



AVALIAÇÃO DE GESTANTES COM PARTO A FÓRCEPS EM UM HOSPITAL DE ENSINO ENTRE 1999 E 2019

Palavras-Chave: PARTO VAGINAL INSTRUMENTAL, FÓRCEPS, RESULTADOS PERINATAIS

Autoras:

JÚLIA PENHA MARÓSTICA, Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Prof.ª Dr.ª HELAINE MARIA BESTETI PIRES MAYER MILANEZ (orientadora), UNICAMP

INTRODUÇÃO:

O uso de fórceps no parto vaginal instrumental tem prevalências diferentes ao redor do mundo. Nos países desenvolvidos como no Reino Unido, cerca de 10-15% dos partos são do tipo vaginal instrumental, usando fórceps ou extrator a vácuo. Nos Estados Unidos a prevalência é de 4,5%, tendo caído pela metade nos últimos 20 anos. Nas regiões subdesenvolvidas, o uso de fórceps é ainda menor. Na África Subsaariana as taxas de parto vaginal instrumental são abaixo de 1% [2], enquanto na América Latina varia de 1% a no máximo de 5%, em Cuba [3]. E, mesmo nos países desenvolvidos, onde há mais ensino e uso do fórceps, as taxas da cesárea têm aumentado [5].

No Brasil, o uso de fórceps tem decrescido nos últimos 25 anos. Segundo os dados do Datasus, nos últimos 22 anos, em apenas 25.992 dos partos de nascidos vivos, de toda a rede pública, foi usado fórceps, contabilizando aproximadamente 0,18%. No entanto, só há dados positivos de 1994 a 1995 [4].

No município de Campinas-SP foram, nos últimos 22 anos, 2.766 partos com uso de fórceps totalizando 0,6% [4]. A taxa mais elevada de Campinas em comparação ao país tem relação com a presença do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) que, nos últimos 22 anos, realizou uma média de 3,5 % ao ano de partos finalizados com a utilização de fórceps.

Um dos mecanismos essenciais de assistência materna durante o parto vaginal assistido é o domínio do uso de fórceps, não apenas pelo especialista, mas por qualquer profissional da área médica, sendo um componente do ensino básico do médico obstetra. Entretanto as reduzidas taxas de uso de fórceps, principalmente nos países subdesenvolvidos, são indicadores de que as instituições de ensino abandonam o ensino dessa técnica, como é o caso da América Latina [3].

Os dois tipos de fórceps mais usados no Brasil são o de Simpson e o de Kielland. As indicações para o uso do fórceps não são absolutas e dependem de uma minuciosa avaliação do médico acerca dos fatores indicativos e contra indicativos. As indicações podem ser divididas em maternas, fetais e profiláticas [6].

As indicações maternas mais comuns são relativas à parada da progressão no segundo estágio do parto, quando a cabeça fetal já está baixa e o cérvix completamente dilatado [1]. As causas mais comuns são inércia uterina, mau posicionamento fetal, anormalidade do canal de parto, impotência da força abdominal que pode ocorrer por anestesia ou excesso de peso [6,10].

A indicação fetal mais importante para uso de fórceps é o sofrimento, sendo essa uma condição soberana. Outras causas fetais raras são o prolapso de cordão umbilical com dilatação total da cérvix e morte da mãe [6].

As indicações profiláticas visam proteger a mãe e o feto de possíveis danos que possam ocorrer, como em situações de parada da descida fetal ou de sua progressão. Nas causas de parada de progressão ou variedade de posição anômala o uso do fórceps é recomendado, sendo que a capacidade pélvica é o limitante. Outras indicações são para evitar o esforço em mulheres portadoras de doenças cardíacas, pulmonares ou neuromusculares [6].

É dado prioridade para o parto vaginal operatório quando o progresso da descida no segundo estágio é improvável, considerando a posição da cabeça do feto, sua variedade de posição e seu tamanho estimado. Sempre quando é avaliado o uso do fórceps, por qualquer uma das três indicações é importante ter certeza de que o sucesso do procedimento é muito provável, já que o uso incorreto e não indicado de fórceps aumenta as taxas de trauma perinatal e materno [8].

As contraindicações para o uso de fórceps, além da ausência de fatores que o indicam e das condições de praticabilidade, são principalmente altos riscos maternos e fetais, como nos casos de doenças desmineralizantes ósseas no feto, doenças em que ocorram defeitos na coagulação fetais ou maternas, a cabeça do feto não estar encaixada ou sua posição não ser conhecida e não poder ser avaliada pelo médico [9].

