Lopes Pessoa de Aguiar²

RESUMO

A Distócia de Ombro é definida, de acordo com os Colégios Americano e Britânico de Obstetrícia e Ginecologia, como parto que necessita de manobras obstétricas adicionais, após falência da tração da cabeça fetal para liberar os ombros. Apesar de sua baixa incidência, é uma complicação com importante morbidade para o recém nascido e que pode levar a intercorrências maternas, sendo entretanto passível de ser evitada. Esse artigo de revisão se propõe a sumarizar a epidemiologia, fisiopatologia, conduta e complicações, enfocando os fatores de risco e as manobras mais utilizadas, dada a importância de ambos na prevenção dessa complicação.

Palavras-chave: Trabalho de Parto; Distócia/epidemiologia; Distocia/prevenção & Controle; Distocia/fisiopatologia; Assistência Perinatal.

ABSTRACT

The Shoulder Dystocia is defined, according to British and American Colleges of Obstetrics and Gynecology, as delivery which requires additional obstetric maneuvers after failure of traction of the fetal head to release the shoulders. Despite its low incidence, it is a complication with significant morbidity for the newborn and wich can lead to maternal complications. Despite of this, is able to be avoided. This review aims to summarize the epidemiology, pathophysiology, management and complications, focusing on risk factors and the most commonly used maneuvers, due to the importance of both in preventing this complication.

Key words: Labor, Obstetric; Dystocia/epidemiology; Dystocia/prevention & control; Dystocia/physiopathology; Perinatal Care.

INTRODUÇÃO

A anatomia da pelve da mulher exige ajustamentos na posição da cabeça do feto durante a sua passagem através do canal do parto, ao contrário de outras espécies de primatas. Acredita-se que esse ajustamento representa consequência das pressões evolutivas no desenvolvimento humano, como o alargamento do crânio, necessário para acomodar o aumento do tamanho do encéfalo e a modificação do tamanho da pelve e de seu contorno para apoiar a postura bípede e da marcha. Uma das falhas nesses ajustamentos gera a distócia de ombro (DO).¹

¹ Acadêmicos do curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, Brasil.

² Professora Adjunta Departamento Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Instituição:
Hospital das Clínicas
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Endereço para correspondência:
Flávia Rezende Tinano
Rua Felipe dos Santos, 760, apto 1101 BL 3
Bairro: Lourdes
CEP: 30180-160
Belo Horizonte, MG – Brasil
E-mail: flaviatinano@gmail.com

DEFINIÇÃO

A DO constitui-se no parto que necessita de manobras obstétricas adicionais, após falência da tração da cabeça fetal para liberar os ombros^{2,3}; entretanto, para Spong, representa intervalo superior a 60 segundos entre a saída da cabeça e a liberação do corpo e/ou a necessidade de utilização de manobras obstétricas auxiliares.⁴

EPIDEMIOLOGIA

O diagnóstico de DO é subjetivo, na maioria dos casos, o que explica a sua ampla variação de incidência de 0,2 a 2% até 6,1%.⁵ A aplicação da definição de Spong torna a sua incidência mais alta, entre 13,7 e 16% (). A incidência aumenta também quando se compara o parto natural com o parto em que foi usado fórceps.

O risco de recorrência possui grande variação, de 1,1 a 16,7%, com a taxa mais alta e a mais baixa observadas quando há menor e maior número de partos vaginais subsequentes, respectivamente.⁴

FISIOPATOLOGIA

Na evolução normal do parto vaginal, o diâmetro biacromial do feto entra na pelve em um ângulo oblíquo, com o ombro posterior à frente do ombro anterior, rodando para a posição anteroposterior na saída da pelve simultaneamente à rotação externa da cabeça fetal. O ombro anterior então pode deslizar inferiormente à sínfise púbica para a sua saída. O ombro anterior ou o posterior podem ficar obstruídos inferiormente à sínfise púbica ou pelo promontório sacral, se permanecem na posição anteroposterior durante a passagem pelo canal de parto ou se passam simultaneamente em vez de sequencialmente, configurando a DO. Pode haver complicações quando a cabeça fetal continua em seu trajeto para o exterior enquanto os ombros anterior e/ou posterior estiverem impedidos de prosseguir, como por estiramento dos nervos do plexo braquial resultando em lesão nervosa.⁶

