

Distocia de ombro: erro médico? Subsídios da literatura médica para uma defesa

Shoulder dystocia: medical error? Subsidies of medical literature for a defense

Ângelo do Carmo Silva Matthes*

Palavras-chave

Distocia de ombros
Tocotraumatismo
Erros médicos

Keywords

Shoulder dystocia
Obstetric damage
Medical errors

Resumo

Cada vez mais os médicos e, principalmente, os obstetras são responsabilizados por eventos desfavoráveis ocorridos durante sua atividade profissional. Muitos advogados aproveitam esta ocorrência para denunciá-los com o intuito de ganhar causas milionárias. A distocia de ombros é um evento obstétrico incidental, imprevisível em muitos casos e que, na maioria das vezes, causa tocotraumatismo, principalmente no feto, levando muitos advogados a pedirem indenização reparatória, às vezes por toda a vida da criança afetada, o que implica um desgaste moral, profissional e patrimonial do obstetra, o qual não é o responsável por tal ocorrência. Este trabalho teve por finalidade colher dados da literatura e da medicina baseada em evidências para dar subsídios científicos para formar a defesa do profissional, que sofrer tal incidente.

Abstract

Each new day, doctors and, mainly, obstetricians are responsible by occurred favorable events during its professional activity. Many lawyers try to take advantage of this occurrence, denouncing them with the intention of gaining millionaire causes. The shoulders' dystocia is an incidental and unexpected delivery event in many cases, that most of the time causes traumatic delivery, mainly fetal trauma, which leads many lawyers to ask for ensuing litigation indemnity, to the times for all the life of the child affected and that it implies in a moral consuming, professional and patrimonial of obstetrician, who is not the responsible for such occurrence. This paper has as a purpose to collect literature and medicine based on evidences data to give scientific subsidies to form the defense of the professional, who suffers such incident.

*Professor Titular do Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto (SP), Brasil

Endereço para correspondência: Ângelo do Carmo Silva Matthes – Departamento de Ginecologia, Obstetrícia e Mastologia da Faculdade de Medicina do Centro Universitário Barão de Mauá de Ribeirão Preto – Rua Ramos de Azevedo, 423 – CEP 14020-179 – Tel.: (16) 3625-9229 – Fax: (16) 3625-9385 – Ribeirão Preto (SP), Brasil – E-mail: matthes@mulheresaude.med.br

Introdução

Cada vez mais, a despeito da grande maioria de advogados decentes, alguns inescrupulosos querem tirar proveito da desgraça alheia, particularmente dos médicos, os quais, sujeitos a adversidades inerentes de sua profissão, tornam-se alvos da ganância daqueles profissionais que buscam, nos hospitais, acidentes ocorridos por conta dos procedimentos médicos. Estes são, na maioria das vezes, independentes do ato médico, mas que por ação judicial tornam-se um pesadelo para estes profissionais, que têm no indiciamento judicial, uma punição não merecida e que poderá ser concretizada, caso não haja uma defesa adequada e conscientização imparcial por parte do juiz.

Nos Estados Unidos, atualmente, 80% de todos os gineco-obstetras tiveram pelo menos um processo judicial¹(B). Carvalho relata que o Conselho Regional de Medicina de São Paulo (Cremesp) mostra que as queixas por infrações ético-profissionais e erro médico são crescentes no Brasil, houve um aumento de 75% no número de médicos denunciados entre 2000 e 2006; cresceu 120% o montante de processos contra médicos²(D). O Conselho Regional de Medicina do Rio de Janeiro aponta que cerca de 40% das queixas aconteceram contra gineco-obstetras. As queixas mais comuns são: erro de diagnóstico (22%), pequeno dano (21%), grande dano (20%). A Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) tem procurado orientar sobre os aspectos ético-profissionais da especialidade¹(B). Dentre os acidentes médicos mais frequentes, que são motivos de ação judicial, a distocia de ombros é uma das mais responsabilizadas, motivo pelo qual, apresenta-se este estudo, o qual visa a dar embasamento na defesa de obstetras, que por ventura vierem a ser indiciados por tal acidente, o qual, na maioria das vezes, é totalmente independente da ação do profissional.

