



GUIA DE HABILIDADES

Data da Emissão: 25/03/2023

HABILIDADES: Distocia de Ombro

PÚBLICO-ALVO: Residentes de Ginecologia e Obstetrícia; Médicos Ginecologistas e Obstetras associados da FEBRASGO

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS

- 1.Reconhecer o sinal da “tartaruga”.
- 2.Realizar as manobras de primeira instância indicadas para a posição materna de litotomia.
- 3.Realizar as manobras de primeira instância indicadas para as posições maternas não supinas (verticalizadas).
- 4.Realizar as manobras de última instância (resgate) utilizadas no tratamento da distocia de ombro.

HABILIDADES PRÉVIAS

- Conhecimento da anatomia fetal e da pelve materna.
- Exame pélvico obstétrico.

MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento;
- Manequins obstétricos (pelve materna, feto, placenta e cordão umbilical, modelo ósseo de pelve materna e de cabeça fetal);
- Sonda uretral 12 ou 14 (opcionalmente sonda nasogástrica ou cateter de sucção)
- Campos cirúrgicos;
- Compressas cirúrgicas;

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PRESIDÊNCIA: CNPJ: 34.102.657/0002-62 – Av. Brigadeiro Luiz Antônio, 3421 – Sala 903 • São Paulo, SP – Brasil • CEP 01401-001

SECRETARIA EXECUTIVA: CNPJ: 34.102.657/0001-81 – Av. das Américas, 8445 – Sala 711 • Rio de Janeiro, RJ – Brasil • CEP 22793-081



- Papel;
- Lápis.

DESCRIÇÃO DAS HABILIDADES EM TREINAMENTO

- Lavar as mãos;
- Explicar os procedimentos;
- Calçar luvas de procedimento;
- Realizar o treinamento de habilidades sob supervisão, anotar, descrever.

Treinamento de habilidades em manobras de primeira instância indicadas para a posição materna de litotomia

- Posicionar o manequim/ paciente (pelve materna) com as nádegas no alinhamento da borda da mesa e os membros inferiores elevados e apoiados;
- Posicionar o feto com a cabeça delivrada e o ombro anterior impactado atrás da sínfise púbica;
- Demonstrar o sinal da “tartaruga”;
- Realizar, em ação conjunta a um auxiliar, as manobras de hiperflexão do quadril (McRoberts) e de pressão suprapúbica (Rubin I) (Figuras 1 e 2). Remover os membros inferiores maternos das pernas e hiperfletir as pernas sobre as coxas e essas sobre o abdome. Posicionado do lado do dorso fetal, o auxiliar executa pressão suprapúbica em direção ínfero-medial, objetivando a adução do ombro impactado. Logo após o início da pressão suprapúbica, executada pelo auxiliar, o operador principal executa a manobra cabeça-ombro com o objetivo de desprender o ombro anterior impactado. A tração para liberação dos ombros deve ser axial e alinhada com a coluna cervicotorácica fetal, em um componente descendente ao longo de um vetor que não ultrapasse 45° abaixo do plano horizontal da parturiente;