A DO associa-se a vários fatores de risco, como:

- **macrossomia fetal:** definida como peso fetal estimado igual ou superior a 4.500 gramas. A incidência de DO aumenta progressivamente quando o peso ao nascimento ultrapassa 4.000 gramas. Entretanto, a maioria dos fetos macrossômicos

não tem DO, fato possivelmente explicável devido à recorrência de cesáreas eletivas em fetos macrossômicos. Cerca de 50% dos casos ocorrem com os fetos com menos de 4.000 gramas. Infelizmente a detecção de macrossomia fetal nem sempre ocorre e mesmo quando é identificada o seu valor preditivo é baixo para a DO. As grávidas com história de recém-nascido macrossômico possuem risco aumentado de DO;⁶

- **diabetes mellitus (DM) materno:** a DO está aumentada no DM materno prévio e no gestacional. Os filhos de mães diabéticas apresentam características antropométricas diferentes dos demais recém-nascidos em que predomina o diâmetro biacromial desproporcionalmente maior em relação ao biparietal, devido à resposta tecidual diferenciada do feto à insulina, com ação de fator de crescimento sobre os membros e tronco, o que não acontece em relação ao crânio;⁵
- **história prévia de distócia:** a recorrência de DO é significativa, porém é difícil estabelecer relação causal da DO prévia com a taxa de recorrência. O que se pode inferir é que as possibilidades de recorrência são elevadas, já que, em geral, os fatores de riscos estão presentes nas gestações subsequentes. O risco de recorrência pode estar subestimado devido ao fato de muitas mães e obstetras optarem por cesarianas profiláticas diante de DO prévia;⁶
- **parto pós-termo:** relaciona-se à maior ocorrência de DO devido ao crescimento biparietal ser mais lento em relação ao crescimento de tronco e ombros nas últimas semanas de gestação, além de estar relacionado a maior ocorrência de macrossomia (principal fator isolado para DO). A macrossomia passa de 12 para 21% entre a 40^a. e a 42^a. Semanas;⁵
- **obesidade materna e ganho excessivo de peso durante a gestação:** têm sido associados à alta incidência de DO, entretanto, não constitui risco isolado;⁶
- **parto vaginal instrumentado:** a prevalência de DO é maior em partos vaginais operatórios, porém existe relação causal entre instrumentação e DO;⁶
- **outros fatores:** trabalho de parto prolongado; etnia (elevada incidência de DO entre as africanas e não caucasianas em relação às caucasianas)⁵; feto masculino (devido ao maior diâmetro biacromial)⁶; desproporção pélvico-cefálica. Não há consenso sobre a contribuição da idade materna e da paridade na ocorrência de distócia.⁷

ABORDAGEM

A suspeição de DO requer imediata abordagem, o que implica⁸:

- convocar imediatamente toda a equipe de enfermagem, anestesia, obstetrícia e pediatria na sala de parto e iniciar as manobras para a DO;
- orientar a parturiente para não fazer força expulsiva, enquanto as medidas adequadas são tomadas e as manobras conduzidas de modo a reposicionar o feto;
- avaliar se a bexiga está distendida e, se presente, deve ser esvaziada por sonda ureteral;
- posicionar a paciente de forma adequada, nivelando suas nádegas com a borda da cama de modo a permitir melhor acesso às manobras facilitadoras do parto;
- realizar episiotomia suficiente para facilitar a saída do ombro posterior e auxiliar em outros procedimentos. Essa manobra, por si só, não ajuda a liberar o ombro anterior e tem o inconveniente de aumentar o trauma perineal;
- evitar a excessiva rotação do pescoço, tração de cabeça e pescoço e pressão sobre o fundo uterino, já que essas manobras podem distender e lesar o plexo braquial. Essas ações podem impedir a movimentação dos ombros e causar ruptura uterina ou outro dano.

A força de tração realizada não deve ser maior que a habitual, pois não ajuda na liberação dos ombros e pode lesar o feto. As manobras para a DO devem ser iniciadas se o médico perceber que está aplicando mais força que a habitual.

