

APRESENTAÇÃO PÉLVICA

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA OBSTÉTRICA – EE/USP

Thalita Vital Botelho

Obstetriz

Supervisora Centro de Parto Humanizado Casa Angela

Mestranda do Programa da Saúde Pública – USP

INCIDÊNCIA

- Apresentação pélvica diminui com o aumento da idade gestacional
- 28 semanas: 25%
- 32 semanas: 7%

- 3 a 4% dos fetos estão pélvicos no termo

FATORES DE RISCO

- Alterações anatômicas uterinas (útero septado, bicorno, didelfo, miomatoses)
- Placenta prévia
- Gestação pré-termo
- Mal formações (anencefalia, hidrocefalia)
- Polidrâmnio ou oligoâmnio;
- Gemelaridade
- Falta de tensão na parede abdominal materna

DIAGNÓSTICO

Maior movimentação fetal na parte inferior do abdome

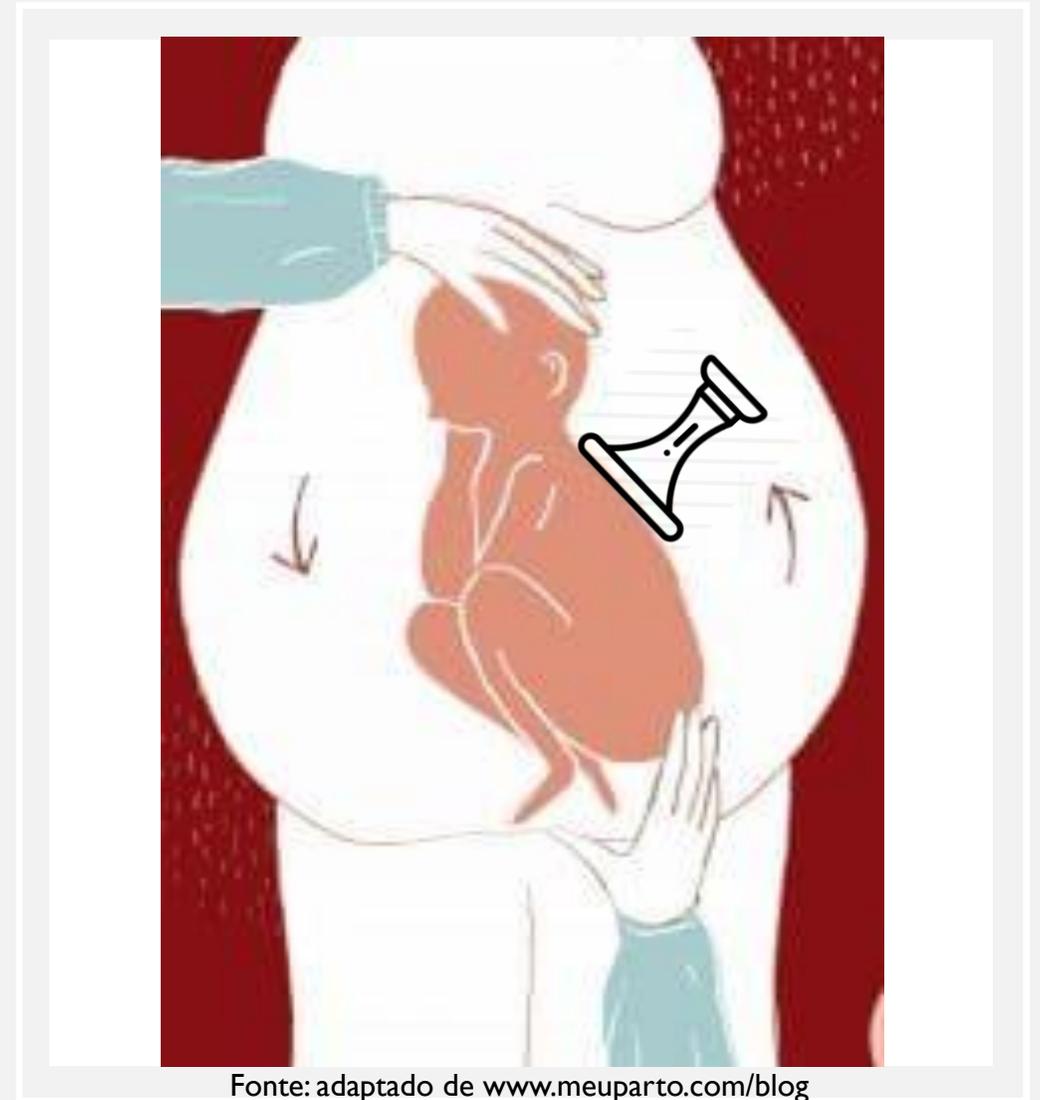
Palpação obstétrica: palpamos a cabeça (mais dura) no fundo uterino e a nádega (mais macia) na parte inferior do abdome