Após a avaliação da necessidade e da presença de indicações consistentes para o uso do fórceps é necessário que o médico responsável pelo procedimento tenha plena capacidade de manejar o equipamento e controlar possíveis situações adversas; se o profissional não se sentir capacitado ou seguro do procedimento ele não deve praticá-lo.

Na prática segura do fórceps é preciso garantir que o instrumento escolhido seja o ideal para a ação. O fórceps de Kielland, usado em apresentações cefálicas apenas, é mais empregado em partos em que há necessidade de rotação fetal e em partos com assinclitismo. Atualmente, também são utilizados para corrigir mau posicionamento da cabeça fetal no segundo estágio do parto, ainda no plano baixo [10]. Por sua vez, o fórceps de Simpson, também para apresentações cefálicas, é utilizado normalmente em casos de abreviação de período expulsivo e alívio materno fetal.

As principais consequências fetais a curto prazo do uso do fórceps são lacerações do couro cabeludo e da face, fratura craniana, hemorragia intracraniana, paralisia do nervo facial, lesões da córnea e da retina [10] e todas elas, de maneira geral, estão associadas a técnicas inadequadas na sua aplicação. As repercussões negativas infantis a longo prazo, por sua vez, são raras [9].

As principais consequências maternas a curto prazo são lacerações do cérvix e da vagina, hematomas e lacerações perineais, além de traumas psicológicos [11]. Consequências maternas de longo prazo são incontinência urinária, incontinência fecal e diminuição da resposta vaginal no ato sexual [7].

O fórceps quando aplicado de forma segura e por um profissional experiente tem mínimas chances de consequências indesejadas, tornando-se uma opção melhor e mais segura que a cesárea, cujas consequências podem ultrapassar as do fórceps. Ademais o fórceps, quando bem utilizado, permite alta hospitalar da paciente e do recém-nascido em um curto período, indicando menor risco de infecção hospitalar para ambos e menor gasto público com a internação.

Sendo assim, através da avaliação dos índices maternos e fetais dos partos a fórceps realizados no CAISM, entre os anos de 1999 e 2019, visamos comprovar a importância do ensino e uso do fórceps em

hospitais universitários, garantindo a formação de novos profissionais capacitados a praticar o parto vaginal operatório de maneira segura, podendo oferecer a suas pacientes e seus fetos a melhor escolha possível no momento do parto.

METODOLOGIA:

Este é um estudo observacional, retrospectivo e descritivo. O tamanho amostral estimado foi de 335 gestantes, sendo esta representativa para estimar a prevalência de desfechos maternos e perinatais em gestantes com parto a fórceps.

Os dados foram coletados em ficha específica, especialmente desenhada para esta pesquisa. Os aspectos clínicos-demográficos e os índices maternos e fetais para avaliação da utilização do uso do fórceps em gestantes foram obtidos através da análise dos prontuários médicos da Divisão de Obstetrícia da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. Após a coleta de todos os dados nas fichas, todas foram revistas verificando a confiabilidade do preenchimento e a legibilidade.

Após a coleta e avaliação da completude da ficha, os dados foram inseridos em um programa Excel desenvolvido para o estudo, em dupla digitação por dois indivíduos diferentes em momentos diferentes, constituindo um banco de dados, que foi transportado para o programa de análise estatística. A ocorrência dos fatores pesquisados foi avaliada a partir de frequências simples (n) e relativas (%). A comparação das frequências foi feita através do qui-quadrado e a comparação das médias foi feita através do t student, ao nível de 5% de significância estatística.

RESULTADOS E DISCUSSÃO:

Entre os anos de 2013 e 2019 foram realizados 10.066 partos no citado Hospital de Ensino, sendo que 724 foram fórceps, correspondendo a 7,2%. O presente estudo analisou, dentre estas, 606 gestantes e 334 recém-nascidos. Foram realizados 85,5% de partos como Fórceps de Simpson Braunn (PFSB) e 14,5% com o Fórceps de Kielland (PFK).

A média de Idade Materna foi de 24,9 anos (Desvio Padrão=6,1), a média de paridade 1,3 partos (DP=0,8) sendo que 68,6% eram primigestas. A média de gestações foi de 1,5 (DP=0,8).

A principal indicação de uso do fórceps foi para Abreviação do Período Expulsivo, em 52,5% dos partos, seguida de Alívio Materno Fetal em 29,4%. Outras indicações frequentes foram Sofrimento Fetal em 15,8%, Rotação Fetal em 14,2%, Período Expulsivo Prolongado em 5,1%, Alívio Materno Não Especificado em 3,5%, Doença Materna em 1,0% e Exaustão Materna em 0,8% dos casos.