Não existem evidências de que uma das manobras é superior à outra. A escolha inicial e a ordem de progressão, em caso de falha, ficam a critério do obstetra. As manobras mais utilizadas, iniciando-se com as menos invasivas em direção às mais invasivas, são: *McRoberts*: requer dois assistentes, cada um segura uma perna materna e flexiona fortemente a coxa contra o abdômen. Desse modo, a lordose lombossacral materna é acentuada, atenuando assim a obstrução causada pelo promontório sacral. Além disso, permite que a pelve se abra em sua dimensão máxima e, assim, traz a abertura pélvica ao plano perpendicular à força máxima expulsiva. Ainda, eleva o ombro anterior e flexiona a coluna fetal em direção ao ombro anterior. Essa elevação e flexão empurram o ombro posterior sobre o sacro e através da abertura pélvica.

- **pressão suprapúbica**: um assistente aplica pressão suprapúbica com a palma da mão ou o punho, dirigindo a pressão sobre o ombro anterior, tanto para baixo (para um nível inferior ao osso púbico) quanto lateralmente (para a face ou externo do recém-nascido), enquanto também é realizada a manobra de McRoberts. Espera-se que a pressão suprapúbica seja capaz reduzir os ombros ou trazê-los em um plano inclinado, já que o diâmetro oblíquo é o maior diâmetro da pelve materna. É mais útil em casos suaves e causados por um ombro anterior impactado.
- **retirada do braço posterior**: a liberação do braço posterior quase sempre alivia a impactação do ombro anterior e resolve a distócia. A técnica, também chamada a manobra Barnum, requer a introdução de uma mão na vagina para localizar o braço posterior e ombro, que é mais bem realizada sob anestesia adequada. O braço posterior deve ser identificado e, a partir daí, o médico deve localizar o cotovelo, sobre o qual deve aplicar pressão na fossa antecubital. Essa manobra resultará em flexão do cotovelo no peito fetal e permite que o antebraço ou a mão sejam apreendidos. O braço é então puxado para fora da vagina, o que traz o ombro posterior para a pelve. Se o ombro anterior não puder ser liberado a esse ponto, o feto pode ser rodado e o procedimento repetido para o braço (agora posterior) anterior. O maior risco dessa manobra é a fratura do úmero.

COMPLICAÇÕES

As complicações da DO pode ser tanto fetais quanto maternas. De acordo com os estudos realizados, a morbidade fetal é acentuada com o aumento significativo do número de manobras realizadas para reverter a DO.^{8,9}

Entre as complicações fetais, citam-se:

- **lesão de plexo de braquial**: é a complicação fetal mais comum.² O risco dessa lesão está associado ao trabalho de parto prolongado, especialmente com o uso excessivo de tração repetida e o aumento do número de manobras⁸ Contudo, significativa proporção de lesões de plexo braquial não está associada à DO (34-47%), sendo que 4% ocorrem durante cesarianas.¹⁰ Assim, além das forças de tração realizadas durante o parto, outras forças estão implicadas nessa lesão, como as normais ineren-

tes ao parto, efeito compressivo da sínfise púbica contra o plexo braquial, pressões intrauterinas anormais relacionadas às anormalidades uterinas, entre outras causas.⁹ É importante ter em mente que nem toda lesão de plexo braquial intraparto irá causar sequelas permanentes. Mais de 80% delas resolvem-se nos primeiros anos de vida, entretanto, significativa parcela, em torno de 15%, tornar-se-á permanente.⁸ A maior parte dessas lesões são paralisias *Erb-Duchenne* (dano que acometem C4-C6), levando, conseqüentemente, à fraqueza ou paralisia dos músculos do ombro, flexores do ombro e supinadores, sendo detectadas com mais frequência no lado direito, dado que a variedade occípito-anterior esquerda é a mais comum.¹¹

- **fraturas ósseas:** na grande maioria dos casos não resultam essas lesões em sequelas importantes. A fratura mais comumente associada é a de clavícula, com incidência variando de 2,9 a 15%,^{12,13}, havendo risco aumentado quando há macrossomia.²
- **lesões neurológicas:** a hipóxia fetal é a principal causa, sendo consequência, por exemplo, da compressão do pescoço fetal e de congestão venosa central, compressão do cordão umbilical.⁵ Para alguns autores, o feto torna-se progressivamente hipóxico depois da exteriorização da cabeça, sendo que essa saída completa pelo canal do parto não deve ultrapassar 4-5 minutos, para não haver danos cerebrais permanentes. Entretanto, esse tempo de expulsão para não haver sequelas neurológicas ainda não é consenso, alguns defendem um período mais longo, 6-8 minutos até que ocorram danos cerebrais irreversíveis.⁸ Em estudo retrospectivo com 316 casos de DO associada a lesões neurológicas, obtiveram-se 3% de casos de hemorragia cerebral.¹⁴ Neste estudo conhecido de Iffy, 1,9% dos RNs com lesões apresentavam atraso mental e 0,9% destes desenvolveu convulsões.