Estetoscópio de Pinard



Toque vaginal: nádega, orifício anal, um dos pés

Ultrassonografia: Identifica a posição fetal e grau de hiperextensão da cabeça



Fonte: adaptado de www.meuparto.com/blog

TIPOS DE APRESENTAÇÃO PÉLVICA



Apresentação pélvica
incompleta ou franca (50 a
70%)



Apresentação pélvica completa (5 a
10%)



Podálica (10 a 40%)

COMO CUIDAR DE UMA GESTANTE NO PRÉ-NATAL COM BEBÊ PÉLVICO?

- Acolher e tentar entender a causa
- Se necessário, solicitar USG para confirmar apresentação
- Orientar sobre exercícios que possam ajudar
- Discutir sobre versão cefálica externa
- Conversar sobre via de parto: parto normal X cesariana



Invertida - 3 respirações 3x/dia



Breech Tilt – 5 a 7x em 24h por 20 minutos



Side-lying release – 5 minutos de cada lado

SPINNING BABIES 30 – 32 SEMANAS



IMAGEM MERAMENTE ILUSTRATIVA

Homeopatia - Pulsatilla 6CH 15gts 3x/dia



Moxabustão - Ponto B67

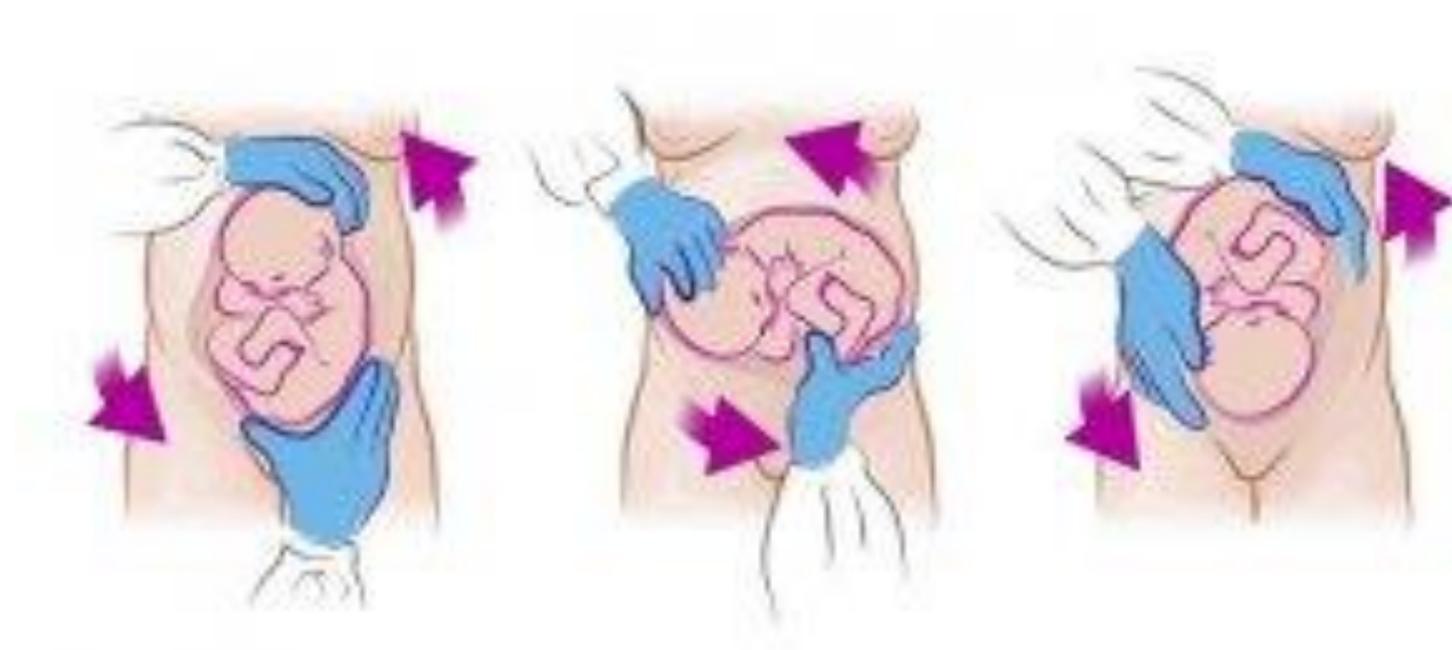
33 – 35 semanas (por 2 semanas diariamente)