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

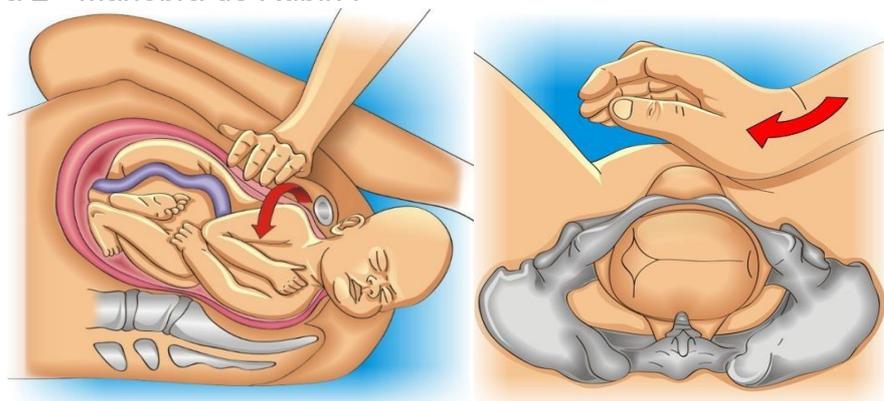


Figura 1 - Manobras de McRoberts e de Rubin I



Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 2 - Manobra de Rubin I

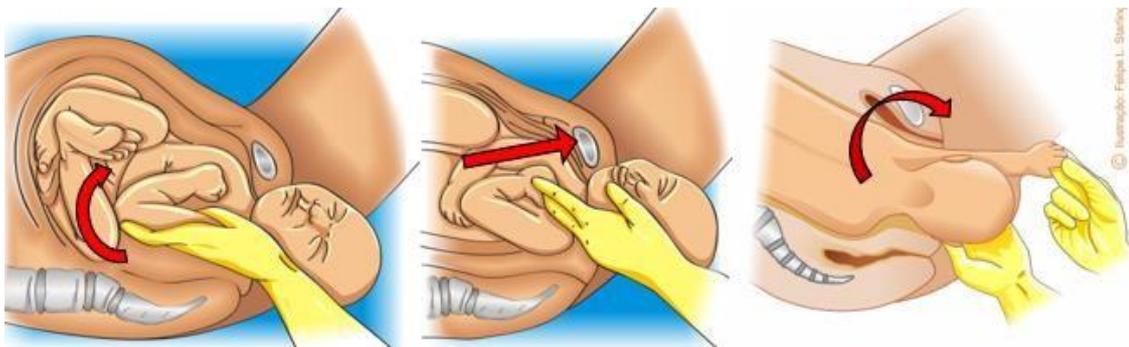


Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).



- Realizar o sequenciamento do desprendimento do ombro posterior (manobra de Jacquemier) (Figura 3). Avaliar episiotomia. Pelo vazio sacral materno, o operador introduz sua mão oposta à do ombro posterior do feto. Apreender o braço com o polegar posicionado na axila fetal e os dedos indicador e médio em disposição paralela ao úmero. Deslocar o braço fetal para adiante do seu tórax. A seguir, o operador desloca sua mão do braço fetal, apreende a mão fetal e extrai seu braço, tracionando-o adiante do tórax e promovendo o “giro” do tronco fetal, com o objetivo de desprender completamente o braço posterior do canal de parto;

Figura 3 - Desprendimento do braço posterior pela manobra de Jacquemier

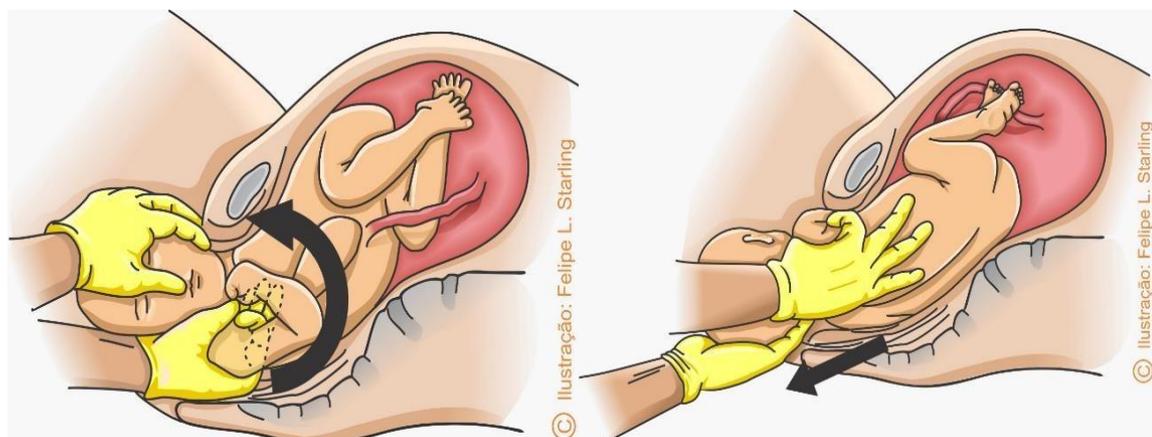


Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Realizar o sequenciamento do desprendimento do ombro posterior pela manobra de Shrug, alternativa a manobra de Jacquemier e útil diante da dificuldade para apreensão e deslocamento anterior do braço posterior (braço estendido ou posicionado atrás do dorso fetal) (Figura 4). Apreender a axila posterior do feto, entrelaçando os dedos polegar e indicador no cavo axilar. A axila é deslocada em direção à cabeça fetal, posicionando o ombro posterior em um nível inferior ao da sínfise púbica. Simultaneamente, a outra mão segura a cabeça do feto. A cabeça e o ombro são girados juntos em 180°, em direção a face fetal, liberando o ombro posterior, anteriormente na pelve. Aloçado posteriormente após a rotação do tronco fetal, o ombro anterior é o último a se desprender.



