



**Definição:** O uso de fórceps é indicado para auxiliar a ultimação do parto quando o risco do seu uso é menor que o de uma cesárea de emergência. É um método seguro para auxílio ao desprendimento fetal quando utilizado por profissionais habilitados.

## I - ASSISTENCIAL

### 1. TIPOS DE FÓRCEPS E UTILIZAÇÃO

#### Fórceps de Simpson

Aplicável quando a sutura sagital no diâmetro antero-posterior ou nas variedades oblíquas anteriores.



#### Fórceps de Kielland

Aplicável em todas as variedades : oblíquas e transversas, pode ser usado para rotação.



#### Fórceps de Piper

Aplicável na cabeça derradeira em parto pélvico.



### 2. INDICAÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

#### INDICAÇÕES DE USO

Sofrimento fetal agudo (1)  
Período expulsivo prolongado (2)  
Condições clínicas maternas (3)  
Condições placentárias (4)  
Rotação instrumental para correção do mecanismo de parto  
Parto pélvico com cabeça derradeira

#### CONTRAINDICAÇÕES

Desproporção feto pélvica suspeita ou confirmada  
Vício pélvico  
Óbito fetal intrauterino  
Apresentação fetal cefálica defletida  
Altura da apresentação fetal além de +2 de DeLee (fórceps médio ou alto)  
Variedade de posição desconhecida  
Médico não capacitado para o procedimento  
Falha do uso de vácuo  
Alterações clínicas fetais (5)  
Prematuridade < 34 semanas (contra-indicação relativa)  
Ausência de consentimento da parturiente (6)

(1) Cardiotocografia categoria 2 de repetição, após uso de medidas de reanimação fetal intrauterina OU cardiotocografia categoria 3 com parto iminente (feto cefálico, OP ou OS, +3 ou mais baixo)

(2) Período expulsivo superior a 3h em nulíparas ou 2h em múltiparas. Considerar 1h a menos se paciente não estiver analgesiada.

(3) Exaustão materna, cardiopatias, pneumopatias, retinopatia proliferativa, neuropatias (miastenia gravis, paraplegia, má formação arteriovenosa SNC)

(4) Sangramento associado a placenta prévia marginal ou DPP, desde que o nascimento seja iminente

(5) Suspeita ou confirmação de sangramento de origem fetal, discrasias sanguíneas fetais suspeitas, malformações fetais ósseo-esqueléticas ou desmineralizantes

(6) Autorização para uso de fórceps está contemplada no termo de consentimento para parto aplicado na internação.

### 3. RISCOS ASSOCIADOS AO PROCEDIMENTO

NEONATAIS	MATERNOS
Marcas e lacerações de pele Hemorragia intracraniana, subgaleal ou retiniana Lesão de nervo facial Fratura de crânio	Lacerações do canal de parto Lesão de esfíncter anal Hematomas no trato genital inferior Fratura de coccix

### 4. CONDIÇÕES E TÉCNICA DE APLICABILIDADE (APRESENTAÇÃO CEFÁLICA FLETIDA)

- A** – Acessar o consentimento da parturiente; Assistentes disponíveis em sala; Analgesia;
  - B** – Bexiga vazia, Bolsa rota;
  - C** – Colo uterino com dilatação total;
  - D** – Determinar a apresentação, altura e variedade de posição fetais em apresentação cefálica fletida, posicionada em +3 de DeLee ou mais baixo;
  - E** – Equipamento conhecido e testado; Equipe habilitada; Escolha do responsável pela marcação do tempo;
  - F** – Fórceps pronto – vide abaixo a técnica para cada um dos tipos de fórceps.
    - F1. Apresentação espacial do fórceps a vulva;
    - F2. Lubrificar as lâminas
    - F3. PARA APRESENTAÇÕES EM OP OU OS - Segurar o ramo esquerdo com a mão esquerda, segurar o cabo como um lápis ou punhal com a curvatura voltada para dentro
    - F4. Aplicar o ramo esquerdo do lado esquerdo cabeça fetal, com dois dedos da mão direita inseridos na região póstero-lateral da vagina para proteção da mesma e guiar a colher do fórceps, que deve deslizar quase sem resistência
    - F5. Repetir o procedimento com o ramo direito usando a mão direita, do lado direito do feto
    - F6. Se a aplicação estiver correta, os ramos irão se articular facilmente.
    - F7. Conferir a pega correta - biparietomalomentoniana: fontanela posterior no meio dos cabos, cerca de 1cm acima do plano deles, janelas não devem admitir mais que uma polpa digital, sutura sagital equidistante das colheres e perpendicular ao plano dos cabos
  - G** – Gentil tração durante as contrações no sentido da curvatura pélvica – formato de J, parar de tracionar entre as contrações;
  - H** – Hora de elevar o cabo seguindo a curvatura pélvica;
  - I** – Incisão para episiotomia – avaliar a necessidade quando o períneo distende
  - J** – Já é hora de remover o fórceps quando a ATM / mandíbula do feto for visível – retirar na ordem inversa da sua colocação
- Estar preparado para a possibilidade de distócia de ombro!  
Esteja preparado para abandonar a tentativa e proceder com cesariana de emergência em caso de falha!