EXERCÍCIOS DA NAOLI

- 36 semanas
- Posturas por 20 minutos e intervalos de 2 hora
- Engatinhar

VERSÃO CEFÁLICA EXTERNA - VCE



MANOBRA

- Taxa de sucesso da manobra: 50%
- Taxa de sucesso pós-manobra no parto: 47% (60% multípara e 40% nulípara)
- Versão espontânea após 36 semanas é de 8%
- 8 estudos, total de 1.308 mulheres
- Ensaio clínico randomizado: VCE no termo ou próximo do termo (com ou sem tocolise) x não VCE
- Conclusão:
 - Tentar VCE reduz a chance de apresentação pélvica no nascimento e cesárea
 - Não há diferença no Apgar, pH umbilical, admissão neonatal, morte perinatal
 - Estudos com limitação no desenho, nível de evidência baixo ou muito baixo
- Estudos mostraram que *midwives* treinadas e capacitadas poderiam realizar VCE sem aumento das taxas de complicação

ANALGESIA

- 6 ensaios clínicos randomizados (508 mulheres): Anestesia regional x sem anestesia regional
- Anestesia regional está associado com maior taxa de sucesso
- Não houve aumento de risco para cesárea

- 9 ensaios clínicos randomizados (934 mulheres)
- Anestesia aumentou significamente a taxa de sucesso da VCE em mulheres com má apresentação fetal

FATORES QUE INFLUENCIAM O SUCESSO DA VCE

- Paridade
- Localização da placenta
- Peso fetal
- Líquido amniótico
- Insinuação da pelve fetal na pelve materna
- Musculatura abdominal materna
- Apresentação pélvica franca
- Circular de cordão

RISCOS DO PROCEDIMENTO

- Incidência de complicações é baixa
- Não há aumento da morbimortalidade perinatal
- Sugere-se realizar em ambiente com estrutura para realização de cesárea, caso necessário
- **Eventos adversos:** desaceleração ou bradicardia fetal, sangramento genital, RPMO
- Risco para descolamento de placenta: 1 para cada 1.200 VCE
- Mulheres que tiveram VCE tem um risco discretamente aumentado durante o trabalho de parto para cesárea e parto instrumental

CONTRA-INDICAÇÃO

- **CONTRA-INDICAÇÕES ABSOULTAS PELAS EVIDÊNCIAS:** descolamento de placenta, pré-eclampsia grave, CTB e doppler alterado
- **CONTRA-INDICAÇÕES ABSOULTAS PELA LITERATURA**
 - Gemelar
 - Isoimunização
 - Sangramento vaginal recente (<1 semana)
 - Bolsa rota
- **CONTRA-INDICAÇÕES RELATIVAS PELA LITERATURA**
 - Hipertensão
 - RCIU
 - Oligoâmnio e polidrâmnio
 - Cesárea anterior

CUIDADOS COM VCE

- Uso de tocolíticos + anestesia regional
- USG durante VCE
- CTB + USG após procedimento
- Imunoglobulina Humana Específica Anti-D (se gestante Rh negativo) após manobra

