



Data da Emissão: 25/03/2023

HABILIDADES: Parto Vaginal Operatório

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

HABILIDADES E COMPETÊNCIAS A SEREM DESENVOLVIDAS

1. Aplicar o fórcepe em variedade de posição direta (occipito púbica - OP ou occipito sacra - OS), executando as ações de apreensão e tração.
2. Realizar manobras de rotação manual (das variedades oblíquas e transversas para a variedade de posição direta occipito púbica - OP).
3. Aplicar o fórcepe nas variedades de posição oblíquas (occipito esquerda anterior - OEA, occipito esquerda posterior - OEP, occipito direita anterior - ODA e occipito direita posterior - ODP), executando as ações de apreensão, rotação interna e tração.
4. Aplicar o fórcepe nas variedades de posição transversas (occipito esquerda transversa - OET e occipito direita transversa - ODT), com e sem assimetria, executando as ações de apreensão, rotação interna (de 90°) e tração.
5. Aplicar o fórcepe em variedade de posição occipito esquerda posterior (OEP), executando as ações de apreensão, rotação interna (de 135°) e tração.
6. Aplicar o fórcepe na apresentação de face em mento anterior (mento púbica - MP), executando as ações de apreensão e tração.
7. Aplicar o vácuo-extrator na variedade de posição direta (OP), executando as ações de apreensão e tração.

HABILIDADES E CONHECIMENTOS PRÉVIOS

Conhecimento da anatomia fetal e da pelve materna.

Conhecimento dos fórcepes de Simpson e de Kielland e dos vácuos-extratores Kiwi Omni Cup e Mityvac Exame pélvico obstétrico.

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



MATERIAL NECESSÁRIO

- Luvas de procedimento;
- Manequins obstétricos (pelve materna, feto, placenta e cordão umbilical, modelo ósseo de pelve materna e de cabeça fetal);
- Fórceps de Simpson (30 e 35 cm) e de Kielland;
- Vácuos-extratores Kiwi Omni Cup® e Mityvac®;
- Material para revisão do canal de parto (valvas vaginais e pinças Foerster);
- Campos cirúrgicos;
- Compressas cirúrgicas;
- 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;
- Posicionar o manequim/ paciente (pelve materna) com as nádegas no alinhamento da borda da mesa e os membros inferiores elevados e apoiados;

Treinamento de habilidades inicial (mnemônico, fórcepe não rotatório e rotação manual)

- Revisar o mnemônico **A, B, C, D, E, F, G, H** para auxílio na execução dos procedimentos:



- A** - Ajuda; Avisar a paciente; Anestesia
- B** - Bexiga vazia
- C** - Colo dilatado
- D** - Determinar variedade de posição; Distocia de ombro (alerta)
- E** - Equipamento (checagem)
- F** - Fórcepe (aplicação e posição de fórcepe seguro)
- G** - Gentil tração (manobra de Pajot)
- H** - Hora de elevar (occipital abaixo da sínfise púbica)
- I** - Incisão (avaliar episiotomia)
- J** - Já é hora de parar (mandíbula acessível)

1 - Aplicar o fórcepe em variedade de posição direta (por exemplo: occipito púbica - OP), executando as ações de apreensão e tração. Descrever a realização de antisepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia loco-regional (bloqueio dos nervos pudendos: 20 ml de lidocaína + 20 ml de água destilada, infiltrar até 20 ml da solução abaixo de cada espinha ciática; aspirar intermitentemente durante a infusão, para prevenir infusão intravascular de anestésico) (Figura 1). Utilizar o fórcepe de Simpson. A introdução dos ramos deve ocorrer pelo vazio sacral. Os ramos devem estar inicialmente posicionados na direção vertical. São executados movimentos de introduz-abaxia e, ao final da introdução, cada ramo vai se posicionar horizontalmente. Com a mão esquerda segurando no cabo e a mão direita na colher, aplicar primeiro o ramo esquerdo do fórcepe (ramo “fêmea”), conduzindo a sua introdução com a mão que está na colher. A seguir, aplicar o ramo direito do fórcepe (ramo “macho”), segurando o cabo com a mão direita e a colher com a mão esquerda, também conduzindo a sua introdução com a mão que está guiando a colher. Articular os ramos. Confirmar os três critérios fundamentais da pega ideal (pega biparieto-malo-mentoniana) (critérios de Laufe), ou seja, lambda a um dedo transversal do plano dos ramos, sutura sagital perpendicular e

