

Anexo III

Assistência ao Trabalho de Parto

Autoria: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

ELABORAÇÃO FINAL: 25 de maio de 2009

PARTICIPANTES: Parpinelli MA, Surita FG, Pacagnella RC, Simões R

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DE EVIDÊNCIA:

A revisão bibliográfica de artigos científicos dessa diretriz foi realizada na base de dados MEDLINE, Cochrane e SciELO. A busca de evidências partiu de cenários clínicos reais, e utilizou palavras-chaves (MeSH terms) agrupadas nas seguintes sintaxes: (pregnancy OR delivery ,obstetric OR labor stage) AND pregnancy, prolonged AND cardiotocography AND fetal heart rate AND auscultation AND episiotomy AND (Amniotomy OR Amnion/surgery) AND Labor, Obstetric AND (partogram OR partograph) AND analgesia, obstetrical AND labor induced AND trial of labor AND cesarean section AND perinatal mortality AND fetal macrosomia AND pregnancy outcome

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

A: Estudos experimentais ou observacionais de melhor consistência.

B: Estudos experimentais ou observacionais de menor consistência.

C: Relatos de casos (estudos não controlados).

D: Opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

OBJETIVOS:

Examinar as principais condutas na assistência ao parto à luz das melhores evidências disponíveis.

CONFLITO DE INTERESSE:

Nenhum conflito de interesse declarado.

INTRODUÇÃO

Embora no século XX a atitude expectante frente à parturiente tenha sido transferida para o espaço hospitalar, que possui as condições propícias para a prática de intervenções médicas, o incremento da utilização de procedimentos e rotinas cirúrgicas nem sempre foi acompanhado de evidências científicas claras de benefício à mulher e ao conceito.

Alguns recursos técnicos rotineiramente utilizados, muitas vezes reforçados em detrimento da humanização do trabalho de parto, por vezes se mostraram prejudiciais à evolução natural e saudável deste. A qualidade da assistência ao trabalho de parto deve atender às necessidades de cada mulher, mas sempre deve estar respaldada pela evidência científica mais atual.

Dessa forma, a revisão constante desses procedimentos é imprescindível dentro do atual entendimento da Medicina Baseada em Evidências. Nesse sentido, apresenta-se uma revisão de alguns dos mais frequentes procedimentos realizados na prática clínica e discutem-se algumas das práticas obstétricas vigentes, com o objetivo de iluminar a assistência ao trabalho de parto com base nas melhores evidências científicas disponíveis atualmente.

1. EXISTE BENEFÍCIO EM SE REALIZAR A MONITORIZAÇÃO CARDIOTOCOGRÁFICA CONTÍNUA INTRAPARTO EM GESTANTES DE BAIXO RISCO?

A monitorização cardiotocográfica ou cardiotocografia (CTG) contínua é a avaliação contínua através de monitorização eletrônica da frequência cardíaca fetal durante o trabalho de parto, isto é, mantida durante o primeiro e segundo estágios do trabalho de parto, enquanto a monitorização intermitente é feita de maneira contínua somente no segundo estágio do trabalho de parto, sendo que no primeiro estágio é mantida por apenas 15 a 30 minutos a cada 2 horas.

Avaliando-se parturientes com baixo ou moderado risco obstétrico, incluindo trabalho de parto não complicado pré-termo (33 a 36 semanas de gestação) ou pós-termo (\geq que 42 semanas de gestação), observou-se que, mediante a monitorização contínua no primeiro estágio do trabalho de parto, é encontrado um maior número de características suspeitas na monitorização da frequência cardíaca fetal, entretanto o número de monitoragens alteradas caracterizadas por frequência cardíaca fetal < 100 bpm ou > 170 bpm, característica sinusoidal ou desacelerações variáveis tardias e prolongadas, mostram-se similar entre a monitorização contínua e a intermitente 6,6% e 6,3% respectivamente (IC 95% - 0,018 – 0,012)¹(A). Observando-se as condições do neonato, não se avalia diferença significativa com relação ao índice de Apgar < 7 no 5º minuto (0,1% versus 0,4%) ou admissão em unidade de UTI neonatal (2,1% versus 2,9%) para monitorização intermitente e contínua respectivamente¹(A).

