

NÚMERO: 004/2015

DATA: 19/01/2015

ASSUNTO: Versão cefálica externa

PALAVRAS-CHAVE: Versão cefálica; apresentação pélvica a termo; parto por cesariana

PARA: Profissionais de saúde de unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto

CONTACTOS: secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio emite-se a Orientação seguinte:

I – ORIENTAÇÃO

- 1- Deve ser oferecida a versão cefálica externa (VCE) a todas as grávidas em que, a partir das 36 semanas + 0 dias, o feto se encontre em situação transversa ou em apresentação pélvica e não haja contra-indicação para a sua realização.

II – CRITÉRIOS

a) **Contraindicações:** Constituem contra-indicações absolutas para a VCE qualquer motivo que contra-indique o parto vaginal, hemorragia uterina ativa, traçado cardiotocográfico suspeito ou patológico, restrição de crescimento intrauterino com fluxometria anómala, malformação uterina major, hiperextensão da cabeça fetal, gravidez múltipla e circular cervical apertada ou múltiplas circulares⁴. Não há evidência de que na grávida com cesariana anterior haja um maior risco de rotura uterina durante a manobra, mas o número de casos publicados não permite concluir em definitivo da sua segurança¹⁻³. A realização da VCE durante o trabalho de parto é possível desde que as membranas estejam intactas.

b) **Técnica:** Previamente à realização da manobra deve ser obtido e registado o consentimento informado da grávida. A VCE deve ser realizada a partir das 36 semanas + 0 dias, em regime de ambulatório e sempre perto de um local onde possa ser efetuada uma cesariana emergente - situação de extrema raridade. Não existe evidência científica concludente sobre a necessidade de jejum prévio da grávida. A avaliação ecográfica imediatamente antes da tentativa de VCE permite confirmar a apresentação fetal, determinar a posição do dorso, a ausência/presença de circulares cervicais e o volume de líquido amniótico. A VCE só deve ser iniciada após um traçado cardiotocográfico normal. Previamente à VCE, a grávida deve esvaziar a bexiga e ser posicionada em decúbito dorsal e ligeiramente inclinada para a esquerda, de modo a evitar a compressão aorto-cava pelo útero; os joelhos devem ficar ligeiramente fletidos. A VCE deve ser realizada por um só operador (para evitar o uso de força excessiva sobre o feto) e sob tocólise (Salbutamol – 5 mg diluído em 100 cc de dextrose a 5% a um ritmo 3-6 ml/h durante 15 minutos). Em situações excecionais, onde se prevê uma grande facilidade na manobra, a tocólise poderá ser dispensada. Durante toda a intervenção deve ser avaliada com regularidade a frequência cardíaca fetal com o objetivo de detetar a ocorrência de desacelerações

as quais, se excederem dois minutos de duração, deverão levar à imediata interrupção da manobra. A VCE também deverá ser interrompida se a gestante referir grande desconforto ou se, após três tentativas intervaladas por 3-5 min de repouso, não for possível rodar o feto. Após a manobra e independentemente do sucesso, deve ser realizado um registo cardiotocográfico de uma hora e nas grávidas Rh negativas deve ser administrada imunoglobulina anti-D.

III – FUNDAMENTAÇÃO

1. Nas gestações em que o feto se encontra em apresentação não cefálica, a VCE aumenta a possibilidade de ocorrer um parto vaginal⁵ reduzindo-se assim a taxa de cesarianas⁶.
2. A taxa de sucesso da VCE a termo varia consoante as séries entre 30% e 80%. Para além da experiência e motivação do operador e da tolerância da grávida à manipulação abdominal, são vários os fatores que parecem estar associados ao sucesso/insucesso da VCE. A situação transversa, placenta de localização posterior, feto em apresentação pélvica completa e o índice de líquido amniótico superior a 10 são fatores que se associam a maiores taxas de sucesso^{7,8}. Em contrapartida, a nuliparidade, a placenta em localização anterior ou lateral, o oligoâmnios, a pelve fetal insinuada na bacia materna, a obesidade materna ou a dificuldade na palpação do polo cefálico, assim como o feto com o dorso posterior, associam-se a uma menor taxa de sucesso^{9,10}.
3. A utilização de tocolíticos aumenta a taxa de sucesso da VCE¹¹. Os β -miméticos são os tocolíticos com maior eficácia e menor custo¹²⁻¹⁴. A utilização de analgesia epidural para a manobra de VCE está associada a maiores taxas de êxito, mas sem que ocorra uma diminuição significativa na taxa de cesarianas¹⁵, daí que o seu uso não esteja indicado.
4. A manobra pode ser realizada em qualquer altura a partir das 36 semanas + 0 dias de gestação e mesmo durante o trabalho de parto, desde que as membranas se encontrem íntegras. O momento ideal para sua execução ronda a 37ª semana não só porque permite que até aí o feto se coloque espontaneamente em apresentação cefálica, mas também porque no caso de ser necessária uma cesariana de emergência, existe maior probabilidade de maturidade fetal. Quando comparada com a VCE após a 37ª semana, a VCE longe do termo (às 34-35 semanas) não se associa a um aumento significativo do sucesso da manobra nem a uma diminuição da taxa de cesarianas¹⁶.
5. Desde que realizada com os cuidados referidos nesta orientação clínica, a VCE é uma manobra segura, embora não totalmente isenta de complicações¹⁷⁻¹⁹. Destas, a bradicardia fetal transitória é a mais frequente (3-4% dos casos) mas na maioria dos casos resolve rapidamente após a interrupção da manobra e a colocação da grávida em decúbito lateral esquerdo. A hemorragia feto-materna ocorre em menos de 4% dos casos, mas raramente é superior a 30ml²⁰. Outras complicações descritas na literatura (hemorragia vaginal, descolamento de placenta normalmente inserida, lesões traumáticas do feto) são extremamente raras e estiveram provavelmente associadas a uma má seleção dos casos ou à força excessiva na manobra.

