

Ultrasound in labor – the obstetrician’s perspective Ecografia intraparto – a perspectiva do obstetra

Joana G. Barros*, Nuno Clode**, Luís M. Graça***
Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução
do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte

Abstract

Overview and Aims: In the last few years, the use of ultrasound in labor has been the subject of much research. However, it is not clear whether this knowledge has changed the obstetricians practice. This study aims to evaluate the use of ultrasound in the labor ward in Portugal.

Study design: Survey questionnaire.

Population: We included 139 attending and resident physicians.

Methods: We performed a survey during a medical conference on Obstetrics in Lisbon, Portugal, in April 2014, which consisted on an anonymous, self-administered questionnaire.

Results: According to our survey, almost all of the participants have access to an ultrasound equipment in the labor ward, although only 15% admitted its use in more than half of the cases. The least frequent clinical situations where the ultrasound use was referred were assessment of fetal occiput position and fetal head descent. The major reason listed was the lack of evident benefit in clinical practice.

Conclusions: Despite recent studies advocating the use of ultrasound parameters in the management of labor, this technique is not currently well implemented in Portugal.

Keywords: Obstetrics labor; Ultrasonography.

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, têm sido publicados inúmeros estudos centrados no recurso à ecografia durante o trabalho de parto, como forma de facilitar a sua abordagem. Foi já descrita a sua aplicabilidade na identificação da situação, posição e variedade fetal^{1,2} e como método adjuvante na determinação da descida do móvel fetal no 2º estadio do trabalho de parto³, bem como na predição de distócia⁴⁻⁶. Para além destas aplicações, foi ainda sugerida a sua utilidade na indução do trabalho de parto⁷, assim como na determinação da viabilidade fetal e verificação da presença de restos placentários *in utero* após o parto. Não obstante, não temos conhecimento sobre se esta evidência científica se tem traduzido numa alteração da prática clínica no Bloco de Partos, que tradicionalmente exclui o recurso à ecografia.

*Interno do Internato de Obstetrícia e Ginecologia

**Chefe de Serviço de Obstetrícia e Ginecologia

***Director de Serviço de Obstetrícia e Ginecologia e Professor Catedrático

Assim, pretendemos avaliar a utilização da ecografia durante o trabalho de parto na prática clínica obstétrica em Portugal, e nomeadamente, avaliar quais os contextos em que este método complementar de diagnóstico é mais utilizado. Adicionalmente, pretendemos conhecer e analisar os motivos pelos quais os médicos obstetras poderão eventualmente não recorrer à ecografia na abordagem do trabalho de parto.

MÉTODOS

O estudo consistiu na análise das respostas obtidas através de um inquérito anónimo aplicado a médicos inscritos numa reunião nacional (promovida pela Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal) que decorreu em Abril de 2014. Foram incluídos apenas médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia e internos da mesma especialidade com desempenho de funções regulares num Bloco de Partos (≥ 1 vez/semana). O questionário era anónimo, de auto-

QUADRO I. QUESTÕES DE RESPOSTA FECHADA COLOCADAS AOS PARTICIPANTES NO INQUÉRITO

Questões

1. Grau de formação do médico
2. Localização do hospital
3. Existe um ecógrafo disponível no Bloco de Partos?
4. Em média, qual a frequência de casos em que é usado o ecógrafo no Bloco de Partos?
5. Se usa regularmente o ecógrafo no Bloco de Partos, qual o(s) motivo(s) mais frequente(s)?
6. Considerando a determinação da posição e variedade da apresentação fetal e avaliação da descida do móvel fetal, se não usa o ecógrafo regularmente no Bloco de Partos, indique o(s) principal(is) motivo(s)

-preenchimento, e consistia em 6 questões de resposta múltipla e fechada (Quadro I). As respostas dos participantes foram analisadas utilizando parâmetros de estatística descritiva com o auxílio do programa STATA versão 12.1 (Stata Corp, College Station, USA).

