

Elective delivery in the late preterm/early term – the evidences

Parto electivo no período pré-termo tardio/termo precoce – as evidências

Luís M. Graça*

Departamento de Obstetrícia, Ginecologia e Medicina da Reprodução, CHLN-Hospital de Santa Maria
Clínica Universitária de Obstetrícia e Ginecologia, Faculdade de Medicina – Universidade de Lisboa
Centro Académico de Medicina de Lisboa

Abstract

Recent relevant publications on the subject of elective delivery in normal pregnancies in the late preterm/early term periods of gestation were reviewed. There is a general consensus that finishing pregnancy by elective induction of labor or elective cesarean section should be done at 39 weeks of pregnancy or beyond. As a matter of fact, neonatal risks decrease significantly in complete term (≥ 39 weeks) when compared with those seen in early term. Elective deliveries in late preterm or early term gestations should be reserved for situations where fetal or maternal risks are greater than the possible neonatal problems due to insufficient fetal maturity as a whole. Also, the administration of glucocorticoids to the mother after the 34th week of gestation is not recommended because they have no clinical efficacy. The decision to terminate normal pregnancies before the 39th week should be taken after discussion of the clinical circumstances between the attendant obstetricians and the Department's senior staff.

Keywords: Late preterm; Early term; Labor induction; Cesarean section; Neonatal morbidity/mortality.

INTRODUÇÃO

Na peça «*A importância de se chamar Ernesto*», pela voz da personagem Algernon, Oscar Wilde lembra-nos que «*A verdade só raramente é pura e nunca é simples*». Em geral, na prática médica corrente, este aforismo está sempre presente. Decerto que os ensaios aleatorizados, quando bem desenhados, correctamente desenvolvidos e com poder estatístico suficiente, nos habilitam a progressiva aproximação à pureza da verdade, mas devemos reconhecer que, ainda assim, nunca é simples tomar decisões relativamente a alguns casos concretos com que nos deparamos na clínica diária. Mas muito pior que essa incerteza que, legitimamente, nos pode assaltar, é a constatação de que, não raramente, são tomadas atitudes clínicas que ignoram as evidências disponíveis apenas por tais atitudes serem consideradas «sensatas» ou por se entender que estão na onda do que é «moderno». Geralmente, a dita sensatez e a putativa modernidade, se não forem assentes no que

a ciência clínica nos aporta, desembocarão inexoravelmente em prejuízo dos pacientes que depositam a confiança nos seus médicos.

Um exemplo da «modernidade» é considerar que as 37^{40/7} semanas de gestação marcam a fronteira entre o pré-termo e o termo (ou imaturidade/maturidade do feto), o que não é mais que aceitar uma mera convenção. São muitos os exemplos em que recém-nascidos com 37 ou 38 semanas de gestação, sem qualquer patologia associada, principalmente quando o parto for electivo por indução ou cesariana, virão a carecer de cuidados especiais por a sua capacidade de se adaptarem ao meio extra-uterino se revelar insuficiente.

A epidemia do parto electivo antes das 39-40 semanas tem feito muitos estragos, quer entre os recém-nascidos, quer entre as mães. Na verdade, sendo a decisão de terminar electivamente a gravidez escorada na referida convenção de que o «termo» está atingido às 37 semanas, existem diversos factores associados que a têm vindo a reforçar. Entre os **factores condicionantes não obstétricos**, partilhados por grávidas e por alguns médicos, incluem-se: a convicção de que às 37 semanas «o bebé está pronto para nascer»; a escolha de uma «data con-

*Director do Departamento
Prof. Catedrático de Obstetrícia e Ginecologia

veniente» para o parto; as grávidas estarem «fartas» da gravidez; finalmente, a «moda da cesariana a pedido». Mas também existem **factores condicionantes pseudo-obstétricos**, estes da responsabilidade exclusiva dos médicos, que conduzem à ligeireza com que se terminam gestações normais logo que se chega às 37 semanas: situações de *patologia minor* (como a hipertensão transitória ou gestacional); os fetos classificados como «*bébés pequeninos*», mas com biometria entre os percentis 10 e 50, líquido amniótico e fluxometrias normais; ou os «*bébés muito grandes*», mas com biometrias abaixo do percentil 90; ou ainda o cúmulo da «sensatez», expresso por atitudes do tipo «*Mesmo nas gestações normais, para evitar a morte fetal, nunca deixo passar das 38 semanas!*»

São estes conceitos errados e estas falsas verdades que têm de acabar. O intuito deste texto é, especificamente, alertar os médicos para a necessidade de actuar de acordo com as evidências clínicas no que se refere à decisão do parto electivo. Não podem ser os médicos os agentes implicados directamente na morbilidade perinatal e materna evitável.