IV – APOIO CIENTÍFICO

Nuno Clode, Carla Ramalho (coordenadores)
Diogo Ayres de Campos, Sónia Brandão, Cristina Lopes, Cristina Matos, Teresa Morgado, Fátima Sena e Silva, Lisa Vicente, Olga Viseu – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas
Luís Mendes da Graça - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Teresa Tomé - Sociedade Portuguesa de Pediatria

Dolores Sardo - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Vítor Varela - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros

O Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos aprova o conteúdo da presente Orientação, mas por princípio não subscreve documentos de orientação médica, técnico-científica, simultaneamente subscritos por entidades não médicas.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flamm BI, Fried MW, Lonky NM et al. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991;165:370-2.
2. de-Meeus JB, Ellia F, Magnin G. external cephalic version after previous cesarean section: a serie of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998;81:65-8.
3. Sela HY, Fiegenberg T, Ben-Meir A et al. Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;142:111-4.
4. Graça LM, Clode N. O parto na apresentação pélvica. Versão fetal por manobras externas. In *Medicina Materno-Fetal(4ªed)*. Graça LM (ed). Lidel, Lisboa 2010.
5. Hofmeyr GJ, Kulier R. External cephalic version for breech presentation at term. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 10. Art. No.: CD000083. DOI: 10.1002/14651858.CD000083.pub2.
6. Walker R, Turnbull D, Wilkinson C. Strategies to adress global cesarean section rates: a review of the evidence. *Birth* 2002;29:28-39.
7. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, et al. Ultrasound factors to predict the outcome of external cephalic version: a meta-analysis. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 33:76-84.
8. Boucher M, Bujold E, Marquette GP et al. The relationship between amniotic fluid index and successful external cephalic version: a 14 year experience. *Am J Obstet Gynecol* 2003;189:751-4.
9. Kok M, Cnossen J, Gravendeel L, et al. Clinical factors to predict the outcome of external cephalic version: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199:630 e1-7.
10. Bem-Meir A, Erez Y, Sela Hy et al. Prognostic parameters for successful external cephalic version. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21:660-2.
11. Cluver C, Hofmeyr GJ, Gyte GML, Sinclair M. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1. Art. No.: CD000184. DOI:10.1002/14651858.pub3.
12. Ismail NAM, Ibrahim M, Naim N et al. Nifedipine versus terbutaline for tocolysis in external cephalic version. *Int J Obstet Gynecol* 2008;102:263-6.
13. Bujold E, Marquette GP, Ferreira E et al. Sublingual nitroglycerin versus intravenous ritodrine as tocolytic for external cephalic verison: a double blinded randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:1454-9.
14. Stergiotou I, Talbot F, Yoong W. The use of atosiban and ritodrine in external cephalic version. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007; 86:927-9.
15. Goetzinger KR, Harper LM, Tuuli MG et al. Effect of regional anesthesia on the sucess rate of external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2011;118:1137-44.
16. Hutton EK, Hannah ME, Ross SJ et al. The early external cephalic version (ECV) 2 trial: an international multicentre randomised controlled trial of timing of ECV breech pregnancies. *BJOG* 2011;118:564-77.
17. Grootscholten K, Kok M, Oei SG et al. External cephalic version related risks. A meta-analsis. *Obstet Gynecol* 2008;112:1143-51.

18. Collins S, Ellaway P, Harrington D, et al. The complications of external cephalic version: results from 805 consecutive attempts. BJOG 2007; 114:636-8.
19. Tong Leung VK, Suen SSH, Singh Sahota D. et al. External cephalic version does not increase the risk of intra-uterine death: A 17-year experience and literature review J Matern Fetal Neonatal Med 2012;25:1774-1778.
20. Boucher M, Marquette GP, Varin J, et al. Fetomaternal hemorrhage during external cephalic version. Obstet Gynecol 2008; 112:79-84.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde