

realizada durante o trabalho de parto estes riscos de saúde para a mãe são ligeiramente maiores do que na cesariana programada.

A existência de uma cicatriz de cesariana anterior comporta também riscos adicionais para uma gravidez futura, aumentando em 50% a probabilidade de uma nova cesariana e, caso pretenda tentar um parto vaginal no futuro, associa-se a um risco de rotura uterina de 0,47%. Por cada cesariana realizada, aumenta 3 vezes o risco de *placenta previa* (a placenta que se localiza na parte mais baixa do útero e causa frequentemente hemorragia). O risco de placenta acreta (placenta anormalmente agarrada ao útero, necessitando por vezes de extração cirúrgica do útero após o nascimento) também aumenta, cerca de 7 vezes, depois de uma cesariana anterior, chegando a afetar mais de metade das grávidas após a quarta cesariana.

Quando se opta por realizar uma cesariana, esta é geralmente agendada para as 39 semanas de gravidez, de forma a minimizar a possibilidade do bebé ter dificuldade respiratória quando nascer. No entanto, existe uma probabilidade de cerca de 10% do trabalho de parto se iniciar antes. Se sentir contrações uterinas rítmicas (com intervalos mais ou menos certos e inferiores a 10 minutos, situação que se mantém durante pelo menos 90 minutos) ou se tiver uma rotura de membranas (saída involuntária de quantidade abundante de líquido transparente pela vagina) dirija-se à Urgência de Obstetrícia e Ginecologia para reavaliar a situação. No caso de se confirmar que iniciou o trabalho de parto ou que teve uma rotura de membranas, é provável que lhe seja proposta uma cesariana. No entanto, poderá sempre considerar nesta altura a tentativa de parto pélvico vaginal, desde que não existam contraindicações (ver atrás).



Resumo

No HSM, quando o bebé se encontra em apresentação pélvica a partir das 36 semanas de gravidez, aconselha-se a tentativa de VCE, de acordo com as recomendações de instituições científicas nacionais e internacionais. Este procedimento é seguro e aumenta a possibilidade de vir a ter um parto vaginal. As grávidas que não pretendam uma VCE, ou nas quais a VCE não teve sucesso, são encorajadas a tentar um parto pélvico vaginal, desde que reúnam as condições de segurança para o mesmo (ver atrás). A cesariana programada é também uma opção segura, mas que está associada a mais complicações maternas, quer no imediato, quer numa gravidez futura.

As considerações expressas neste folheto informativo apenas têm em conta riscos de saúde, existindo muitos outros aspetos envolvidos na decisão, tais como as expectativas pessoais da grávida e da família, os valores e crenças individuais, e toda a componente emocional associado ao momento do nascimento de um filho. Queremos que se sinta totalmente livre para fazer a escolha que considerar mais adequada para si.

Bibliografia

1. RCOG. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation Green-top Guideline No. 20a March 2017.
2. RCOG. Management of Breech Presentation Green-top Guideline No. 20b March 2017.
3. NICE Clinical Guideline: Cesarean section, 2008; RCOG Press.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice bulletin no. 161: External Cephalic Version. *Obstet Gynecol.* 2016;127(2):e54-61.

Serviço de Obstetrícia

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução
Centro Hospitalar Lisboa Norte – Hospital de Santa Maria



TENHO MAIS DE 35 SEMANAS DE GRAVIDEZ E O BEBÉ AINDA NÃO VIROU - O QUE POSSO FAZER?

CENTRO HOSPITALAR LISBOA NORTE, EPE

Av. Prof. Egas Moniz—1649-035 Lisboa

Telefone 21780 50 00

contactcenter@hsm.min-saude.pt

O que é a “apresentação pélvica”?

Um bebé diz-se em “apresentação pélvica” quando se encontra “sentado”, em vez de estar de cabeça para baixo (apresentação cefálica). Após as 35 semanas de gravidez, cerca de 4% dos bebés encontram-se em apresentação pélvica.

O que é que se pode fazer nestas situações?

Quando após as 35 semanas de gravidez o bebé está em “apresentação pélvica” as opções possíveis são:

- 1) tentativa de “**versão cefálica externa**”, a partir das 36 semanas
- 2) aguardar por um “**parto pélvico vaginal**” espontâneo ou induzido
- 3) programação de um parto por **cesariana**, a partir das 39 semanas.



O que é a versão cefálica externa (VCE)?

A versão cefálica externa (VCE) consiste na tentativa, realizada por um médico, de rodar o feto através da aplicação de pressão na sua barriga, por forma a provocar uma “cambalhota” e posicioná-lo de cabeça para baixo. A VCE visa aumentar a probabilidade de um parto vaginal, evitando as complicações associadas à cesariana e ao parto pélvico vaginal (ver abaixo).

Qual a taxa de sucesso da VCE?

À semelhança do que ocorre noutros hospitais europeus, a taxa de sucesso da VCE no HSM ronda os 50%. Esta percentagem aumenta para cerca de 60%, quando já ocorreu uma gravidez anterior. Desce para cerca de 40%, quando se trata da primeira gravidez. Após uma VCE realizada com sucesso, 97% dos bebés mantêm-se em apresentação cefálica até ao parto.

Como é realizada a VCE?

Antes do procedimento, é realizada uma ecografia para confirmar a posição do bebé, quantificar o líquido amniótico, e avaliar a localização do cordão umbilical e da placenta. Posteriormente, efetua-se uma *cardiotocografia* (CTG) - avaliação dos batimentos cardíacos do bebé e das contrações uterinas, com sensores colocados na sua barriga. A VCE realiza-se com a grávida deitada de barriga para cima, ou muito ligeiramente lateralizada. Na maioria das vezes, o útero contrai ao ser manipulado, pelo que é necessário provocar primeiro o seu relaxamento. Para isso, canaliza-se uma veia do antebraço e administra-se soro com um medicamento que inibe as contrações uterinas. Este medicamento pode causar um ligeiro aumento dos batimentos cardíacos maternos, pelo que estes serão monitorizados durante todo o procedimento. Quando o útero se encontrar relaxado, iniciam-se as manobras de VCE. O médico coloca as mãos na parte inferior da sua barriga e exerce pressão para levantar ligeiramente o bebé, e depois empurra a cabeça do bebé para um dos lados, de forma a promover uma “cambalhota”. Estes movimentos são lentos, mas firmes. O desconforto que causam é muito variável de mulher para mulher. Durante a realização das manobras, a frequência cardíaca do bebé é avaliada intermitentemente, de forma a garantir que está a tolerar bem o procedimento. Geralmente suspende-se a VCE quando ao fim de três tentativas não se consegue rodar o bebé, quando a manobra não está a ser bem tolerada pela grávida, ou quando se detetam alterações nos batimentos cardíacos do bebé. A VCE não desencadeia o trabalho de parto. Após a manobra (com sucesso ou não), é realizado novo CTG durante cerca de uma hora. Se tudo estiver bem, a seguir terá alta.

A VCE é um procedimento seguro?

A VCE é considerada um procedimento seguro por todas as instituições científicas médicas na-

cionais e internacionais. As complicações da VCE são extremamente raras e geralmente limitadas a descidas transitórias da frequência cardíaca do bebé, ou ainda mais raramente a rotura prematura de membranas e hemorragia vaginal ligeira. Em 0,45% das VCEs ocorre um descolamento da placenta ou uma descida sustentada da frequência cardíaca do bebé, que levam à necessidade da realização rápida de uma cesariana. Por este motivo, a VCE apenas deve ser realizada num hospital onde existam condições para efetuar imediatamente uma cesariana, sendo aconselhável que a grávida apenas ingira líquidos claros (água, chá, sumos sem polpa, com ou sem açúcar) nas 6 horas anteriores.

O parto pélvico vaginal é uma alternativa segura?

No parto pélvico vaginal exterioriza-se primeiro o corpo do bebé, sendo a cabeça a última a nascer. Como a cabeça é a estrutura maior e mais rígida do bebé, pode haver maior dificuldade na sua extração. Por este motivo, e apesar do risco absoluto ser muito baixo, o parto pélvico vaginal tem maior risco de complicações graves para o bebé do que a cesariana programada (0,002% no parto pélvico vaginal e 0,0005% na cesariana programada), não havendo, no entanto, maior risco de atraso no desenvolvimento da criança.

Com a finalidade de diminuir o risco acima descrito, apenas se propõe o parto pélvico vaginal nas grávidas em que o bebé tem um peso estimado por ecografia entre 2000g e 3500 g, em que não exista cordão umbilical nem pés abaixo das nádegas e em que o pescoço esteja fletido. Vários estudos demonstram que, nestas situações, os riscos de complicações graves para o bebé são semelhantes entre o parto pélvico vaginal e a cesariana. Em todas as equipas de urgência do HSM existem profissionais de saúde com prática na realização de partos pélvicos vaginais.



Tal como acontece nas apresentações cefálicas, poderá a qualquer momento ser necessário realizar uma cesariana, se o trabalho de parto não estiver a progredir, ou se existir suspeita de baixa oxigenação do bebé. Mantém-se a possibilidade de se minimizarem as dores do parto com recurso a métodos naturais, a medicamentos, ou à analgesia epidural. Se houver a necessidade de terminar a gravidez mais cedo por algum motivo de saúde, ou quando se atingem as 41 semanas de gestação, será proposta uma *indução do trabalho de parto* (parto provocado).

Quais os riscos e os benefícios de uma cesariana programada?

A cesariana tem a vantagem de permitir a programação do nascimento e de evitar as dores do trabalho de parto. Como já foi referido, tem ainda um risco ligeiramente menor de complicações graves para o bebé do que o parto pélvico vaginal. Por outro lado, está associada a um aumento de risco de dificuldade respiratória do recém-nascido (4% versus 2%). Esta dificuldade respiratória é geralmente transitória, mas por vezes implica algum tempo de internamento nos cuidados intensivos neonatais. Pensa-se que os bebés que nascem por cesariana têm um risco 20-25% superior de desenvolver alergias, obesidade e diabetes na infância.

Do ponto de vista da grávida, a cesariana tem uma recuperação mais lenta (após a cesariana pode necessitar de ajuda adicional em casa e pode não conseguir guiar durante umas semanas), uma estadia hospitalar mais longa (uma média de três dias em vez de dois), e mais dor abdominal após o nascimento. As complicações maternas graves são extremamente raras, qualquer que seja a opção para o parto, mas estima-se que sejam 4-5 vezes mais frequentes na cesariana. Embora os números absolutos sejam pequenos, a cesariana tem duas vezes mais complicações anestésicas, 31 vezes mais complicações cirúrgicas (lesões da bexiga e do intestino), 11 vezes mais infeção no pós-parto imediato, 4 vezes mais *trombose venosa* (aparecimento de coágulos nas veias, geralmente das pernas) e *embolia pulmonar* (deslocamento desses coágulos para os pulmões). Na cesariana