A avaliação de gestantes, com feto único e vivo, idade gestacional ≥ 26 semanas, admitidas em trabalho de parto espontâneo ou para indução do trabalho de parto, quando monitorizadas para avaliação da frequência cardíaca fetal por meio da cardiotocografia realizada a cada 15 minutos durante o primeiro estágio do trabalho de parto e a cada 5 minutos durante o segundo estágio do trabalho de parto, em comparação à ausculta intermitente realizada antes e imediatamente após as contrações pelo período de 1 minuto, com o emprego de dispositivo Doppler, observa-se um maior número de indicações de cesarianas por padrão anormal da frequência cardíaca fetal, 5,3% utilizando-se a cardiotocografia, ante 2,3% para a ausculta intermitente²(B). Entretanto, não é observada diferença estatisticamente significativa, entre os dois métodos de monitorização da frequência cardíaca fetal com relação aos resultados neonatais tais como índice de Apgar < 7 no 1^o e 5^o minutos e pH arterial de cordão umbilical $< 7,1$ ²(B).

Recomendação:

A realização da cardiotocografia contínua em gestações de baixo risco pode aumentar a indicação de cesariana por sofrimento fetal sem diferença estatisticamente significativa nos resultados neonatais.

2. QUAL A IMPORTÂNCIA DE SE REALIZAR A CARDIOTOCOGRAFIA EXTERNA NA AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL NO INÍCIO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO?

A cardiotocografia (CTG) utilizada no início do trabalho de parto pode ser usada como método de *screening* para avaliação da vitalidade fetal em gestações de baixo risco.

Avaliando-se parturientes, de baixo risco obstétrico com gestação a termo variando de 37 a 42 semanas em apresentação cefálica e sem fatores de risco à admissão, observa-se que mediante exame cardiotocográfico reativo, caracterizado pela presença de duas acelerações maiores a 15 batimentos por minuto pelo período maior do que 15 segundos em 20 minutos de exame, as taxas de sofrimento fetal avaliadas pelo pH de couro cabeludo $< 7,2$, índice de Apgar < 7 no 5^o minuto e ou pH arterial de cordão umbilical $< 7,15$, ocorrem em 0,9% dos casos. Avaliando-se traçados cardiotocográficos anormais, caracterizados como linha de base com variabilidade menor do que cinco batimentos por minuto, presença de desacelerações tardias ou variáveis com duração maior do que 60 segundos ou desacelerações maiores do que 60 bpm da linha de base observa-se maior número de casos de sofrimento fetal, totalizando 50%³(B).

Em vista de tais resultados, observa-se que a realização da cardiotocografia em parturientes de baixo risco obstétrico, apresenta-se como método simples e conveniente, que pode detectar ainda na admissão o sofrimento fetal, evitando-se dessa maneira um atraso de intervenção.

Recomendação:

O emprego da cardiotocografia (CTG) na admissão da parturiente tem sido uma prática cada vez mais utilizada nos serviços onde existe a disponibilidade do exame, chegando a ser rotina em muitas maternidades. Entretanto, não existe

evidência suficiente para indicar ou abolir o exame de CTG na admissão da gestante em trabalho de parto. Como alguns estudos apontam para um seguimento do trabalho de parto mais tranquilizador quando a cardiotocografia da admissão é normal e também para resultados neonatais potencialmente desfavoráveis quando a mesma está alterada, sugerimos que o exame seja realizado onde haja facilidade para esse procedimento.

3. QUAL A IMPORTÂNCIA DO PARTOGRAMA NA CONDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO?

Embora a utilização do partograma como método de representação gráfica da evolução do trabalho de parto seja amplamente disseminada no mundo todo, existem poucos estudos comparando o uso do partograma com a sua não utilização.

Observa-se que em um centro hospitalar terciário com fluxo de atendimento de cerca de 50% de parturientes com risco perinatal, a utilização do partograma com linhas de alerta e ação, em nuligestas, na ausência de complicações obstétricas, com gestação a termo e feto único e cefálico comparado ao acompanhamento do trabalho de parto feito com anotações escritas no prontuário em mulheres nas mesmas condições, não demonstra diferença nas taxas de cesárea (cerca de 25% quando da realização de anotações escritas e 24% mediante a utilização do partograma - IC 95% - 0,046 – 0,032)⁴(A). Além disso, não se observa diferença nas taxas de parto vaginal operatório, 31% versus 30% respectivamente; na realização da amniotomia (54,1% contra 53,7%); na média de exames vaginais após 2,0 cm de dilatação (quatro em ambos os grupos) e desfechos neonatais como o índice de Apgar < 7 no 1º e 5º minutos, admissão em UTI e uso de antibióticos⁴(A).

