

## Letter to the Editor

### Carta ao Editor

Andreia Fonseca\*, Nuno Clode\*\*

O estudo retrospectivo «Como são valorizados fatores de bom prognóstico de parto pélvico vaginal por médicos de Ginecologia e Obstetria» publicado no último número da Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa é um trabalho pertinente. Avalia como os obstetras e os ginecologistas de dois hospitais portugueses, valorizam uma série de critérios, selecionados pelos autores, que, na literatura, se encontram associados ao sucesso do parto pélvico vaginal<sup>1</sup>.

A conclusão aponta para que os dois fatores mais valorizados pelos inquiridos (treino da extração da cabeça fetal com fórceps e experiência na assistência ao parto pélvico vaginal) sejam pouco praticados em Portugal. Generalizar estes resultados parece-nos um pouco arrojado, pois os dados referem-se apenas a dois centros – que não são caracterizados – e que podem não estar em consonância com a prática clínica doutros hospitais.

Se quanto ao primeiro fator (treino da extração da cabeça fetal com fórceps), a sua resolução depende de ações de formação que entidades oficiais/certificadas desenvolvam, já quanto ao segundo (assistência ao parto pélvico vaginal) a solução afigura-se bem difícil. De acordo com o *Euro-Peristat study*, um estudo que envolveu 31 países e/ou regiões europeias, em 2010, a apresentação pélvica ocorreu em 4% dos partos<sup>2</sup>. A constatação de que as taxas de cesariana por apresentação pélvica nos restantes países europeus variavam entre os 69% e os 100%, mostrou uma forte discrepância na prática clínica. Em Portugal, o estudo reporta um total de 100.280 partos ocorridos nesse ano, significando que cerca de 4.000 foram de feto em apresentação pélvica. Infelizmente não existem dados oficiais do nosso país que nos permitam saber quantos destes partos foram cesarianas. Contudo, extrapolando a partir de um recente estudo retrospectivo multicêntrico português, que avaliou dados relativos aos partos de termo de feto único em apresentação pélvica que ocorreram em

7 hospitais ao longo de quase 3 anos<sup>3</sup> e em que se constatou que 95% foram cesarianas, não nos parece que seja possível assistir com a frequência desejável a partos pélvicos vaginais.

Desde a publicação do *Term Breech Trial* que houve uma clara mudança na abordagem do feto pélvico de termo<sup>4</sup>. Esta alteração foi provavelmente o fator causal para a atual falta de experiência no parto pélvico vaginal. A comparação simples e imprudente dos desfechos do parto pélvico vaginal e da cesariana é favorável à realização desta última. Como apresentado numa meta-análise recente, os riscos relativos de morbidade e mortalidade perinatais são superiores no parto vaginal, mas os riscos absolutos são, efetivamente, pequenos<sup>5</sup>. Em Portugal, os resultados são concordantes: o risco de traumatismo fetal (OR 9,9 [1,8-55,6],  $p$  0,031) e de índice de Apgar inferior a 7 (OR 3,6 [1,9-7,0] ao 1º minuto,  $p$  <0,01, e OR 20 [2,8-144,4] ao 5º minuto,  $p$  0,013) são superiores para o parto vaginal, mas a sua incidência é baixa (3,1% de traumatismos fetais; 18,5% e 3,1% de índices de Apgar inferiores a 7 ao 1º e ao 5º minuto, respetivamente)<sup>3</sup>. Importa ainda não descurar os desfechos maternos e neonatais de uma gestação subsequente a uma cesariana.