Figura 4 - Desprendimento do braço posterior pela manobra de Shrug

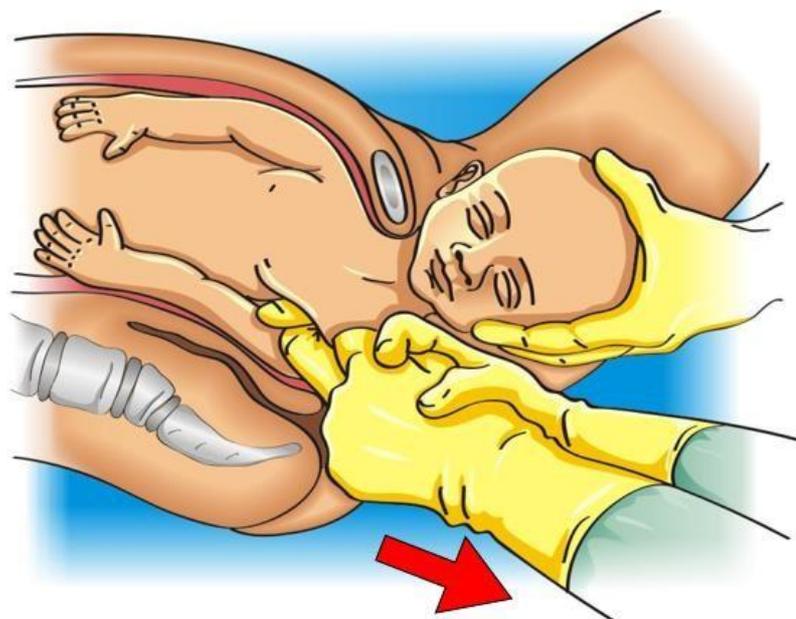


Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Realizar a manobra de Menticoglou, para desprendimento do ombro fetal posterior (Figura 5). Esta manobra é útil diante da dificuldade em remover o braço posterior pelas manobras de Jacquemier e Shrug, imposta pela dificuldade em alcançar o cotovelo ou o antebraço. Entrelaçar os dedos médios sob a axila do ombro posterior e executar tração inferior ao longo da curvatura sacral, para desprendimento do ombro posterior. Um auxiliar flexiona a cabeça fetal em direção ao ombro anterior impactado para facilitar o procedimento. O dedo médio da mão esquerda é introduzido no lado direito da pelve materna e o dedo médio direito no lado contralateral.



Figura 5 - Desprendimento do ombro posterior pela manobra de Menticoglou



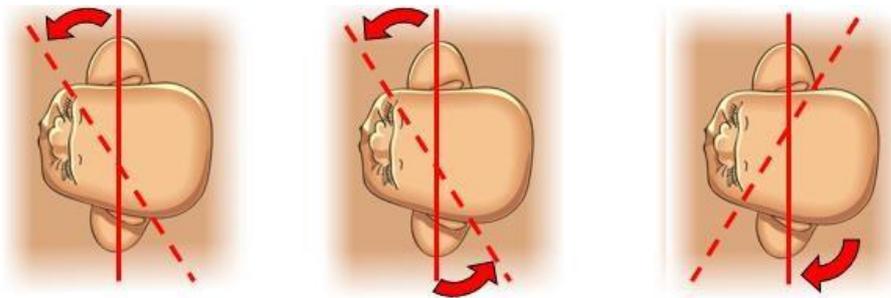
Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Exercitar o desprendimento do ombro posterior, apreendendo a axila e tracionando o ombro inferiormente com mão única. O dedo indicador irá envolver a axila pelo dorso fetal e o polegar deslizará anteriormente ao ombro. As pontas dos dedos devem tocar entre si no cavo axilar fetal. Subseqüentemente, a tração inferior é executada.
- Realizar o sequenciamento de manobras de adução do ombro anterior, abdução do ombro posterior e adução do ombro posterior (Rubin II; Rubin II + Woods - “parafuso invertido”; Woods reversa) (Figura 6). Avaliar episiotomia. Pelo vazio sacral materno, introduzir no canal de parto a mão que irá se posicionar superiormente, por trás do ombro anterior. Exercer pressão posterior ao ombro anterior impactado, com o objetivo de aduzi-lo (manobra de Rubin II). Diante da falha da manobra de Rubin II, manter a mão superior atrás do ombro anterior e introduzir a outra mão inferiormente, adiante do ombro posterior. Exercer pressões simultâneas de adução do ombro anterior impactado e de abdução do