Em contrapartida, ao se avaliar a condução do trabalho de parto em parturientes de baixo risco obstétrico feita por enfermeiras obstétricas munidas do partograma observa-se uma diminuição no número de trabalho de parto prolongado (2,6% com emprego do partograma e 6,8% quando da não utilização - IC 95% - 0,009 – 0,075). Além disso, é encontrado um aumento no número de encaminhamentos quando utilizado o partograma. Entretanto, não é observada diferença com relação às taxas de cesárea⁵(B).

Recomendação:

Levando-se em consideração as taxas de cesárea, não se observa diferença significativa comparando-se a utilização do partograma à anotação escrita⁴(A).

Contudo, a utilização do partograma apresenta-se como ferramenta extremamente barata, de fácil utilização e apresentação gráfica para anotação da evolução do trabalho de parto, funcionando como orientador para a formação dos profissionais de saúde e facilitando transferências hospitalares, não devendo ser o seu uso desestimulado⁶(D).

4. EXISTE BENEFÍCIO EM SE REALIZAR A AMNIOTOMIA PRECOCE PARA A ABREVIACÃO DO PERÍODO DE DILATAÇÃO?

A amniotomia, rotura artificial das membranas amnióticas com a intenção de acelerar o progresso do trabalho de parto, está entre os procedimentos mais realizados na prática obstétrica. No entanto, a sua indicação permanece controversa. Apesar de permitir uma monitorização direta do fluído amniótico, tal intervenção está associada a desvantagens, tais como o aumento na deformação da cabeça fetal determinando, por conseguinte, alterações na característica da frequência cardíaca fetal e risco de prolapso de cordão, esta última resultante da realização da amniotomia em apresentações altas.

Observa-se que a realização da amniotomia em primíparas com gestação a termo, e admitidas com dilatação cervical inferior a 6,0 cm, determina diminuição na duração total do trabalho de parto em torno de 155 minutos⁷(A). Quando praticada durante o primeiro estágio do trabalho de parto, encontra-se redução de aproximadamente 155 ± 40 minutos⁸(A). Ao final, observa-se uma redução média no tempo total do trabalho de parto de aproximadamente 170 minutos quando da realização da amniotomia⁸(A).

Entretanto, no trabalho de parto disfuncional em parturientes com gestação a termo, apresentação cefálica com dilatação cervical \geq a 3,0 cm e contrações uterinas regulares com duração de 20 segundos cada, diagnosticado por meio da utilização do partograma e identificado quando a evolução do trabalho de parto ultrapassa a linha de ação, não se observa diferença estatisticamente significativa na duração do trabalho de parto na comparação entre a amniotomia e a conduta expectante⁹(A). O mesmo é observado em primíparas, sem risco obstétrico e admitidas em trabalho de parto espontâneo¹⁰(A).

Recomendação:

Não existem evidências de que a amniotomia praticada durante o trabalho de parto esteja relacionada à abreviação do período de dilatação. Embora alguns estudos observem redução da duração do trabalho de parto, outros, de semelhante força de evidência, não observam tais achados.

5. A ANALGESIA DE CONDUÇÃO REALIZADA ANTES DE 3,0 CM DE DILATAÇÃO CERVICAL AUMENTA A CHANCE DE CESÁREA?

A realização da analgesia peridural precoce, indicada antes de 4,0 cm de dilatação, não eleva as taxas de cesárea. Avaliando-se o impacto da realização da analgesia peridural em dois momentos distintos da dilatação do colo uterino (ropivacaína 0,2% e fentanil 50 µg por cateter peridural na primeira solicitação materna, independentemente da dilatação cervical ou mediante solicitação materna somente com dilatação cervical superior a 4,0 cm) em nulíparas com pelo menos 36 semanas de gestação completas, admitidas em pleno trabalho de parto, espontâneo ou induzido, e com esvaecimento cervical de pelo menos 80%, não se observa diferença significativa nas taxas de cesárea (13% quando realizada com dilatação média de 2,4 cm e 11% com dilatação maior a 4,0 cm). Similarmente não é observada diferença significativa na indicação de cesárea por falha de progressão do trabalho de parto¹¹(A).