O QUE É O «TERMO»?

Citando Reddy, «*A gestação de termo é um período de risco heterogéneo de mortalidade neonatal*»¹.

Define-se como **termo precoce** o período da gestação que medeia entre as 37^{+0/7} e as 38^{+6/7} semanas e **termo real** (ou completo) o período entre as 39^{+0/7} e as 41^{+6/7} semanas. Quando ultrapassado este tempo gestacional considera-se que se entrou no **pós-termo**. Recordemos que se entende como **pré-termo tardio** o período da gestação que medeia entre as 34^{+0/7} e as 36^{+6/7} semanas.

É de grande importância ter estes limites em consideração, principalmente quando se toma a decisão de terminar uma gestação normal. De facto, um ensaio

retrospectivo de 12 anos (1995–2006) efectuado nos EUA, que englobou os recém-nascidos vivos, de gravidez unifetal, nascidos no termo (37–41 semanas), mostrou que a mortalidade neonatal, apesar de ter diminuído ao longo do período estudado, em 2006 era de cerca de 4/1000 dos nascidos às 37 semanas, 2,5/1000 às 38 semanas e rondava os 2/1000 às 39–40 semanas¹.

Outros estudos recentes mostram claramente que o nascimento no termo precoce se associa a maior morbilidade neonatal e implica a necessidade de maiores e mais frequentes cuidados de saúde durante o primeiro ano de vida quando se comparam essas crianças com as nascidas às 39–40 semanas^{2,3}.

A «GARANTIA» DA MATURIDADE PULMONAR

É frequentemente invocado que, desde que a maturidade pulmonar fetal esteja demonstrada (quociente lecitina/esfingomielina ≥ 2 e/ou presença de fosfatidilglicerol no líquido amniótico) o feto pode nascer, seja qual for o tempo de gravidez. O estudo de Kamath e colaboradores, de 2011, mostra que assim não é, tendo concluído que a maturidade pulmonar bem documentada é insuficiente para garantir a integral preparação do feto para se adaptar à vida pós-natal e, também, que as crianças nascidas no termo precoce, mesmo com maturidade pulmonar assegurada, apresentam maiores taxas de morbilidade neonatal do que os nascidos depois de completadas as 39 semanas (Quadro I)⁴.

Num outro registo - o parto no pré-termo tardio - este conceito é particularmente relevante, pois o risco de morbilidade entre estes recém-nascidos é menor por cada semana a mais de vida intra-uterina, ou, como sublinha Steinhorn, «*every week matters!*»^{5,6}. Obviamente que, se o parto estiver medicamente indicado no termo precoce ou no pré-termo tardio, por razões maternas e/ou fetais, o tempo de gestação e a avaliação da matura-

QUADRO I. DESEMPENHO NEONATAL EM RECÉM-NASCIDOS COM MATURIDADE PULMONAR ASSEGURADA (ADAPTADO DE KAMATH BD ET AL⁴)

	34 ^{+0/7} -36 ^{+6/7} sem. L/S ≥ 2 , n=76	37 ^{+0/7} -38 ^{+6/7} sem. L/S ≥ 2 , n=76	39 ^{+0/7} -40 ^{+6/7} sem. n=262	p
Desfecho NN				
Desfecho adverso	16 (21,1%)	10 (13,2%)	11 (4,3%)	<0,01
Hipoglicémia	18 (23,7%)	13 (17,1%)	15 (5,7%)	<0,01
Susp. sépsis	13 (17,1%)	4 (5,3%)	9 (3,5%)	<0,01
Admissão UCIN	14 (18,4%)	4 (5,3%)	8 (3,1%)	<0,01

ridade fetal são irrelevantes⁷.