VCE

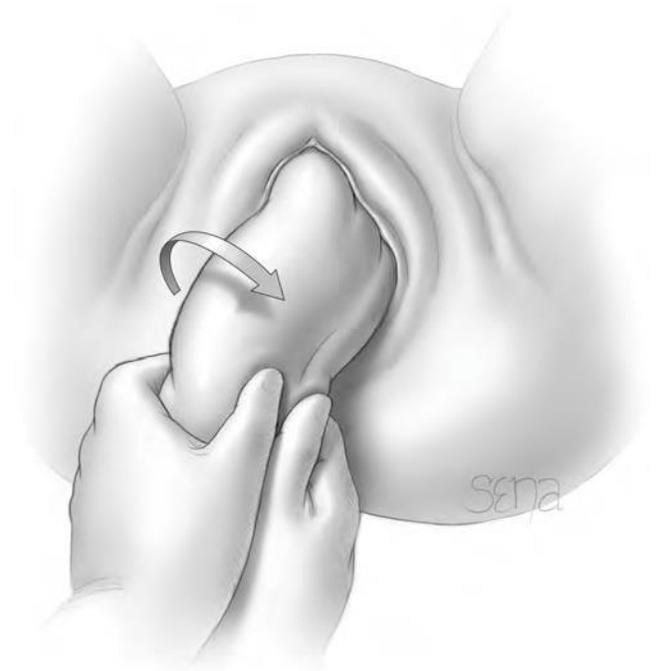
- <https://youtu.be/3rcasB2TReA>

PARTO PÉLVICO

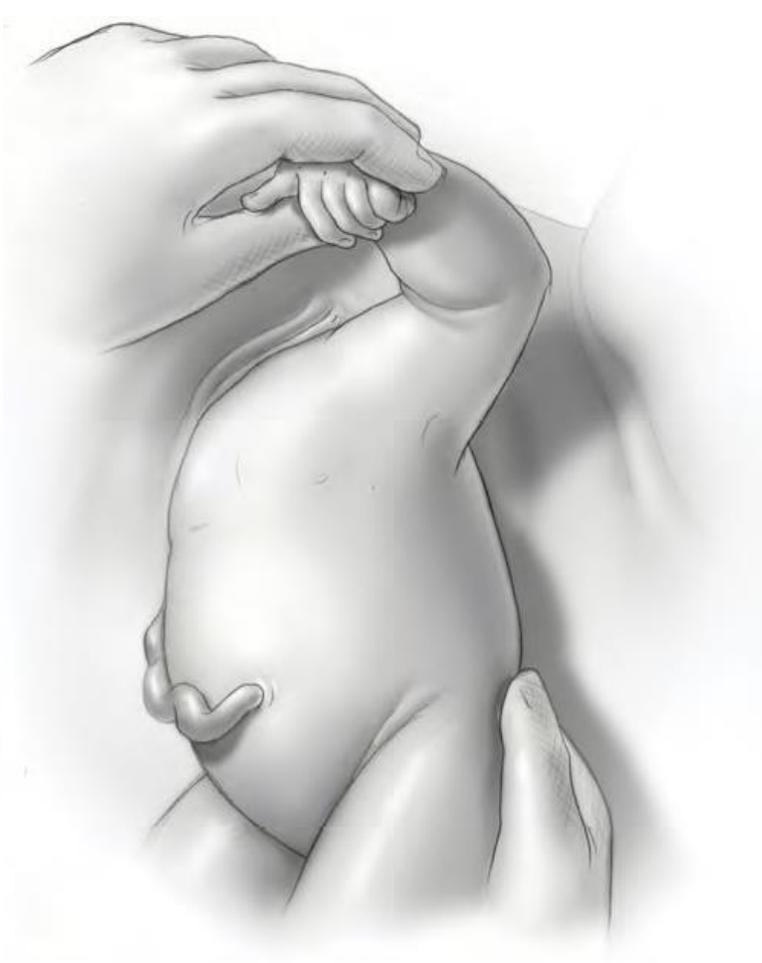


EVIDÊNCIAS – RISCOS X BENEFÍCIOS

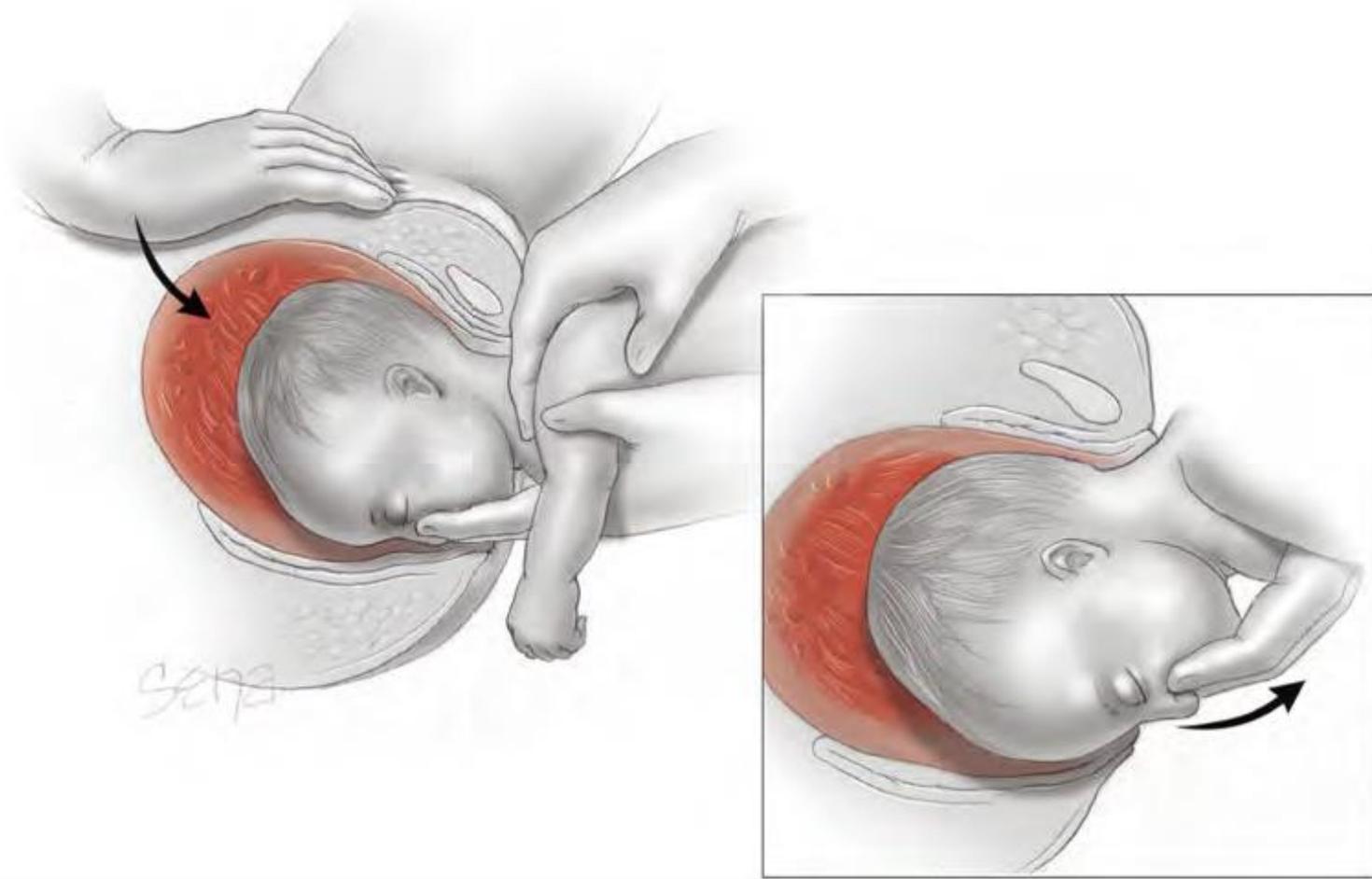
- **Term Breech Trial (2000)**: ensaio clínico multicêntrico (26 países) com mais de 2.000 mulheres com gestação pélvica entre 1997 e 2000
 - Morbimortalidade neonatal: Cesariana planejada 1,6 x Parto normal planejado morbidade 5%
 - Morbimortalidade materna: Sem diferenças
 - Estudo com falhas metodológicas
 - 2001: ACOG contraindicou parto normal pélvico
 - Follow-up das crianças com 2 anos - risco de morte ou atraso no desenvolvimento neurológico não diferiu entre os grupos
- Estudos mais recentes com partos pélvicos mostraram bons desfechos seguindo protocolos: peso fetal 2500g a 4000g, flexão de cabeça, ILA, trabalho de parto espontâneo, etc



ALSO



ALSO



ALSO

FRANK LOUWEN

- 750 gestantes com apresentação pélvica
- 42% planejaram cesárea
- 58% planejaram parto normal: 229 em posição vertical e 40 em posição dorsal
- Partos em posição vertical: menos manobras e danos neonatais, período expulsivo 42% mais curto e diminuição de lacerações, morbidade neonatal semelhante com o grupo de cesárea
- 3 mortes neonatais (todos com alterações letais), não foi necessário forceps







Dorso fetal rotaciona para o pubes materno

© KARYN LOFTESNESS PHOTOGRAPHY

- Dorso fetal rotaciona para o pubes materno







- É possível visualizar a dobra peitoral
- A permanência em posição oblíqua sem progressão ou não visualização da prega pode indicar distócia de ombro (braço nuczal)