A Média de Peso Fetal foi de 3322,8 gramas (DP=1258,5), a Média de Comprimento foi 49,1 centímetros (DP=2,82), a Média do Índice de Apgar de Primeiro Minuto foi 8,3 (DP=1,67) e a Média do Apgar de Quinto Minuto foi 9,5 (DP=0,82); por fim a Média do Escore de Capurro foi 38,76 semanas (DP=4,85)

Ocorreram Complicações Maternas em 47,5% dos casos. Destas pacientes 67,0% sofreram Lacerações de Trajeto, sendo que dentre destas 38,3% sofreram laceração de Primeiro Grau, 10,4% de Segundo Grau, 11,4% de Terceiro Grau e 2,0% de Quarto Grau. Em 39,4% dos casos não havia especificação do grau. O Prolongamento de Episiotomia ocorreu em 12,8% e o Desgarro de Mucosa em 13,2% dos casos, enquanto a Endometrite somente em 3,5%. Por fim ocorreram também Hemorragia Puerperal ou Choque

Hemorrágico em 3,5% das pacientes, Atonia Uterina em 3,1% e Infecção Puerperal Não Especificada em 0,7%.

Ocorreram 22 casos de Laceração de Terceiro Grau. A média de idade materna foi de 21,5 anos (variando de 15 a 32), a média de paridade era 1,1 (variando de 1 a 2). Das gestantes 22,2% possuíam comorbidades. A média do perímetro cefálico foi de 34,6 cm (variando de 32 a 36 cm). Destas gestantes, 90,9% foram submetidas ao PFSB e 9,0% ao PFK. Quanto à indicação para uso do fórceps 50,0% foram para Abreviação do Período Expulsivo, 40,9% para Alívio Materno Fetal e 9,0% para Rotação; 9,0% dos fetos estavam em SFA. Destas pacientes 13,6% sofreram algum tipo de Infecção Puerperal: uma paciente evoluiu com Incontinência Fecal Precoce e uma com Hipotonia do Esfíncter Anal. Destas 13,6% tiveram Tocotraumatismo Leve e/ou Cefalo hematoma, mas 72,7% dos casos não foi informado a ausência ou presença de complicação fetal em prontuário.

Ocorreram 4 casos de laceração de quarto grau. A média de idade materna foi de 25,7 anos (variando de 17 a 37), a media de paridade foi 1,0 (variando de 1 a 1). 50% possuíam comorbidades. A mediana do perímetro cefálico foi 33 cm. Destas quatro mulheres, três foram submetidas ao PFSB e uma ao PFK. Em 75% o fórceps foi de APE e 25% para Rotação. Em 25% dos casos o feto estava em SFA. Além da laceração grave, apenas uma paciente evoluiu com Deiscência de Episiotomia. Quanto ao feto apenas 1 sofreu tocotrauma leve, os outros três não haviam informações adicionais.

Das pacientes analisadas, 2,3% possuíam algum grau de Obesidade. A taxa de complicação materna dentro deste grupo foi de 35,7%, ocorrendo lacerações leves em 80% dos casos. Não foi informada a presença de laceração grau 3 ou 4 nas obesas.

As complicações fetais estiveram presentes em 31,5% dos recém-nascidos. Destes 64,7% sofreram tocotraumatismo leve (equimose, escoriações leves, eritema, edema e marca de fórceps), 21,0% sofreram cefalohematoma, 9,5% tiveram fratura de clavícula e 2,8% fratura de crânio.

Ocorreram fratura de crânio confirmada em um total de três casos, todos após o uso do Fórceps de Simpson Braun. O primeiro feto sofreu fratura de crânio, hematoma epidural e circunvoluções cerebrais discretas, seu Capurro foi de 37+6, peso 2705,0 g, estatura de 47,5 cm, Escore Apgar 9/10, perímetro cefálico de 33,0 cm e torácico de 29,0 cm. Teve como complicação pós neonatal a Síndrome de Hiperexcitabilidade. Se encontrava em OP e indicação de fórceps para abreviação do período expulsivo. A mãe não sofreu complicações e não possuía comorbidades. O segundo bebê sofreu Fratura de Crânio e Convulsões. Seu capurro foi de 38+4, peso de 3455 g, estatura de 51 cm, Escore de Apgar 9/10. O perímetro cefálico e torácico não foi informado em prontuário materno. Estava em OP, a indicação do fórceps foi alívio materno fetal. A mãe sofreu Prolongamento de episiotomia, infecção e deiscência da episiotomia somadas a disfunção vesical. A mãe possuía Asma e Depressão como comorbidades. O terceiro sofreu Fratura de crânio do tipo "Ping-Pong", somado a Hipotonia e a Síndrome Apática. Seu Capurro foi de 40+3 semanas, peso de 3260 g, estatura de 50 cm, Escore de Apgar 7/9, perímetro cefálico de 35,0 cm e perímetro torácico de 32,0. Estava em Occipito púbica (OP) e a indicação de fórceps foi Alivio Materno. A parturiente não sofreu complicações e não possuía comorbidades. Em sua evolução com a neuropediatria até os 3 meses, quando perdeu seguimento, não havia nenhuma alteração de desenvolvimento.