Ainda no que respeita à maturidade fetal, à revelia dos conceitos geralmente aceites, nos últimos anos surgiu alguma controvérsia relativamente à indicação para a administração de glucocorticóides **depois** das 34 semanas, principalmente quando é decidida uma cesariana electiva. Esta proposta fundamenta-se no relato de casos em que se teria verificado melhoria do desempenho neonatal nos recém-nascidos cuja mãe tivesse recebido a profilaxia com corticosteróides. Ensaaios aleatorizados recentes mostraram que tal não se verifica, não se justificando, por consequência, a administração de glucocorticóides depois de completada a 34ª semana^{8,9}.

CESARIANA ELECTIVA NO TERMO PRECOCE

Nos últimos cinco anos foram publicados resultados de grande consistência que nos elucidam sobre as consequências neonatais do parto electivo no termo precoce e/ou no pré-termo tardio. Em 2009 e 2010, dois grupos independentes publicaram os seus dados sobre o desempenho respiratório dos recém-nascidos por cesariana electiva efectuada entre as 37 e as 40 semanas^{10,11}. Um terceiro artigo, de 2012, compara esses resultados, tendo-se dele extraído os dados do Quadro II¹².

Dos resultados agrupados no Quadro II é fácil concluir que, em gestantes normais submetidas a cesariana electiva, a morbilidade respiratória é significativamente maior nos recém-nascidos de «termo» com menos de 39 semanas (a 39ª semana foi considerado o tempo de gestação de referência): o risco de *Síndrome de Dificuldade Respiratória* (SDR) é quatro vezes supe-

rior nos recém-nascidos de 37 semanas e duas vezes maior quando a cesariana se efectua às 38 semanas. No que se refere à *taquipneia transitória*, verifica-se duplicação do risco nos recém-nascidos de 37 semanas e mais de uma vez e meia nos de 38 semanas, registando-se resultados equivalentes no parâmetro *admissão em unidade de cuidados intensivos neonatais*. Observando a coluna respeitante às 40 semanas, os valores são semelhantes aos verificados nos recém-nascidos de 39 semanas. Destes dados é impossível não se concluir que, em gestações não complicadas, a decisão de efectuar uma cesariana electiva nunca deverá ser tomada antes de atingidas as 39 semanas.

Noutro estudo prospectivo de coorte foram analisados 56549 recém-nascidos de termo (≥ 37 semanas) e pré-termo tardio ($\geq 34 - < 37$ semanas). O grupo de DeLuca¹³ concluiu que o risco neonatal diminui após as 38 semanas independentemente do tipo de parto e que, em ambos os grupos, a cesariana electiva se associa a maior mortalidade neonatal, a maior morbilidade respiratória e a maior taxa de admissão em UCIN. Verificou ainda que a morbilidade neonatal é menor nos recém-nascidos por cesariana electiva do que por cesariana de emergência, mas exclusivamente nas gestações de termo. Com base nos resultados deste extenso ensaio, os autores concluem pela seguinte evidência: Salvo indicação formal, as cesarianas electivas **não** devem ser efectuadas antes de ultrapassadas as 38 semanas.

Agregando estas evidências, o *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) publicou em 2013 as *Committee Opinions* nº 559¹⁴ e 561¹⁵, das quais derivam as seguintes orientações:

- As diferenças no desempenho neonatal entre os recém-nascidos entre as 37 e as 39 semanas estão pu-

QUADRO II. CESARIANA ELECTIVA NO TERMO. MORBILIDADE RESPIRATÓRIA E ADMISSÃO NA UCIN (ODDS RATIO, IC 95%)