A parturiente pode aumentar o agachamento em direção aos calcanhares – reflexo “Tummie Crunch” auxilia na flexão

**ROTAÇÃO
180°-90°**

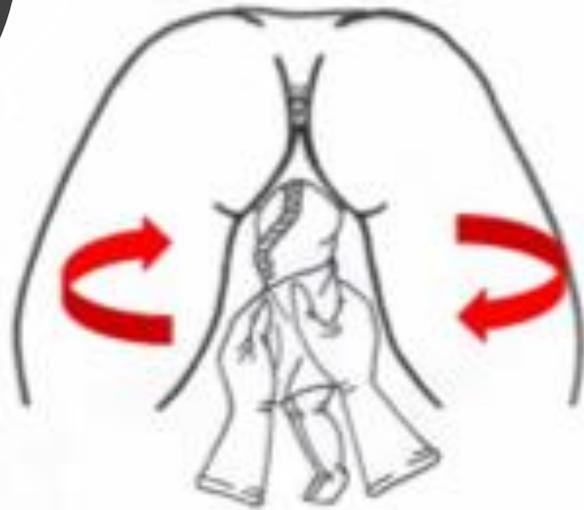


Figura 2. Rotação 180°

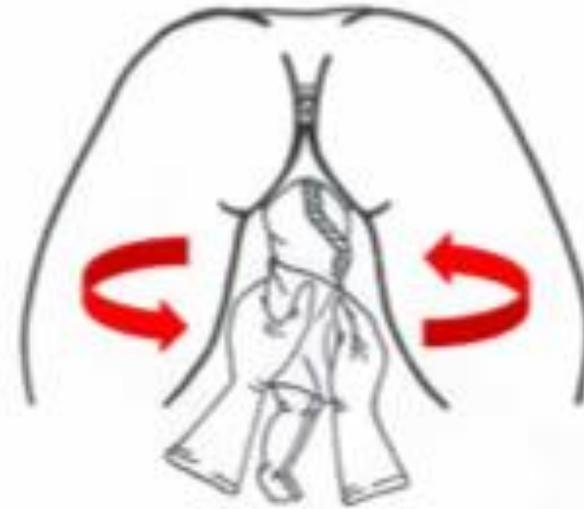


Figura 3. Rotação 90°



© KARYN LOFTESNESS PHOTOGRAPHY

- Protusão do ânus materno indica a cabeça fletida em desprendimento iminente
- Ausência de ânus distendido sugere hiperextensão da cabeça





