

PARTOS PÉLVICOS

J. NEVES, P. J. SANTOS, I. AZEVEDO, M. PAULA ARTEAGA, A. SILVA CRUZ
Serviço de Ginecologia e Obstetria. Hospital de Santa Maria. Lisboa.

RESUMO

Dada a importância que o parto assume, na situação da apresentação pélvica e devido à morbidade e mortalidade associada, os autores fizeram uma revisão dos partos pélvicos ocorridos na Maternidade do Hospital de Santa Maria no ano de 1993, tendo em conta variáveis como, idade materna, paridade, idade gestacional e via do parto. Foram também analisados outros parâmetros como peso feta e morbidade materno-fetal. Apresentam ainda, uma revisão bibliográfica sobre o parto pélvico, referindo aspectos como, epidemiologia, intercorrências, abordagem e conduta clínica instituída durante o trabalho de parto e morbi-mortalidade materna e fetal que eventualmente podem estar associadas ao parto e estabeleceram comparação com os resultados encontrados. A incidência do parto pélvico neste Hospital foi ligeiramente superior (4.7%) em relação aos dados referidos na literatura universal. A cesariana foi a via do parto mais comum, sendo registada em 70% dos casos.

SUMMARY

Breech Presentation in Labour

Labour is very important in breech presentation and it is associated to significant morbidity and mortality enhancement in recent years. The authors made a retrospective study of breech presentation and labour with this kind of fetal presentation, in Santa Maria Hospital in 1993 and analysed the following data: maternal age, parity, gestational age, the mode of delivery, the fetal weight, the maternal and fetal morbidity and mortality. The authors also reviewed the Literature on the incidence, the most frequent complications and the management in labour to compare with the results of the study. The authors found that the incidence of breech presentation in this Hospital is slightly higher (4.7%) than the universal data. The remaining results had no significant difference.

INTRODUÇÃO

A apresentação pélvica (AP) é uma das apresentações possíveis que o feto pode adquirir antes do trabalho de parto (TP). A esta apresentação, tal como as apresentações de face e de ombro, podem estar associadas a prematuridade e as malformações quer uterinas quer fetais, sendo geradoras de traumatismo materno-fetal durante o TP e condicionam um aumento da taxa de mortalidade e morbidade perinatal¹.

É a mais comum de todas as apresentações ditas de anómalas, ocorrendo em 3 a 4% das gestações. Hall e Kohl apontam como incidência de 3.3% num estudo realizado com 1456 casos num total de 43 513 partos; Morgan e Kane referem uma incidência de 4% numa

pesquisa em 16 327 casos num total de 404 847 partos; Hall e col. descrevem uma incidência de 3.2% num estudo realizado em 6044 casos num total de 190 661 partos e Neilson aponta a incidência de 3.1% numa avaliação de 2155 casos num total de 68 986 partos¹. Esta incidência na gravidez complicada com parto pré-termo é maior, atingindo os 14% entre as 29 e as 35 semanas².

A AP pode ser classificada, de acordo com a atitude fetal, como completa ou incompleta podendo esta última ser em modalidade de nádegas ou de pés. A incidência e o tipo de AP varia com a idade gestacional e o peso fetal; constata-se que a mesma diminui com o prolongamento da gravidez e com o peso fetal³.

São causas ou condições predisponentes desta apre-

sentação, o parto pré-termo, a rotura prematura de membranas, malformações fetais (MF) e anomalias uterinas. Consideram-se, no entanto a prematuridade e as malformações como as duas situações mais revelantes para a relação causa-efeito da AP¹.

A prematuridade faz aumentar para 2 a 3 vezes a incidência da AP e qualquer factor que predisponha ao parto pré-termo faz aumentar a incidência do parto pélvico. As malformações ocorrem em 6 a 7% das apresentações pélvicas comparativamente aos 2 a 3% das apresentações cefálicas⁴.

Os tipos de MF que mais frequentemente ocorrem no parto pélvico incluem anencefalia, hidrocefalia, trissomias (13,18 e 21), espinha bífida, mielomeningocelo e as anomalias neuromusculares e esqueléticas¹.

O peso fetal desempenha um papel muito importante na incidência da AP, conforme um estudo apresentado por Collea mostrando maior incidência (cerca de 25 a 30%) encontrada para fetos com o peso inferior às 2000g⁵.

O parto numa AP está associado ao aumento da mortalidade perinatal em cerca de 3 a 4 vezes quando comparada com a do parto numa apresentação cefálica. A mortalidade perinatal é influenciada pela prematuridade, malformações congénitas, pela hipóxia durante o TP e pelo traumatismo do parto¹.

A hipóxia durante o parto pode ser provocada pela demora da extração do pólo cefálico ou pelo prolapso do cordão umbilical. A incidência deste prolapso nas apresentações pélvicas é de 18% comparando com os 0.5% nas apresentações cefálicas; a maior parte dos casos de prolapsos ocorrem nas apresentações de pés. A extração prolongada da cabeça pode ocorrer tanto nas gestações de termo como nas de pré-termo; é mais comum nos fetos com peso igual ou superior a 3500g⁶.

