

BMJ Best Practice

Apresentação de nádegas

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	4
Prevenção	6
Rastreamento	6
Diagnóstico	7
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	9
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	11
Tratamento	12
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	15
Opções de tratamento	17
Novidades	27
Acompanhamento	28
Recomendações	28
Complicações	28
Prognóstico	28
Diretrizes	30
Diretrizes de tratamento	30
Nível de evidência	31
Referências	32
Aviso legal	38

Resumo

- ◇ Refere-se à apresentação do bebê para o parto com as nádegas ou os pés primeiro em vez da cabeça.
- ◇ Está associada a morbidade e mortalidade aumentadas para a mãe em termos de parto cesáreo de emergência e placenta prévia, e para o bebê em termos de nascimento pré-termo, tamanho fetal pequeno, anomalias congênitas e mortalidade perinatal.
- ◇ A incidência diminui conforme a gestação evolui e por termo ocorre em 3% a 4% das gestações simples a termo.
- ◇ As opções de tratamento incluem versão cefálica externa para aumentar a probabilidade de parto vaginal ou parto cesáreo planejado, sendo a gestação ideal de 37 e 39 semanas, respectivamente.
- ◇ O parto cesáreo planejado é considerado a forma mais segura de parto para crianças com apresentação de nádegas persistente a termo.

Definição

A apresentação de nádegas na gestação ocorre quando um bebê se apresenta primeiro com as nádegas ou pés em vez da cabeça (apresentação cefálica) e é associada a morbidade e mortalidade aumentadas tanto para a mãe quanto para o bebê.^{[1] [2]} Existem boas evidências atuais quanto ao manejo efetivo da apresentação de nádegas no final da gestação usando versão cefálica externa e/ou parto cesáreo planejado.

Epidemiologia

A apresentação de nádegas é comum na gestação precoce e diminui com o avanço da idade gestacional, uma vez que a maioria dos bebês se vira espontaneamente para uma apresentação cefálica antes do nascimento.^{[3] [4]} A prevalência a termo em gestações simples é 3% a 4% de todos os nascimentos.^{[1] [2]} A prevalência antes do termo em várias gestações é a seguinte:^[3]

- 33% dos nascimentos com menos de 28 semanas de gestação
- 14% dos nascimentos com 29 a 32 semanas de gestação
- 9% dos nascimentos com 33 a 36 semanas de gestação
- 6% dos nascimentos com 37 a 40 semanas de gestação.

Etiologia

A etiologia é em grande parte desconhecida. Os fatores que predis põem gestações à apresentação de nádegas incluem parto prematuro, feto pequeno para a idade gestacional, primiparidade, anomalias congênitas no feto, volume anormal de líquido amniótico, anomalias placentárias e uterinas e parto pélvico prévio.^{[5] [6] [7] [8] [9]} Todos esses fatores estão associados ao aumento da morbidade e mortalidade infantil.

Fisiopatologia

O tamanho fetal e uterino pode influenciar a apresentação de nádegas. As crianças prematuras têm maior probabilidade de mudar sua posição no útero por causa do tamanho menor. Fetos maiores podem ser forçados à apresentação cefálica no final da gestação por causa das restrições de espaço ou alinhamento dentro do útero. Primiparidade, bebê do sexo feminino, anomalias congênitas fetais e múltiplas gestações podem estar indiretamente relacionados por meio da associação a pequeno para a idade gestacional. O relaxamento da parede uterina relacionado à paridade pode reduzir a apresentação de nádegas ao contribuir para maior taxa de versão espontânea e versão cefálica externa em mulheres múltiparas.^[10]

Classificação

Tipos de apresentação de nádegas^{[1] [2]}

Apresentação de nádegas franca

- As nádegas do bebê vão à frente para o canal vaginal
- Os quadris estão flexionados, os joelhos estendidos e os pés muito próximos da cabeça

- 65% a 70% dos bebês que se apresentam de nádegas estão nessa posição.

Apresentação de nádegas completa

- O bebê se apresenta primeiro com as nádegas
- Tanto os quadris quanto os joelhos estão flexionados; o bebê pode estar sentado com as pernas cruzadas.

Apresentação de nádegas incompleta ou podálica

- Um ou ambos os pés do bebê ficam abaixo da pelve, de modo que o pé ou joelho está mais baixo no canal vaginal
- É raro a termo, mas relativamente comum com fetos prematuros.

Rastreamento

A apresentação fetal deve ser avaliada usando exames clínicos em cada consulta pré-natal no segundo e terceiro trimestres finais.

Qualquer mulher com suspeita de apresentação de nádegas ou outra apresentação não cefálica, ou que seja difícil de avaliar (por exemplo, com volume anormal de líquido amniótico ou anomalias placentárias), deve fazer ultrassonografia para confirmar a apresentação fetal.

Caso clínico

Caso clínico #1

Uma mulher nulípara de 25 anos de idade se apresenta na 37ª semana de gestação para verificação pré-natal de rotina. No exame físico, o bebê está em posição de nádegas. A mãe deseja um parto normal vaginal.

Outras apresentações

O conhecimento da apresentação fetal é importante no momento do parto (independentemente da gestação) e antes dele conforme a gestação se aproxime do final, pois é aí que a versão cefálica externa se torna uma opção. As mulheres podem não estar cientes da apresentação fetal, mas podem relatar que os chutes fetais são em sua pelve. O diagnóstico clínico da apresentação fetal é mais difícil em mulheres obesas.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

A apresentação de nádegas é achado normal em gestações prematuras, quando o feto está mais móvel, e não deve ser considerada anormal até o final da gestação. O conhecimento da apresentação fetal é importante no momento do parto (independentemente da gestação) e antes dele, conforme a gestação se aproxime do final, pois é aí que a versão cefálica externa se torna uma opção. O diagnóstico após o início do trabalho de parto está associado ao aumento da morbidade e da mortalidade materna e infantil.[23]

História

A história de eventos de gestação deve ser obtida, incluindo sintomas recentes, paridade e tipos prévios de parto. A confirmação do último período menstrual e da gestação destacarão os fatores de risco de prematuridade e de feto pequeno para a idade gestacional. Além disso, a história deve ser revisada para sangramento vaginal indicativo de fatores de risco como placenta prévia, pois eles podem complicar o manejo.[24] [25] Sintomas de dor ou sensibilidade específicas sob uma margem costal ou outra podem ser resultado de pressão pela cabeça mais dura do feto. Pode haver história de dor por causa dos chutes fetais na pelve ou bexiga materna.

Exame físico clínico

A apresentação fetal deve ser avaliada usando-se o exame clínico em cada consulta pré-natal nos finais do segundo e terceiro trimestres. A manobra de Leopold é uma etapa diagnóstica importante no final do segundo trimestre e consiste em quatro estágios distintos:[1]

- Palpação do abdome para determinar a posição da cabeça do bebê
- Palpação do abdome para confirmar a posição da coluna do feto de um lado e dos membros fetais do outro
- Palpação da área acima da sínfise púbica para localizar a apresentação fetal
- Palpação da parte se apresentando para confirmar a apresentação, para determinar quanto o feto desceu e se está encaixado.

A sensibilidade e a especificidade do diagnóstico da apresentação de nádegas da 35ª à 37ª semana de gestação pelo exame clínico são de 70% e 95%, e os valores preditivos positivo e negativo são 55% e 97%.^[4]

A posição do feto é confirmada ainda pela localização do batimento fetal usando estetoscópio Pinard ou Doppler manual. Batimentos cardíacos fetais acima do umbigo materno sugerem apresentação de nádegas.^[1]

O exame pélvico (incluindo espéculo e/ou toque vaginal) ajuda a identificar a parte de apresentação; a cabeça fetal é dura e redonda e as nádegas são uma massa mais macia e irregular que cede.^[1]
^[26] O exame vaginal, usando técnica asséptica, deve estabelecer o tipo de apresentação de nádegas, a posição do sacro fetal e a posição das nádegas. O prolapso do cordão e o cordão nuchal são mais comuns com apresentação de nádegas e deve-se fazer avaliação cuidadosa para descartar a presença de qualquer alça do cordão umbilical.^[24] O exame de toque não deve ser realizado se houver qualquer suspeita de placenta prévia.^[27]

Ultrassonografia

Ultrassonografia transabdominal ou transvaginal confirmará o diagnóstico de apresentação de nádegas e deve ser realizada por profissionais com habilidades adequadas de ultrassonografia obstétrica. Ultrassonografia transabdominal também pode estabelecer o tipo de apresentação de nádegas por meio de imagens dos fêmures fetais e sua relação com os ossos distais. É importante descartar qualquer fator causador (por exemplo, polidrâmnio, placenta baixa, anomalia fetal) que possa influenciar as decisões de manejo e o tipo de parto.

