

Descritores

Discinesias; Contração uterina; Trabalho de parto

Como citar?

Codarin RR, Francisco RP. Discinesias da contratilidade uterina e sua correção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 103/Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério).

1. Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da Febrasgo. Protocolo Febrasgo de Obstetrícia nº 103, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/protocolos>

Discinesias da contratilidade uterina e sua correção

Rodrigo Rocha Codarin¹, Rossana Pulcineli Vieira Francisco¹

INTRODUÇÃO

As contrações uterinas durante o trabalho de parto assumem o papel fundamental de promover a dilatação do colo uterino e permitir a progressão do feto pelo canal de parto até o seu desprendimento e, no período pós-parto, promovem hemostasia por meio do miotamponamento.⁽¹⁾

A definição para trabalho de parto ainda não é consenso na literatura. A mais frequentemente utilizada em nosso meio é a de que podemos considerar a gestante em trabalho de parto quando existirem contrações uterinas rítmicas e capazes de dilatar e esvaecer o colo.⁽²⁾

Segundo Friedman, a fase ativa teria seu início aos 3 cm de dilatação. Porém, há necessidade de entendimento de que a internação de pacientes de baixo risco, no início da fase ativa, pode representar maior risco de intervenções desnecessárias, que podem inclusive aumentar o risco de anormalidades na contração uterina. Assim, há divergência na literatura quanto à definição da fase ativa, especialmente quando se associa essa definição à progressão da dilatação cervical de forma linear e significativa (1,2 a 1,5 cm/h).⁽³⁻⁶⁾

Como o tempo necessário para a dilatação cervical ainda é controverso na literatura, variando de acordo com população estudada, fica difícil estabelecer a progressão ideal do trabalho de parto. Vale ressaltar que tais parâmetros podem funcionar como norte para o acompanhamento no trabalho de parto, entretanto não devem ser utilizados de maneira absoluta, uma vez que a parturiente e a evolução do trabalho de parto devem ser individualizadas.

Zhang *et al.*, em 2010, analisaram o progredir do trabalho de parto de mais de 60.000 pacientes. Os autores descreveram que nessa população o trabalho de parto fisiológico pode levar mais de 9 horas para evoluir de 4 para 6 cm de dilatação. Chama a atenção, nesse estudo, o número elevado de pacientes em uso de analgesia e ocitocina.⁽⁷⁾

A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2018, recomendou que, em pacientes de baixo risco, a progressão de dilatação de 1 cm/hora durante a fase ativa não é adequada para identificar mulheres com risco para resultado perinatal adverso. Por outro lado, recomenda-se que, para essas pacientes, a fase ativa não ultrapasse 12 horas em primíparas e 10 horas em múltiparas.⁽⁸⁾

Atualmente, para pacientes de baixo risco, a OMS não recomenda a utilização de manejo ativo antes de 5 cm de dilatação. Em contraposição, o tempo prolongado de trabalho de parto pode inferir em riscos ao binômio materno-fetal, tais como corioamnionite, sofrimento fetal e lesões de trajeto.⁽⁹⁾ Cabem, portanto, ao profissional que assiste a paciente, o discernimento da evolução habitual de um trabalho de parto e o julgamento da necessidade de intervenção diante de desvios em sua evolução usual.

DIAGNÓSTICOS E TRATAMENTOS

Podemos definir a distocia funcional por hipoatividade como a parada na progressão do trabalho de parto derivada da falta de contrações, tanto por

falta de tônus como de frequência; uma vez diagnosticada, suas principais formas de correção são a utilização de ocitocina endovenosa ou a amniotomia. Para a utilização de ocitocina, usualmente, diluem-se 5 UI em 500 mL de soro fisiológico ou ringer lactato e titulam-se tais dosagens com bomba de infusão contínua. A sugestão é iniciar a infusão com 12 mL/h e aumentar a dose de 12 em 12 mL/h, a cada 20 minutos, até a obtenção de contrações efetivas ou dose máxima de 40 mUI/min.⁽²⁾

Podemos definir a distocia funcional por hiperatividade como aquela que cursa com atividade uterina exagerada, com aumento na frequência e intensidade das contrações. Usualmente, ela é derivada de algum processo obstrutivo à progressão do trabalho de parto (tumor prévio ou desproporção).⁽²⁾ Caso a hiperatividade seja derivada de processo obstrutivo (desproporção fetopélvica ou tumor prévio), como esse usualmente não é reversível, a cesárea é o tratamento.

A hipertonia uterina é aquela promovida pelo aumento na frequência das contrações uterinas, levando ao aumento no tônus uterino basal. Ela é frequente em pacientes utilizando ocitocina. Esse é um dos principais motivos de evitarmos sua utilização de maneira indiscriminada e de, quando necessária, sua utilização ser recomendada com titulação com bomba de infusão. Por ser um medicamento de meia-vida curta, para corrigir sua superdosagem, usualmente, basta realizar a suspensão da administração. Para os casos em que essa medida não seja suficiente, ainda é válida a hidratação endovenosa, a utilização de betamiméticos (tais como a terbutalina) ou até mesmo a analgesia de parto.

A distocia de dilatação, também denominada como distocia de incoordenação, é definida pela não progressão na dilatação do colo uterino em paciente em fase ativa do trabalho de parto, a despeito da presença de contrações uterinas em intensidade e frequência ade-

quadas para o momento, sem causas obstrutivas aparentes. A proposta de tratamento para esses casos é inicialmente a realização de analgesia de parto. Caso não se obtenha resposta, a amniotomia e a ocitocina podem ser utilizadas.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

- Diagnosticar o trabalho de parto de maneira cuidadosa.
- Entender as fases de progressão do trabalho de parto.
- Não realizar intervenções rotineiras.
- Fazer o diagnóstico correto da distocia antes de utilizar intervenções.

REFERÊNCIAS

1. Zugaib M, Francisco RP, editores. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. Contratilidade uterina. p. 316-24.
2. Zugaib M, Francisco RP, editores. Zugaib Obstetrícia. 3ª ed. Barueri: Manole; 2016. Distocias. p. 386-97.
3. Friedman EA, editor. Labor: Clinical evaluation and management. New York: Appleton-Century-Crofts; 1967.
4. Friedman EA. Labor in multiparas; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1956;8(6):691-703.
5. Friedman EA. Primigravid labor; a graphicostatistical analysis. *Obstet Gynecol.* 1955;6(6):567-89.
6. Friedman E. The graphic analysis of labor. *Am J Obstet Gynecol.* 1954;68(6):1568-75.
7. Zhang J, Landy HJ, Branch DW, Burkman R, Haberman S, Gregory KD, et al. Contemporary patterns of spontaneous labor with normal neonatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2010;116(6):1281-7.
8. World Health Organization (WHO). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018.
9. Rosenbloom JI, Stout MJ, Tuuli MG, Woolfolk CL, Lopez JD, Macones GA, et al. New labor management guidelines and changes in cesarean delivery patterns. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;217(6):689.e1-e8.