Casos clínicos

Distocia de ombro

Discussão de casos · ambulatório e plantão

CASO 1| SINAL DA TARTARUGA

Joelma, 34 anos, G3P2, diarista. 39 semanas. DMG em uso de metformina.

Admitida em trabalho de parto espontâneo, 6 cm. Peso estimado por USG de ontem: 4.200 g. Partos anteriores: 3.900 g e 4.050 g, vaginais, sem intercorrências. IMC 36. Glicemia na admissão 118 mg/dL.

Período expulsivo de 50 minutos. A cabeça desprende em occipitopúbica e, imediatamente, retrai contra o períneo ('tartaruga'). A rotação externa não acontece. Você faz tração suave para baixo e o ombro anterior não vem.

São 03h20. Na sala: você (R2), uma técnica de enfermagem e a acompanhante. O pediatra está na UTI neonatal. BCF prévio 140 bpm, sem desacelerações.



O que você faz nos próximos 60 segundos? Em que ordem? O que você NÃO faz?

Resolução do caso 1

Distocia de ombro. Pare de tracionar, anuncie o diagnóstico em voz alta e inicie a sequência. Marque a hora.

1. Ajuda (H): 'Distocia de ombro, 03h20!' — chamar obstetra sênior, pediatra/neonatologista, anestesista e mais enfermagem. A técnica anota os tempos. Peça à paciente para NÃO fazer força agora.
2. McRoberts (L): hiperflexão das coxas sobre o abdome, com dois ajudantes; retifica a lordose lombossacra e roda a sínfise para cima. Tração axial suave, nunca para baixo nem para cima.
3. Pressão suprapúbica (P): ajudante aplica pressão (contínua, depois em balanço) acima da sínfise, do lado do dorso fetal, empurrando o ombro anterior para o diâmetro oblíquo. 30 s com McRoberts: resolve mais da metade dos casos.
4. Manobras internas (E): episiotomia só se precisar de espaço para a mão. Rubin II (aduz o ombro anterior) → Woods (roda o posterior) → remoção do braço posterior (R).
5. Gaskin (R): quatro apoios, e repetir. Último recurso: fratura deliberada da clavícula, Zavanelli, sinfisiotomia. Nunca: pressão de fundo, tração forte, puxos maternos durante a impactação.



Chamar ajuda + hora

McRoberts + suprapúbica

Rubin → Woods → braço

Pressão de fundo: nunca

Fontes: ACOG Practice Bulletin 178, Shoulder Dystocia (2017); RCOG Green-top Guideline 42 (2012); ALSO (HELPERR); SOGC (ALARMER); FEBRASGO, Tratado de Obstetrícia (2019).

AS MANOBRAS, NA ORDEM | HELPERR

Letra	Manobra	Como fazer	Tempo
H — Help	Pedir ajuda	Anunciar 'distocia de ombro' e a hora; obstetra, pediatra, anestesista, enfermagem; paciente para de fazer força	0
L — Legs	McRoberts	Hiperflexão das coxas sobre o abdome; tração axial suave; sucesso isolado ~40%	30 s
P — Pressure	Pressão suprapúbica	Mão fechada acima da sínfise, do lado do dorso, pressão contínua e depois em balanço; com McRoberts resolve > 50%	30 s
E — Enter	Rubin II Woods / Woods reverso	Dedos atrás do ombro anterior, empurrando-o para o tórax (aduz) Dedos à frente do ombro posterior, rodando 180° em parafuso	30–60 s
R — Remove	Braço posterior	Mão na face anterior do feto, flexiona o cotovelo, varre o antebraço pelo tórax e retira o braço posterior; reduz o diâmetro biacromial	30–60 s
R — Roll	Gaskin (4 apoios)	Gestante de quatro: a gravidade e a mobilidade da pelve liberam o ombro posterior; repetir a sequência. Depois: clavícula, Zavanelli, sinfisiotomia	30 s