ombro posterior (manobra de Woods - “parafuso invertido”). Diante de nova falha, retirar a mão inferior e deslocar a mão superior inferiormente, para trás do ombro posterior. Exercer pressão por trás do ombro fetal posterior, com o objetivo de aduzi-lo e promover a rotação em 180° dos ombros, promovendo o desprendimento do ombro anterior impactado (manobra de Woods reversa);

Figura 6 - Sequenciamento das manobras rotatórias internas de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa

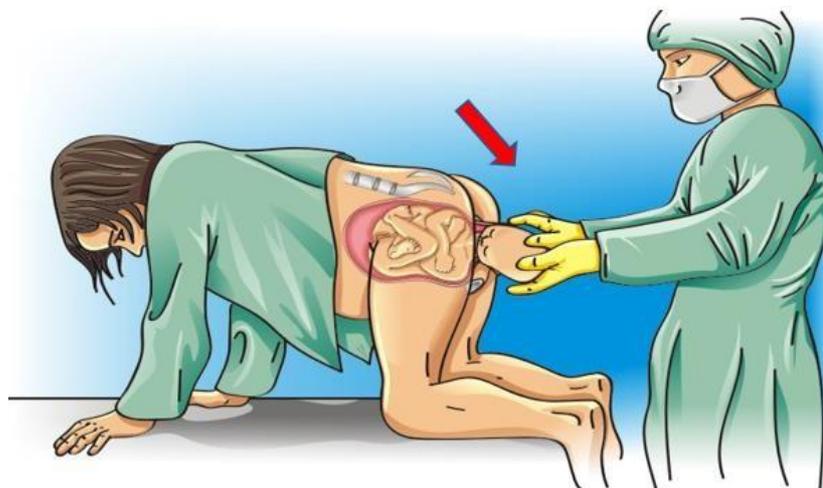


Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Inverter o manequim/ paciente (pelve materna) posicionando-o com o abdome para baixo e o dorso para cima e mantendo o feto em distocia do ombro anterior (observação: o ombro impactado passa a ser o de baixo);
- Realizar a manobra de Gaskin (Figura 7). Com o manequim/ paciente (pelve materna) em “apoio nos quatro membros” (mãos e joelhos), executar a tração em direção inferior (liberação do ombro posterior) ou superior (liberação do ombro anterior).
- Descrever essa mesma manobra sendo executada na posição de “largada de corrida”, em que o membro inferior homolateral ao dorso fetal será flexionado e deslocado anteriormente à pelve materna, enquanto a outra perna permanece estendida posteriormente (Figura 8).