O traumatismo do parto pode ocorrer em qualquer tipo de apresentação sendo no entanto mais comum na AP com a incidência de 24.5/1000. Deste traumatismo pode resultar no Recém-Nascido (RN), lesões do plexo braquial, hemorragias intraventriculares, lacerações da coluna, fracturas vertebrais, da clavícula ou dos ossos longos, hemorragia das supra-renais, lacerações do baço ou do fígado e lesões musculares, todas devido à manipulação do corpo fetal durante o período expulsivo. Sabe-se que 75% dos partos complicados com fracturas dos ossos longos dos RN são resultantes do parto por via vaginal. A ter ainda em conta, as lesões provocadas nos órgãos genitais nomeadamente nos fetos do sexo masculino⁷.

Os riscos elevados de morbi-mortalidade perinatal

associados ao parto vaginal leva a admitir como Hole e col. sugerem que o parto cirúrgico garante uma menor incidência de sequelas traumáticas no RN⁸.

A taxa de partos por cesariana nesta apresentação aumentou de forma significativa nos anos mais recentes (9,10) e sabe-se que a AP confere uma maior probabilidade do parto ser por via abdominal¹¹. Contudo, a conduta em relação à via do parto na AP é uma área de intensa controvérsia¹².

Consideram-se factores condicionantes do parto cirúrgico, como opção numa AP, a constatação de pelve materna incompatível, macrossomia fetal, antecedentes obstétricos de risco, primigesta com mais de 35 anos, disfunção uterina, placenta prévia, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, prolapso do cordão umbilical e/ou rotura prematura de membranas. Em apoio a esta opção, Morgan e Kane referem em 15 000 partos via abdominal por apresentação pélvica, em primigestas, sem intercorrências durante a gravidez, o parto por cesariana, associou-se a uma taxa de mortalidade perinatal de zero¹³.

Conforme demonstra a experiência de Todd Sterr e do LAC-US Medical Center, em relação à incidência da cesariana como via de parto na AP, tem havido um aumento desta via do parto¹ (quadro I).

Quadro I – Incidência do parto por cesariana

Referências	Ano	Incidência %
Todd Sterr	1963	23
	1970	50
LAC-US Medical Center	1975	72.5

A cesariana não está indicada nas situações de extrema prematuridade ou na presença de malformações congénitas letais bem como nos fetos com um peso estimado entre as 2500g e as 3500g, desde que a cabeça não se apresente desflectida¹⁴.

Grávidas com um tempo de gestação entre as 36 e as 38 semanas podem ser candidatas a uma versão externa (VE). No entanto, é preciso ter em conta a existência das contraindicações da VE, tais como, placenta prévia, uma cirurgia uterina anterior, oligoamnios, comprimento do cordão umbilical ou patologia materna que impeça a tocólise eficaz¹.

O recurso à infusão occitócica como moduladora da actividade uterina deve ser encarada na presença duma distócia dinâmica. Todavia, deve-se ter em conta que nestas situações é necessário excluir uma eventual incompatibilidade feto-pélvica, como causa primordial da distócia¹.

A cesariana pode ser realizada quer sob analgesia loco-

regional quer sob anestesia geral. Pode ocorrer traumatismo fetal numa cesariana pelo facto da incisão uterina ser pouco extensa, muito em particular nos fetos prematuros, porque o segmento inferior ainda não está formado; alguns autores defendem que nestas condições, uma incisão uterina segmentar longitudinal é mais benéfica¹.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram revistos os casos de partos pélvicos da Maternidade do Hospital de Santa Maria ocorridos no ano de 1993 e analisadas variáveis como, idade materna, paridade, idade gestacional, via do parto, peso fetal, morbidade/mortalidade materna e fetal assim como as intercorrências ocorridas na gestação ou durante o TP.

RESULTADOS

Em 1993 ocorreram 107 partos de fetos com apresentação pélvica, correspondendo a 4.7% do total de 2270 partos.

As características gerais da população estudada eram as seguintes: a idade materna entre o valor máximo de 41 e o valor mínimo de 15 anos, sendo a média de 28.2 ± 5.81 (*média±desvio-padrão*): foram identificadas 47 (44%) primíparas e 60 (56%) múltiparas; na altura do parto a idade gestacional situava-se entre as 40 semanas e as 20 semanas com a média de 35.1 ± 4.4 . Quanto à via do parto 88 (82%) foram partos por via vaginal e 19 (18%) foram cesarianas; cinco casos (4.7%) foram submetidos à indução do trabalho de parto com prostaglandina E₂ via endocervical dos quais apenas 2 induções foram consideradas positivas; 10 (9.3%) casos foram gestações não vigiadas (quadro II).

Quadro II – Características da população

N=107	Máximo	Mínimo	Média±dp
Idade materna	41	15	27.15±4.97
Idade gestacional	42	25	35.15±4.39
n=107	n	%	
Múltiparas	60	56	
Primíparas	47	44	
Gravidez não vigiada	10	9.3	
Parto vaginal	19	18	
Parto por cesariana	88	82	

A relação entre o tipo de parto e a duração da gravidez mostra, como se pode verificar, uma maior incidência quer do parto cirúrgico quer do parto vaginal entre a 35^a e a 40^a semana conforme consta no quadro III.