Metodologia

A composição da amostra a ser analisada ocorreu por meio de busca computadorizada de publicações sobre o assunto, com prioridade para artigos dos últimos cinco anos. O procedimento adotado para a obtenção dos dados necessários para os fins desta pesquisa compreendeu a realização de levantamentos em bases de dados nacionais e internacionais. O acesso às bases de dados consultadas foi via internet. Foram levantados 119 artigos e, destes, selecionados 25 artigos por serem os mais recentes e/ou mais significativos, com a finalidade de resgatar artigos considerados como relevantes e excluir aqueles de menor importância acadêmica. Pois esses poderiam responder perguntas pertinentes

ao assunto e que normalmente são levantadas pelo perito quando há perícia médica. As perguntas foram formuladas pelo autor baseado em sua experiência em casos de distocia de ombros e que foram respondidas baseadas em trabalhos da literatura e fazem parte da discussão e comentários deste trabalho. Para a realização destes levantamentos foram utilizadas as seguintes combinações de termos descritores: distocia de ombros, parto normal distocia, *shoulder dystocia* e *delivery*.

O que é a distocia de ombros?

É definida como um evento do parto, quando, após o desprendimento do polo cefálico, não ocorre a liberação da cintura escapular fetal, apesar dos procedimentos obstétricos de rotina^{3,4}(A); este conceito é aceito para a maioria dos autores, porém não é unânime⁵(B).

Espera-se que, após a expulsão da cabeça fetal, que normalmente é o maior diâmetro do feto, os ombros saiam tranquilamente seguidos do restante do corpo, completando assim um parto cefálico normal; contudo, em algumas situações isso não ocorre, pois os ombros encontram um obstáculo na bacia materna e não saem normalmente, precisando de manobras específicas para sua retirada; portanto, ocorreu uma distocia de ombros, para desespero do obstetra, pois é um evento inesperado.

Qual a prevalência/incidência da distocia de ombros?

Em geral, sua incidência varia de 0,2 a 3% e sua ocorrência é imprevisível⁵(B). Porém, quando se verifica em relação a todos os partos, independente do peso do recém-nascido, ela é menor que 1% (0,10-0,90%), e quando se compara a fetos com pesos iguais ou superiores a 4 kg é de 1,4 a 13,6%^{6,7}(A).

O que a distocia de ombros pode acarretar? Quais são suas sequelas?

O trabalho de parto, que culmina com uma distocia de ombros, frequentemente cursa com alta morbidade e mortalidade fetal, independente da experiência do profissional e das manobras empregadas para desvencilhar o ombro impactado. A distocia de ombro pode ser seguida por clavícula quebrada ou úmero, lesão do plexo braquial, hipóxia fetal ou a morte. Frequentemente ocorre paralisia do plexo braquial (paralisia de Erb-Duchene) e, menos comumente, morte do feto ou da mãe. A maioria das lesões do plexo braquial é transitória, embora 5 a 22% se torne permanente. A distocia de ombros seguida de lesão permanente

do plexo braquial ou mental é uma das principais causas de alegações de erro médico^{8,9}(B).

As manobras empregadas são responsáveis pela lesão do plexo braquial?

Não há diferença nos danos fetais e na prevalência da distocia quando os partos foram realizados por residentes ou membros do corpo clínico^{10,11}(B), já partos com distocia de ombros, realizados por residentes e enfermeiras obstétricas, apresentaram danos fetais similares aos relatados por obstetras experientes¹²(B). Em outras palavras, os danos são independentes das complexidades das manobras empregadas, além de indicar que o dano acontece antes da saída dos ombros¹³(B). Contudo, há relatos mostrando que o treinamento e o conhecimento das manobras usualmente utilizadas na resolução da distocia de ombro promovem redução significativa no período neonatal das lesões por distocia de ombro 30/324 (9,3%) antes para 6/262 (2,3%) [risco relativo de 0,25 (IC=0,11-0,57)]¹⁴(B).

A lesão do plexo braquial é dependente da distocia de ombro?

Não diretamente, pois há relatos mostrando que um grande número de lesões de plexo braquial e metade das paralisias de Erb ocorreram em partos sem distocia de ombros, o que modificou o conceito de tal evento, pois acreditava-se que aquelas lesões eram somente decorrentes de partos com distocia de ombros ou partos pélvicos, causados por excessiva tração lateral na cabeça e no pescoço fetal¹²(B).