Quando analisadas nulíparas em trabalho de parto espontâneo e dilatação cervical menor que 4,0 cm, a utilização da técnica combinada espinhal-epidural, com o emprego de 25 µg de fentanil intratecal seguido da aplicação de analgesia peridural na primeira solicitação materna (nas doses de 15 ml em bolus de bupivacaina 0,625 mg/ml associado ao fentanil 2 µg/ml se dilatação cervical menor que 4,0 cm e 15 ml de bupivacaina 1,25 mg/ml se maior que 4,0 cm), quando comparada à administração de opióide sistêmico (risco C pela classificação do FDA tanto intramuscular quanto endovenoso) na primeira solicitação materna e analgesia peridural com dilatação do colo maior que 4,0 cm na segunda solicitação, não se observam taxas de cesáreas significativamente diferentes (17,8% para a analgesia intratecal comparada a 20,7% para a sistêmica com IC 95% - 0,086 – 0,028)¹²(A).

Recomendação:

A administração de analgesia peridural no início do trabalho de parto em nulíparas na primeira solicitação materna, comparado à sua utilização apenas com dilatação cervical de pelo menos 4,0 cm, não resulta em aumento nas taxas de cesárea¹¹(A). O mesmo pode ser observado com a utilização da analgesia sistêmica com opióides¹²(A).

6. EXISTE VANTAGEM NA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA DE ROTINA COMO NORMA DE CONDUTA NO PARTO, DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO?

A episiotomia tem sido rotineiramente realizada como componente do parto vaginal, visando minimizar o risco de trauma ao nascimento e evitar lesão do esfíncter anal. Entretanto, a utilização da episiotomia em primíparas com gestação a termo ≥ 37 semanas, apresentação cefálica, durante o período expulsivo não previne a mulher de lacerações perineais de terceiro ou quarto grau. Resultados apontam para a ausência de diferença na frequência de lesão perineal de terceiro e quarto grau mediante a realização da episiotomia de rotina quando comparada à restritiva, realizada quando a laceração torna-se iminente (8,1% e 10,9% respectivamente com IC 95% - 0,109 – 0,053)¹³(A). Entretanto, em primíparas com idade gestacional maior do que 28 semanas, a realização da episiotomia mediana de rotina determina lacerações de terceiro ou quarto grau em 14,3% enquanto que na indicação da episiotomia de maneira seletiva, isto é, somente realizada na iminência de laceração, encontra-se em torno de 6,8% (IC 95% - 1,18 – 3,81)¹⁴(A). Dito isto, tem-se, portanto um risco aumentado para laceração de terceiro ou quarto grau quando da indicação da episiotomia mediana de rotina com RR= 2,12¹⁴(A). Todavia, observa-se que a realização da episiotomia mediana restritiva acompanha-se de maior risco para a ocorrência de lacerações superficiais com 10,4% quando comparado a 2,2% na indicação de episiotomia de rotina (IC 95% - 0.08 - 0.56) e RR= 2,2¹⁴(A).

Com relação à análise dos desfechos secundários avaliados após seis semanas de pós-parto, tais como hemorragia pós-parto, percepção da dor, duração da hospitalização após o parto, sintomas urinários ou intestinais, taxa de

cicatrização e complicações, não se observam diferenças entre as mulheres submetidas à episiotomia restritiva e de rotina¹³(A).

Quando se avaliam desfechos neonatais, não se encontram diferenças em baixos índices de Apgar dos neonatos, tanto no 1º quanto no 5º minuto, gasometrias umbilicais alteradas (pH < 7), trauma neonatal como contusões, abrasões cutâneas, paralisia do nervo facial, fraturas, hemorragia da retina, encefalopatia e céfalo-hematoma e admissão da criança em unidade de terapia intensiva¹³(A).

Avaliando-se desfechos no terceiro mês após o parto, observa-se que na presença de períneo intacto ou de lacerações do períneo espontâneas de primeiro e segundo grau, não se encontra diferença significativa na função do assoalho pélvico com relação à incidência de incontinência urinária, incontinência fecal ou prolapso genital. Porém, avaliando-se a presença de dispareunia e dor perineal, a realização da episiotomia está relacionada a maior número de eventos (frequência de dispareunia de 7,9% versus 3,4% com períneo intacto, e de dor perineal de 6,7% versus 2,3%, respectivamente)¹⁵(B).