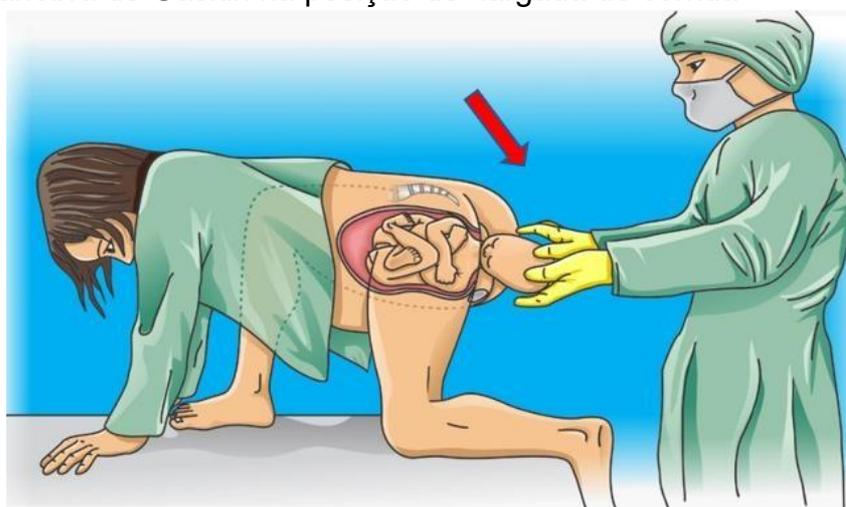


Figura 7 - Manobra de Gaskin



Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

Figura 8 - Manobra de Gaskin na posição de “largada de corrida”



Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Descrever o mnemônico ALLERTA utilizado no manejo da distocia de ombro na posição supina, com abordagem dispendendo 30 a 60 segundos para cada manobra (Quadro 1):



Quadro 1 - Mnemônico ALLERTA para o sequenciamento de manobras no tratamento da Distocia de Ombro

A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesista a postos
L	Levantar os membros inferiores em hiperflexão (manobra de McRoberts)
E	Pressão suprapúbica externa (manobra de Rubin I)
E	Considerar episiotomia
R	Remover o braço posterior
T	Toque para manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)

Treinamento de habilidades em manobras de primeira instância indicadas para as posições maternas não supinas (verticalizadas)

- Descrever o mnemônico A SAÍDA, utilizado no manejo da distocia de ombro em posições não supina (cócoras, Gaskin e bancos de apoio), dispendendo 30 a 60 segundos para cada manobra (Quadro 2):

Quadro 2 - Mnemônico A SAÍDA para o sequenciamento de manobras no tratamento da Distocia de Ombro nas posições verticais



A	Chamar Ajuda; Avisar a parturiente; Anestesiista a postos, Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada)
S	Pressão suprapúbica externa
A	Alterar a posição para quatro apoios (manobra de Gaskin)
Í	Manobras internas (Rubin II, parafuso de Woods, Woods reversa)
D	Desprender o braço posterior
A	Avaliar manobras de resgate

- Adaptar o manequim em posição verticalizada, como se as nádegas estivessem apoiadas em uma cadeira de parto “meia lua”;
- Realizar o sequenciamento das manobras “aumentar o agachamento” (McRoberts), “pressão suprapúbica” (Rubin I) e “alterar a posição” (Gaskin) nas posições verticalizadas, com apoio do manequim na cadeira de parto “meia lua” nas duas primeiras manobras (Figura 9);

Figura 9 - Sequenciamento inicial das manobras no mnemônico A SAÍDA. Aumentar o agachamento (manobra de McRoberts modificada); pressão suprapúbica e alterar a posição da parturiente (quatro apoios)



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Distúrcia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*. 2013;41(3):115-24.



- Realizar o sequenciamento das manobras de Rubin II, Rubin II + Woods ('parafuso invertido') e Woods reversa na posição "sobre os quatro membros" (Gaskin). Os passos são os mesmos executados na posição de litotomia, porém as manobras são executadas nos ombros opostos (Figura 10);

