

What's new in Obstetrics and Maternal Fetal Medicine? Best articles from 2023/2024

O que há de novo em Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal? Os melhores artigos de 2023/2024

Nuno Clode¹, Ana Luísa Areia²

Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal – SPOMMF

Abstract

The authors present a selection of articles published in 2023/2024 considered as the most relevant for clinical practice in Maternal Fetal Medicine, Tocology and Pre-Natal Diagnosis.

Keywords: Obstetrics; Maternal fetal medicine; Tocology; Prenatal diagnosis.

Resumo

Os autores apresentam uma seleção de artigos publicados em 2023/2024 e que consideram mais relevantes para a prática clínica em Medicina Materno-Fetal, Tocologia e Diagnóstico Pré Natal.

Palavras-chave: Obstetrícia; Medicina materno-fetal; Tocologia; Diagnóstico pré-natal.

A Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal (SPOMMF) decidiu selecionar um conjunto de artigos relevantes de Medicina Materno-Fetal publicados em 2023/24 e que poderão ter mais influência na prática clínica em várias vertentes desta área médica – medicina materno-fetal ante e pós-parto, diagnóstico pré-natal, medicina fetal e tocologia – ao invés de privilegiar uma só área específica. A escolha dos artigos é, como sempre, permeada pela subjetividade de quem redige este texto, mas a SPOMMF não quer deixar de agradecer aos colegas que colaboraram na Sugestão da Semana SPOMMF em 2023/24 pois a

maioria dos artigos selecionados foram apresentados nesta rubrica semanal *online* da Sociedade.

Em 2023, uma seção da revista oficial da FIGO¹ foi dedicada à vacinação na mulher e, muito em especial, à grávida. Aborda os mecanismos de como a vacinação melhora os desfechos na gravidez e explora formas de melhorar a adesão das grávidas (e dos prestadores de cuidados de saúde!) à vacinação, partilhando experiências vividas por esse mundo fora e de formas de implementação de programas de vacinação. A relevância destes programas nos cuidados à gestante e ao seu filho tem sido enfatizada por várias sociedades científicas – inclusive, a SPOMMF, em 2024, emitiu recomendações nesse sentido², sendo em Portugal recomendado vacinar na gravidez contra a COVID-19, o tétano, a tosse convulsa e a gripe, estando as vacinas disponíveis gratuitamente e facilmente acessíveis. Com o objetivo de diminuir a gravidade da doença associada ao Vírus Respiratório Sincicial (VRS) no lactente, em 2023

1. Assistente Hospitalar Senior de Obstetrícia e Ginecologia – Hospital CUF Torres Vedras. Presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal.

2. Assistente Hospitalar Graduada de Obstetrícia e Ginecologia – Serviço de Obstetrícia, Unidade Local de Saúde de Coimbra // Professora Auxiliar de Obstetrícia e Ginecologia – Faculdade de Medicina – Universidade de Coimbra. Vice-Presidente da Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno Fetal.

iniciou-se a comercialização de uma vacina para administração na grávida e várias Sociedades Obstétricas apoiaram a sua inclusão no programa vacinal na gestação, tendo surgido varias recomendações^{3,4} nesse sentido. Vacinar na gravidez não é uma novidade mas, num tempo de descrença e de falta de literacia em saúde, a formação dos que cuidam da saúde das grávidas e dos seus filhos é fundamental para um aconselhamento cientificamente adequado, e que facilite uma melhor adesão aos planos vacinais.

A elevada incidência de cesariana, apesar das múltiplas estratégias para a sua diminuição, continua a ser uma preocupação das Sociedades Obstétricas. Muitas das complicações associadas a esta cirurgia advêm das variadas formas de a executar sendo muitas delas baseadas em práticas habituais sem qualquer suporte científico. Recentemente a FIGO⁵ publicou recomendações sobre a técnica cirúrgica (da incisão ao encerramento da pele passando pela histerotomia, extração do feto, dequitação e histerorrafia) sustentadas na evidência científica. É um *open access paper* de fácil leitura que tem por propósito ajudar a melhorar a segurança e reduzir as complicações associadas à cesariana e de leitura obrigatória para quem se dedica à prática tocologia.