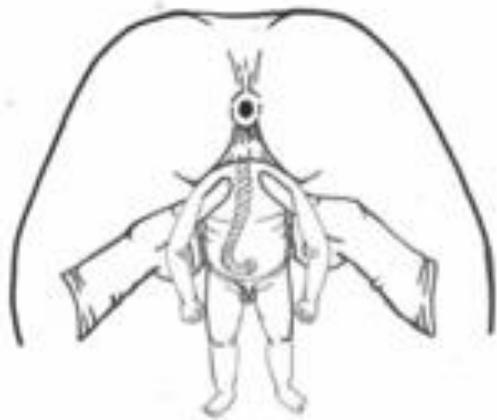


Figura 4. Frank's nudge



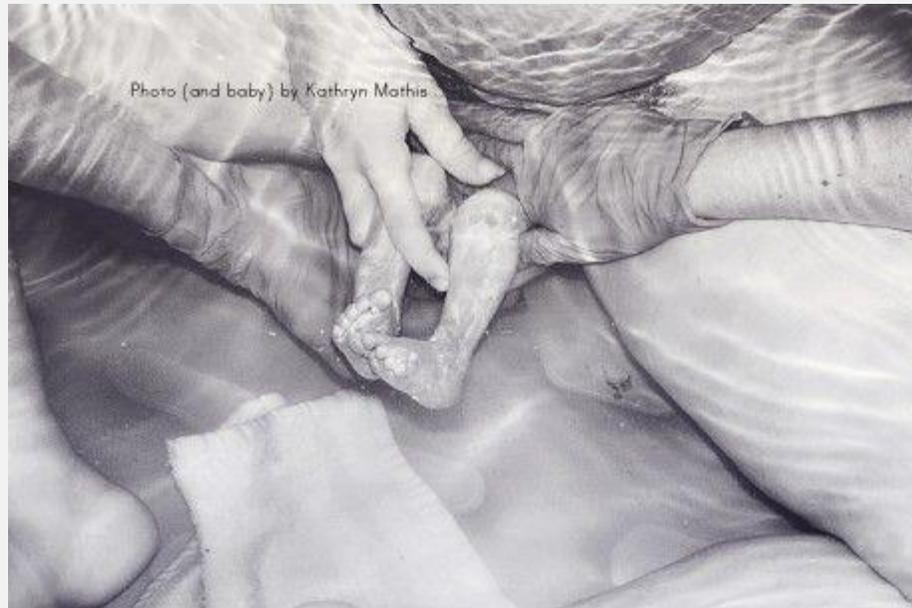
Figura 5. Mauriceau-Cronk

- Manobras: pressionar occipício em direção ao pubes e causar flexão do pólo cefálico



BREECH WATERBIRTH

- <https://br.pinterest.com/pin/519884350719892600/>



CENÁRIO BRASILEIRO



CENÁRIO BRITÂNICO



Royal College of
Obstetricians &
Gynaecologists

Information for you

Published in July 2017 (next review date: 2020)

Breech baby at the end of pregnancy

Shared Decision Making

If you are asked to make a choice, you may have lots of questions that you want to ask. You may also want to talk over your options with your family or friends. It can help to write a list of the questions you want answered and take it to your appointment.

Ask 3 Questions

To begin with, try to make sure you get the answers to **3 key questions**, if you are asked to make a choice about your healthcare:

1. **What are my options?**
2. **What are the pros and cons of each option for me?**
3. **How do I get support to help me make a decision that is right for me?**

*Ask 3 Questions is based on Shepherd et al. Three questions that patients can ask to improve the quality of information physicians give about treatment options: A cross-over trial. Patient Education and Counselling, 2011;84:379-85

<https://www.aquanw.nhs.uk/sdm>

SIAPARTO 2020

- “História das manobras obstétricas de assistência ao parto pélvico” com Rixa Freeze
- “Manobras para partos pélvicos obstruídos” com David Hayes.
- Partos pélvicos vaginais: quando observar e aguardar é possível?
- Propondo um algoritmo para resolução de distócias em partos pélvicos
- Otimizando a efetividade da VCE: um protocolo de posturas e exercícios prévios

© Earthside Birth Photography



OBRIGADA

REFERÊNCIAS

- Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5. Art. No.: CD003928. DOI: 10.1002/14651858.CD003928.pub3. Gray CJ, Shanahan MM. Breech Presentation. [Updated 2020 Aug 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 Jan-.
- Guiliani A, Scholl WM, Basver A, Tamussino KF. Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. Am J Obstet Gynecol 2002;187:1694–8.
- Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet 2000;356:1375–83.
- Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, Cheng M, et al. Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol 2004;191:917–27.
- Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 1;2015(4):CD000083. doi: 10.1002/14651858.CD000083.pub3. PMID: 25828903; PMCID: PMC6505738.
- Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, Penna LK on behalf of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External Cephalic Version and Reducing the Incidence of Term Breech Presentation. BJOG 2017; 124: e178–e192
- Lavin JPJr, Eaton J, Hopkins M. Teaching vaginal breech delivery and external cephalic version. A survey of faculty attitudes. J Reprod Med 2000;45:808–12

REFERÊNCIAS

- Magro-Malosso ER, Saccone G, Di Tommaso M, Mele M, Berghella V. Neuraxial analgesia to increase the success rate of external cephalic version: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials [published erratum appears Am J Obstet Gynecol. 2017;216:315]. Am J Obstet Gynecol 2016;215:276–86
- Goetzinger KR, Harper LM, Tuuli MG, Macones GA, Colditz GA. Effect of regional anesthesia on the success rate of external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2011 Nov;118(5):1137-44. doi: 10.1097/AOG.0b013e3182324583. PMID: 22015882; PMCID: PMC3199126.
- http://www.fspog.com/fotos/editor2/2013-lartigo_de_revisao.pdf
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Leaflet for patients. <https://www.rcog.org.uk/en/patients/patient-leaflets/breech-baby-at-the-end-of-pregnancy>
- Whyte H, Hannah ME, Saigal S, Hannah WJ, Hewson S, Amankwah K, et al. Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Am J Obstet Gynecol 2004;191:864–71.
- World Health Organization (WHO). Optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva; 2012.