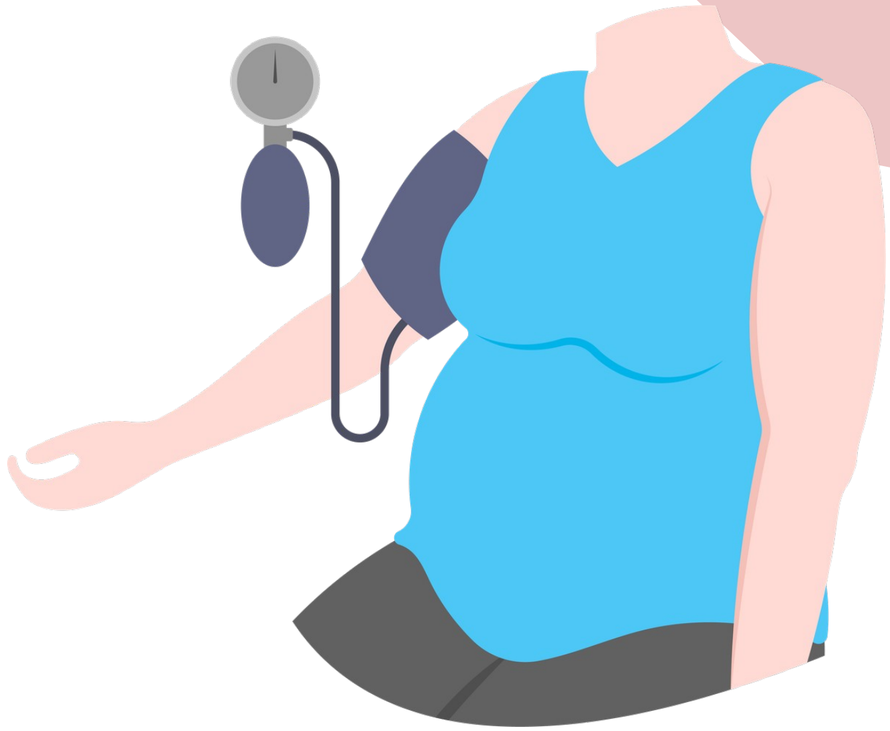
Fontes: ACOG PB 178 (2017); RCOG GTG 42 (2012); ALSO (HELPERR). E de 'Evaluate for episiotomy': só se necessária para as manobras internas — a episiotomia em si não resolve distocia óssea.

CASO 2 | 'DOUTOR, É MELHOR MARCAR CESÁREA?'

Rosângela, 29 anos, G2P1. 37 semanas, DMG em insulina NPH 28 U/dia.

DMG diagnosticada com 26 semanas, controle irregular até a 32ª. Ganho de peso 19 kg, IMC pré-gestacional 33. Parto anterior há 4 anos: vaginal, 4.300 g, 'dificuldade para sair o ombro'; o bebê ficou 10 dias internado por 'braço mole', recuperado em 3 meses. USG hoje: peso estimado 4.350 g (p > 97), circunferência abdominal > p97.

Pergunta se pode 'ganhar normal de novo'. A colega da UBS disse que 'bebê grande tem que nascer de cesárea'.



Quais são os fatores de risco dela? Cesárea eletiva está indicada? Com que argumentos você decide — e como registra?

Resolução do caso 2

Risco acumulado: distocia prévia com lesão, DMG, macrossomia estimada, obesidade. Cesárea programada é razoável — pelo conjunto, não pelo peso isolado.

A diretriz: ACOG PB 178 — considerar cesárea eletiva com peso estimado ≥ 5.000 g sem diabetes ou ≥ 4.500 g com diabetes. Abaixo disso, 'cesárea por macrossomia' não se sustenta: o USG erra 10–15% e seriam centenas de cesáreas para evitar uma lesão permanente.

O que pesa nela: distocia anterior com lesão de plexo (recorrência ~10–15%) + diabetes (tronco e ombros proporcionalmente maiores) + 4.350 g. ACOG e RCOG: na distocia prévia, decisão compartilhada — cesárea é opção aceitável.

Conversa: a maioria dos bebês grandes nasce bem de parto normal, mas o histórico dela aumenta a chance de repetir; oferecer cesárea com 39 semanas e registrar a decisão compartilhada.

Se escolher o parto vaginal: equipe avisada e à beira do leito no expulsivo, evitar parto instrumental; indução por 'bebê grande' só em cenários selecionados (Boulvain, Lancet 2015).



DM: ≥ 4.500 g cesárea

Sem DM: ≥ 5.000 g

Distocia prévia: decidir

USG erra 10–15%

Fontes: ACOG PB 178 (2017); ACOG PB 216, Macrosomia (2020); RCOG GTG 42 (2012); Boulvain M et al., Lancet 2015 (indução por suspeita de macrossomia); MS, Manual de Gestação de Alto Risco (2022).

CASO 3 | DEPOIS QUE O BEBÊ NASCEU

Joelma, do caso 1. Nasceu após McRoberts, suprapúbica e braço posterior.

Intervalo cabeça-corpo: 3 min 40 s. Apgar 4 e 8, pH de cordão 7,12, peso 4.380 g. O pediatra observa braço direito flácido em rotação interna, Moro assimétrico e crepitação na clavícula direita.

Joelma: laceração de 2º grau e sangramento de 900 mL, controlado com ocitocina e misoprostol. O marido pergunta no corredor: 'quebraram o braço do meu filho?'.

O plantão troca às 07h. No prontuário só consta 'parto vaginal, distocia de ombro'.



O que não pode faltar na evolução? Como você conversa com a família? O que a equipe faz antes de ir embora?

Resolução do caso 3

Documentar com precisão, comunicar com honestidade e fazer o debriefing da equipe — os três no mesmo turno.

Prontuário: hora do desprendimento da cabeça e do corpo (intervalo cabeça-corpo), qual ombro ficou anterior, cada manobra na ordem, quem a fez e por quanto tempo, força de tração ('axial, habitual'), se houve episiotomia, quem estava presente, Apgar, pH de cordão, peso e exame neonatal. Use o formulário estruturado se o serviço tiver.