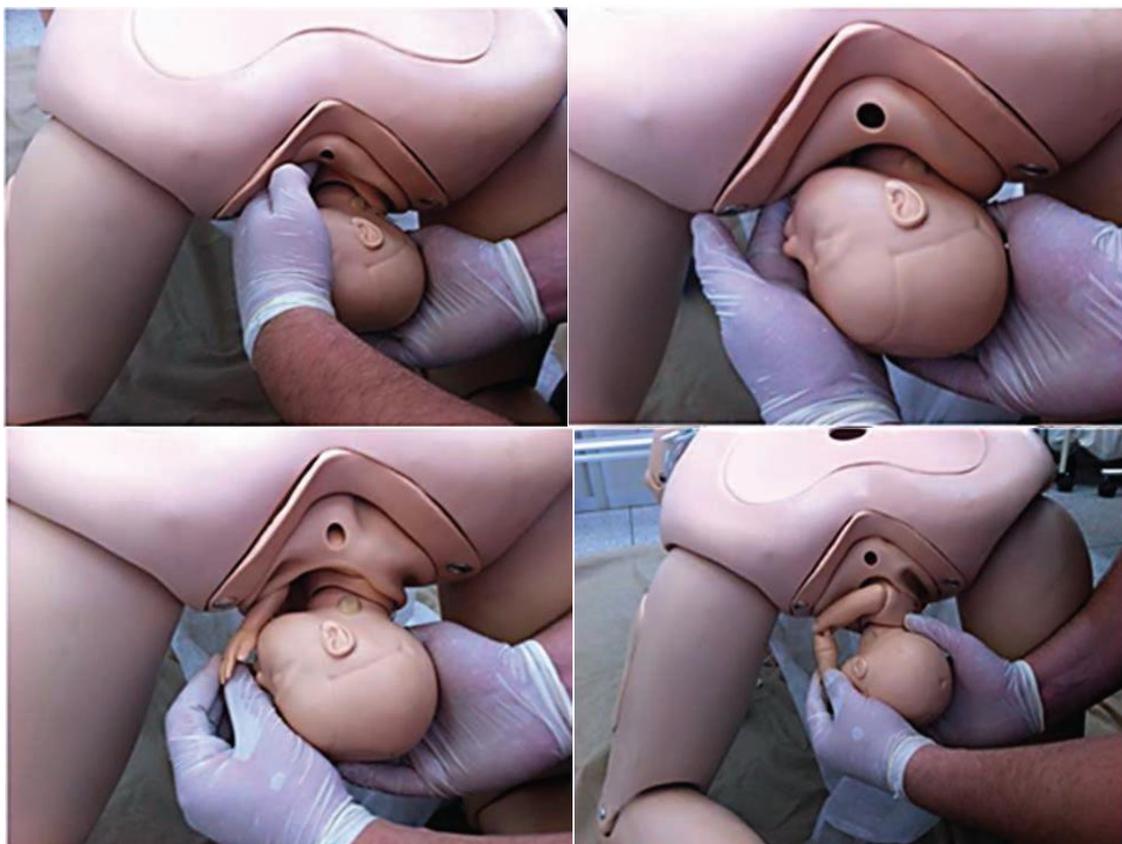
Figura 10 - Sequenciamento intermediário das manobras no mnemônico A SAÍDA. Manobras de Rubin II, parafuso de Woods e Woods reversa



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Distúrcia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*. 2013;41(3):115-24.

- Realizar o sequenciamento do desprendimento do ombro posterior (manobra de Jacquemier) na posição "sobre os quatro membros" (Gaskin) (Figura 11). Os passos são os mesmos da manobra executada na posição de litotomia, porém em direção oposta;

Figura 11 - Sequenciamento final das manobras no mnemônico A SAÍDA. Desprendimento do braço posterior em posição de quatro apoios (Gaskin)



Fonte: Adaptada de Amorim et al. Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. *Femina*. 2013;41(3):115-24.

Treinamento de habilidades em manobras de última instância utilizadas no tratamento da distocia de ombro

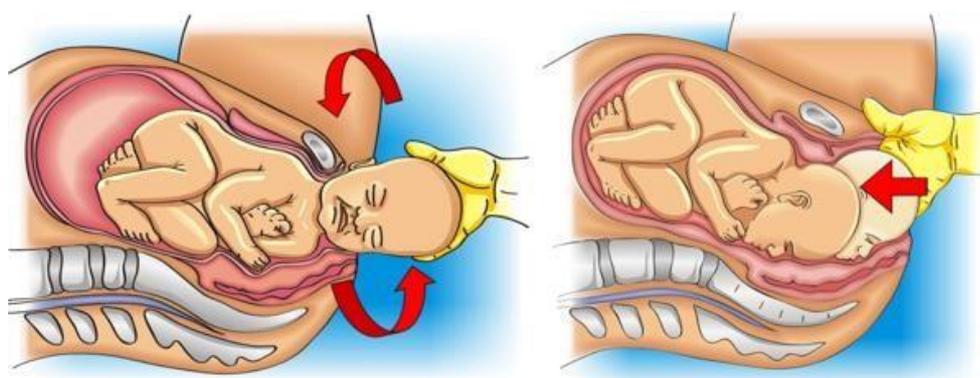
- Readaptar novamente o manequim / paciente (pelve materna) na posição de litotomia, com os membros inferiores elevados e apoiados para realização das manobras de última instância (resgate);
- Descrever que essas manobras podem ser otimizadas com relaxamento muscular (sedação, anestesia geral) e uterino, obtidos com a terbutalina (0,25 mg; via subcutânea) e a nitroglicerina (50 mcg a cada minuto até obtenção do relaxamento; dose máxima 250 mcg).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