Quando o período analisado de puerpério passa a ser de quatro anos, observa-se risco relativo de incontinência fecal de 1,8 para mulheres submetidas à episiotomia de rotina, porém, sem diferenças com relação à ocorrência de incontinência urinária, dor perineal ou dispareunia¹⁶(B).

Recomendação:

A realização da episiotomia de rotina demonstra estar relacionada à maior frequência de dor perineal e dispareunia, não demonstrando benefícios quando da indicação materna ou fetal.

7. EXISTE BENEFÍCIO PERINEAL EM LONGO PRAZO NA REALIZAÇÃO DA EPISIOTOMIA DE ROTINA DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO?

A episiotomia tem sido há muito tempo recomendada como procedimento utilizado com a finalidade de evitar sequelas perineais após o parto. Entretanto, pouco é conhecido sobre os seus benefícios e sequelas em longo prazo.

Avaliando-se alterações urogenitais (média de observação de 7,3 meses pós-parto), através de estudo urodinâmico e por meio do índice de Oxford, em puérperas que deram à luz a feto único com mais de 34 semanas, não se encontra diferença significativa nos parâmetros de pressão máxima de fechamento da uretra, pressão anal máxima, comprimento funcional do esfíncter anal em repouso e durante contração e força muscular do assoalho pélvico, quando da realização da episiotomia médio-lateral-direita restritiva (realizada somente por indicação fetal mesmo mediante o severo trauma perineal) comparada à episiotomia de rotina¹⁷(B).

A avaliação de puérperas no terceiro mês após o parto que se apresentaram com períneo íntegro comparadas à puérperas com lacerações espontâneas de primeiro e segundo grau demonstra que primíparas submetidas à episiotomia médio-lateral-direita não apresentam diferença significativa com relação à incontinência urinária de esforço e incontinência fecal (12,9% e 12,1% respectivamente, avaliando-se a incontinência urinária e 2,8% e 1,9%

respectivamente para incontinência fecal)¹⁵(B). Também não são encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao prolapso genital anterior e posterior¹⁵(B). Avaliando-se a dispareunia e a dor em região perineal, observa-se uma maior frequência de dor em mulheres com episiotomia médio-lateral-direta quando comparadas a mulheres com períneo íntegro ou com lacerações espontâneas de primeiro e segundo graus (7,9% e 3,4% respectivamente para a dispareunia e 6,7% e 2,3 % para a dor perineal)¹⁵(B).

Quando o tempo analisado passa a ser de quatro anos, observa-se que a prevalência da incontinência fecal apresenta-se maior nas mulheres submetidas à episiotomia de rotina quando comparadas às mulheres submetidas ao procedimento restritivo (16% e 11% respectivamente)¹⁶(B).

Recomendação:

A realização da episiotomia médio-lateral-direta não determina proteção contra o surgimento da incontinência urinária de esforço, incontinência fecal e prolapso genital após o terceiro mês pós-parto, estando associada à maior frequência de dispareunia e dor perineal.

8. EM RELAÇÃO À MORBIDADE FETAL, QUAL SERIA A SEGURANÇA DA INDUÇÃO DO TRABALHO DE PARTO NO PÓS-DATISMO?

A gestação pós-termo ou prolongada é reconhecida como aquela que ultrapassa 42 semanas de gestação. O número de gestações pós-termo tem sido reduzido em torno de 70%, com a realização de ultrassonografia precoce, durante o primeiro trimestre. Entretanto, embora os riscos maternos e fetais estejam aumentados na gestação prolongada, seu manejo na gestação de baixo risco ainda é controverso. Nesse sentido a indução eletiva do trabalho de parto às 41 semanas tem sido recomendada baseada no aumento da ocorrência de cesárea de urgência por sofrimento fetal agudo.

