



TÍTULO:

PARTO VAGINAL OPERATÓRIO

SETOR:

CÓDIGO:

POP.0943

ÚLTIMA REVISÃO:

12/04/2023

PRÓXIMA REVISÃO:

12/04/2025

VERSÃO:

5

DATA CRIAÇÃO:

31/10/2015

1) EXECUTANTE:

Obstetras

2) RESULTADOS ESPERADOS

Realizar o parto operatório em momento oportuno, com adequada orientação da paciente e acompanhante quanto ao procedimento, objetivando o melhor desfecho materno e perinatal.

3) PREPARAÇÃO E MATERIAIS NECESSÁRIOS

- a. Disponibilizar forceps de Simpson-Braun de tamanhos apropriados para cada caso;
- b. Disponibilizar forceps de Kielland;
- c. Disponibilizar vácuo-extrator mityvac®;
- d. Disponibilizar vácuo-extrator Kiwi®;
- e. Disponibilizar caixa de revisão de canal de parto apropriada;
- f. Fios de sutura

4) PRINCIPAIS ATIVIDADESSANTA JOANA / PRO MATRE / SANTA MARIA**4.1. Introdução**

O parto operatório consiste na utilização de instrumentos para auxiliar no desprendimento do polo cefálico, facilitando dessa maneira a conclusão do segundo período do parto (período expulsivo).

Atualmente, resumimos os partos vaginais operatórios em dois tipos de procedimentos ou instrumentos, o forceps e o vácuo-extrator.

4.2. Indicações

ELABORADO POR:

VERA DENISE DE TOLEDO LEME

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

EDUARDO CORDIOLI



TÍTULO:		PARTO VAGINAL OPERATÓRIO			SETOR:
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:	
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015	

As indicações dos partos operatórios são aquelas que determinam a necessidade de se abreviar o período expulsivo do trabalho de parto (segundo período), seja por indicação materna ou fetal.

Algumas condições maternas em que se torna necessária a realização do parto operatório são:

- Exaustão materna devido ao trabalho de parto extenuante;
- Cardiopatia;
- Pneumopatia;
- Crise hipertensiva;
- Doenças pulmonares graves;
- Hérnias de parede abdominal ou diástese dos músculos retos abdominais que comprometam a realização dos puxos maternos;
- Cicatriz uterina prévia, como operação cesariana ou miomectomias;
- Hipotonia uterina secundária.

Algumas condições feto-anexiais em que se torna necessária a realização do parto operatório são:

- Alterações da vitalidade fetal;
- Circulares de cordão que impedem o desprendimento final;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Rotação incompleta do polo cefálico (transversas baixas do períneo e occipito-posteriores persistentes).

No caso das gestantes de risco habitual, o período expulsivo prolongado e as alterações da vitalidade fetal constituem as principais indicações para o procedimento.

4.3. Condições técnicas para a realização do parto operatório

A boa prática obstétrica atual impõe que sejam respeitadas todas as condições técnicas para a realização do parto operatório, sendo que a cuidadosa avaliação dessas condições se relaciona com os melhores resultados maternos e perinatais. Entre as condições técnicas para se indicar o parto operatório temos:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
VERA DENISE DE TOLEDO LEME	MARIANA CREMA TOBARA	EDUARDO CORDIOLI



- Dilatação total do colo uterino;
- Polo cefálico profundamente insinuado. Ápice da apresentação no plano +3 de De Lee ou abaixo;
- Bolsa das águas rota;
- Avaliação favorável quanto à proporção feto-pélvica;
- Diagnóstico correto da variedade de posição fetal;
- Feto vivo ou em óbito recente.

5. Forceps

O forceps é classicamente definido como uma pinça obstétrica (*do inglês, Forceps = pinça*) destinada à preensão, rotação e tração do polo cefálico fetal. Há diversos tipos de forceps, mas acreditamos que o conhecimento de dois deles, o forceps de Simpson-Braun e o forceps de Kielland contemplam as necessidades para os partos operatórios preconizados na atualidade.