A morbidade materna não tem sofrido grandes alterações ao longo dos anos, a despeito do aumento da incidência de distócia de ombro.¹⁵ Entre as principais complicações maternas citam-se:

- **lacerações:** tanto perineais (principalmente as de 3º e 4º grau com incidência de 22% nos partos com DO) quanto cervicais e vaginais, esta última com incidência de 19,3%.^{15,16}
- **hemorragias:** ocorrem com frequência de 25% dos casos de distócia de ombro.¹⁶

Outras complicações que podem estar envolvidas com a DO são rotura uterina, atonia vesical e atonia, diátese da sínfise púbica e neuropatia femoral cutânea lateral associada à posição de hiperflexão das pernas.⁸

CONCLUSÃO

A distócia de ombro é complicação incomum, mas não rara, e todo obstetra irá se deparar com um caso ou outro de tempos em tempos. Complicações maternas são limitadas e a morte perinatal rara, porém a morbidade perinatal é relevante, o que tem ampliado a importância clínica e médico-legal da DO nos últimos anos.

Direcionamentos futuros para minimizar a ocorrência da DO e, conseqüentemente, suas sequelas incluem ostensiva atuação na prevenção dos fatores de risco preveníveis, como obesidade e DM materna, macrossomia fetal, entre outros, e treinos de aperfeiçoamento das técnicas de procedimento¹ ante DO para toda a equipe obstétrica, a fim de minimizar o risco de complicações tanto fetais como maternas.

REFERÊNCIAS

1. Gottlieb AG, Galan HL. Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2007; 34:501-31.
2. Gherman R. Shoulder dystocia: an evidence-based evaluation of the obstetric nightmare. *Clin Obstet Gynecol.* 2002; 45:345-62.
3. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Guideline Shoulder dystocia.* London: RCOG; 2005.
4. Spong C, Beall M, Rodrigues D, *et al.* An objective definition of shoulder dystocia: prolonged head-to-body delivery intervals and/or the use of ancillary obstetric maneuvers. *Am Col Obstet Gynecol.* 1995; 86:433-6.
5. Baskett T. Shoulder dystocia. *Best Pract Res Clin Obstet Gynecol.* 2002; 16:57-68.
6. Allen RH. On the Mechanical aspects of shoulder dystocia and birth injury. *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50(3):607-23.
7. Rodis JF. Intrapartum management and outcome of shoulder dystocia <http://www.uptodate.com/contents/intrapartum-management-and-outcome-of-shoulder-dystocia>
8. Wilkins LW. Optimizing shoulder dystocia management to prevent birth injury. *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50(3):592-606.
9. Schwartz B, Dixon M. Shoulder dystocia. *Obstet Gynecol.* 1958; 11:468-71.
10. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician gynecologists.* 2002; 40:759-63.

11. Camune B, Brucker M. An overview of shoulder dystocia. *Nursing for Women's Health*. 2007; 11:490-8.
 12. Melendez J, Bhatia R, Callis, *et al*. Severe shoulder dystocia leading to neonatal injury: a case control study. *Arch Gynecol Obstet*. 2009; 279:47-51.
 13. Mehta S, Blackwell S, Chadha R, *et al*. Shoulder dystocia and the next delivery: outcomes and management. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007; 20:729-33.
 14. Iffy L, Brimacombe M, Apuzzio J, *et al*. The risk of shoulder dystocia related permanent fetal injury in relation to birth weight. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2008 Jan; 136(1):53-60.
 15. Mackenzie I, Shah M, Lean K, *et al*. Management of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol*. 2007; 110:1059-68.
 16. Cheng Y, Norwitz E, Caughey A. The relationship of fetal position and ethnicity with shoulder dystocia and birth injury. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 195:856-62.
-