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



equidistante ao plano dos ramos (“no centro da figura”) e fenestras não percebidas entre a cabeça fetal e o fórcepe (ou apenas percepção da polpa digital). Assentar com o tórax na altura do canal de parto. Executar tração axial de prova, por meio da manobra de Saxtorph-Pajot (mão distal traciona para baixo e mão proximal para o tórax do operador), até que o occipital se posicione abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, iniciar elevação dos ramos e avaliar a necessidade de episiotomia. Parar a elevação dos ramos quando a mandíbula fetal estiver acessível. Remover os ramos do fórcepe (primeiro o ramo direito - superior; e depois o ramo esquerdo - inferior) e terminar a extração do polo cefálico fetal (Figura 2). Após a dequitação da placenta, realizar revisão do canal de parto;

Figura 1 - Anestesia loco-regional por meio do bloqueio dos nervos pudendos

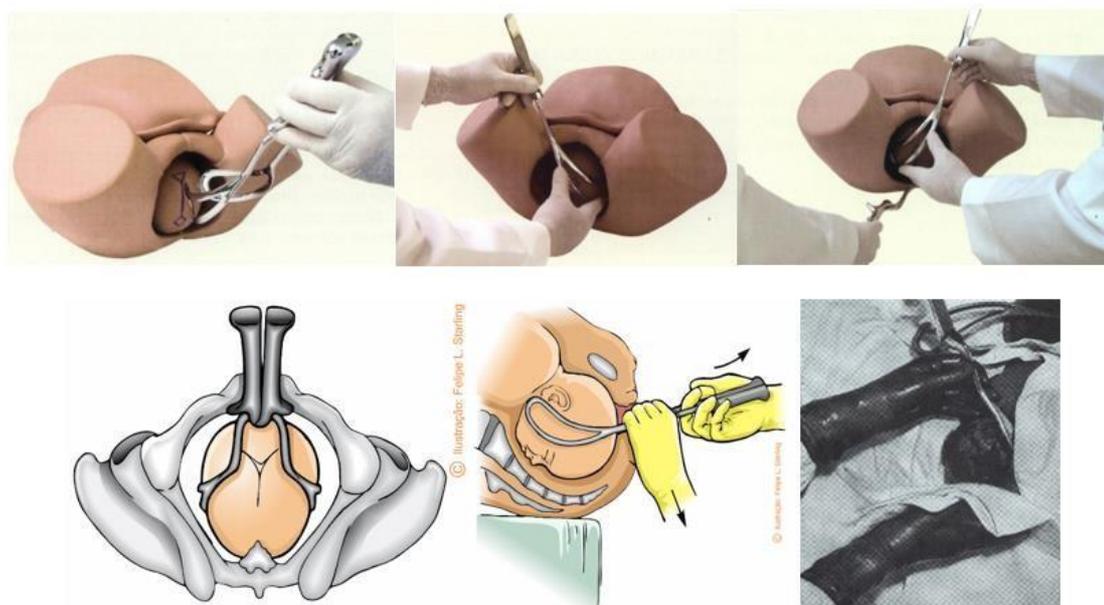


Fonte: *Advanced Life Support Obstetrics*, 2017

Agulha de raqui calibre 20
20 ml de lidocaína + 20 ml de ABD
20 ml em cada espinha ciática
Aspiração intermitente



Figura 2 - Passos para aplicação do fórcepe de Simpson em occipito púbica (OP)



Fontes: Benzecry, 2006; ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

2.1 - Executar rotação manual de occipito esquerda transversa (OET) para occipito púbica (OP). Usar a mão direita e as extremidades dos dedos (bulbos digitais). Aprender o parietal posterior (esquerdo) com os dedos indicador, médio, anular e mínimo. Aprender o parietal anterior (direito) com o dedo polegar. Elevar levemente e em seguida fletir e rodar o polo cefálico no sentido anti-horário (Figura 3);



Figura 3 - Rotação manual de occipito esquerda transversa (OET) para occipito púbica (OP)



Fonte: Benzecry, 2006.

2.2 - Executar rotação manual de occipito direita transversa (ODT) para occipito púbica (OP). Usar a mão esquerda e as extremidades dos dedos (bulbos digitais). Aprender o parietal posterior (direito) com os dedos indicador, médio, anular e mínimo. Aprender o parietal anterior (esquerdo) com o dedo polegar. Elevar levemente e em seguida fletir e rodar o polo cefálico no sentido horário (Figura 4);

Figura 4 - Rotação manual de occipito direita transversa (ODT) para occipito púbica (OP)



Fonte: Benzecry, 2006.