Em um caso o fórceps não foi locado e o feto nasceu de parto vaginal não instrumental.

CONCLUSÃO

Através dos resultados preliminares deste estudo é possível concluir que o uso do Fórceps quando precisamente indicado e feito por profissionais experientes é seguro e tem desfecho positivo na vitalidade fetal e no bem-estar materno.

Apesar das taxas elevadas de complicações maternas associadas ao uso de fórceps apontadas por este estudo, a grande maioria destas é de gravidade mínima, como as lacerações de grau 1 e 2 e desgarro de mucosa. No entanto as taxas consideráveis de complicações graves, como as lacerações de grau 3 e 4, apesar de não contraindicarem o uso do fórceps levantam o questionamento sobre como reduzi-las, associando-as a um melhor uso deste instrumento. Devemos levar em consideração que este hospital é uma entidade de ensino e, portanto, a execução por médicos em treinamento com adequada supervisão.

As complicações fetais mais prevalentes também foram aquelas de gravidade mínima (tocotraumatismo leve). A prevalência elevada de cefalohematoma é esperada já que este evento não pode ser associado unicamente ao uso do fórceps, mas também a eventos intrauterinos relativos ao parto. Por outro lado, a taxa de fratura de crânio suscita questionamentos entre os pesquisadores. A taxa elevada de fratura de clavícula não está associada diretamente ao uso de fórceps, mas sim a outras variáveis, como peso fetal, diabetes mellitus materno e aspectos anatômicos do canal de parto.

Desta forma os resultados parciais desta pesquisa permitem afirmar com base nos dados de boa vitalidade fetal e bons resultados maternos que o uso do fórceps mediante as condições de aplicabilidade, indicação real e operador experiente é seguro e seu ensino em hospitais escola deve ser estimulado.

BIBLIOGRAFIA

1. UNICEF; WHO; UNFPA. **Guidelines for Monitoring the Availability and Use of Obstetric Services**. New York, USA. Agosto 1997
2. Ameh C, Weeks A. **The role of instrumental vaginal delivery in low resource settings**. BJOG- Reino Unido. 13/07/2009. 116 -1-22–25.
3. Bailey PE. **The disappearing art of instrumental delivery: Time to reverse the trend**. International Journal of Gynecology and Obstetrics. NC, USA. 16/05/2005. 10.1016 – 90-96
4. **Nascim p/ocorrênc por Tipo de parto segundo Ano do nascimento**. 1994-2016. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvsp.def>>. acesso em: 07/02/2019 às 10:35
5. Tempest N, Hart A, Walkinshaw S, Hapangama D. **A re-evaluation of the role of rotational forceps: retrospective comparison of maternal and perinatal outcomes following different methods of birth for malposition in the second stage of labour**. BJOG. 2013. 120:1277–1284.
6. Rezende FM, Montenegro BAC. **Rezende Obstetrícia Fundamental**. Décima Primeira Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
7. Meyer S, Hohlfeld P, Ahtari C, Russolo A, De Grandi P. **Birth trauma: short and long term effects of forceps delivery compared with spontaneous delivery on various pelvic floor parameters**. British Journal of Obstetrics and Gynaecology November 2000, Vol107, pp. 1360-1365
8. Wegner KE, Bernstein MI. **Operative Vaginal Delivery**. UpToDate. Acesso em < <https://www.uptodate.com/contents/operative-vaginal-delivery>> 06 de fevereiro de 2019 as 14:05.
9. ACOG Practice Bulletin. **Operative Vaginal Delivery**. International Journal of Gynecology and Obstetrics. June, 2000. 74 (2001). 69-76
10. Nash Z, Nathan B, Mascarenhas L. **Kielland's forceps. From controversy to consensus?** ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 2015; 94: 8–12.
11. Edozien LC. **Towards Safe Practice in Instrumental Vaginal Delivery**. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology. 2007. Vol. 21, No. 4, pp. 639–655.