Fatores de risco

Fortes

feto prematuro

- A prematuridade está consistentemente associada à apresentação de nádegas.^[6] ^[9] Isso pode ser causado pelo tamanho menor de crianças prematuras, que têm maior probabilidade de mudar sua posição no útero.
- O aumento da duração da gestação pode dar aos fetos com apresentação de nádegas tempo para crescer, virar espontaneamente ou por versão cefálica externa e permanecer na apresentação cefálica.
- Fetos maiores podem ser forçados à apresentação cefálica no final da gestação por causa das restrições de espaço ou alinhamento dentro do útero.

feto pequeno para a idade gestacional

- Baixo peso ao nascer é fator de risco para a apresentação de nádegas.^[9] ^[11] ^[12] ^[13] ^[14] Nascimentos com apresentação de nádegas a termo estão associados a tamanho fetal menor para a idade gestacional, destacando-se a associação com baixo peso ao nascer ao invés de prematuridade.^[6]

nuliparidade

- Mulheres tendo o primeiro parto apresentam taxas aumentadas de apresentação de nádegas, provavelmente por causa da tendência mais alta de menor tamanho fetal.^[6] ^[9]

- O relaxamento da parede uterina em mulheres multíparas pode reduzir as chances de nascimento com apresentação de nádegas e contribuir para taxa maior de versão espontânea ou versão cefálica externa em mulheres multíparas.[10]

anomalias fetais congênitas

- Anomalias congênitas no feto podem resultar em tamanho fetal pequeno ou crescimento fetal inadequado.[9] [12] [14] [15]
- Anencefalia, hidrocefalia, síndrome de Down e disfunção neuromuscular fetal estão associadas à apresentação de nádegas, a última por causa de seu efeito sobre a qualidade da movimentação fetal.[9] [14]

parto pélvico prévio

- O risco de parto pélvico recorrente é 8%, e o risco aumenta de 4% após 1 parto pélvico para 28% depois de 3.[16]
- Os efeitos da recorrência podem ser causados por fatores causais específicos recorrentes, sejam de origem genética ou ambiental.

anormalidades uterinas

- Mulheres com anormalidades uterinas têm alta incidência de apresentação de nádegas.[14] [17] [18] [19]

feto do sexo feminino

- Cinquenta e quatro por cento dos fetos com apresentação de nádegas são do sexo feminino.[14]

Fracos

volume anormal de líquido amniótico

- Tanto oligodrâmnio quanto polidrâmnio estão associados à apresentação de nádegas.[1] [12] [14]
- Volume baixo de líquido amniótico diminui a probabilidade de o feto virar para posição cefálica; volume aumentado de líquido amniótico pode facilitar a troca frequente de posição.

anormalidades placentárias

- Relatou-se associação entre implantação placentária na região cornual-uterina e apresentação de nádegas,[8] [20] [21] [22] embora alguns estudos não a tenham considerado fator de risco.[10] [14]
- A associação com placenta prévia também é inconsistente.[8] [9] [22] Placenta prévia está associada ao nascimento pré-termo e pode ser fator indireto de risco.

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os principais fatores de risco incluem nuliparidade,[6] [9] apresentação de nádegas prévia,[16] prematuridade,[6] [9] feto pequeno para a idade gestacional,[9] [11] [12] [13] [14] feto do sexo feminino, anomalia congênita fetal,[9] [12] [14] [15] e anormalidades uterinas maternas.[14] [17] [18] [19]

nádegas ou pés como apresentação (comum)

- O exame pélvico ou vaginal revela as nádegas e/ou os pés, sentidos como uma massa irregular que cede, como a parte de apresentação.[26] Na apresentação cefálica, a cabeça fetal dura, redonda e regular pode ser palpada.[26]

cabeça fetal sob a margem costal (comum)

- A manobra de Leopold no exame físico sugere a posição de nádegas por palpação da cabeça fetal sob a margem costal.[26]

batimento cardíaco fetal acima do umbigo materno (comum)

- O batimento cardíaco do bebê deve ser auscultado usando estetoscópio Pinard ou Doppler manual para indicar a posição do feto. O batimento cardíaco fetal fica acima do umbigo materno na apresentação de nádegas.[1]

Outros fatores de diagnóstico

sensibilidade subcostal (incomum)

- A sensibilidade sob uma margem costal ou outra como resultado de pressão pela cabeça mais dura do feto.

dor pélvica ou vesical (incomum)

- Dor por causa dos chutes fetais na pelve ou bexiga materna.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
ultrassonografia transabdominal/transvaginal <ul style="list-style-type: none"> • Visualiza o feto e revela sua posição. • Usada para confirmar a suspeita clínica de apresentação de nádegas. • Deve ser realizada por profissionais com habilidades apropriadas de ultrassonografia obstétrica. • Estabelece o tipo de apresentação de nádegas por meio de imagens dos fêmures fetais e sua relação com os ossos distais. 	posição de nádegas

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Deitado transversalmente	<ul style="list-style-type: none"> • O feto está deitado horizontalmente no útero tendo o ombro como parte de apresentação. • Fatores predisponentes similares, como placenta prévia, volume anormal de líquido amniótico e anomalias uterinas, embora seja mais comum em multiparidade.[1] [2] [28] 	<ul style="list-style-type: none"> • O exame clínico e a ausculta fetal podem ser indicativos. • A ultrassonografia confirma a apresentação.

Abordagem passo a passo do tratamento

Existem boas evidências disponíveis sobre o manejo de apresentação de nádegas no final da gestação. A versão cefálica externa e/ou o parto cesáreo planejado são idealmente realizados nas idades gestacionais de 37 e 39 semanas, respectivamente.[29] [30] Uma mulher com apresentação de nádegas de <37 semanas é uma área de controvérsia clínica. O tipo ideal de parto para apresentação de nádegas prematura ainda não foi completamente avaliado em ensaios clínicos, e os riscos relativos para a criança prematura e a mãe permanecem incertos. Na ausência de boas evidências, caso o diagnóstico de apresentação de nádegas seja feito antes de 37 semanas de gestação, a prematuridade e as circunstâncias clínicas devem determinar o manejo e o tipo de parto.

Apresentação de nádegas a partir de 37 semanas de gestação, antes do trabalho de parto

VCE

- A VCE é o tratamento inicial para apresentação de nádegas a termo quando a paciente não estiver em trabalho de parto. Ela envolve virar o feto da apresentação de nádegas para cefálica (cabeça para baixo) para aumentar a probabilidade de parto vaginal.[31] [32] 1[A]Evidence Sempre que disponível, deve ser oferecida a todas as mulheres no final da gravidez, por médico com experiência, em hospitais com instalações para parto de emergência, e na ausência de contraindicações para o procedimento.[31] Não existe limite superior de tempo para a gestação apropriada para VCE, com sucesso relatado com 42 semanas.
- Não existe um consenso sobre as contraindicações à VCE. As contraindicações incluem gestação múltipla (exceto após o parto do primeiro gêmeo), ruptura de membranas, sangramento vaginal atual ou recente (<1 semana), isoimunização Rh, outras indicações para parto cesáreo (por exemplo, placenta prévia ou malformação uterina) ou anormalidade à monitorização eletrônica fetal.[31] Uma revisão sistemática das contraindicações relativas para VCE destacou que a maioria das contraindicações não possui evidências empíricas claras. As exceções incluem descolamento da placenta, pré-eclâmpsia/síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) graves ou sinais de sofrimento fetal (cardiotocografia anormal e/ou fluxo anormal ao Doppler).[32]
- O procedimento envolve aplicar pressão externa e empurrar ou palpar o abdome da mãe com firmeza para compelir o feto a dar cambalhotas (para frente ou para trás) para a posição cefálica.[38]
- A taxa de sucesso da versão cefálica externa (VCE) varia mas, em grandes séries, 47% das mulheres após uma tentativa de VCE tiveram apresentação cefálica no nascimento.[31] [39] Vários fatores influenciam a taxa de sucesso.2[B]Evidence Detectou-se em revisão sistemática que as taxas de sucesso de VCE de modo geral são 68%, sendo significativamente maiores para mulheres de países africanos (89%) comparadas com mulheres de países não africanos (62%), e maiores entre mulheres múltiparas (78%) que nulíparas (48%).[33] Em geral, as taxas de sucesso da VCE para mulheres não africanas nulíparas e múltiparas foram 43% e 73%, respectivamente, enquanto as taxas para mulheres africanas nulíparas e múltiparas foram 79% e 91%, respectivamente. Outro estudo recente não relatou diferença na taxa de sucesso ou de parto cesáreo entre mulheres com parto cesáreo prévio submetidas a VCE comparadas com mulheres com parto prévio vaginal. No entanto, os números foram pequenos e são necessários mais estudos a esse respeito.[42]

- A preferência das mulheres pelo parto vaginal é um dos principais fatores contribuintes na decisão por VCE. No entanto, estudos sugerem que mulheres com apresentação de nádegas a termo podem não receber informações completas e/ou baseadas em evidências sobre os benefícios e riscos de VCE.[43] [44] Embora até 60% das mulheres tenham relatado a VCE como dolorosa, a maioria destacou que os benefícios superam os riscos (71%) e recomendariam a VCE a suas amigas ou repetiriam o procedimento elas mesmas (84%).[43] [44]
- Cardiotocografia e ultrassonografia devem ser realizadas antes e depois do procedimento. A tocólise deve ser usada para facilitar a manobra, e imunoglobulina anti-D deve ser administrada a mulheres com fator Rh negativo.[31] Os agentes tocolíticos incluem estimulantes dos receptores beta-2-adrenérgicos como albuterol, terbutalina ou ritodrina (amplamente usada com VCE em alguns países, mas ainda não disponível nos EUA). Uma revisão Cochrane de tocolíticos beta-estimulantes demonstra que eles apresentam menor probabilidade de estarem associados a fracasso do procedimento VCE e são mais eficazes em aumentar a apresentação cefálica e em reduzir o parto cesáreo.[45] Não há evidências atuais para recomendar um dos antagonistas de receptores beta-2-adrenérgicos em vez de outro. Até que esses dados estejam disponíveis, recomenda-se adesão ao protocolo local para tocólise. Devido ao risco de efeitos adversos cardíacos maternos potencialmente graves e morte, a Food and Drug Administration (FDA) dos EUA emitiu alerta contra o uso de terbutalina injetável além de 48 a 72 horas, ou tratamento agudo ou prolongado com terbutalina oral, em gestantes, para prevenção ou tratamento prolongado de trabalho de parto.[46] Ainda não está claro se esse alerta se aplica à administração por via subcutânea de terbutalina em VCE; contudo, estudos atualmente apoiam esse uso. A European Medicines Agency (EMA) recomenda que beta-agonistas injetáveis devem ser usados apenas até 48 horas entre a 22ª e a 37ª semana de gestação. Eles devem ser usados sob supervisão de especialista com monitoramento contínuo da mãe e do feto devido ao risco de efeitos cardiovasculares adversos em ambos. A EMA não recomenda mais formulações orais ou retais para indicações obstétricas.[47]
- Se a VCE for bem-sucedida, os cuidados na gravidez devem continuar como usual para qualquer apresentação cefálica. 1[A]Evidence Uma revisão sistemática avaliando o tipo de parto após uma VCE bem-sucedida revelou que essas mulheres apresentaram aumento do risco de parto cesáreo e parto vaginal instrumental em comparação com as mulheres com gravidez cefálica espontânea. No entanto, elas ainda apresentaram uma taxa mais baixa de parto cesáreo após a VCE (isto é, 47%) em comparação com a taxa de parto cesáreo daquelas com apresentação de nádegas persistente (isto é, 85%). Com um número necessário para tratar de três, a VCE continua a ser considerada um meio eficaz de se prevenir a necessidade de partos cesáreos.[48]

VCE malsucedida com apresentação de nádegas persistente

- O parto cesáreo planejado deve ser oferecido como o tipo mais seguro de parto para o bebê, embora traga pequeno aumento de complicações maternas imediatas graves em comparação com o parto vaginal.[24] [25] [30] Nos EUA, a maioria das VCEs malsucedidas com apresentação de nádegas persistente terá parto cesáreo.
- O parto vaginal pode ser levado em consideração por alguns médicos, especialmente mediante solicitação materna, disponibilidade de equipe sênior e experiente, ausência de contraindicação absoluta para parto vaginal (por exemplo, placenta prévia, condição fetal comprometida) e crescimento fetal ideal (peso estimado acima do décimo percentil e de até 3800 g). Outros fatores que aumentam o risco do parto vaginal planejado incluem pescoço hiperestendido à ultrassonografia e apresentação podálica.[24]

Apresentação de nádegas a partir de 37 semanas de gestação, durante o trabalho de parto

O tipo de parto (parto cesáreo ou parto pélvico vaginal) deve ser baseado na experiência do médico responsável, políticas do hospital, solicitação materna e presença ou ausência de fatores complicadores. Obstetra sênior e experiente, anestesista, pediatra e parteira devem estar presentes no parto.[24] [25] O monitoramento com cardiotocografia contínua deve ser mantido até o parto.[24] [25]

Parto cesáreo

- A primeira opção deve ser parto cesáreo planejado.3[A]Evidence
- Há um pequeno aumento do risco de complicações maternas imediatas graves comparado com o parto vaginal (risco relativo [RR] 1.29, intervalo de confiança [IC] de 95% 1.03 a 1.61),[30] incluindo embolia pulmonar,[23] infecção,[50] [51] sangramento,[23] [51] [52] dano à bexiga e ao intestino,[53] [54] [55] [56] recuperação mais lenta do parto,[57] [58] hospitalização prolongada[59] e protelação do vínculo e do aleitamento materno.[60] [61]
- Os riscos em longo prazo incluem comprometimento potencial de desempenho obstétrico futuro,[62] [63] [64] [65] maior risco de repetição do parto cesáreo,[63] infertilidade,[64] ruptura uterina,[64] placenta acreta,[63] [65] descolamento da placenta[64] e histerectomia de emergência.[62]
- O parto cesáreo planejado é mais seguro para bebês, embora esteja associado à dificuldade respiratória neonatal aumentada.4[C]Evidence O risco é reduzido quando o parto cesáreo é realizado na 39ª semana de gestação.[66] [67] [68]
- Apresentação de nádegas não diagnosticada no trabalho de parto geralmente resulta em parto cesáreo após o início do trabalho de parto, taxas mais altas de parto cesáreo de emergência associadas a desfechos maternos menos favoráveis, maior probabilidade de prolapso do cordão e outros desfechos desfavoráveis à criança.[23] [34] [51] [69] [70] [71] [72]

Parto pélvico vaginal

- Esse tipo de parto pode ser considerado como opção por alguns médicos para mulheres que estejam em trabalho de parto, sobretudo quando ele for iminente. O parto pélvico vaginal também pode ser levado em consideração, se possível, quando o parto não for iminente, mediante solicitação materna, disponibilidade de equipe sênior e experiente, ausência de contraindicação absoluta para parto vaginal (por exemplo, placenta prévia, condição fetal comprometida) e crescimento fetal ideal (peso estimado acima do décimo percentil e de até 3800 g). Outros fatores que aumentam o risco do parto vaginal planejado incluem pescoço hiperestendido à ultrassonografia e apresentação podálica.[24]
- Achados de uma revisão sistemática de 27 estudos observacionais revelaram que os riscos absolutos de mortalidade perinatal, morbidade neurológica fetal, trauma no nascimento, índice de Apgar de 5 minutos <7 e asfixia neonatal no grupo de parto vaginal planejado foram baixos, de 0.3%, 0.7%, 0.7%, 2.4% e 3.3%, respectivamente. Entretanto, os riscos relativos de mortalidade e morbidade perinatais foram 2 a 5 vezes mais elevados no grupo de parto vaginal planejado que no grupo de parto cesáreo planejado. Os autores recomendam a tomada de decisão criteriosa contínua para parto pélvico vaginal em bebês pélvicos a termo em gestação simples selecionada.[73]

VCE

- A VCE também pode ser considerada uma opção para mulheres com apresentação de nádegas no início do trabalho de parto, quando ele não for iminente, desde que as membranas estejam intactas.

Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial (resumo)		
<37 semanas de gestação		
	1a	avaliação dos especialistas
≥37 semanas de gestação não estando em trabalho de parto		
<div> <div></div> <div>versão cefálica externa (VCE) malsucedida com apresentação de nádegas persistente</div> </div>	1a	versão cefálica externa (VCE)
	mais	agentes tocolíticos
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	mais	parto cesáreo eletivo/parto pélvico vaginal
	adjunto	imunoglobulina anti-D

Agudo (resumo)		
≥37 semanas de gestação em trabalho de parto: sem parto iminente		
	1a	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	2a	parto pélvico vaginal
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	3a	versão cefálica externa (VCE)
	adjunto	imunoglobulina anti-D
≥37 semanas de gestação em trabalho de parto: parto iminente		
	1a	parto cesáreo
	adjunto	imunoglobulina anti-D
	2a	parto pélvico vaginal

Agudo (resumo)	
adjunto	imunoglobulina anti-D

Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Inicial

<37 semanas de gestação

1a

avaliação dos especialistas

» Uma mulher com apresentação de nádegas de <37 semanas é uma área de controvérsia clínica. O tipo ideal de parto para apresentação de nádegas prematura ainda não foi completamente avaliado em ensaios clínicos, e os riscos relativos para a criança prematura e a mãe permanecem incertos. Na ausência de boas evidências, caso o diagnóstico de apresentação de nádegas seja feito antes de 37 semanas de gestação, a prematuridade e as circunstâncias clínicas devem determinar o manejo e o tipo de parto.

≥37 semanas de gestação não estando em trabalho de parto

1a

versão cefálica externa (VCE)

» Não existe limite superior de tempo sobre a gestação apropriada para VCE e ela deve ser oferecida a todas as mulheres no final da gravidez, por médico com experiência, em hospitais com instalações para parto de emergência e sem contraindicações para o procedimento.^{[31] [32]}

» Envolve aplicação de pressão externa e empurrar ou palpar o abdome da mãe com firmeza para compelir o feto a dar cambalhotas (para frente ou para trás) para a posição cefálica.^[38]

» Não existe um consenso sobre as contraindicações à VCE. As contraindicações incluem gestação múltipla (exceto após o parto do primeiro gêmeo), ruptura de membranas, sangramento vaginal atual ou recente (<1 semana), isoimunização Rh, outras indicações para parto cesáreo (por exemplo, placenta prévia ou malformação uterina) ou anormalidade à monitorização eletrônica fetal.^[31] Uma revisão sistemática das contraindicações relativas para VCE destacou que a maioria das contraindicações não possui evidências empíricas claras. As exceções incluem descolamento da placenta, pré-eclâmpsia/síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas

Inicial

elevadas e plaquetopenia) graves ou sinais de sofrimento fetal (cardiotocografia anormal e/ou fluxo anormal ao Doppler).[32]

» Cardiotocografia e ultrassonografia devem ser realizadas antes e depois do procedimento.

» Se a VCE for bem-sucedida, os cuidados na gravidez devem continuar como usual para qualquer apresentação cefálica. **1[A]Evidence** Uma revisão sistemática avaliando o tipo de parto após uma VCE bem-sucedida revelou que essas mulheres apresentaram aumento do risco de parto cesáreo e parto vaginal instrumental em comparação com as mulheres com gravidez cefálica espontânea. No entanto, elas ainda apresentaram uma taxa mais baixa de parto cesáreo após a VCE (isto é, 47%) em comparação com a taxa de parto cesáreo daquelas com apresentação de nádegas persistente (isto é, 85%). Com um número necessário para tratar de três, a VCE continua a ser considerada um meio eficaz de se prevenir a necessidade de partos cesáreos.[48]

mais

agentes tocolíticos

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **salbutamol**: consulte o protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas local para obter informações sobre dosagens

OU

» **terbutalina**: consulte o protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas local para obter informações sobre dosagens

OU

» **ritodrina**: consulte o protocolo clínico e de diretrizes terapêuticas local para obter informações sobre dosagens

» Agentes tocolíticos incluem estimulantes dos receptores beta-2-adrenérgicos como albuterol, terbutalina ou ritodrina (amplamente usada com VCE em alguns países, mas ainda não disponível nos EUA). São usados para protelar ou inibir o trabalho de parto e aumentar a taxa de sucesso da VCE. Não há evidências atuais para recomendar um antagonista dos receptores beta-2-adrenérgicos em vez de outro. Até que

Inicial

esses dados estejam disponíveis, recomenda-se adesão ao protocolo local para tocólise.

» Devido ao risco de efeitos adversos cardíacos maternos potencialmente graves e morte, a Food and Drug Administration (FDA) emitiu alerta contra o uso de terbutalina injetável além de 48 a 72 horas, ou tratamento agudo ou prolongado com terbutalina oral, em gestantes, para prevenção ou tratamento prolongado de trabalho de parto.[46] Ainda não está claro se esse alerta se aplica à administração por via subcutânea de terbutalina em VCE; contudo, estudos atualmente apoiam esse uso. A European Medicines Agency (EMA) recomenda que beta-agonistas injetáveis devem ser usados apenas até 48 horas entre a 22ª e a 37ª semana de gestação. Eles devem ser usados sob supervisão de especialista com monitoramento contínuo da mãe e do feto devido ao risco de efeitos cardiovasculares adversos em ambos. A EMA não recomenda mais formulações orais ou retais para indicações obstétricas.[47]

» Uma revisão sistemática não detectou evidências para dar suporte ao uso de nifedipino para tocólise.[74]

» Existem evidências insuficientes para avaliar outras intervenções para auxiliar a VCE, como a estimulação acústica fetal nas posições da linha média da coluna fetal, ou analgesia epidural ou espinal.[45]

adjunto imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» A imunoglobulina anti-D precisa ser administrada no momento da versão cefálica externa e novamente pós-parto às mulheres que derem à luz bebê com Rh positivo.[75]

Inicial

- **versão cefálica externa (VCE) malsucedida com apresentação de nádegas persistente**

mais

» É recomendada sua administração o quanto antes após o procedimento, geralmente em até 72 horas.

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

parto cesáreo eletivo/parto pélvico vaginal

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» parto cesáreo

Opções secundárias

» parto vaginal

» O tipo de parto (parto cesáreo ou parto pélvico vaginal) deve ser baseado na experiência do médico responsável, nas políticas do hospital, na solicitação materna e na presença ou ausência de fatores complicadores. Nos EUA, a maioria das versões cefálicas externas (VCEs) malsucedidas com apresentação de nádegas persistente terá parto cesáreo.

» Demonstrou-se que o parto cesáreo, com 39 semanas ou mais, reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal em comparação com o parto pélvico vaginal (risco relativo [RR] 0.33, intervalo de confiança [IC] de 95% 0.19 a 0.56).^[30] **4[C]Evidence** Embora seja mais seguro para esses bebês, há pequeno aumento de complicações maternas imediatas graves em comparação com o parto vaginal (RR 1.29, IC de 95% 1.03 a 1.61), bem como riscos em longo prazo para futuras gestações.^[30]

» O parto vaginal pode ser levado em consideração por alguns médicos, especialmente mediante solicitação materna, disponibilidade de equipe sênior e experiente, ausência de contraindicação absoluta para parto vaginal (por exemplo, placenta prévia, condição fetal comprometida) e crescimento fetal ideal (peso estimado acima do décimo percentil e de até 3800 g). Outros fatores que aumentam o risco do parto vaginal planejado incluem pescoço hiperestendido à ultrassonografia e apresentação podálica.^[24]

adjunto

imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Inicial

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes após o parto, geralmente em até 72 horas.

» A administração de imunoglobulina anti-D pós-parto não deve ser afetada pela profilaxia pré-natal ou administração prévia para um possível evento sensibilizante.[75]

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

Agudo

≥37 semanas de gestação em trabalho de parto: sem parto iminente

1a parto cesáreo

» Para mulheres com apresentação de nádegas em trabalho de parto, demonstrou-se que parto cesáreo com 39 semanas ou mais reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal comparado com o parto pélvico vaginal (RR 0.33, IC de 95% 0.19 a 0.56).[30] 4[C]Evidence

» Embora seja mais seguro para esses bebês, há pequeno aumento de complicações maternas imediatas graves em comparação com o parto vaginal (RR 1.29, IC de 95% 1.03 a 1.61), bem como riscos em longo prazo para futuras gestações.[30]

» O monitoramento com cardiotocografia contínua deve ser mantido até o parto.[24] [25]

adjunto imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Agudo

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes após o procedimento, geralmente em até 72 horas.

» A administração de imunoglobulina anti-D pós-parto não deve ser afetada pela profilaxia pré-natal ou administração prévia para um possível evento sensibilizante.[75]

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

2a parto pélvico vaginal

» O tipo de parto (parto cesáreo ou parto pélvico vaginal) deve ser baseado na experiência do médico responsável, políticas do hospital, solicitação materna e presença ou ausência de fatores complicadores.

» Esse tipo de parto pode ser levado em consideração por alguns médicos, especialmente mediante solicitação materna, disponibilidade de equipe sênior e experiente, ausência de contraindicação absoluta para parto vaginal (por exemplo, placenta prévia, condição fetal comprometida) e crescimento fetal ideal (peso estimado acima do décimo percentil e de até 3800 g). Outros fatores que aumentam o risco do parto vaginal planejado incluem pescoço hiperestendido à ultrassonografia e apresentação podálica.[24]

» Para mulheres com apresentação de nádegas persistente, no entanto, demonstrou-se que o parto cesáreo planejado reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal comparado com o parto pélvico vaginal (RR 0.33, IC de 95% 0.19 a 0.56).[30]

adjunto imunoglobulina anti-D

Agudo

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes após o parto, geralmente em até 72 horas.

» A administração de imunoglobulina anti-D pós-parto não deve ser afetada pela profilaxia pré-natal ou administração prévia para um possível evento sensibilizante.[75]

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

3a versão cefálica externa (VCE)

» A VCE também pode ser considerada como opção para mulheres com apresentação de nádegas no início do trabalho de parto, desde que as membranas estejam intactas.

» Não existe limite superior de tempo sobre a gestação apropriada para a VCE.[31]

» Envolve aplicação de pressão externa e empurrar ou palpar o abdome da mãe com firmeza para compelir o feto a dar cambalhotas (para frente ou para trás) para a posição cefálica.[38]

» Não existe um consenso sobre as contraindicações à VCE. As contraindicações incluem gestação múltipla (exceto após o parto do primeiro gêmeo), ruptura de membranas, sangramento vaginal atual ou recente (<1 semana), isoimunização Rh, outras indicações para parto cesáreo (por exemplo, placenta prévia ou malformação uterina) ou anormalidade à monitorização eletrônica fetal.[31] Uma revisão sistemática das contraindicações relativas para VCE destacou que a maioria das contraindicações não possui evidências empíricas claras. As exceções incluem

Agudo

descolamento da placenta, pré-eclâmpsia/síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas elevadas e plaquetopenia) graves ou sinais de sofrimento fetal (cardiotocografia anormal e/ou fluxo anormal ao Doppler).[32]

» Contraindicações relativas incluem apresentação de descolamento da placenta, pré-eclâmpsia/síndrome HELLP graves e sinais de sofrimento fetal (cardiotocografia anormal e/ou fluxo anormal ao Doppler).[31] [32]

adjunto imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» A imunoglobulina anti-D precisa ser administrada no momento da versão cefálica externa e novamente pós-parto às mulheres que derem à luz bebê com Rh positivo.[75]

» É recomendada sua administração o quanto antes após o procedimento, geralmente em até 72 horas.

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

≥37 semanas de gestação em trabalho de parto: parto iminente

1a parto cesáreo

» Para mulheres com apresentação de nádegas persistente, demonstrou-se que o parto cesáreo planejado reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal comparado com o parto pélvico vaginal (RR 0.33, IC de 95% 0.19 a 0.56).[30] 4[C]Evidence Embora seja mais seguro para esses bebês, há pequeno aumento de complicações maternas imediatas graves em comparação com o parto vaginal (RR

Agudo

1.29, IC de 95% 1.03 a 1.61), bem como riscos em longo prazo para futuras gestações.[30]

» Apresentação de nádegas não diagnosticada no trabalho de parto geralmente resulta em parto cesáreo após o início do trabalho de parto, taxas mais altas de parto cesáreo de emergência associadas a desfechos maternos menos favoráveis, maior probabilidade de prolapso do cordão e outros desfechos desfavoráveis à criança.[23] [34] [51] [69] [70] [71] [72]

» O monitoramento com cardiotocografia contínua deve ser mantido até o parto.[24] [25]

adjunto

imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subsequentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes após o procedimento, geralmente em até 72 horas.

» A administração de imunoglobulina anti-D pós-parto não deve ser afetada pela profilaxia pré-natal ou administração prévia para um possível evento sensibilizante.[75]

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação sobre a posologia.

2a

parto pélvico vaginal

» O tipo de parto (parto cesáreo ou parto pélvico vaginal) deve ser baseado na experiência do médico responsável, políticas do hospital, solicitação materna e presença ou ausência de fatores complicadores.

» Esse tipo de parto pode ser levado em consideração por alguns médicos, sobretudo quando o parto é iminente, mediante solicitação

Agudo

materna, disponibilidade de equipe sênior e experiente, ausência de contraindicação absoluta para parto vaginal (por exemplo, placenta prévia, condição fetal comprometida) e crescimento fetal ideal (peso estimado acima do décimo percentil e de até 3800 g). Outros fatores que aumentam o risco do parto vaginal planejado incluem pescoço hiperestendido à ultrassonografia e apresentação podálica.[24]

» Para mulheres com apresentação de nádegas persistente, no entanto, demonstrou-se que o parto cesáreo planejado reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal comparado com o parto pélvico vaginal (RR 0.33, IC de 95% 0.19 a 0.56).[30]

adjunto imunoglobulina anti-D

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

Opções primárias

» **imunoglobulina anti-D**: consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia
As doses diferem segundo a marca comercial.

» Mulheres com Rh negativo não sensibilizadas devem receber imunoglobulina anti-D.[31]

» A indicação para sua administração é para impedir a isoimunização Rh, que pode afetar desfechos de gestações subseqüentes.

» É recomendada sua administração o quanto antes após o parto, geralmente em até 72 horas.

» A administração de imunoglobulina anti-D pós-parto não deve ser afetada pela profilaxia pré-natal ou administração prévia para um possível evento sensibilizante.[75]

» A dosagem depende da marca usada. Consulte um especialista para obter orientação quanto à posologia.

Novidades

Versão cefálica externa antes do termo

Uma revisão Cochrane de três ensaios clínicos randomizados mostrou que a versão cefálica externa (VCE) da 34^a à 35^a semana de gestação reduziu a taxa de apresentação não cefálica e o parto pélvico vaginal em comparação com a VCE a termo. No entanto, a VCE precoce aumentou o risco de nascimento pré-termo tardio.[76]

Moxibustão

Existem evidências inconclusivas a respeito da efetividade e segurança da moxibustão, técnica da medicina tradicional chinesa que envolve a queima de ervas perto da pele próximo à ponta do quinto pododáctilo para estimular o ponto de acupuntura como meio de correção da apresentação de nádegas.[77] Antes de tentá-lo, as mulheres devem consultar seu obstetra.

Manejo postural

Existem evidências inconclusivas a respeito da eficácia e segurança de técnicas de postura materna como exercícios de levar o joelho ao peito usados para influenciar a posição fetal e promover a versão cefálica.[78] Antes de tentar essas técnicas, as mulheres devem consultar seu obstetra.

Recomendações

Monitoramento

Após o parto, as mulheres devem ser monitoradas de acordo com o manejo e cuidados pós-parto usuais.

Instruções ao paciente

As mulheres com apresentação de nádegas devem ser aconselhadas sobre o aumento do risco de apresentação de nádegas em uma gravidez subsequente em comparação com mulheres sem essa apresentação.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
complicações perinatais	curto prazo	baixa
Comparada com a apresentação cefálica, a apresentação de nádegas persistente tem frequência aumentada de prolapso do cordão, placenta abrupta, ruptura das membranas pré-parto, mortalidade perinatal, sofrimento fetal (frequência cardíaca <100 bpm), parto prematuro, peso fetal mais baixo.[10] [11] [34]		
complicações do parto cesáreo	curto prazo	baixa
Há um pequeno aumento do risco de complicações maternas imediatas graves comparado com o parto vaginal (risco relativo [RR] 1.29, intervalo de confiança [IC] de 95% 1.03 a 1.61),[30] incluindo embolia pulmonar,[23] infecção,[50] [51] sangramento,[23] [51] [52] dano à bexiga e ao intestino,[53] [54] [55] [56] recuperação mais lenta do parto,[57] [58] hospitalização prolongada[59] e protelação do vínculo e do aleitamento materno.[60] [61]		
Os riscos em longo prazo incluem comprometimento potencial de desempenho obstétrico futuro,[62] [63] [64] [65] maior risco de repetição do parto cesáreo,[63] infertilidade,[64] ruptura uterina,[64] placenta acreta,[63] [65] descolamento da placenta[64] e histerectomia de emergência.[62]		
O parto cesáreo de emergência, comparado com o parto cesáreo planejado, demonstrou maior risco de morbidade obstétrica grave, complicações intraoperatórias, complicações pós-operatórias, infecção, sangramento >1500 mL, febre, dor, cansaço e problemas de amamentação.[23] [50] [52] [71] [82]		

Prognóstico

O risco de parto pélvico recorrente é 8%, e o risco aumenta de 4% após um parto pélvico para 28% após três partos pélvicos.[16] Os efeitos da recorrência podem ser causados por fatores causais específicos recorrentes, sejam de origem genética ou ambiental.

Nenhuma diferença a 2 anos pós-parto foi detectada entre o parto cesáreo planejado e o parto vaginal planejado quanto aos desfechos maternos de amamentação; relacionamento com a criança ou o parceiro; dor; gravidez subsequente; incontinência; depressão; problemas urinários, menstruais ou sexuais; fadiga;[2]

ou lembranças traumáticas da experiência do parto. No entanto, o parto cesáreo planejado foi associado a maior risco de constipação.[79]

O desempenho intelectual adulto aos 18 anos de idade não foi afetado pelo tipo de parto.[80] Tampouco houve diferença no risco de morte ou atraso no neurodesenvolvimento.[81]

Diretrizes de tratamento

Europa

Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2019

Management of breech presentation

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em:
2017

External cephalic version and reducing the incidence of term breech presentation

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em:
2017

Caesarean section

Publicado por: National Institute for Health and Care Excellence

Última publicação em:
2012

Operative vaginal delivery

Publicado por: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists

Última publicação em:
2011

América do Norte

Mode of term singleton breech delivery

Publicado por: American College of Obstetricians and Gynecologists

Última publicação em:
2018

Nível de evidência

1. Redução nos nascimentos não-cefálicos e nos partos cesáreos: existem evidências de alta qualidade de que a versão cefálica externa (VCE) reduz partos não cefálicos (risco relativo [RR] 0.46, intervalo de confiança [IC] de 95% 0.31 a 0.66) e partos cesáreos (RR 0.63, IC de 95% 0.44 a 0.90), sem evidências de efeito sobre a mortalidade perinatal (RR 0.34, IC de 95% 0.05 a 2.12).[\[29\]](#) Achados de estudos observacionais sugerem que desfechos adversos são raros.[\[33\]](#) [\[34\]](#) [\[35\]](#) [\[36\]](#) [\[37\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

2. Taxa de sucesso da versão cefálica externa (VCE) : existem evidências de qualidade moderada mostrando que raça, paridade, tônus uterino, volume de álcool, localização posterior da placenta, ausência de encaixe pélvico, posição pélvica completa, cabeça fetal palpável, índice de líquido amniótico >10, peso materno <65 kg e o uso de tocolise afetam a taxa de sucesso.[\[31\]](#) [\[40\]](#) [\[41\]](#)
Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

3. Redução na mortalidade perinatal e na morbidade neonatal: existem evidências de alta qualidade para demonstrar que o parto cesáreo planejado reduz significativamente a mortalidade perinatal e a morbidade neonatal comparado com o parto pélvico vaginal (risco relativo [RR] 0.33, intervalo de confiança [IC] de 95% 0.19 a 0.56).[\[30\]](#) Para mulheres em países desenvolvidos, esses resultados alteraram dramaticamente as opções para apresentação de nádegas persistente a termo, e praticamente todas as mulheres agora têm parto cesáreo.[\[49\]](#)

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

4. Morbidade neonatal: existem evidências de baixa qualidade indicando que o parto cesáreo eletivo não seja mais efetivo que o parto cesáreo seletivo na melhora dos índices de Apgar a 5 minutos, na redução da necessidade de intubação neonatal ou na redução de hemorragias intracranianas em nascimentos pré-termo.

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

Artigos principais

- Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, et al; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of breech presentation: green-top guideline no. 20b. BJOG. 2017 Jun;124(7):e151-77. [Texto completo](#)
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. 745: mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2018 Aug;132(2):e60-3. [Resumo](#)
- Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;(10):CD000083. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 21;(7):CD000166. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External cephalic version and reducing the incidence of term breech presentation. March 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
- Cluver C, Gyte GM, Sinclair M, et al. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Feb 9;(2):CD000184. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- de Hundt M, Velzel J, de Groot CJ, et al. Mode of delivery after successful external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. Obstet Gynecol. 2014 Jun;123(6):1327-34. [Resumo](#)

Referências

1. Cunningham F, Gant N, Leveno K, et al. Williams obstetrics. 21st ed. New York: McGraw-Hill; 1997.
2. Kish K, Collea JV. Malpresentation and cord prolapse. In: DeCherney AH, Nathan L, eds. Current obstetric and gynecologic diagnosis and treatment. New York: McGraw-Hill Professional; 2002.
3. Scheer K, Nubar J. Variation of fetal presentation with gestational age. Am J Obstet Gynecol. 1976 May 15;125(2):269-70. [Resumo](#)
4. Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, et al. Diagnostic accuracy of clinical examination for detection of non-cephalic presentation in late pregnancy: cross sectional analytic study. BMJ. 2006 Sep 16;333(7568):578-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Roberts CL, Peat B, Algert CS, et al. Term breech birth in New South Wales, 1990-1997. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2000 Feb;40(1):23-9. [Resumo](#)
6. Roberts CL, Algert CS, Peat B, et al. Small fetal size: a risk factor for breech birth at term. Int J Gynaecol Obstet. 1999 Oct;67(1):1-8. [Resumo](#)

7. Brar HS, Platt LD, DeVore GR, et al. Fetal umbilical velocimetry for the surveillance of pregnancies complicated by placenta previa. *J Reprod Med*. 1988 Sep;33(9):741-4. [Resumo](#)
8. Kian L. The role of the placental site in the aetiology of breech presentation. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*. 1963 Oct;70:795-7. [Resumo](#)
9. Rayl J, Gibson PJ, Hickok DE. A population-based case-control study of risk factors for breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 Jan;174(1 Pt 1):28-32. [Resumo](#)
10. Westgren M, Edvall H, Nordstrom L, et al. Spontaneous cephalic version of breech presentation in the last trimester. *Br J Obstet Gynaecol*. 1985 Jan;92(1):19-22. [Resumo](#)
11. Brenner WE, Bruce RD, Hendricks CH. The characteristics and perils of breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1974 Mar 1;118(5):700-12. [Resumo](#)
12. Hall JE, Kohl S. Breech presentation. *Am J Obstet Gynecol*. 1956 Nov;72(5):977-90. [Resumo](#)
13. Morgan HS, Kane SH. An analysis of 16,327 breech births. *JAMA*. 1964 Jan 25;187:262-4. [Resumo](#)
14. Luterkort M, Persson P, Weldner B. Maternal and fetal factors in breech presentation. *Obstet Gynecol*. 1984 Jul;64(1):55-9. [Resumo](#)
15. Braun FH, Jones KL, Smith DW. Breech presentation as an indicator of fetal abnormality. *J Pediatr*. 1975 Mar;86(3):419-21. [Resumo](#)
16. Albrechtsen S, Rasmussen S, Dalaker K, et al. Reproductive career after breech presentation: subsequent pregnancy rates, interpregnancy interval, and recurrence. *Obstet Gynecol*. 1998 Sep;92(3):345-50. [Resumo](#)
17. Zlopasa G, Skrablin S, Kalafatić D, et al. Uterine anomalies and pregnancy outcome following resectoscope metroplasty. *Int J Gynaecol Obstet*. 2007 Aug;98(2):129-33. [Resumo](#)
18. Ación P. Breech presentation in Spain, 1992: a collaborative study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995 Sep;62(1):19-24. [Resumo](#)
19. Michalas SP. Outcome of pregnancy in women with uterine malformation: evaluation of 62 cases. *Int J Gynaecol Obstet*. 1991 Jul;35(3):215-9. [Resumo](#)
20. Fianu S, Vaclavinkova V. The site of placental attachment as a factor in the aetiology of breech presentation. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 1978;57(4):371-2. [Resumo](#)
21. Haruyama Y. Placental implantation as the cause of breech presentation [in Japanese]. *Nihon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi*. 1987 Jan;39(1):92-8. [Resumo](#)
22. Filipov E, Borisov I, Kolarov G. Placental location and its influence on the position of the fetus in the uterus [in Bulgarian]. *Akush Ginekol (Sofia)*. 2000;40(4):11-2. [Resumo](#)
23. Waterstone M, Bewley S, Wolfe C. Incidence and predictors of severe obstetric morbidity: case-control study. *BMJ*. 2001 May 5;322(7294):1089-93. [Texto completo](#) [Resumo](#)

24. Impey LWM, Murphy DJ, Griffiths M, et al; Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Management of breech presentation: green-top guideline no. 20b. BJOG. 2017 Jun;124(7):e151-77. [Texto completo](#)
25. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion no. 745: mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2018 Aug;132(2):e60-3. [Resumo](#)
26. Beischer NA, Mackay EV, Colditz P, eds. Obstetrics and the newborn: an illustrated textbook. 3rd ed. London: W.B. Saunders; 1997.
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Antepartum haemorrhage: green-top guideline no. 63. November 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
28. Enkin M, Keirse MJNC, Neilson J, et al. Guide to effective care in pregnancy and childbirth. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press; 2000.
29. Hofmeyr GJ, Kulier R, West HM. External cephalic version for breech presentation at term. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Oct 17;(10):CD000083. [Texto completo](#) [Resumo](#)
30. Hofmeyr GJ, Hannah M, Lawrie TA. Planned caesarean section for term breech delivery. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Jul 21;(7):CD000166. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. External cephalic version and reducing the incidence of term breech presentation. March 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
32. Rosman AN, Guijt A, Vlemmix F, et al. Contraindications for external cephalic version in breech position at term: a systematic review. Acta Obstet Gynecol Scand. 2013 Feb;92(2):137-42. [Resumo](#)
33. Nassar N, Roberts CL, Barratt A, et al. Systematic review of adverse outcomes of external cephalic version and persisting breech presentation at term. Paediatr Perinat Epidemiol. 2006 Mar;20(2):163-71. [Resumo](#)
34. Nassar N, Roberts CL, Cameron CA, et al. Outcomes of external cephalic version and breech presentation at term: an audit of deliveries at a Sydney tertiary obstetric hospital, 1997-2004. Acta Obstet Gynecol Scand. 2006;85(10):1231-8. [Resumo](#)
35. Ghidini A, Korker V. Fetal complication after external cephalic version at term: case report and literature review. J Matern Fetal Med. 1999 Jul-Aug;8(4):190-2. [Resumo](#)
36. Collins S, Ellaway P, Harrington D, et al. The complications of external cephalic version: results from 805 consecutive attempts. BJOG. 2007 May;114(5):636-8. [Resumo](#)
37. Grootscholten K, Kok M, Oei SG, et al. External cephalic version-related risks: a meta-analysis. Obstet Gynecol. 2008 Nov;112(5):1143-51. [Resumo](#)
38. Hofmeyr GJ. Effect of external cephalic version in late pregnancy on breech presentation and caesarean section rate: a controlled trial. Br J Obstet Gynaecol. 1983 May;90(5):392-9. [Resumo](#)

39. Beuckens A, Rijnders M, Verburgt-Doeleman GH, et al. An observational study of the success and complications of 2546 external cephalic versions in low-risk pregnant women performed by trained midwives. *BJOG*. 2016 Feb;123(3):415-23. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. 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 Dec;199(6):630.e1-7. [Resumo](#)
41. 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 Jan;33(1):76-84. [Resumo](#)
42. 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 Feb;142(2):111-4. [Resumo](#)
43. Pichon M, Guittier MJ, Irion O, et al. External cephalic version in case of persisting breech presentation at term: motivations and women's experience of the intervention [in French]. *Gynecol Obstet Fertil*. 2013 Jul-Aug;41(7-8):427-32. [Resumo](#)
44. Nassar N, Roberts CL, Raynes-Greenow CH, et al. Evaluation of a decision aid for women with breech presentation at term: a randomised controlled trial [ISRCTN14570598]. *BJOG*. 2007 Mar;114(3):325-33. [Texto completo](#) [Resumo](#)
45. Cluver C, Gyte GM, Sinclair M, et al. Interventions for helping to turn term breech babies to head first presentation when using external cephalic version. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Feb 9; (2):CD000184. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. US Food & Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: new warnings against use of terbutaline to treat preterm labor. Feb 2011 [internet publication]. [Texto completo](#)
47. European Medicines Agency. Restrictions on use of short-acting beta-agonists in obstetric indications - CMDh endorses PRAC recommendations. October 2013 [internet publication]. [Texto completo](#)
48. de Hundt M, Velzel J, de Groot CJ, et al. Mode of delivery after successful external cephalic version: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2014 Jun;123(6):1327-34. [Resumo](#)
49. Roberts CL, Nassar N, Raynes-Greenow CH, et al. Update on the management of term breech deliveries in NSW, Australia. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2003 Apr;43(2):173. [Resumo](#)
50. Yokoe DS, Christiansen CL, Johnson R, et al. Epidemiology of and surveillance for postpartum infections. *Emerg Infect Dis*. 2001 Sep-Oct;7(5):837-41. [Resumo](#)
51. van Ham MA, van Dongen PW, Mulder J. Maternal consequences of caesarean section. A retrospective study of intra-operative and postoperative maternal complications of caesarean section during a 10-year period. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1997 Jul;74(1):1-6. [Resumo](#)
52. Murphy DJ, Liebling RE, Verity L, et al. Early maternal and neonatal morbidity associated with operative delivery in second stage of labour: a cohort study. *Lancet*. 2001 Oct 13;358(9289):1203-7. [Resumo](#)