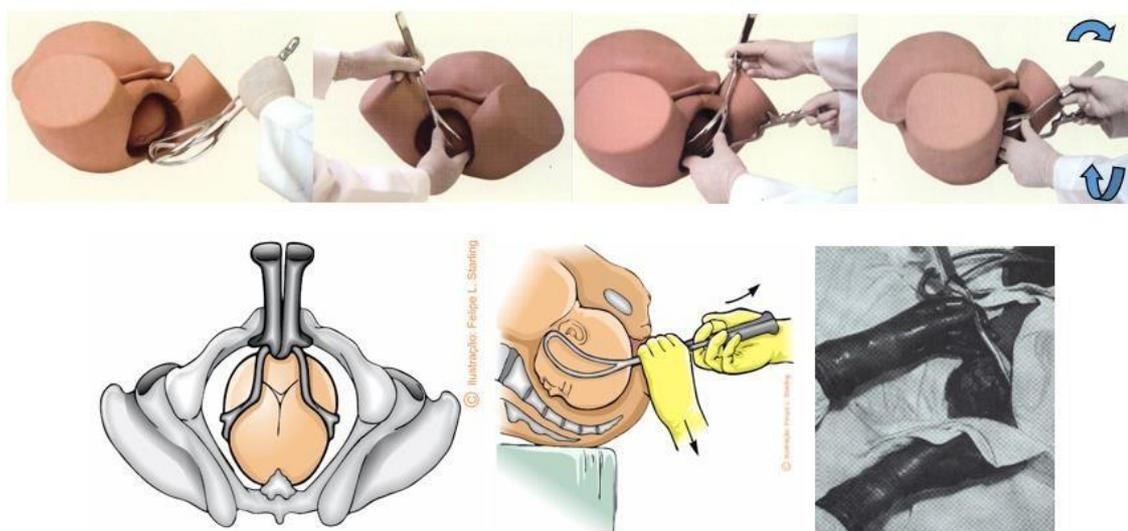


Treinamento de habilidades em fórcepe rotatório

3 - Aplicar o fórcepe em variedade de posição oblíqua anterior (por exemplo: occipito esquerda anterior - OEA, mais comum), executando as ações de apreensão, rotação interna (de 45°) e tração. Descrever realização de antisepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia loco-regional. Utilizar, preferencialmente, o fórcepe de Kielland. A introdução dos ramos deve ocorrer pelo vazio sacral. Os ramos devem estar inicialmente posicionados na direção vertical. São executados movimentos de introduz-abaxia e, ao final da introdução, cada ramo vai se posicionar horizontalmente. Com a mão esquerda segurando no cabo e a mão direita na colher, aplicar primeiro o ramo esquerdo do fórcepe (ramo “fêmea”), conduzindo sua introdução com a mão que está na colher. A colher deste ramo ficará aplicada no parietal posterior do feto. A seguir, aplicar o ramo direito do fórcepe (ramo “macho”), segurando o cabo com a mão direita e a colher com a mão esquerda, também conduzindo sua introdução com a mão que está guiando a colher. Para introdução deste segundo ramo, será necessária a execução da manobra espiral de La Chapelle (abaixamento, translação e torção do cabo). A colher deste ramo ficará aplicada no parietal anterior do feto. Articular os ramos. Verificar a presença de assinclitismo (profundidade de penetração vaginal distinta dos ramos) e corrigi-lo (possível somente com o fórcepe de Kielland; assimetria de penetração vaginal dos ramos evidenciada pelas hastes corrediças do fórcepe), puxando o ramo que penetrou mais na vagina. Confirmar os três critérios fundamentais da pega ideal (pega biparieto-malo-mentoniana) (critérios de Lafe), ou seja, lambda a um dedo transversal do plano dos ramos, sutura sagital perpendicular e equidistante ao plano dos ramos (“no centro da figura”) e fenestras não percebidas entre a cabeça fetal e o fórcepe (ou apenas percepção da polpa digital). Assentar com o tórax na altura do canal de parto. Realizar a rotação interna, que com o fórcepe de Kielland deve ser por meio de movimento em “chave de fechadura”. Caso seja utilizado o fórcepe de Simpson (eficiente na ausência de assinclitismo; instrumento de articulação fixa), utilizar o amplo movimento de circundução para execução da rotação interna. Após a rotação interna, executar tração axial de prova, por meio da manobra de Saxtorph-Pajot (mão distal traciona para baixo e mão proximal para o tórax do operador), até que o occipital se posicione abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, iniciar elevação dos ramos e avaliar a necessidade de episiotomia. Parar a elevação dos ramos quando a mandíbula fetal estiver acessível. Remover os ramos do fórcepe (primeiro o ramo direito - superior e depois o ramo esquerdo - inferior) e terminar a extração do polo cefálico fetal (Figura 5). Após a dequitação da placenta, realizar revisão do canal