5.1. Classificação quanto à aplicação do forceps

As classificações quanto à aplicação do forceps podem ser feitas de acordo com a altura da apresentação fetal no momento da sua aplicação e também quanto à realização ou não de rotações do polo cefálico. De acordo com a altura da apresentação fetal temos:

- Forceps alto: é aquele aplicado em apresentações cefálicas com o vértice acima do plano representado pelas espinhas ciáticas (plano zero de De Lee), ou seja, -1, -2, -3. Apesar de utilizado nos tempos em que a realização do parto cesáreo era vista quase que como uma sentença de morte, este tipo de aplicação não deve existir na prática obstétrica moderna, pois os riscos associados a esse tipo de procedimento, tanto para a mãe quanto para o seu concepto, não mais o justificam.
- Forceps médio: neste caso a aplicação do forceps é realizada quando o polo cefálico se encontra no nível das espinhas ciáticas ou logo abaixo delas, correspondendo aos planos 0 e +1 de De Lee. Este tipo de aplicação também não é recomendado nos dias atuais, devido ao seu potencial risco de lesões do canal de parto e comprometimento do concepto. Exceção se faz a alguns tipos de aplicações chamadas de médio-baixas, em que a apresentação atinge os planos +2 a +3 de De Lee, principalmente durante



TÍTULO:		PARTO VAGINAL OPERATÓRIO			SETOR:
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:	
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015	

as contrações, e existe a necessidade imediata de abreviação do período expulsivo. De qualquer forma, quando indicado, o mesmo deve ser realizado por obstetra experiente e convicto sobre o seu benefício.

- Forceps baixo: para esta aplicação o polo cefálico encontra-se a partir do plano +2, mas preferencialmente nos planos +3, +4 de De Lee. Neste momento do período expulsivo, a realização do parto cesáreo pode trazer prejuízos importantes para a mãe no que diz respeito a lacerações uterinas e vesicais, sangramentos e comprometimento para futuras gestações. Além disso, o tempo necessário para a realização do parto cesáreo e em alguns casos a necessidade de novo procedimento anestésico, podem ser causa importante de asfixia perinatal. Por isso, o forceps baixo é recomendado por nós e deve estar sempre na mente do obstetra, e este por sua vez não deve hesitar em proceder à sua realização quando indicada. Em especial, quando o forceps baixo é realizado com o polo cefálico nas variedades de posição OP, OEA ou ODA, também podemos chamá-lo de forceps de alívio-materno fetal ou *outlet forceps*.

A classificação quanto a necessidade de rotações, que visam colocar o ponto de referência fetal no sub pube materno, podemos classificar o forceps em:

- Forceps de pequena rotação: rotações $\leq 45^\circ$. Refere-se às variedades de posição anteriores que se encontram no primeiro ou no segundo oblíquo. Nos casos das apresentações cefálicas fletidas, OEA e ODA respectivamente.
- Forceps de grande rotação: rotações $> 45^\circ$. Realizadas em variedades de posição transversas ou nas variedades de posição posteriores que se encontram no primeiro ou segundo oblíquo. Nas apresentações cefálicas fletidas, são as OET, ODT, ODP e OEP.

5.2. Forceps de Simpson–Braun

O fórcepe de Simpson-Braun possui características próprias (Fig.1). Seus ramos se unem por uma articulação fixa que se dá por encaixe, não permitindo assim o deslizamento desses ramos. Por esta razão, este forceps não é indicado para correções de assinclitismos. Com relação às suas colheres, é possível notar acentuadas curvaturas

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
VERA DENISE DE TOLEDO LEME	MARIANA CREMA TOBARA	EDUARDO CORDIOLI



pélvicas e cefálicas. A presença de fenestra na conformação da colher visa impor menor pressão sobre o polo cefálico quando aplicada. O cabo deste forceps possui ranhuras que facilitam sua empunhadura.

Não há dúvidas de que o forceps de Simpson-Braun seja indicado principalmente para as variedades de posição ântero-posteriores (OP e OS). Mas indicamos este forceps também para as variedades oblíquas (OEA, ODP, ODA e OEP), sendo nesses casos, necessária a rotação. Alguns profissionais podem achar estranha a aplicação do forceps de Simpson-Braun nos casos de variedades de posições posteriores, mas em nossa opinião, desde que a manobra de circundação dos cabos seja realizada de maneira correta, este forceps traz os melhores resultados do ponto de vista de traumas maternos nestas variedades de posições.