Recém-nascido: lesão de plexo braquial (Erb-Duchenne: C5–C6, braço em 'gorjeta de garçom') ocorre em 2–16% das distocias; a maioria recupera em semanas a meses, < 10% persistem. Fratura de clavícula consolida sem sequela. Radiografia, avaliação neonatal e encaminhamento precoce à fisioterapia/neuropediatria.

Família: sentar, sem jargão: 'o ombro ficou preso depois da cabeça — é uma emergência rara; fizemos as manobras indicadas; o braço está fraco por estiramento de nervos e a clavícula fraturou; a maior parte recupera; vamos acompanhar'. Não culpar a mãe, não culpar a equipe, não prometer.

Equipe: debriefing de 10 minutos — o que funcionou, o que faltou (pediatra longe, hora não marcada). Orientar Joelma sobre recorrência em futura gestação e registrar. Hemorragia e laceração: já tratadas, vigiar.



Intervalo cabeça-corpo

Manobras: ordem e quem

Plexo: maioria recupera

Debriefing hoje

Fontes: ACOG PB 178 (2017); RCOG GTG 42 (2012) — formulário de documentação; Chauhan SP et al., Am J Obstet Gynecol 2014 (lesão de plexo).

DISTOCIA DE OMBRO | FLUXOGRAMA SIMPLES

Cabeça saiu, retraiu (tartaruga), rotação externa não ocorre, tração suave não desprende o ombro = DISTOCIA DE OMBRO. Diga em voz alta e marque a hora

0 s — AJUDA: obstetra, pediatra, anestesista, enfermagem. Mãe para de fazer força. Alguém anota os tempos

→

0–30 s — McROBERTS: hiperflexão das coxas (2 ajudantes) + tração axial suave

→

30–60 s — PRESSÃO SUPRAPÚBICA pelo dorso fetal (contínua, depois em balanço), mantendo McRoberts

↓

60–120 s — MANOBRAS INTERNAS: episiotomia só se precisar de espaço. Rubin II → Woods → Woods reverso

←

REMOVER O BRAÇO POSTERIOR: flexionar cotovelo, varrer o antebraço pelo tórax

←

GASKIN (4 apoios) e repetir tudo. Ainda não saiu: fratura de clavícula, Zavanelli + cesárea, sinfisiotomia

NUNCA: pressão de fundo (Kristeller), tração forte ou para baixo, puxos durante a impactação. Lembre: 3 minutos passam depressa — não repita a mesma manobra mais de 2 vezes

NASCEU: pediatra examina (plexo, clavícula), gasometria de cordão, vigiar HPP e lacerações. Documentar tempos e manobras na ordem. Conversar com a família. Debriefing

Fontes: ACOG PB 178 (2017); RCOG GTG 42 (2012); ALSO (HELPERR).

Pegadinha de prova

Primigesta de 25 anos, sem diabetes, em período expulsivo. Após o desprendimento do polo cefálico, observa-se retração da cabeça contra o períneo e a rotação externa não ocorre; a tração suave não desprende o ombro anterior. Após solicitar ajuda, a primeira manobra a ser realizada é:

A Pressão no fundo uterino sincronizada com o puxo materno, para impulsionar o ombro anterior.

B Episiotomia médio-lateral ampla, que por si só libera o ombro impactado.

C Hiperflexão das coxas sobre o abdome materno (McRoberts), associada a tração axial suave.

D Rotação interna do ombro posterior (manobra de Woods), por ser a mais eficaz.

E Manobra de Zavanelli, com reposição da cabeça e cesárea imediata.

Pegadinha de prova

Primigesta de 25 anos, sem diabetes, em período expulsivo. Após o desprendimento do polo cefálico, observa-se retração da cabeça contra o períneo e a rotação externa não ocorre; a tração suave não desprende o ombro anterior. Após solicitar ajuda, a primeira manobra a ser realizada é:

A Pressão no fundo uterino sincronizada com o puxo materno, para impulsionar o ombro anterior.

B Episiotomia médio-lateral ampla, que por si só libera o ombro impactado.

C Hiperflexão das coxas sobre o abdome materno (McRoberts), associada a tração axial suave.

D Rotação interna do ombro posterior (manobra de Woods), por ser a mais eficaz.

E Manobra de Zavanelli, com reposição da cabeça e cesárea imediata.

PARA LEVAR

1

Distocia de ombro é imprevisível: metade ocorre sem fator de risco e em fetos < 4.000 g. Todo plantão tem que saber a sequência de cor.

2

Sequência: ajuda e hora → McRoberts → pressão suprapúbica → Rubin II/Woods → braço posterior → Gaskin. Cada manobra 30–60 s; episiotomia só para abrir espaço.

3

Pressão de fundo, tração forte e puxo durante a impactação pioram a impactação e lesam o plexo. Intervalo cabeça-corpo > 3–5 min: risco de hipóxia sobe.

4

Cesárea eletiva: ≥ 4.500 g com diabetes, ≥ 5.000 g sem (ACOG). Distocia prévia com lesão: decidir junto. Depois: documentar tempos e manobras, conversar com a família, debriefing.