Observa-se que em gestantes, com feto único e vivo, apresentação cefálica, membranas amnióticas intactas, com idade gestacional de 41 semanas completas, confirmada por exame ultrassonográfico de primeiro trimestre, com índice de Bishop desfavorável (< 5) e ausência de contrações uterinas, a comparação da indução do trabalho de parto por três métodos distintos (misoprostol 50 µg via vaginal a cada 6 horas, ocitocina na dose inicial de 1 mU/minuto aumentada a cada 15 minutos na mesma dose até atingir contrações de 200-250 unidades Montevideo, ou introdução de cateter de foley 18-G) com a conduta expectante (avaliações semanais do líquido amniótico e realização do perfil biofísico fetal) demonstra maior ocorrência de partos por cesariana indicados por alteração na frequência cardíaca fetal mediante indução com a ocitocina quando comparado ao seguimento realizado sem intervenções, (13% de indicação de cesariana mediante utilização de ocitocina e 8% no segmento apenas)¹⁸(A).

Quando se avalia a macrosomia fetal (peso > 4000 g), observa-se menor ocorrência de indicação de cesárea por alteração na frequência cardíaca fetal quando se induz o trabalho de parto (9% na indução com misoprostol; 7% com o emprego da ocitocina; 7% com a sonda de foley e 24,7% na conduta expectante)¹⁸(A).

Avaliando-se desfechos neonatais, tais como distócia de bisacromial, aspiração de mecônio, índice de Apgar < 7 no 1º ou 5º minutos, pH de cordão umbilical < 7,16 ou admissão na UTI neonatal, não se observa diferença significativa quando se comparam os diferentes tipos de indução ou a conduta expectante de seguimento. No entanto, mediante a conduta expectante, observa-se maior ocorrência de líquido meconial e síndrome de aspiração de mecônio¹⁸(A).

Recomendação:

Quando o trabalho de parto é induzido a partir das 41 semanas de gestação, a morbidade neonatal apresenta-se reduzida, sem aumentar a taxa de cesárea ou a permanência hospitalar.

9. LEVANDO-SE EM CONTA A MORBIDADE MATERNA E FETAL, EXISTIRIAM BENEFÍCIOS NA INDICAÇÃO DE CESÁREA ELETIVA EM FETOS COM ESTIMATIVA DE PESO ACIMA DE 4.000 G QUANDO COMPARADO AO PARTO NORMAL?

A estimativa de peso através do emprego da ultrassonografia pode apresentar variabilidade em superestimar a ocorrência de macrosomia em torno de 16% a 20% dos casos. Tal fato tem conduzido a vieses na prática obstétrica, consequente à menor tolerância do obstetra em acompanhar o trabalho de parto em casos com estimativa de macrosomia fetal.

Não existe um consenso geral sobre a definição de macrosomia fetal, apresentando-se distintos pontos de corte desde o peso ao nascimento maior que 4.000 g, 4.500 g, ou 5.000 g independentemente da idade gestacional. Portanto, a prevalência de macrosomia varia de 0,5% a 15% dependendo da definição utilizada.

Os riscos maternos associados à macrosomia fetal incluem trabalho de parto prolongado, parto cesariano, hemorragia pós-parto, infecção, lacerações perineais de terceiro e quarto graus, eventos tromboembólicos e acidentes anestésicos. A macrosomia fetal também está associada a elevado risco perinatal, tais como o trauma ao nascimento, asfixia perinatal, aspiração de mecônio. Entretanto, apesar dos riscos citados estarem bem relacionados à macrosomia fetal, a melhor via de parto nestes casos tem-se mantido controversa.

Avaliando-se a taxa de sobrevida neonatal entre nascidos com peso variando de 4.000 g a 4.499 g e 4.500 g a 4.999 g a cesárea aumenta o risco de morte neonatal. Após controle de várias características maternas e complicações tais como tabagismo, diabetes mellitus e hipertensão, os nascidos vivos por via alta com peso entre 4.000g a 4.499g apresentam 1,3 vezes mais probabilidade de morrer durante o período neonatal, quando comparado aos nascimentos de semelhante peso por via vaginal (IC 95% -1,11 – 1,53)¹⁹(B). Além disso, o risco de morte neonatal entre os nascidos vivos por parto cesariano com peso variando de 4.500 g a 4.999 g apresenta-se 40% maior quando comparados àqueles nascidos por via vaginal (IC 95% 1,00 – 1,95)¹⁹(B).

No entanto, entre os nascidos com mais de 5.000 g, a realização de cesárea apresenta-se como fator protetor, demonstrando redução de aproximadamente 15% na mortalidade em comparação aos nascidos por via vaginal (IC 95% - 0,44 – 1,64 - $p=0,62$)¹⁹(B).