	37 semanas	38 semanas	39 semanas	40 semanas
SDR				
Tita ¹⁰	4,2 (2,7-6,6)	2,1 (1,5-2,9)	Referência: 1,0	1,1 (0,6-2,0)
Wilmink ¹¹	3,8 (1,4-10,5)	1,9 (0,8-4,5)		
Taquipneia				
Tita ¹⁰	1,8 (1,2-2,5)	1,5 (1,2-1,9)	Referência: 1,0	0,9 (0,6-1,3)
Wilmink ¹¹	2,9 (2,1-3,9)	1,8 (1,4-2,3)		1,0 (0,6-1,6)
Adm. UCIN				
Tita ¹⁰	2,3 (1,9-3,0)	1,5 (1,3-1,7)	Referência: 1,0	0,8 (0,6-1,0)
Wilmink ¹¹	2,8 (1,3-5,8)	1,3 (0,7-2,3)		0,5 (0,1-2,4)

- blicadas e validadas em múltiplos estudos;
- Essas diferenças são grandes, consistentes e estatisticamente significativas;
 - Mesmo sendo pequeno, o risco de morbidade neonatal é maior nos recém-nascidos de 38 semanas do que nos de 39 semanas;
 - Nenhuma gravidez normal deve ser terminada electivamente, incluindo as «cesarianas a pedido da grávida», antes das 39 semanas, mesmo que a maturidade pulmonar fetal esteja demonstrada;
 - As cesarianas a pedido da grávida devem ser desincentivadas.

A reflexão sobre as recomendações acima apresentadas obriga a que interiorizemos que a possibilidade de consequências graves, com repercussões neonatais e no futuro dos recém-nascidos, implica que as cesarianas electivas (e também a indução do trabalho de parto) não devam ser levadas a cabo antes das 39 semanas sem uma razão fundamentada na clínica. Também devemos ter presente que estas intervenções não justificadas aumentam desnecessariamente os riscos e os custos e podem vir a desembocar numa eventual acusação disciplinar ou judicial de iatrogenia por negligência.

COMO EVITAR A CESARIANA ELECTIVA/INDUÇÃO DO PARTO ANTES DAS 39 SEMANAS?

Quando o objectivo é mudar uma atitude clínica enraizada, é do conhecimento geral que a educação médica e a adopção de protocolos baseados em consensos são, só por si, pouco eficazes. Isso é demonstrado pela patente dificuldade de implementar regras para diminuir significativamente a taxa de cesarianas/indicações do trabalho de parto electivas em gestantes normais antes de atingidas as 39 semanas.

De acordo com Clark e colaboradores¹⁶, só se obtêm resultados consistentes adoptando uma política hospitalar de «*hard stop*», isto é, a «ditadura» das direcções dos serviços de Obstetrícia no que se refere às indicações para cesariana ou indução do trabalho de parto. Os autores também sublinham que, em serviços de referência, a taxa de 5% de partos electivos no termo precoce é um nível de qualidade aceitável.

Este assunto foi mais detalhadamente estudado por Oshiro e col.¹⁷, num ensaio prospectivo efectuado entre Janeiro e Dezembro de 2011, que envolveu 26 hospitais em 5 estados dos EUA. A metodologia passou pela aplicação das regras de conduta obstétrica cons-

QUADRO III. ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR OS PARTOS ELECTIVOS <39 SEMANAS (ADAPTADO DE OSHIRO BT ET AL¹⁷)

1. Estabelecer protocolos institucionais relativos a procedimentos electivos: indução do trabalho de parto (ITP)/cesariana;
2. Instituir listas de indicações precisas para decidir os procedimentos electivos (ITP/cesariana);
3. Implementar a política de «*hard stop*» para todas as situações não listadas, em que os procedimentos electivos carecerão de aprovação superior;
4. Reuniões periódicas (no mínimo semanais) com os médicos e enfermeiros para informação clínica e decisão sobre procedimentos electivos <39 semanas;
5. Promover a informação e educação das utentes sobre os riscos do parto electivo <39 semanas.

tantes do Quadro III. No início do estudo, no conjunto dos serviços envolvidos, a taxa de partos no termo precoce era de 27,8%, tendo passado para 4,8% ao fim do ano de estudo, tendo sido os desempenhos neonatais excelentes.