de parto; Figura 5 - Aplicação de fórcepe rotatório em occipito esquerda anterior (OEA), por meio da espiral de La Chapelle



Fontes: Benzecry, 2006; ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).

4 - Aplicar o fórcepe em variedade de posição transversa com assinclitismo (por exemplo: occipito esquerda transversa - OET com assinclitismo anterior), executando as ações de apreensão, rotação interna (de 90°) e tração. Descrever a realização de antissepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia locoregional. Utilizar o fórcepe de Kielland. A introdução dos ramos deve ocorrer pelo vazio sacral. Os ramos devem estar inicialmente posicionados na direção vertical. São executados movimentos de introduz-abaixa e, ao final da introdução, cada ramo vai se posicionar horizontalmente. Preferencialmente, aplicar primeiro o ramo que ficará no parietal anterior, que será o ramo direito do fórcepe (ramo “macho”). Segurando o cabo com a mão direita e a colher com a mão esquerda, conduzir a introdução do ramo com a mão que está guiando a colher, executando uma ampla espiral de La Chapelle (abaixamento, translação e torção do cabo). Sequencialmente, introduzir o ramo esquerdo no parietal posterior, de forma direta. Com a mão esquerda segurando no cabo e a mão direita na colher, aplicar o ramo esquerdo do fórcepe (ramo “fêmea”), conduzindo sua introdução com a mão que está na colher. Caso a ponta da colher toque no promontório, recuar o ramo e reintroduzi-lo abaixando mais o cabo. Articular os ramos (Figura 6). Confirmar a



presença do assinclitismo anterior e corrigi-lo, puxando o ramo que penetrou mais na vagina (o posterior). Confirmar os três critérios fundamentais da pega ideal (pega biparieto-malo-mentoniana) (critérios de Lafe), ou seja, lambda a um dedo transversal do plano dos ramos, sutura sagital perpendicular e equidistante ao plano dos ramos (“no centro da figura”) e fenestras não percebidas entre a cabeça fetal e o fórcepe (ou apenas percepção da polpa digital). Assentar com o tórax na altura do canal de parto. Realizar a rotação interna por meio de movimento em “chave de fechadura”. Após a rotação interna, executar tração axial de prova, por meio da manobra de Saxtorph-Pajot (mão distal traciona para baixo e mão proximal para o tórax do operador), até que o occipital se posicione abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, iniciar elevação dos ramos e avaliar a necessidade de episiotomia. Parar a elevação dos ramos quando a mandíbula fetal estiver acessível. Remover os ramos do fórcepe (primeiro o ramo direito - superior e depois o ramo esquerdo - inferior) e

terminar a extração do polo cefálico fetal (Figura 6). Após a dequitação da placenta, realizar revisão do canal de parto;



Figura 6 - Aplicação de fórcepe rotatório em occipito esquerda transversa (OET), por meio da espiral de La Chapelle



Apresentação instrumental



Aplicação do ramo anterior



Aplicação do ramo posterior e articulação dos ramos

Fonte: Benzecry, 2006.

5 - Aplicar o fórcepe em variedade de posição occipito esquerda posterior (OEP), executando as ações de prensão, rotação interna (de 135°) e tração. Descrever a realização de antisepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia locoregional. Utilizar o fórcepe de Kielland. Para essa operação, os ramos do fórcepe serão aplicados com a curvatura pélvica do instrumento direcionada para o períneo (Knobs dos cabos para baixo) A introdução dos ramos deve ocorrer pelo vazio