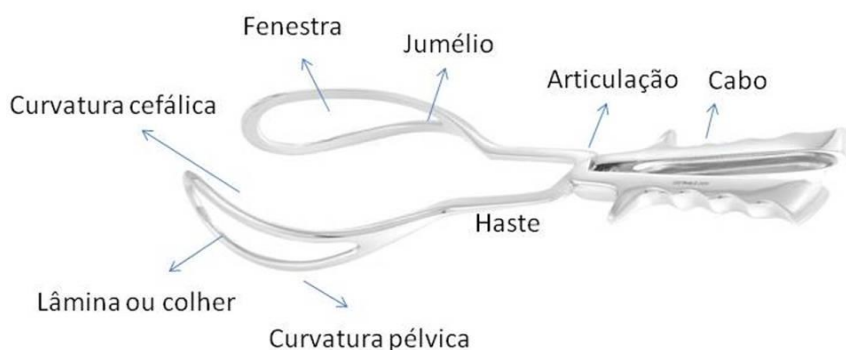


Fig.1. Características do forceps de Simpson-Braun

5.3. Forceps de Kielland

O forceps de Kielland possui características diferentes daquelas do fórcepe de Simpson-Braun (Fig.2). Seus ramos se unem por uma articulação móvel que permite o deslize dos mesmos, sendo por isso ideal para correções de assinclitismos acentuados. As curvaturas de suas colheres, que também possuem fenestras, são discretas. O cabo deste forceps é liso, permitindo que a mão também deslize durante a sua aplicação, o que favorece a realização da técnica de migração. Os cabos também possuem dois pontos que devem ser orientados em direção ao ponto de referência fetal no momento de sua aplicação. Todas essas características fazem com que o forceps de Kielland seja conhecido como o forceps das apresentações transversas, sendo em nossa opinião, sua principal indicação. Entretanto, o forceps de Kielland é um forceps



TÍTULO:		SETOR:		
PARTO VAGINAL OPERATÓRIO				
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015

“coringa” que pode ser utilizado em todas as variedades de posições das apresentações cefálicas nas quais o parto seja possível.

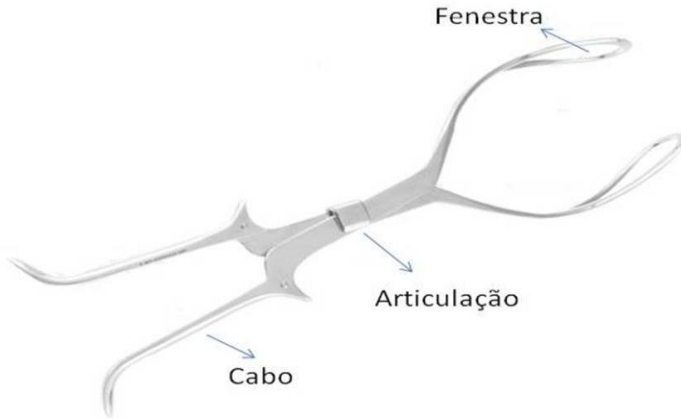


Fig.2. Características do fórcepe de Kielland

6. Vácuo-extrator

A vácuo-extração é uma forma de parto operatório que utiliza um sistema composto por uma bomba de sucção ligada, a uma ventosa (campânula), a partir de uma haste flexível. Há dois tipos de campânulas, em formato de sino ou em formato de cogumelo. As figuras 3 e 4 apresentam os dois tipos de equipamentos disponíveis no HMSJ.

Para a correta aplicação do vácuo-extrator é preciso determinar o ponto de flexão fetal, que é a localização no polo cefálico onde se exerce a tração com o objetivo de promover flexão adequada para a manutenção do menor diâmetro de insinuação na direção do canal de parto. Este ponto se localiza tipicamente 3 cm anterior à fontanela occipital. O centro da ventosa deve ser acoplado ao polo cefálico no ponto de flexão.