### 5. CRITÉRIOS PARA DEFINIR FALHA

- Ausência de aplicação correta do fórceps após 3 tentativas.
- Ausência de progressão da descida fetal à tração de prova
- Ausência de nascimento após 3 trações
- Duração 15-20 minutos de tempo total de procedimento

### 6. CUIDADOS APÓS O NASCIMENTO

- Realizar revisão cuidadosa do canal de parto
- Administração de antibioticoprofilaxia – Cefazolina 2g IV dose única em até 6h pós parto
- Sutura de lacerações e/ou episiotomia
- Descrição detalhada contendo indicação do procedimento, condições de aplicabilidade presentes, ausência de contraindicações e técnica
- Uso de ocitócitos na prevenção de hemorragia pós parto
- Uso profilático de misoprostol na presença de fatores de risco para hemorragia pós parto

## 7. DOCUMENTAÇÃO OBRIGATÓRIA DESCRITIVA APÓS O PARTO:

- Indicação para o procedimento e diagnóstico pré-operatório
- Estado fetal ( posição, valor do batimento cardíaco fetal, altura da apresentação, idade gestacional e critérios de aplicabilidade)
- Descrição da discussão com a paciente/acompanhante
- Diagnóstico pós operatório com dados do parto
- Descrição do procedimento em si incluindo: tipo de anestesia, tipo de vácuo utilizado, pressão negativa máxima utilizada, tempo total do procedimento, número de trações realizadas, ocorrência de lacerações, realização ou não de episiotomia.

## 8. CUIDADOS PÓS PARTO

- Avaliação do estado emocional da puérpera e percepção sobre a necessidade do procedimento bem como satisfação com o parto.
- Exame físico completo com avaliação de períneo, laceração e possíveis complicações
- Analgesia adequada, se necessário uso de opioides e laxativos
- Seguir orientações de Pathway de Parto vaginal

## II. INDICADORES DE QUALIDADE

- Taxa de falha de parto instrumental
- Taxa de laceração de 3º e 4º grau em parto instrumental
- Taxa de complicações maternas – reoperação em até 30 dias
- Taxa de Tocotrauma – Fratura de clavícula, Cefalohematoma, Traumatismo craniano, Paralisia facial

## III. GLOSSÁRIO

OP: occipito-púbico

ATM: articulação temporo-mandibular

OS: occipito- sacro

## V. Referências

1. Committee on Practice Bulletins Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 154: operative vaginal delivery. Obstet Gynecol 2015;126:e56-e65.
2. Operative Vaginal Birth, Obstetrics & Gynecology: April 2020 - Volume 135 - Issue 4 - p e149-e159 doi: 10.1097/AOG.0000000000003764
3. RCOG. Green-top Guideline No. 26. Operative Vaginal Delivery. 2011.
4. Hobson S, Cassell K, Windrim R, Cargill Y. No. 381 - Assisted vaginal birth. J Obstet Gynaecol Can 2019;41:870-82.
5. Tsakiridis, I., Giouleka, S., Mamopoulos, A., Athanasiadis, A., Daniilidis, A., & Dagklis, T. (2020). Operative vaginal delivery: a review of four national guidelines, Journal of Perinatal Medicine, 48(3), 189-198. doi: <https://doi.org/10.1515/jpm-2019-0433>
6. Merriam, AA, Ananth, CV, Wright, JD, Siddiq, Z, D'Alton, ME, Friedman, AM. Trends in operative vaginal delivery, 2005-2013: a population based study. BJOG 2017; 124: 1365-1372.
7. Geif AF, Belfort MA. Forceps-assisted delivery. Obstet Gynecol Clin North Am 1999; 26:345
8. Cohort study of operative delivery in the second stage of labour and standard of obstetric care. Murphy DJ, Liebling RE, Patel R, Verity L, Swingler R BJOG. 2003;110(6):610.
9. Liabsuetrakul T, Choobun T, Peeyananjarassri K, Islam QM. Antibiotic prophylaxis for operative vaginal delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2017 Aug 05;8:CD004455
10. WHO recommendation on Routine antibiotic prophylaxis for women undergoing operative vaginal birth <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341862/9789240027992-eng.pdf>.

Código Documento:	Elaborador:	Revisor:	Aprovador:	Data de Elaboração:	Data de Aprovação:
CPTW299.1	Andréa Novaes Adolfo Liao Adriana Grandesso Cristina Amadatsu Rita Sanchez Romulo Negrini	Renata Paluello	Giancarlo Colombo	04/08/2022	01/09/2022