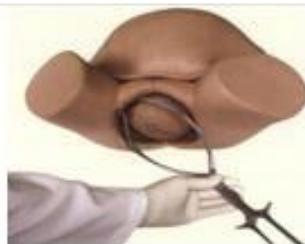
sacral. Os ramos devem estar inicialmente posicionados na direção vertical. São executados movimentos de introduz-abaiixa e, ao final da introdução, cada ramo vai se posicionar horizontalmente. Aplicar primeiro o ramo direito do fórcepe (ramo “macho”), que ficará no parietal posterior (direito). Segurando o cabo com a mão direita e a colher com a mão esquerda, conduzir a introdução do ramo com a mão que está guiando a colher. Sequencialmente, introduzir o ramo esquerdo do fórcepe (ramo “fêmea”), conduzindo sua introdução com a mão direita na colher, em movimento de espiral de La Chapelle (abaixamento, translação e torção do cabo). Esse ramo ficará aplicado no parietal anterior do feto. Articular os ramos. Verificar a presença de assinclitismo (profundidade de penetração vaginal distinta dos ramos) e corrigi-lo (possível somente com o fórcepe de Kielland; assimetria de penetração vaginal dos ramos evidenciada pelas hastes corrediças do fórcepe), puxando o ramo que penetrou mais na vagina. Confirmar os três critérios fundamentais da pega ideal (pega biparieto-malo-mentoniana) (critérios de Laufe), ou seja, lambda a um dedo transversal do plano dos ramos, sutura sagital perpendicular e equidistante ao plano dos ramos (“no centro da figura”) e fenestras não percebidas entre a cabeça fetal e o fórcepe (ou apenas percepção da polpa digital). Para efetuar a ampla rotação interna de 135°, ficar em pé e lateralmente ao instrumento articulado. A rotação é realizada por meio de movimento em “chave de fechadura” (Figura 7). Completada a rotação, assentar com o tórax na altura do canal de parto para realizar a tração axial de prova, por meio da manobra de Saxtorph-Pajot (mão distal traciona para baixo e mão proximal para o tórax do operador). Tracionar até que o occipital se posicione abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, iniciar elevação dos ramos e avaliar a necessidade de episiotomia. Parar a elevação dos ramos quando a mandíbula fetal estiver acessível. Remover os ramos do fórcepe (primeiro o ramo direito - superior e depois o ramo esquerdo - inferior) e terminar a extração do polo cefálico fetal. Após a dequitação, realizar revisão do canal de parto;

Observação: ao final, discutir e exercitar com os instrutores a aplicação do fórcepe de Simpson nesta mesma situação, que poderá ser realizada de duas formas. Na manobra de dupla pega de Scanzoni-Smelie, a rotação completa será de 135° e a extração do polo fetal ocorrerá em occipito púbica (OP). Pela rotação curta (45°), a extração do polo fetal ocorrerá em occipito sacra (OS).

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



Figura 7 - Aplicação de fórcepe de Kielland em occipito esquerda posterior (OEP), com rotação de 135° para occipito púbica (OP)



Apresentação instrumental



Articulação e deslocamento dos ramos em direção ao occipital



Rotação de 135°

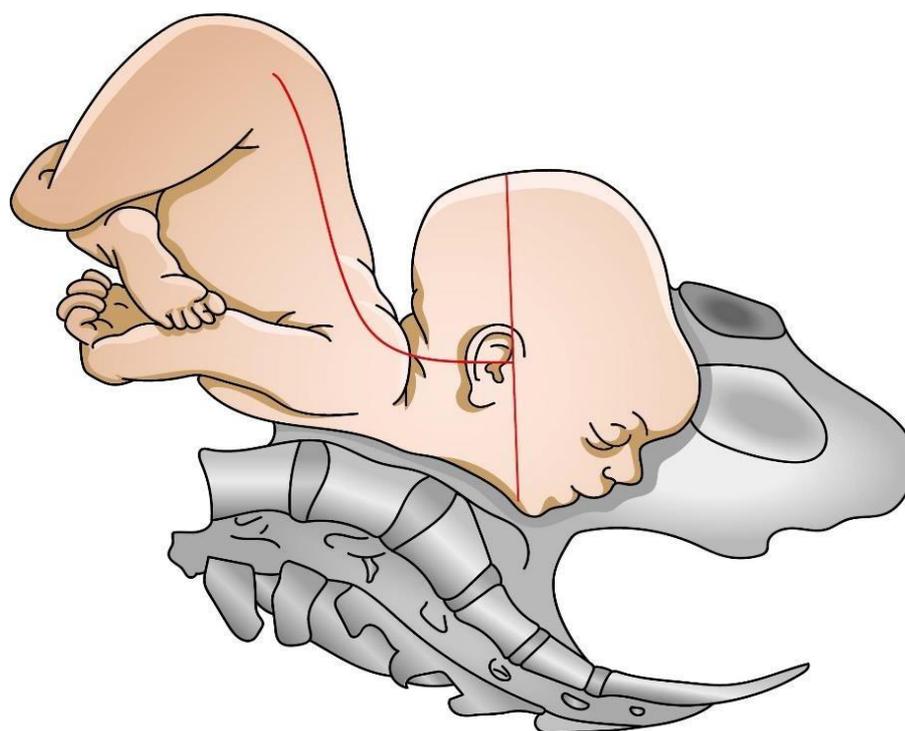
Fonte: Benzecry, 2006.