CONCLUSÃO

Mesmo tendo em conta os esforços significativos efectuados em Portugal nos últimos 3-4 anos, entre os quais há que destacar a iniciativa de Administração Regional de Saúde do Norte (ARSN), depois apadrinhada pela Administração Central dos Sistemas de Saúde (ACSS), ainda estamos muito longe de atingir um patamar aceitável no que se refere às taxas de induções do trabalho de parto e cesarianas electivas efectuadas antes das 39 semanas em gestações normais. Os cinco pontos da estratégia proposta por Oshiro evidenciaram a sua eficácia e poderão ser aplicados de imediato em todos os serviços de Obstetrícia do SNS, os quais têm a hierarquia profissional bem estabelecida (directores de serviço, chefes de serviço, assistentes hospitalares graduados, etc.), o que é imprescindível para assegurar que as regras são cumpridas. Outro tanto será muito mais difícil de garantir nos hospitais privados, onde essa hierarquia profissional não existe ou é bastante frágil.

Mas o ponto crucial para controlar a «epidemia» dos partos electivos antes de ser atingida a 39ª semana de

gestação é acabar com a falsa informação das gestantes com base nos citados factores condicionantes não obstétricos e pseudo-obstétricos. Essa é uma tarefa abrangente, que irá demorar muito tempo e gastar maiores recursos, uma vez que terá de incluir programas de educação e alerta da população, naturalmente muito sensível para a aceitação das falsas razões que lhes são transmitidas como «protectoras do seu bebé».

NOTA: O autor declara que utilizou a ortografia anterior ao Acordo Ortográfico na redacção do texto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reddy UM, Bettegowda VR, Dias T, et al. Term pregnancy: A period of heterogeneous risk for infant mortality. *Obstet Gynecol* 2011; 117: 1279-1287.
2. Dietz PM, Rizzo JH, England LJ, et al. Early term delivery and health care utilization in the first year of life. *J Pediatr* 2012; 161: 234-9.e1.
3. Fleischman AR, Oinuma M, Clark SI. Rethinking the definition of "Term pregnancy". *Obstet Gynecol* 2010; 116: 136-139.
4. Kamath BD, Marcotte MP, DeFranco EA. Neonatal morbidity after documented fetal lung maturity in late preterm and early term infants. *Am J Obstet Gynecol* 2011; 204: 518.e1-8.
5. Dimitriou G, Fouzas S, Georgkis V, et al. Determinants of morbidity in late preterm infants. *Early Hum Develop* 2010; 86: 587-591.
6. Steinhorn RH. Editorial. *J Pediatr* 2011; 159: 177.
7. ACOG Committee Opinion n° 560. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 908-910.
8. Kamath-Rayne BD, DeFranco EA, Marcotte MP. Antenatal steroids for treatment of fetal lung immaturity after 34 weeks gestation. An evaluation of neonatal outcome. *Obstet Gynecol* 2012, 119: 909-916.
9. Porto AMF, Coutinho IC, Correia JB, Amorim MMR. Effectiveness of antenatal corticosteroids in reducing respiratory disorders in late preterm infants: A randomized clinical trial. *BMJ* 2011; 342: d1696.
10. Tita ATN, Landon MB, Spong CY, et al. Timing of elective cesarean delivery at term and neonatal outcomes. *N Eng J Med* 2009; 360: 111-120.
11. Wilink FA, Hukkelhoven CWPM, Lunshof S, et al. Neonatal outcome following elective cesarean section beyond 37 weeks of gestation: a 7-year retrospective analysis of a national registry. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202: 250.e1-8.
12. Wetta L, Tita ATN. Early term births: considerations and management. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2012; 39: 89-97.
13. DeLuca R, Boulvain M, Irion O, et al. Incidence of early neonatal mortality and morbidity after late preterm and term cesarean delivery. *Pediatrics* 2009; 123: 1064-1071.
14. ACOG Committee Opinion n° 559. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 904-7.
15. ACOG Committee Opinion n° 561. Nonmedically indicated early-term deliveries. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 911-915.
16. Clark SI, Frye DR, Meyers JA, et al. Reduction in elective delivery at <39 weeks of gestation: comparative effectiveness of 3 approaches and the impact on neonatal intensive care admission and stillbirth. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 203: 440.e1-6.
17. Oshiro BT, Kowalewski L, Sappenfield W, et al. A multistate quality improvement program to decrease elective deliveries before 39 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2013; 121: 1025-1031.