TÍTULO:		PARTO VAGINAL OPERATÓRIO		SETOR:
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015



Fig. 3. Vácuo-extratores com campânula de formato em cogumelo e sino. Notar que a campânula em formato de sino possui borda flexível. Mityvac®



Fig. 4. Vácuo-extractor com campânula de formato em cogumelo e rígida. Kiwi®

7. A escolha do instrumental adequado

Inicialmente, orientamos que a escolha do instrumental mais adequado deve basear-se na familiaridade e capacitação de cada profissional. Entretanto, cada instrumental possui características próprias que o coloca como melhor opção em cada caso.

O vácuo-extractor é menos traumático para os tecidos maternos, requer menos anestesia e tem técnica de aplicação mais simples. Entretanto, o vácuo-extractor deve ser utilizado apenas em fetos de termo e apresentações cefálicas fletidas. A aplicação do vácuo-



extrator em prematuros, mesmo no limite da prematuridade (34 a 36 semanas), pode levar a traumas do sistema nervoso central. Orientamos que a escolha do vácuo-extrator deve ser feita para os casos em que se antecipa certa facilidade para a obtenção do desprendimento do polo cefálico, nas variedades de posições OP ou nas occipito anteriores (OEA e ODA) em que a rotação final pode ser obtida facilmente. Ainda assim, orientamos que o parteiro complete a rotação manualmente (para OP) e então realize a aplicação do vácuo-extrator.

Atualmente, contraindicamos a aplicação do vácuo-extrator nas variedades de posições que necessitam de grandes rotações como as occipito-transversas (OET e ODT) e occipito-posteriores (ODP e OEP).³ A aplicabilidade em occipito-sacra (OS) pode ser realizada por obstetra experiente. Porém, somente as campânulas em formato de cogumelo podem ser utilizadas nesses casos, pois as campânulas em sino não serão bem acopladas e poderão atingir a região da fontanela bregmática. Por fim, admitimos que a extração com vácuo-extrator só é possível nos casos em que a parturiente apresenta contrações uterinas evidentes e consegue auxiliar com a realização dos puxos maternos.

Contrariamente ao vácuo-extrator, o forceps é instrumento mais versátil, possui maiores taxas de sucesso, e só será contraindicado nas apresentações cefálicas defletidas de segundo grau, mas possibilita grandes rotações cefálicas e pode ser utilizado nos limites da prematuridade (34 a 36 semanas e 6 dias).

Diante da falha na aplicação do vácuo-extrator, determinada por escapes da campânula (3 escapes), na presença de obstetra experiente e na certeza de ausência de desproporção cefalopélvica, o forceps poderá ser utilizado. Ao contrário, na impossibilidade de tração fetal com o forceps, não recomendamos a substituição do instrumental pelo vácuo-extrator.

8. Avaliação quanto a necessidade de episiotomia

A episiotomia é definida como uma operação ampliadora do canal de parto. Apesar de ter sido bastante utilizada, atualmente recomenda-se que não seja realizada rotineiramente. Nos casos de partos instrumentais, fundamentalmente no forceps, a



TÍTULO:		PARTO VAGINAL OPERATÓRIO		SETOR:
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015

episiotomia pode reduzir os riscos de lacerações graves. Entretanto, recomendamos que a indicação da episiotomia seja individualizada.

Nos casos em que a episiotomia seja indicada, recomendamos que seja feita a partir da fúrcula vaginal a 60° em relação à rafe mediana (corpo perineal).

9. Complicações associadas aos partos operatórios

As principais complicações relacionadas aos partos operatórios dizem respeito aos traumas maternos, como lacerações de canal de parto e sangramentos excessivos. Portanto, recomendamos a realização de revisão de canal de parto de maneira sistemática.

A necessidade de instrumentalização do parto está associada a maior risco de distócia de bisacromial e o parteiro experiente deve estar preparado para esse tipo de complicação.⁴

Os tocotraumas perinatais não são frequentes, mas a equipe de neonatologia deve estar sempre ciente sobre o procedimento para pronta assistência quando necessário.

10. Revisão de canal de parto

A revisão de canal de parto é um tempo obrigatório em todos os partos operatórios. Recomendamos de pinças de De Lee para os lábios anterior e posterior do colo uterino e a utilização de válvulas de Doyen para a obtenção de campo visual satisfatório.