6 - Aplicar o fórcepe na apresentação de face em mento anterior (mento púbica - MP), executando as ações de prensão e tração. Iniciar destacando que, na apresentação cefálica defletida de terceiro grau (face), a aplicação do fórcepe não será viável na variedade de posição mento posterior (mento sacra - MS), pois a flexão necessária para o desprendimento cefálico será bloqueada pelo sacro (Figura 8). Descrever a realização de antisepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia loco-regional. Utilizar o fórcepe de Simpson. A aplicação dos ramos do fórcepe será muito parecida com a aplicação em variedade de posição direta (occipito púbica - OP). A introdução dos ramos deve ocorrer pelo vazio sacral. Os ramos devem estar inicialmente posicionados na direção vertical. São executados movimentos de introduz-abaixa e, ao final da introdução, cada ramo vai se posicionar horizontalmente. Com a mão esquerda segurando no cabo e a mão direita na colher, aplicar primeiro o ramo esquerdo do fórcepe (ramo “fêmea”), conduzindo a sua introdução com a mão que está na colher. A seguir, aplicar o ramo direito do fórcepe (ramo “macho”), segurando o cabo com a mão direita e a colher com a mão esquerda, também conduzindo a sua introdução com a mão que está guiando a colher. Articular os ramos. Confirmar os três critérios fundamentais da pega ideal (pega biparieto-malo-mentoniana) (critérios de Laufe). Na apresentação de face os critérios a serem avaliados são o mento, a linha facial e as fenestras das colheres. Após articulados os ramos do fórcepe, o mento deve estar a um dedo transverso do plano dos ramos. A linha facial deverá estar ao plano dos ramos (“no centro da figura”) e as fenestras das colheres não devem ser percebidas entre a cabeça fetal e o fórcepe (ou apenas percepção da polpa digital). Assentar com o tórax na altura do canal de parto. Executar tração axial de prova, por meio da manobra de Saxtorph-Pajot (mão distal traciona para baixo e mão proximal para o tórax do operador), até que o mento se posicione abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, iniciar elevação dos ramos e avaliar a necessidade de episiotomia. Parar a elevação dos ramos quando o occipital estiver acessível. Remover os ramos do fórcepe (primeiro o ramo direito - superior; e depois o ramo esquerdo - inferior) e terminar a extração do polo cefálico fetal (Figura 9). Após a dequitação da placenta, realizar revisão do canal de parto;



Figura 8 - Apresentação cefálica defletida de terceiro grau (face) em mento posterior (mento sacra - MS), incompatível com o desprendimento por meio da flexão do polo cefálico, bloqueado pelo sacro

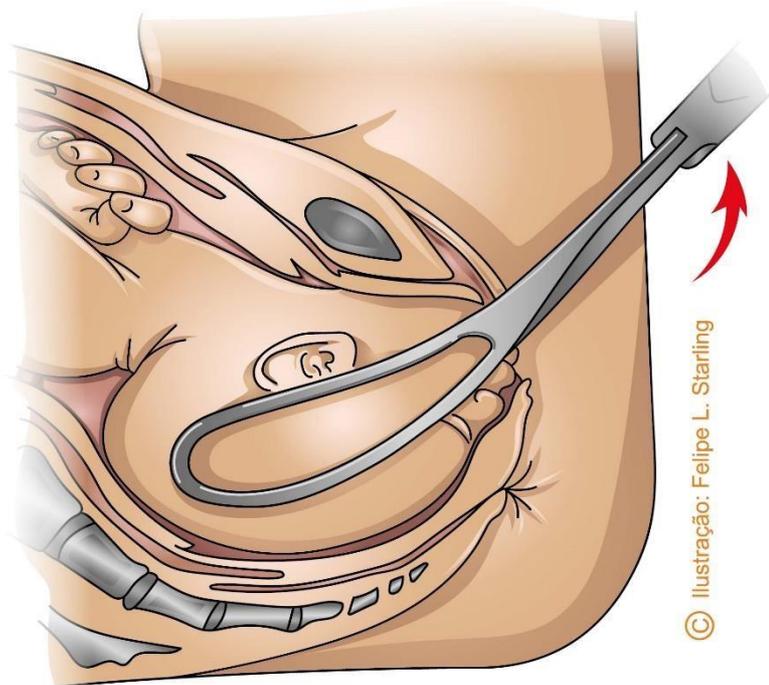


© Ilustração: Felipe L. Starling

Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizadas).