O sucesso do parto vaginal depende de uma série de fatores, nomeadamente da experiência da equipa e da adequada seleção de casos com base na presença de fatores de bom prognóstico. No entanto, ainda temos muito que batalhar para evitar a extinção do *skill* que, perante um caso bem selecionado, permita um parto pélvico vaginal bem-sucedido.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz J, Corte-Real A, Monteiro D, Costa-Santos C, Bernardes J. Como são valorizados fatores de bom prognóstico de parto pélvico vaginal por médicos de Ginecologia e Obstetria? Acta Obstet Ginecol Port 2017;11(3):160-166.
2. Macfarlane AJ, Blondel B, Mohangoo AD, Cuttini M, Nijhuis J, Novak Z, Ólafsdóttir HS, Zeitlin J, the Euro-Peristat Scientific Committee. Wide differences in mode of delivery within Europe: risk-stratified analyses of aggregated routine data from the Euro-Peristat study. BJOG 2016;123:559-568.
3. Fonseca A, Silva R, Rato I, Neves AR, Peixoto C, Ferraz Z,

\*Interna de Obstetria e Ginecologia do HSM/CHLN

\*\*Director de Serviço de Obstetria, Clínica Universitária de Obstetria e Ginecologia do Centro Hospitalar de Lisboa Norte (Hospital de Santa Maria)

---

Ramalho I. Breech presentation: Vaginal versus cesarean delivery, which intervention leads to the best outcomes? *Acta Med Port* 2017;30(6):479-484.

4. 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.

5. 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;123:49-57.

---

## Authors response

### Resposta dos autores

Cruz J, Corte-Real A, Monteiro D, Costa-Santos C, Bernardes J

#### Caro Editor

Agradecemos o interesse de Fonseca e Clode<sup>1</sup> pelo nosso estudo «Como são valorizados fatores de bom prognóstico de parto pélvico vaginal por médicos de Ginecologia e Obstetrícia»<sup>2</sup> e tudo aquilo que, com os seus comentários construtivos, acrescentaram à mensagem que tentamos transmitir.

Concordamos que é arrojado generalizar a nível nacional as conclusões do nosso estudo, de que o treino da extração da cabeça fetal com fórceps e a experiência na assistência ao parto pélvico vaginal sejam pouco praticados em Portugal, uma vez que o estudo incluiu apenas dois centros que podem não estar em consonância com a prática clínica de outros hospitais<sup>2</sup>. De facto, só um estudo de âmbito nacional mais alargado e representativo nos permitiria chegar com segurança a tais conclusões.

No entanto, se atendermos ao estudo português que avaliou dados relativos aos partos de termo de feto único em apresentação pélvica que ocorreram em 7 hospitais ao longo de quase 3 anos e em que se constatou que 95% foram cesarianas<sup>3</sup>, que de forma pertinente foi trazido ao debate por Fonseca e Clode<sup>1</sup>, não só não nos parece que seja possível assistir com a frequência desejável a partos pélvicos vaginais, como muito menos

adquirir e acumular experiência na extração da cabeça última com fórceps, na linha das conclusões a que chegámos<sup>2</sup>.

Esperamos que o nosso trabalho<sup>2</sup>, reforçado com os comentários de Fonseca e Clode, contribua para «batalhar para evitar a extinção do *skill* que, perante um caso bem selecionado, permita um parto pélvico vaginal bem-sucedido»<sup>1</sup>. Só lá chegaremos com motivação, trabalho e rigor. Com um rigor que os tempos de conflitualidade médico-legal que vivemos nos exigem e que nos aconselham prudência na análise e generalização dos «riscos absolutos pequenos» referidos por Fonseca e Clode, a propósito de um estudo retrospectivo em que apenas 5% dos partos pélvicos foram vaginais.

#### REFERÊNCIAS

1. Fonseca e Clode. Carta ao Editor
2. Cruz J, Corte-Real A, Monteiro D, Costa-Santos C, Bernardes J. Como são valorizados fatores de bom prognóstico de parto pélvico vaginal por médicos de Ginecologia e Obstetrícia? *Acta Obstet Ginecol Port* 2017;11(3):160-166.
3. Fonseca A, Silva R, Rato I, Neves AR, Peixoto C, Ferraz Z, Ramalho I. Breech presentation: Vaginal versus cesarean delivery, which intervention leads to the best outcomes? *Acta Med Port* 2017;30(6):479-484.