RESULTADOS

Participaram no estudo 139 médicos, dos quais 74 especialistas e 65 internos de Ginecologia/Obstetrícia. Quase todos os inquiridos (n=134, 96%) referiram a disponibilidade permanente de um ecógrafo no Bloco de Partos ou numa localização próxima. Contudo, apenas 22 dos participantes (15%) admitiu o recurso à ecografia em mais de metade das mulheres internadas no Bloco de Partos, sendo que a maioria (n=95, 68%) referiu que a utilizava em menos de 25% das situações. Os contextos clínicos em que foi referido o recurso à ecografia intraparto encontram-se ilustrados na Figura 1. No que diz respeito ao recurso pouco frequente da ecografia na determinação da posição e variedade da apresentação fetal e avaliação da descida do móvel fetal, a razão mais referida pelos participantes foi a ausência de benefício para a prática clínica actual (n=45, 32%).

DISCUSSÃO

De acordo com as respostas obtidas a este questionário, inferimos que o recurso à ecografia no Bloco de Partos

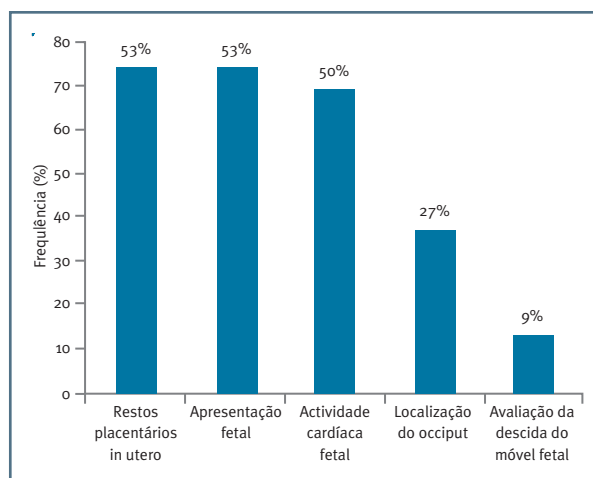


FIGURA 1.

não é uma prática comum no nosso país, continuando a ser aplicada de forma regular apenas em contextos clínicos alheios ao trabalho de parto, como é o caso da verificação da viabilidade fetal, avaliação da presença de restos placentários *in utero* após o parto e confirmação da apresentação fetal. Assim, e apesar dos estudos publicados nos últimos anos evidenciando o benefício da avaliação ecográfica na abordagem do trabalho de parto, o recurso à ecografia para a determinação da posição e variedade da apresentação fetal e avaliação da descida do móvel fetal foi menos referida pelos participantes neste estudo. Contudo, ainda que pouco frequente, o recurso à ecografia para a determinação da posição do occiput fetal foi referido por quase um terço dos participantes (27%, n=37). Este resultado está de acordo com o que tem sido sugerido por diversos autores^{1,2,8}, que descrevem a identificação transabdominal da posição do occiput fetal como simples de obter através da visualização de estruturas anatómicas fetais facilmente identificáveis como as órbitas ou as estruturas da linha média intracranianas. Além disso, existe ampla evidência científica de que a determinação ecográfica da posição e variedade fetal é mais precisa do que a avaliação digital, pelo que tem sido consensual que o primeiro deve ser considerado o método *gold standard*^{1,2,8,9}.

O contexto clínico em que os participantes menos referiram o recurso à ecografia foi na avaliação da descida do móvel fetal (9%, n=13). Este resultado pode traduzir o facto de não existir consenso na comunidade médica acerca da importância da ecografia para determinar o estadiamento da apresentação fetal e a sua progressão

no canal de parto. Para este efeito, a maioria dos autores defende a via transvaginal e corte sagital, avaliando a medida do ângulo de progressão, que relaciona a posição da apresentação fetal com a sínfise púbica^{4,10}. Foram ainda sugeridos outros métodos de avaliação, como a distância cabeça-períneo¹¹ e a distância cabeça-sínfise¹², igualmente com recurso à ecografia via transvaginal. Estas medições ecográficas, ainda que relativamente simples de obter, podem ser encaradas como mais complexas, e as publicações a seu respeito são ainda controversas¹³⁻¹⁶ pelo que provavelmente serão necessários outros estudos que mostrem de forma mais evidente o benefício da ecografia na abordagem do trabalho de parto, nomeadamente como adjuvante na identificação da probabilidade de distócia. O motivo mais referido pelos inquiridos para a não utilização da ecografia neste contexto foi a ausência de benefício para a prática clínica actual (n=45, 32%), o que vai também de encontro à necessidade de melhor evidência clínica a este respeito.