Figura 9 - Aplicação do fórcepe de Simpson na apresentação cefálica defletida de terceiro grau (face) em mento anterior (mento púbica - MP)



© Ilustração: Felipe L. Starling

Ilustração de Felipe Lage Starling (autorizadas).

Treinamento de habilidades em vácuo-extrator

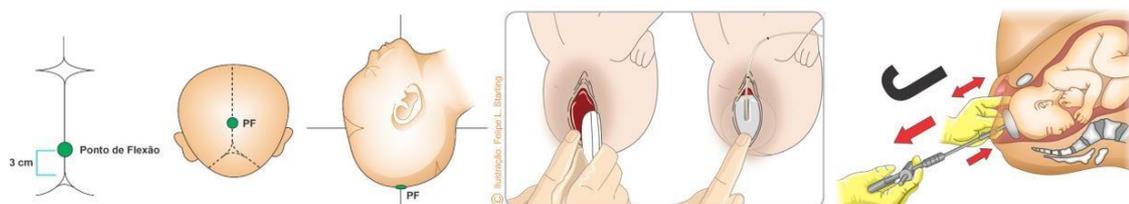
7 - Aplicar o vácuo extrator em variedade de posição direta (por exemplo: occipito púbica - OP), executando as ações de apreensão e tração. Descrever a realização de antissepsia, sondagem vesical de alívio e anestesia loco-regional. Utilizar o vácuo Kiwi Omni Cup. Verificar o equipamento por meio da testagem do vácuo na palma da mão. Aplicar a campânula três cm adiante do lambda (ponto de flexão), introduzindo-a no vestíbulo vulvar em disposição lateralizada. Enfatizar que na aplicação, o sulco presente na campânula deve ficar direcionado para as 12 horas, pois nos casos de extração rotacional esse posicionamento oferece melhor visualização da rotação (auto-rotação). Confirmar a boa pega (ausência de tecido materno sob a campânula). Calibrar o manômetro (pressionando a bomba palmar) até 600 mmHg (entre 450 e 500-600 mmHg) durante as contrações e reduzir para

Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia



100 mmHg nos intervalos. Tracionar perpendicularmente ao plano da campânula. Ressaltar que a tração deve ser axial (sem movimentar para os lados ou para cima e para baixo), realizada durante as contrações, e que a mão que traciona deve estar com a palma voltada para cima, com dois dedos posicionados de um lado do tubo da haste e os outros três do outro lado. Ressaltar também a técnica dedo/polegar, exercida com a mão que não traciona. O dedo indicador (e, alternativamente, o dedo médio também) se apoia(m) no polo cefálico e o dedo polegar no centro da campânula (ao lado do tubo da haste), intencionando evitar o desprendimento da campânula durante a tração (Figura 10). A tração deverá ocorrer até o momento em que o occipital se posiciona abaixo da sínfise púbica. Subsequentemente, elevar a bomba e o tubo da haste do vácuo e avaliar a necessidade de episiotomia (frequentemente dispensável). Remover a campânula após exteriorização da mandíbula fetal, utilizando a válvula para alívio da pressão. Terminar a extração do polo cefálico fetal. Após a dequitação da placenta, realizar revisão do canal de parto. Observação: interromper o procedimento se ocorrer perda do vácuo ou se não ocorrer progressão do polo cefálico após três tentativas ou, ainda, diante de tempo total de aplicação superior a 20 minutos.