Recomendação:

Apesar de a macrosomia fetal estar associada a maior risco de complicações materno-fetais, uma política visando à promoção de cesárea profilática por macrosomia suspeita não se apresenta associada à redução de mortalidade neonatal. Entretanto, o parto cesariano parece ser um fator protetor para a mortalidade em nascidos vivos com mais de 5000 g.

REFERÊNCIAS:

1. Herbst A, Ingemarsson I. Intermittent versus continuous electronic monitoring in labour: a randomised study. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101:663-8.
2. Vintzileos AM, Antsaklis A, Varvarigos I, Papas C, Sofatzis I, Montgomery JT. A randomized trial of intrapartum electronic fetal heart rate monitoring versus intermittent auscultation. *Obstet Gynecol* 1993;81:899-907.
3. Ingemarsson I, Arulkumaran S, Ingemarsson E, Tambyraja RL, Ratnam SS. Admission test: a screening test for fetal distress in labor. *Obstet Gynecol* 1986;68:800-6.
4. Windrim R, Seaward G, Hodnett E, Akoury H, Kingdom J, Salenieks ME. A randomized controlled trial of a bedside partogram in the active management of primiparous labour. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;29:27-34.
5. Fahdhy M, Chongsuvivatwong V. Evaluation of World Health Organization partograph implementation by midwives for maternity home birth in Medan, Indonesia. *Midwifery* 2005;21:301-10.
6. Mathai M. The partograph for the prevention of obstructed labor. *Clin Obstet Gynecol* 2009;52:256-69.
7. Franks P. A randomized trial of amniotomy in active labor. *J Fam Practice* 1990;30:49-52.
8. Shobeiri F, Tehranian N, Nazari M. Amniotomy in labor. *Int J Gynaecol Obstet* 2007;96:197-8.
9. Blanch G, Lavender T, Walkinshaw S, Alfrevic Z. Dysfunctional labour: a randomised trial. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:117-20.

10. Johnson N, Lilford R, Guthrie K, Thornton J, Barker M, Kelly M. Randomised trial comparing a policy of early with selective amniotomy in uncomplicated labour at term. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:340-6.
11. Ohel G, Gonen R, Vaida S, Barak S, Gaitini L. Early versus late initiation of epidural analgesia in labor: does it increase the risk of cesarean section? A randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006;194:600-5.
12. Wong CA, Scavone BM, Peaceman AM, McCarthy RJ, Sullivan JT, Diaz NT, et al. The risk of cesarean delivery with neuraxial analgesia given early versus late in labor. *N Engl J Med* 2005;352:655-65.
13. Murphy DJ, Macleod M, Bahl R, Goyder K, Howarth L, Strachan B. A randomised controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study. *BJOG* 2008;115:1695-703.
14. Rodriguez A, Arenas EA, Osorio AL, Mendez O, Zuleta JJ. Selective vs routine midline episiotomy for the prevention of third- or fourth-degree lacerations in nulliparous women. *Am J Obstet Gynecol* 2008;198:285.e4.
15. Sartore A, De Seta F, Maso G, Pregazzi R, Grimaldi E, Guaschino S. The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery. *Obstet Gynecol* 2004;103:669-73.
16. Fritel X, Schaal JP, Fauconnier A, Bertrand V, Levet C, Pigné A. Pelvic floor disorders 4 years after first delivery: a comparative study of restrictive versus systematic episiotomy. *BJOG* 2008;115:247-52.
17. Dannecker C, Hillemanns P, Strauss A, Hasbargen U, Hepp H, Anthuber C. Episiotomy and perineal tears presumed to be imminent: the influence on the urethral pressure profile, analmanometric and other pelvic floor findings--follow-up study of a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84:65-71.
18. Gelisen O, Caliskan E, Dilbaz S, Ozdas E, Dilbaz E, Ozdas E, et al. Induction of labor with three different techniques at 41 weeks of gestation or spontaneous follow-up until 42 weeks in women with definitely unfavorable cervical scores. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2005;120:164-69.
19. Boulet SL, Salihu HM, Alexander GR. Mode of delivery and the survival of macrosomic infants in the United States, 1995-1999. *Birth* 2006;33:278-83.