Este é o primeiro estudo que visa objectivar a perspectiva do obstetra em relação à ecografia intraparto em Portugal. Os resultados expostos sugerem a necessidade de publicação de estudos mais convincentes no que diz respeito aos benefícios da ecografia como auxiliar da abordagem clínica intraparto, bem como o desenvolvimento de parâmetros menos complexos e melhor aplicáveis à nossa prática clínica. Por outro lado, será necessário promover esta técnica tendo em conta as aplicações que estão à data bem estabelecidas, como é o caso da determinação da posição e variedade da apresentação fetal, investindo por isso na formação, com o intuito de tornar este método auxiliar de diagnóstico mais acessível a todos os obstetras do nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Akmal S, Kametas N, Tsoi E, Hargreaves C, Nicolaides NK. Comparison of transvaginal digital examination with intrapartum sonography to determine fetal head position before instrumental delivery. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2003;21:437-440.
2. Dupuis O, Ruimark S, Corinne D, Simone T, André D, René-Charles R. Fetal head position during the second stage of labor: Comparison of digital vaginal examination and transabdominal ultrasonographic examination. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;123:193-197.
3. Ghi T, Farina A, Pedrazzi A, Rizzo N, Pelusi G, Pilu G. Diagnosis of station and rotation of the fetal head in the second stage of labor with intrapartum translabial ultrasound. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33:331-336.
4. Kalache KD, Dückelmann A, Michaelis S, Lange J, Cichon G, Dudenhausen J. Transperineal ultrasound imaging in prolonged second stage of labor with occipitoanterior presenting fetuses: how well does the 'angle of progression' predict the mode of delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009;33:326-330.
5. Youssef A, Maroni E, Cariello L, Bellussi F, Montaguti E, Salsi G, Morselli-Labate AM, Paccapelo A, Rizzo N, Pilu G, Ghi T. Fetal head-symphysis distance and mode of delivery in the second stage of labor. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2014;93:1011-1017.
6. Torkildsen EA, Salvesen K, Eggebo TM. Prediction of delivery mode with transperineal ultrasound in women with prolonged first stage of labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2011;37:702-708.
7. Pereira S, Frick AP, Poon LC, Zamprakou A, Nicolaides KA. Successful induction of labor: prediction by preinduction cervical length, angle of progression and cervical elastography. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2014;44:468-475.
8. Youssef A, Gui T, Pilu G. How to perform ultrasound in labor: assessment of fetal occiput position. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:476-478.
9. Molina FS, Nicolaides KH. Ultrasound in labor and delivery. *Fet Diagn Ther* 2010;27:61-67.
10. Molina FS, Terra R, Carrillo MP, Puertas A, Nicolaides KH. What is the most reliable ultrasound parameter for assessment of fetal head descent? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2010;36:493-499.
11. Tutschek B, Torkildsen EA, Eggebo TM. Comparison between ultrasound parameters and clinical examination to assess fetal head station in labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:425-429.
12. Youssef A, Maroni E, Ragusa A, De Musso F, Salsi G, Iannamarino MT, Paccapelo A, Rizzo N, Pilu G, Ghi T. Fetal head-symphysis distance: a simple and reliable ultrasound index of fetal head station in labor. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013;41:419-424.
13. Verhoeven CJ, Ruckert ME, Opmeer BC, Pajkrt E, Mol BW. Ultrasonographic fetal head position to predict mode of delivery: a systematic review and bivariate meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;40:9-13.
14. Sherer DM. Can sonographic depiction of fetal head position prior to or at the onset of labor predict mode of delivery? *Ultrasound Obstet Gynecol* 2012;40:1-6.
15. Ramphul M, Ooi P, Burke G, Kennelly M, Said S, Montgomery A, Murphy DJ. Instrumental delivery and ultrasound: a multicentre randomised controlled trial of ultrasound assessment of the fetal head position versus standard care as an approach to prevent morbidity at instrumental delivery. *BJOG* 2014;121:1029-1038.
16. Youssef A, Ghi T, Awad EE, Maroni E, Montaguti E, Rizzo N, Pilu G. Ultrasound in labour: a caregiver's perspective. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2013; 41: 469-472.