Esses dados são confirmados pelo encontro de dano no braço posterior, que não foi tracionado e não estava impactado em 1/3 dos casos¹⁵(B), além de que, quando há lesão de plexo braquial sem distocia de ombros, o ombro anterior é o mais acometido (17/21, 80,9%) do que o posterior (10/15, 67,7%)¹⁰(B). Também há relatos de que as forças maternas na expulsão fetal são as causas das lesões do plexo braquial¹⁶(B), concluindo que a lesão do plexo braquial ocorre independente da distocia de ombros.

O que causa a lesão braquial?

O trajeto da região anterior da bacia mede 5 cm, enquanto o da posterior mede 13 cm, portanto, o ombro anterior para ser desprendido percorre 5 cm e o posterior, 13 cm. Para isso, o ombro do feto necessita encontrar o melhor diâmetro na bacia para sua insinuação e há necessidade de uma adaptação, contudo, a força materna promove a rotação do ombro para um diâmetro

oblíquo. Segundo um modelo de engenharia, as forças endógenas materna são de quatro a nove vezes mais potentes que as forças aplicadas pelo obstetra na tração da cabeça fetal^{17,18}(B), razão pela qual “quando a lesão do plexo braquial está associada a uma distocia de ombros, ela pode ter ocorrido independente da tração exercida pelo obstetra” e a descida rápida dos ombros, sem uma adequada preparação, favorece os traumas de raiz nervosa levando às lesões do plexo braquial¹¹(B).

A distocia do ombro é previsível? Pode-se prever a distocia de ombros? A distocia de ombros só ocorre com fetos grandes e em parturientes com bacias anômalas?

Sabe-se que as distocias de ombro ocorrem mais frequentemente em partos de fetos macrossômicos, de mães diabéticas e multíparas e, portanto, nestas pacientes poderia ser suspeitada e, eventualmente, realizada uma cesariana. Contudo, há relatos que afirmam que é importante lembrar que a distocia de ombro pode ocorrer com conceitos de peso normal e não somente em fetos macrossômicos ou em mulheres com bacia não-ginecoide, como normalmente se propaga, pois mais de 50% das distocias de ombro ocorrem em fetos de peso normal¹¹⁻¹⁹(A). Além de que, partos com segundo estágio de parto encurtado, também é fator de risco para distocia de ombro e é impossível de se fazer uma previsão²⁰(B).

Pode-se evitar a distocia de ombros? – É possível evitar ou impedir que ela ocorra?

No pré-natal é possível selecionar por meio da ultrassonografia, para indicação de cesariana profilática, fetos macrossômicos e com diâmetros torácico, abdominal e de cintura escapular, maiores do que o diâmetro cefálico; porém, como foi visto, infelizmente, mais de 50% das distocias de ombros ocorre em fetos de tamanho normal e em parturientes de bacias normais, o que se torna verdadeira tragédia na hora do parto, pois é um evento totalmente imprevisível, o que implica ser impossível indicar cesariana em toda gestação para prevenir tal ocorrência²¹(B).

Como se diagnostica a distocia de ombros?

Uma característica da distocia de ombros é a retração que a cabeça fetal totalmente desprendida faz-se de encontro à vulva, permanecendo firmemente colada a ela em toda a sua extensão. Com essa condição e após terem sido frustradas as tentativas

usuais de liberar a cintura escapular, diagnostica-se a distocia de ombros e impõem-se condutas que devem estar na mente de todo obstetra.

Quais condutas devem ser adotadas na vigência de uma distocia de ombros? Quando a distocia do ombro ocorre, quais manobras devem ser executadas?

Na vigência de uma distocia de ombros, é importante que se tenha em mente as manobras indicadas para a resolução deste imprevisível problema, as quais podem ser melhor realizadas por meio de educação continuada do pessoal atuante no manejo dos partos com a adoção de protocolos e algoritmos²²⁻²⁴(B), pois, prontamente agindo em conformidade com diretrizes estabelecidas com base em provas, a capacidade de os médicos em gerir com cuidado e competência partos complicados, tais como com distocia de ombros, melhorará, assim, diante de uma distocia de ombro diagnosticada, deve-se:

- solicitar à parturiente que suspenda os esforços expulsivos que está fazendo e, ao mesmo tempo, suspender a tração que por ventura esteja fazendo no polo cefálico. Se não foi feito ou foi econômica, proceder a uma ampla episiotomia e proceder à limpeza das vias aéreas do recém-nascido;
- solicitar ajuda de auxiliares para o parto;
- orientar ou auxiliar a fazer uma pressão suprapúbica na tentativa de empurrar o ombro anterior para baixo da sínfise púbica, ao mesmo tempo em que solicita esforço expulsivo da parturiente e faz leve tração no polo cefálico, na tentativa de liberar o ombro anterior – manobra de Rubin-Mazzanti;
- caso não obtenha sucesso com esta manobra, deve imediatamente solicitar que dois auxiliares, um de cada lado da paciente, retirem as pernas do apoio e as hiperflexionem contra o abdômen materno para retificar o ângulo ombrossacro e promovam a rotação anterior da sínfise púbica, aumentando o diâmetro anteroposterior, ao mesmo tempo que solicita esforço expulsivo da parturiente e faz leve tração no polo cefálico para facilitar a saída do ombro anterior – manobra de McRobertis;
- caso esta manobra também não dê certo, a literatura orienta para as manobras rotatórias do ombro, a primeira tenta-se rodar o ombro posterior, aplicando-se os dedos indicador e médio na face anterior do ombro, girando-o 180° para trás o que pode promover sua liberação – é a manobra em parafuso de Woods. Pode-se também fazer a rotação invertida, aplicando-se os dedos indicador e médio na face posterior

- do ombro, girando-o 180° para a frente, que é preferida pois mantém os ombros aduzidos – manobra de Rubin-Woods;
- caso as manobras rotatórias não resolvam a distocia, deve-se tentar retirar o ombro posterior pela introdução de uma das mãos no interior da vagina, procurando-se apreender o braço posterior e tracioná-lo para fora da vulva juntamente com uma tração da cabeça fetal e de uma pressão suprapúbica, que deverá deslocar o ombro anterior para a região subpúbica e ser liberado – manobra de Jacquemier;
- se apesar de todas as manobras realizadas, não foi possível reverter a distocia, solicita-se que a paciente adote a posição genupeitoral ou de prece muçulmana e, caso esteja anestesiada, dois auxiliares devem mantê-la nesta posição, cuja finalidade é tornar o ombro (sacral) posterior em anterior. Nesta posição, o abdômen pende para trás e para baixo (em direção à face materna), baixando o ombro sacral, agora anterior, e permitindo, facilmente, a colocação de uma das mãos do obstetra dentro da vagina, tornando possível trazer agora este braço (sacral) que está anterior para fora da vagina. Se o dorso do feto está à direita, introduz-se a mão direita e, se à esquerda, a esquerda. Palpa-se o acrômio e desce a mão até a fossa antecubital onde, por pressão, obtém-se a flexão do antebraço, pega-se o punho respectivo e procede-se ao abaixamento do braço sacral, desprendendo, assim, o ombro que estava posterior na posição ginecológica. Com o braço sacral para fora, apreende-se este braço na altura do ombro e juntamente com a cabeça fetal promove-se uma rotação deste ombro, levando-o posteriormente para o púbis; rodando concomitantemente o ombro pubiano (posterior) para sacral (anterior) faz-se uma leve tração na cabeça fetal e desprende o ombro, agora sacral, para fora da vagina. Com a cintura escapular desprendida, termina-se o parto, é a manobra de Matthes.²² Acredita-se que esta manobra facilita sobremaneira a extração da cintura escapular e deverá ser usada o mais rápido possível, ganhando-se tempo na retirada de um feto vivo por via vaginal evitando-se manobras mais radicais como a de Zavanelli (cesariana com cabeça desprendida), a fratura da clavícula e a sinfisiotomia materna ou até mesmo após o insucesso da manobra de McRobertis;
- após o desprendimento fetal, caso o recém-nascido esteja em choque, mantém-se a paciente na posição por mais um minuto, com o recém-nascido em posição inferior à placenta para que receba sangue placentário, em seguida clampa-se o cordão e entrega-o ao neonatologista. Caso não esteja em choque, pode-se colocar novamente a paciente na posição normal de parto (posição ginecológica) e proceder à ultimação do parto como se não houvesse a distocia de ombro.

Considerações Finais

A distocia de ombros é um evento inesperado, muitas vezes imprevisível, que frequentemente causa danos ao feto, à mãe e ao obstetra, o qual, na grande maioria dos casos, não é o responsável por tal eventualidade e, conseqüentemente, dos danos causados.