Figura 10 - Aplicação do vácuo extrator em variedade de posição direta (occipito púbica - OP)



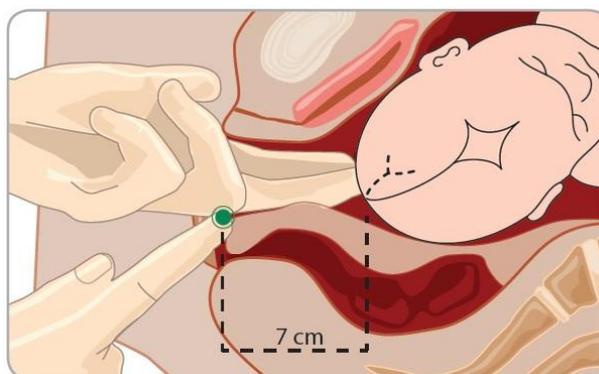
Fontes: Vacca A. *Handbook of vacuum delivery in Obstetric Practice*, 3ed; ilustrações de Felipe Lage Starling (autorizadas).



- Outras observações relacionadas à vácuo-extração com o Kiwi e que também podem ser recomendadas:

1 - Medida da distância entre o ponto de flexão e a fúrcula posterior: com a ponta do dedo médio no ponto de flexão, medir a distância até a fúrcula posterior, no introito vaginal (Figura 11).

Figura 11 - Medida da distância entre o ponto de flexão e a fúrcula posterior

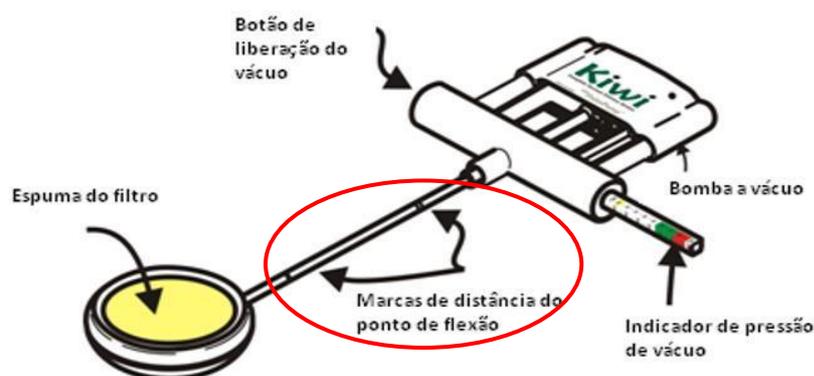


Fonte: Vacca A. *Handbook of vacuum delivery in Obstetric Practice*, 3ed.

Existem duas marcações (6 e 11 cm) no tubo da haste do vácuo Kiwi (Figura 12). Elas são referências para a inserção da campânula. A distância de inserção da campânula deve ser aquela medida entre o ponto de flexão e a fúrcula posterior.



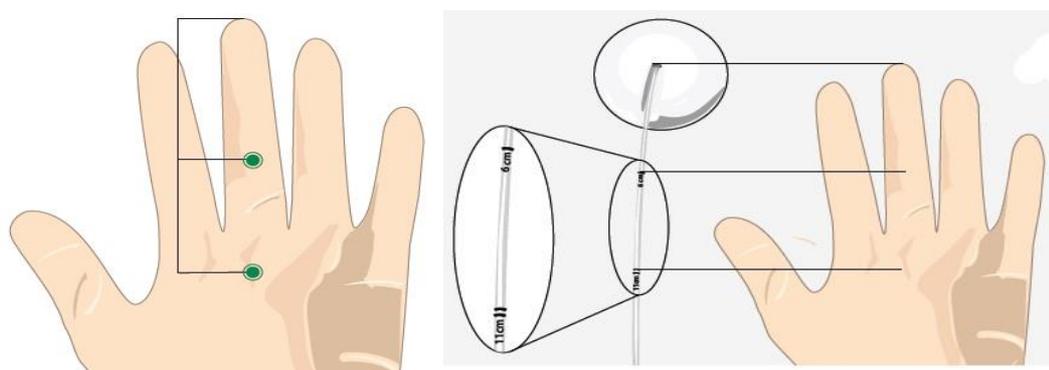
Figura 12 - Vácuo extrator Kiwi OmniCup com destaque das duas marcações de 6 e 11 cm presentes no tubo da haste



Fonte: Vacca A. *Handbook of vacuum delivery in Obstetric Practice*, 3ed.

2 - Habitualmente, as distâncias entre as articulações interfalângica e metacarpiana até a ponta do dedo médio são 6 e 11 cm, e também podem ser utilizadas como parâmetros coincidentes com as marcações presentes no tubo da haste (Figura 13).

Figura 13 - Distâncias entre as articulações interfalângica e metacarpiana até a ponta do dedo médio



Fonte: Vacca A. *Handbook of vacuum delivery in Obstetric Practice*, 3ed.