53. Lydon-Rochelle MT, Holt VL, Martin DP. Delivery method and self-reported postpartum general health status among primiparous women. *Paediatr Perinat Epidemiol*. 2001 Jul;15(3):232-40. [Resumo](#)
54. Wilson PD, Herbison RM, Herbison GP. Obstetric practice and the prevalence of urinary incontinence three months after delivery. *Br J Obstet Gynaecol*. 1996 Feb;103(2):154-61. [Resumo](#)
55. Persson J, Wolner-Hanssen P, Rydhstroem H. Obstetric risk factors for stress urinary incontinence: a population-based study. *Obstet Gynecol*. 2000 Sep;96(3):440-5. [Resumo](#)
56. MacLennan AH, Taylor AW, Wilson DH, et al. The prevalence of pelvic disorders and their relationship to gender, age, parity and mode of delivery. *BJOG*. 2000 Dec;107(12):1460-70. [Texto completo](#)
[Resumo](#)
57. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Martin DP, et al. Association between method of delivery and maternal rehospitalisation. *JAMA*. 2000 May 10;283(18):2411-6. [Resumo](#)
58. Thompson JF, Roberts CL, Currie M, et al. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth*. 2002 Jun;29(2):83-94. [Resumo](#)
59. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's mothers and babies 2015 - in brief. October 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
60. Mutryn CS. Psychosocial impact of cesarean section on the family: a literature review. *Soc Sci Med*. 1993 Nov;37(10):1271-81. [Resumo](#)
61. DiMatteo MR, Morton SC, Lepper HS, et al. Cesarean childbirth and psychosocial outcomes: a meta-analysis. *Health Psychol*. 1996 Jul;15(4):303-14. [Resumo](#)
62. Greene R, Gardeit F, Turner MJ. Long-term implications of cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1997 Jan;176(1 Pt 1):254-5. [Resumo](#)
63. Coughlan C, Kearney R, Turner MJ. What are the implications for the next delivery in primigravidae who have an elective caesarean section for breech presentation? *BJOG*. 2002 Jun;109(6):624-6. [Resumo](#)
64. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of cesarean sections: ectopic pregnancies and placental problems. *Am J Obstet Gynecol*. 1996 May;174(5):1569-74. [Resumo](#)
65. Gilliam M, Rosenberg D, Davis F. The likelihood of placenta previa with greater number of cesarean deliveries and higher parity. *Obstet Gynecol*. 2002 Jun;99(6):976-80. [Resumo](#)
66. Morrison JJ, Rennie JM, Milton PJ. Neonatal respiratory morbidity and mode of delivery at term: influence of timing of elective caesarean section. *Br J Obstet Gynaecol*. 1995 Feb;102(2):101-6. [Resumo](#)
67. Annibale DJ, Hulsey TC, Wagner CL, et al. Comparative neonatal morbidity of abdominal and vaginal deliveries after uncomplicated pregnancies. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1995 Aug;149(8):862-7. [Resumo](#)

68. Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al. Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics*. 1997 Sep;100(3 Pt 1):348-53. [Resumo](#)
69. Nwosu EC, Walkinshaw S, Chia P, et al. Undiagnosed breech. *Br J Obstet Gynaecol*. 1993 Jun;100(6):531-5. [Resumo](#)
70. Flamm BL, Ruffini RM. Undetected breech presentation: impact on external version and cesarean rates. *Am J Perinatol*. 1998 May;15(5):287-9. [Resumo](#)
71. Cockburn J, Foong C, Cockburn P. Undiagnosed breech. *Br J Obstet Gynaecol*. 1994 Jul;101(7):648-9. [Resumo](#)
72. Leung WC, Pun TC, Wong WM. Undiagnosed breech revisited. *Br J Obstet Gynaecol*. 1999 Jul;106(7):638-41. [Resumo](#)
73. Berhan Y, Haileamlak A. The risks of planned vaginal breech delivery versus planned caesarean section for term breech birth: a meta-analysis including observational studies. *BJOG*. 2016 Jan;123(1):49-57. [Texto completo](#) [Resumo](#)
74. Wilcox C, Nassar N, Roberts C. Effectiveness of nifedipine tocolysis to facilitate external cephalic version: a systematic review. *BJOG*. 2011 Mar;118(4):423-8. [Texto completo](#) [Resumo](#)
75. Qureshi H, Massey E, Kirwan D, et al. BCSH guideline for the use of anti-D immunoglobulin for the prevention of haemolytic disease of the fetus and newborn. *Transfus Med*. 2014 Feb;24(1):8-20. [Texto completo](#) [Resumo](#)
76. Hutton EK, Hofmeyr GJ, Dowswell T. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015 Jul 29;(7):CD000084. [Texto completo](#) [Resumo](#)
77. Coyle ME, Smith CA, Peat B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 May 16;(5):CD003928. [Texto completo](#) [Resumo](#)
78. Hofmeyr GJ, Kulier R. Cephalic version by postural management for breech presentation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Oct 17;(10):CD000051. [Texto completo](#) [Resumo](#)
79. Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, 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. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191(3):917-27. [Resumo](#)
80. Eide MG, Oyen N, Skjaerven R, et al. Breech delivery and Intelligence: a population-based study of 8,738 breech infants. *Obstet Gynecol*. 2005 Jan;105(1):4-11. [Resumo](#)
81. Whyte H, Hannah ME, Saigal S, 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. *Am J Obstet Gynecol*. 2004 Sep;191(3):864-71. [Resumo](#)
82. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. *Br J Obstet Gynaecol*. 1998 Feb;105(2):156-61. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

Colaboradores:

// Autores:

Natasha Nassar, PhD

Associate Professor

Menzies Centre for Health Policy, Sydney School of Public Health, University of Sydney, Sydney, Australia

DIVULGAÇÕES: NN has received salary support from Australian National Health and a Medical Research Council Career Development Fellowship; she is an author of a number of references cited in this topic.

Christine L. Roberts, MBBS, FAFPHM, DrPH

Research Director

Clinical and Population Health Division, Perinatal Medicine Group, Kolling Institute of Medical Research, University of Sydney, Sydney, Australia

DIVULGAÇÕES: CLR declares that she has no competing interests.

Jonathan Morris, MBChB, FRANZCOG, PhD

Professor of Obstetrics and Gynaecology and Head of Department

Perinatal Medicine Group, Kolling Institute of Medical Research, University of Sydney, Sydney, Australia

DIVULGAÇÕES: JM declares that he has no competing interests.

// Colegas revisores:

John W. Bachman, MD

Consultant in Family Medicine

Department of Family Medicine, Mayo Clinic, Rochester, MN

DIVULGAÇÕES: JWB declares that he has no competing interests.

Rhona Hughes, MBChB

Lead Obstetrician

Lothian Simpson Centre for Reproductive Health, The Royal Infirmary, Edinburgh, Scotland

DIVULGAÇÕES: RH declares that she has no competing interests.

Brian Peat, MD

Director of Obstetrics

Women's and Children's Hospital, North Adelaide, South Australia, Australia

DIVULGAÇÕES: BP declares that he has no competing interests.

Lelia Duley, MBChB

Professor of Obstetric Epidemiology

University of Leeds, Bradford Institute of Health Research, Temple Bank House, Bradford Royal Infirmary, Bradford, UK

DIVULGAÇÕES: LD declares that she has no competing interests.

Justus Hofmeyr, MD

Head of the Department of Obstetrics and Gynaecology

East London Private Hospital, East London, South Africa

DIVULGAÇÕES: JH is an author of a number of references cited in this topic.