Salientamos atenção especial para os casos de utilização de compressas ou gazes durante a revisão e suturas de lacerações, pois não é incomum o esquecimento desses materiais após os procedimentos.

11. Antibioticoprofilaxia

A Organização Mundial da Saúde (OMS), recomenda a administração de dose única de amoxicilina associada a ácido clavulínico, ou antibiótico com espectro de ação semelhante, logo após o parto ou até 6 horas após o mesmo.⁵ Mantendo a concordância com esta recomendação, orientamos a administração do antibiótico em dose única, após a ligadura e secção do cordão umbilical:

ELABORADO POR:	REVISADO POR:	APROVADO POR:
VERA DENISE DE TOLEDO LEME	MARIANA CREMA TOBARA	EDUARDO CORDIOLI



TÍTULO:		SETOR:		
PARTO VAGINAL OPERATÓRIO				
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015

- Amoxicilina (1 g) + Ácido clavulínico (200 mg) IV em dose única

OU

- Cefazolina (1 g) IV em dose única

12. Consentimento informado

A realização do parto operatório demanda a obtenção de consentimento informado pela parturiente.⁶ Dessa forma, preconizamos que a possibilidade do procedimento seja abordada já em consulta pré-natal, mas que seja cuidadosamente explicada durante o parto e todas as dúvidas devem ser elucidadas. Assim, o obstetra experiente deve perceber a necessidade da utilização de algum tipo de instrumentalização e orientar a parturiente antes que situações emergenciais ocorram.

13. CUIDADOS

- a) Esclarecer parturiente e acompanhante sobre a necessidade do parto operatório e necessidade de episiotomia;
- b) Realizar anestesia apropriada para permitir tanto a realização do procedimento, quanto a revisão de canal de parto;
- c) Escolher o melhor instrumental para cada caso;
- d) Considerar a realização de sondagem vesical de alívio;
- e) Realizar o forceps com 2 obstetras em sala;
- f) Realizar o vácuo-extrator com um obstetra, sendo o auxiliar, outro obstetra ou enfermeira(o) obstetra.

14. PLANO DE CONTINGÊNCIA

Considerar risco hemorrágico

15. AÇÕES EM CASO DE NÃO CONFORMIDADE

Comunicar a chefia imediata

ELABORADO POR:

VERA DENISE DE TOLEDO LEME

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

EDUARDO CORDIOLI



TÍTULO:		SETOR:		
PARTO VAGINAL OPERATÓRIO				
CÓDIGO:	ÚLTIMA REVISÃO:	PRÓXIMA REVISÃO:	VERSÃO:	DATA CRIAÇÃO:
POP.0943	12/04/2023	12/04/2025	5	31/10/2015

16. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hamilton BE, Martin JA, Osterman MJ, Curtin SC, Matthews TJ. Births: Final Data for 2014. Natl Vital Stat Rep. 2015 Dec;64(12):1-64. PMID: 26727629.
- Operative Vaginal Birth: ACOG Practice Bulletin, Number 219. Obstet Gynecol. 2020 Apr;135(4):e149-e159.
- Rose K, Kwan L, Pluym ID, Zhang H, Han CS, Afshar Y. Forceps-assisted vaginal delivery: the landscape of obstetrics and gynecology resident training. J Matern Fetal Neonatal Med. 2021;34(18):3039-3045.
- Giacchino T, Karkia R, Zhang W, Beta J, Ahmed H, Akolekar R. Kielland's rotational forceps delivery: A comparison of maternal and neonatal outcomes with rotational ventouse or second stage caesarean section deliveries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2020;254:175-180.
- Dall'Asta A, Ghi T, Pedrazzi G, Frusca T. Does vacuum delivery carry a higher risk of shoulder dystocia? Review and meta-analysis of the literature. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2016;204:62-8.
- WHO. WHO recommendation on routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Murphy DJ. Medico-legal considerations and operative vaginal delivery. BesPract Res Clin Obstet Gynaecol. 2019;56:114-124.

17. DATA DA PRIMEIRA PUBLICAÇÃO

Não se aplica

ELABORADO POR:

VERA DENISE DE TOLEDO LEME

REVISADO POR:

MARIANA CREMA TOBARA

APROVADO POR:

EDUARDO CORDIOLI