- Realizar o sequenciamento da manobra de Zavanelli (Figura 12). Reverter a rotação cefálica externa. Após posicionar o polo cefálico em occipito-púbica (OP), fletir a cabeça fetal e devolvê-la ao canal de parto - vagina);

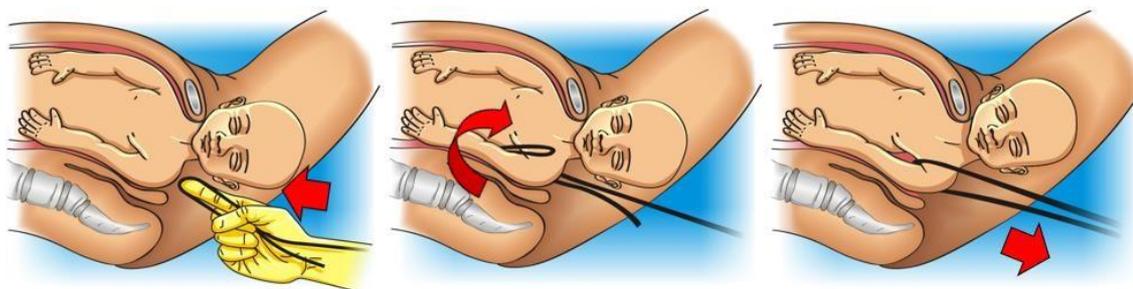
Figura 12 - Manobra de Zavanelli



Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Realizar a manobra de Cluver & Hofmeyr para desprendimento do ombro fetal posterior (Figura 13). Introduzir uma sonda urinária n° 12 ou 14 (ou um segmento de látex; ou uma sonda nasogástrica) por trás do dorso fetal, sob a axila do ombro posterior. Formar uma tipoia transpondo uma das extremidades do látex para o lado ventral do tronco fetal. Executar tração inferior da tipoia, com o objetivo de desprender o ombro posterior;

Figura 13 - Desprendimento do ombro posterior com auxílio de tipoia



Fonte: ilustração de Felipe Lage Starling (autorizada).

- Demonstrar o resgate abdominal (histerotomia de resgate), em que a parturiente é submetida a laparotomia e histerotomia para a rotação manual transabdominal do ombro anterior. Após efetuada a rotação do diâmetro biacromial para o diâmetro oblíquo da pelve, a extração fetal é realizada por via vaginal por outro operador (Figura 14).

Figura 14 - Resgate abdominal (histerotomia de resgate) com adução do ombro anterior (direito) por via abdominal seguida de extração fetal por via vaginal





- Descrever a sinfisiotomia, que deve ser manobra de exceção (falha das demais manobras; locais onde não é possível realizar o resgate abdominal por ausência de salas cirúrgicas). A técnica é realizada sob anestesia local, com a parturiente em litotomia e membros inferiores abduzidos. Após sondagem vesical, o anestésico deve ser infiltrado na pele e subcutâneos sobrejacentes à cartilagem púbica. O operador desvia a uretra lateralmente com uma das mãos e realiza uma incisão de um a três cm com uma lâmina de bisturi. A incisão deve ser suficiente para o afastamento dos ramos púbicos e delivramento do ombro impactado, não sendo necessário incisar a espessura total da cartilagem. Após o procedimento, recomendar repouso absoluto por dois dias, seguidos de mobilização progressiva. Abdução dos membros inferiores deve ser evitada entre sete e 10 dias.