As intercorrências ocorreram em 45 casos (42%) sendo a mais frequente, *rotura prematura das mem-*

Quadro III – Relação entre a idade gestacional e tipo de parto

Semanas Gestação	Cesariana		Parto vaginal	
	n	%	n	%
<32	2	1.8	3	2.8
32-34	4	3.7		
35-37	13	12.1	6	5.6
38-40	62	57.9	10	9.3
>40	3	2.8	4	3.7

branas que foi registada em 26 casos (24.3%); as restantes intercorrências incluem, dois casos (1.8%) de epilepsia, lúpus, diabetes gestacional e colestase gravídica, um caso (0.9%) ACIU, parto pré-termo e de HTA transitória, quatro casos (3.7%) de oligoâmnios e cinco casos (4.6%) de preeclâmpsia.

O peso fetal médio foi de $2919.2 \pm 707.5g$ (*média±dp*). Relativamente à mortalidade fetal foram registados dois casos (1.8%) sendo a morbidade dominada essencialmente pelo síndrome da prematuridade e pelas infecções neonatais (quadro IV).

Quadro IV – Características dos recém-nascidos

Peso à nascença	Média±dp	
	n	%
	2156 ± 716g	
Morbidade fetal	7	6.5
Prematuridade	2	1.8
Malformações	1	0.9
Infecção	2	1.8
SDR	1	0.9
Luxação congénita anca	1	0.9
Mortalidade	2	1.8

Em relação à via do parto, o peso fetal teve influência significativa. A frequência do parto cirúrgico foi maior para fetos de termo o peso fetal superior às 2500 (quadro V).

Quadro V – Relação entre o peso fetal e o tipo de parto

Peso fetal	Cesariana		Parto vaginal	
	n	%	n	%
< 1500	4	3.7	1	0.9
1500-2000	2	1.8		
2000-2500	7	6.5	4	3.7
2500-3000	25	23.3	9	8.4
3000-3500	35	32.7	4	3.7
> 3500	15	14	1	0.9

A morbidade materna ocorreu apenas num caso (0.9%) e correspondeu a tromboflebite dum dos membros inferiores, não se registando mortalidade materna nesta casuística.

DISCUSSÃO

Este estudo retrospectivo aponta na generalidade para

os indicadores que são sobreponíveis à literatura internacional. A percentagem global de 4.7% dos partos com apresentação pélvica é ligeiramente superior à incidência (3 a 4%) referida por vários autores.

No nosso estudo encontramos um número significativo de gestações não vigiadas - 9.3% - , situação indiciadora que se terá de desenvolver um maior esforço para diminuir os casos de ausência de vigilância pré-natal.

Outro aspecto de relevo foi a constatação que nesta Maternidade começou a ser introduzida a programação e indução do parto com prostaglandinas nas apresentações pélvicas, desde que estejam asseguradas condições para uma evolução normal da dinâmica do trabalho de parto.

Em relação à via do parto constatamos um pormenor curioso; a cesariana foi paradoxalmente a via mais utilizada em fetos de termo com uma incidência de 70%, o que pode revelar, da parte médica, uma atitude de defesa relativamente a eventuais complicações no trabalho de parto nesta apresentação.

BIBLIOGRAFIA

1. IFFY L, APUZZIO JJ, VINTZELOS AM: Operative Obstetrics 2nd

Editon Mac Graw Hill Inc. New York 1992

2. Haughy M.J. Fetal position during pregnancy Am J. Obstet Gynecol. 1985; 153: 885-886

3. BENSON RC: Handbook of Obstetrics and Gynecology 8th Edition Lange Los Altos CA 1973

4. BRENNER WE, BRUCE RD, HAMDRICKE CH: The characteristics and perphil of fetal anomaly. J. Pediatr. 1975; 86: 419

5. COLLEA JV et al: The randomised management of term frank breech presentation: vaginal delivery versus caeserean section. Am J Obstet Gynecol 1978; 134: 186

6. ROMMERY SL, GRAY MJ et al: Gynecol and Obstet The health care in women Mac Graw-Hill Book Company New York 1975

7. CURRAN JS: Birth associated injury. Clin. Perinatol 1981; 8: 11

8. HOLE JE, KOHL S: Breech presentation Am. J. Obstet. Gynecol. 1956; 72: 977

9. NOTZON FG et al: Comparisions of National caesarean section rates New England Journal Medicine 1987; 316: 386-389

10. ANDERSON GM, LOMAS J: Determinants of the increasing caesarean section rates patients, facilities or policies? Canadian Medical Association Journal 1984; 132: 253-259

11. HALL MH: Commentary: Confidential enquiry into maternal death Brit. J. Obstet Gynecol 1990; 97: 752-743

12. JAMES DK, STEER PJ, WEINER CP, GONIK B: High risk pregnancy Saunders London 1994

13. MORGAN ES, KANE SH: An analysis of 16 327 breech birth JAMA 1964; 187: 262

14. REDDIN PC: Changing management of breech presentation. Missouri Med. 1974; 71: 584