



SOFRIMENTO FETAL AGUDO

Rotinas Assistenciais da Maternidade-Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Define-se sofrimento fetal agudo como a presença de hipoxemia e hipercapnia, (acidose metabólica) decorrentes do comprometimento da troca de gases. Na maioria das vezes ocorre durante o trabalho de parto. Porém, em algumas situações pode ser observado no período anteparto.

ETIOLOGIA

● Insuficiência úteroplacentária aguda

- Hiperatividade uterina (hipersistolia, taquissistolia, hipertonia), sem causa evidente ou:
 - Após administração intempestiva e imprudente de ocitócicos.
 - Associada à pré-eclâmpsia.
 - Associada ao parto obstruído.
- Hipotensão arterial materna:
 - Hemorragias.
 - Mau posicionamento da paciente.
 - Anestesia de condução.

● Insuficiência fetoplacentária aguda

- Associada a patologia funicular:
 - Circulares (cervical, em membros, no abdome)
 - Nós falsos e verdadeiros
 - Procidência e prolapso
- Por autocompressão
 - Oligodramnia

PROFILAXIA

- Reduzir a ansiedade materna proporcionando ambiente tranquilo e incentivando o apoio familiar.
- Não efetuar amniotomia precoce.
- Não acelerar o parto que progride normalmente.
- Só utilizar ocitocina quando a evolução do parto se detém ou se retarda por deficiência na contratilidade uterina.
- Se houver indicação médica para indução do parto, observar rigorosamente as rotinas referidas no capítulo correspondente.
- Monitorar todos os partos induzidos e/ou de alto-risco.
- Diagnosticar tempestivamente e corrigir os distúrbios da contratilidade uterina.
- Corrigir prontamente a hipovolemia, a hipotensão, a hipoglicemia e os distúrbios eletrolíticos maternos.

DIAGNÓSTICO

• Alterações da frequência cardíaca fetal (*fcf*) e do traçado cardiotocográfico

- *Taquicardia*: frequência cardíaca fetal com valores acima de 160 bpm, por período superior a 10 minutos, sinalizará hipoxemia fetal (exceto nos casos de febre materna, uso de drogas simpaticomiméticas). No traçado cardiotocográfico, poderá estar acompanhada de alterações como a perda das acelerações, a mudança do traçado (perda das oscilações da linha de base) e a presença de desacelerações..
- *Bradycardia*: frequência cardíaca abaixo de 110 bpm, por período superior a 10 minutos; poderá converter-se em bradicardia severa evoluindo para óbito fetal. Na cardiotocografia pode representar sofrimento fetal agudo quando acompanhada de perda das acelerações e/ou das oscilações da linha de base, e na presença de desacelerações..
- *Desacelerações (dips) tardias*: são as desacelerações retardadas em relação à contração uterina (o tempo entre o pico da contração e o fundo do *dip* é igual ou maior que 18 - 30 segundos). Estão associadas à estase de sangue intervilo e são sempre ominosas para o feto, acompanhadas de qualquer valor da frequência cardíaca fetal basal. Na ausência de acelerações e movimentos fetais, com oscilação lisa, evoluem para bradicardia terminal e morte intraparto.
- *As desacelerações variáveis*: irão adquirir significado patológico quando apresentarem elevada frequência de aparecimento, forem profundas (60 bpm), apresentarem retorno lento (ausência de aceleração compensatória), houver perda das acelerações, ocorrer modificação das oscilações da linha de base (linha de base com padrão liso) e a frequência cardíaca fetal basal de modo geral apresentar taquicardia.

• Mecônio

- O achado de mecônio, por si só, não é sinal de sofrimento fetal agudo.
- Exige maior cuidado do obstetra no acompanhamento da vitabilidade fetal, quando do tipo recente, espesso tipo *pasta de ervilha*.
- Sugere sofrimento fetal quando acompanhado de alterações da frequência cardíaca fetal. A ausência de acelerações e de movimentos fetais, durante o trabalho de parto representam marcadores importantes de baixa oxigenação fetal.

CONDUTA

- A ansiedade da parturiente é amenizada com a presença constante do médico assistente.
- Administrar oxigênio sob máscara, 8 a 10 l/min.
- Alterar a posição da paciente para decúbito lateral.
- Suspender a infusão de ocitocina venosa, mantendo-se a via de acesso com soro glicosado.
- Se presente hipotensão arterial materna pelo uso de anestesia de bloqueio, corrigir com infusão de líquidos e vasodilatadores.
- Abreviar o período expulsivo com o uso do fórcepe, desde que presentes condições de praticabilidade.
- No insucesso das medidas assumidas, indicar operação cesariana de urgência. Enquanto se aguarda o início do procedimento, pode-se prescrever uterolíticos: (Salbutamol, 5mg em 500 ml de SG, 20 gotas por minutos (10microg/min). Nestes casos, logo após a saída da massa placentária infundir ocitocina venosa para evitar graves hipotonias: (20 UI em 500 ml de soro glicosado a 5%, perfundidas na velocidade de 20 gotas/min – 40 mUI/min).

LEMBRETES

- A mudança do padrão oscilatório para o liso terá reflexo sobre o bem estar fetal. O traçado liso sempre será sinal de sofrimento fetal agudo.
- As desacelerações precoces , quando de início precoce no trabalho de parto, tenderão para o sofrimento fetal agudo, quando estiverem acompanhadas de perdas de aceleração e de oscilação da linha de base, independentemente do valor da frequência basal. Elas serão consideradas como achado normal somente na fase final do período expulsivo.
- A ausência de acelerações e de movimentos fetais, durante o trabalho de parto, representam marcadores importantes de baixa oxigenação fetal.

LEITURA SUGERIDA

1. CARBONNE, B., et al. Maternal position during labor: effects on fetal oxygen saturation measured by pulse oximetry. **Obstet. Gynecol.**, v.88, n.5,p.797-800, 1996.
2. CLARK, S.L., et al. Oxytocin: new perspectives on an old drug. **Am. J. Obstet. Gynecol.**, v.200, n.1, p.35.e 1-6, 2009.
3. CUNNINGHAM, F.G., et al. **Williams obstetrics**. 22nd.ed. New York: McGraw-Hill, 2005.
4. DANIELIAN, P.; STEER, P.J. Fetal distress in labor. In: JAMES, D., et al. **High risk pregnancy: management options**. 4th.ed. Philadelphia: Saunders, 2011. p.1191-1210.
5. DANTI, L., et al. **Cardiotocografia: guida pratica**. Padova: Piccin Nuova, 2010.
6. FURLEY, P.R. **Cardiotocografia prática: anteparto e intraparto**. 2.ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2012.
7. MILLER, D. A. Intrapartum fetal monitoring: maximizing the benefits and minimizing the risks. **Contemp. Ob/Gyn.**, v.55, n.2, p.26-36. 2010.
9. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J.. **Obstetrícia fundamental**, 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.