Este trabalho pretendeu coletar dados da literatura suficientemente claros e concretos para dar diretrizes com

embasamento, baseado em evidências, no melhor entendimento das distocias de ombro, além de esclarecer e ajudar os colegas que por ventura forem surpreendidos por tal evento com desfecho adverso e quiçá chamar a atenção dos médicos mais jovens para estarem atentos a tal condição para que possam, se possível, evitar que uma distocia de ombros termine em condição desfavorável para os envolvidos: a mãe, o feto e o obstetra.

Leituras suplementares

- Miyahira H. Manual de Orientação. Febrasgo: Defesa Profissional. São Paulo: Ponto; 2002.
- Carvalho BR. Onde está o erro médico? *Femina*. 2009;37(3):173-5.
- Seeds JW. Malpresentations. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, editors. *Obstetrics: normal and problem pregnancies*. New York: Churchill Livingstone; 1991. p. 539-48.
- Naef RW 3rd, Martin JN Jr. Management of emergency of shoulder dystocia. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1995;22(2):247-59.
- Gottlieb AG, Galan HL. Shoulder dystocia: an update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2007;34(3):501-31.
- Mazouni C, Porcu G, Cohen-Solal E, Heckenroth H, Guidicelli B, Bonnier P, et al. Maternal and anthropomorphic risk factors for shoulder dystocia. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(5):567-70.
- Navti OB, Ndumbe FM, Konje JC. The peri-partum management of pregnancies with macrosomic babies weighing $\geq 4,500$ g at a tertiary University Hospital. *J Obstet Gynaecol*. 2007;27(3):267-70.
- Jevitt CM. Shoulder dystocia: etiology, common risk factors, and management. *J Midwifery Womens Health*. 2005;50(6):485-97.
- Jevitt CM, Morse S, O'Donnell YS. Shoulder dystocia: nursing prevention and posttrauma care. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008;22(1):14-20.
- Gherman RB, Ouzonian JG, Miller DA, Kwok L, Goodwin TM. Spontaneous vaginal delivery: a risk factor for Erb's palsy? *Am J Obstet Gynecol*. 1998;178(3):423-7.
- Acker DB, Gregory KD, Sachs BP, Friedman EA. Risk factors for Erb-Duchenne palsy. *Obstet Gynecol*. 1988;71(3 Pt 1):389-92.
- Jennett RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: an old problem revisited. *Am J Obstet Gynecol*. 1992;166(6 Pt 1):1673-7.
- Sandmire HF, DeMott RK. Erb's palsy causation: a historical perspective. *Birth*. 2002;29(1):52-4.
- Draycott TJ, Crofts JF, Ash JP, Wilson LV, Yard E, Sibanda T, et al. Improving neonatal outcome through practical shoulder dystocia training. *Obstet Gynecol*. 2008;112(1):14-20.
- Walle T, Hartikainen-Sorri AL. Obstetric shoulder injury. Associated risk factors, prediction and prognosis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1993;72(6):450-4.
- Ouzonian JG, Gherman RB. Shoulder dystocia: are historic risk factors reliable predictors? *Am J Obstet Gynecol*. 2005;192(6):1933-5; discussion 1935-8.
- Gonik B, Walker A, Grimm M. Mathematic modeling of forces associated with shoulder dystocia: a comparison of endogenous and exogenous sources. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;182(3):689-91.
- Allen RH. On the mechanical aspects of shoulder dystocia and birth injury. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(3):607-23.
- Seigworth GR. Shoulder dystocia: review of 5 years' experience. *Obstet Gynecol*. 1966;28(6):764-7.
- Poggi SH, Stallings SP, Ghidini A, Spong CY, Deering SH, Allen RH. Intrapartum risk factors for permanent brachial plexus injury. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189(3):725-9.
- Hankins GD, Clark SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalopathy, and intrauterine fetal demise. *Semin Perinatol*. 2006;30(5):276-87.
- Matthes ACM, da Cunha SP. Distócia de ombros – tragédia na sala de parto. Uma eficaz solução – Manobra de Matthes. *Femina*. 1999;27(10):775-8.
- Soleymani Majd H, Ismail L, Iqbal R. Experience of shoulder dystocia in a district general hospital: what have we learnt? *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(4):386-9.
- Gurewitsch ED. Optimizing shoulder dystocia management to prevent birth injury. *Clin Obstet Gynecol*. 2007;50(3):592-606.