Ainda no tema “cesariana”, assiste-se nos dias de hoje a um aumento da incidência de cesariana no segundo estadio de trabalho de parto. Associa-se a um aumento de morbilidade materna e neonatal e apresenta uma estreita relação com a forma como se lida com a extração do polo cefálico. Em acesso livre foi publicada uma revisão das diversas formas de proceder perante este tipo de situações⁶ que no Reino Unido podem complicar cerca de 10% das cesarianas emergentes; uma revisão sistemática publicada em 2023⁷ mostrou que a elevação da cabeça fetal por via vaginal apresenta uma menor morbilidade materna e neonatal do que a extração pélvica reversa. Não sendo uma forma habitual de cesariana, a diminuição da experiência do operador no parto instrumental pode torná-la mais frequente e, conseqüentemente, aumentar a possibilidade de deste se deparar com o polo cefálico impactado e de difícil mobilização, o que representa uma verdadeira emergência obstétrica.

A hemorragia pós-parto (HPP) é a principal causa de morbimortalidade materna em todo o mundo. O

texto acima referido da FIGO⁵ refere as diferentes complicações hemorrágicas que se podem encontrar numa cesariana e como resolvê-las no bloco operatório. Uma recente revisão publicada no *Obstetrics & Gynecology*⁸ aborda a evidência sobre a eficácia e segurança de sistemas para controle de HPP nomeadamente o balão intra-uterino, que tampona o útero, e os novos sistemas que promovem o vácuo intra-uterino e colapsam a cavidade. Este último tem apresentado resultados promissores, mas são ainda necessários estudos randomizados e que incluam amostras de maiores dimensões para que se comprove o seu benefício clínico.

A avaliação do comprimento cervical por ecografia transvaginal no exame ecográfico do 2.º trimestre da gestação com o objetivo de rastrear o parto pré-termo espontâneo (PPTe) continua a ser um assunto controverso. Apesar da ISUOG o recomendar⁹, uma recente revisão sistemática e meta-análise¹⁰ mostrou que, numa avaliação global, a medição universal do comprimento cervical por via transvaginal não diminuiu significativamente a taxa de PPTe antes das 37 ou das 34 semanas mas associou-se significativamente a uma diminuição do PPTe antes das 32 semanas em 16% (OR, 0.84 [95% CI, 0.76–0.94], $p=.002$). Avaliando apenas o subgrupo de grávidas sem antecedentes PPTe anterior, verificou-se uma redução do risco de PPTe antes das 37 semanas em 12% (OR, 0.88 [95% CI, 0.79–0.97], $P=.01$), embora não se tivessem encontrado diferenças significativas para PPTe antes das 32 ou das 34 semanas. Um estudo aleatório europeu recente¹¹ englobando uma amostra significativa de 1334 grávidas assintomáticas, gestação unifetal e sem antecedentes de parto pré-termo, também não mostrou qualquer vantagem na realização universal de ecografia transvaginal na avaliação ecográfica do 2.º trimestre da gestação para rastrear PPTe, não tendo encontrado diferenças estatísticas na incidência do parto pré-termo às 24, 28, 30, 32 e 34 semanas. Mantém-se, pois, dúvidas na comunidade obstétrica sobre a importância de realizar de forma sistemática uma avaliação do comprimento cervical no exame ecográfico do 2.º trimestre!

Controversa também tem sido a atitude a tomar, na gestação gemelar assintomática, quando nos deparamos com um colo curto ($\leq 25\text{mm}$) na avaliação ecográfica no 2.º trimestre. Trabalhos surgidos em 2023 e

2024 parecem apontar para a eficácia da *cerclage* na redução da taxa de PPTe e de desfechos perinatais/neonatais adversos, quer em pequenas coortes¹² quer em estudos aleatorizados de pequenas amostras¹³, no entanto faltam ainda estudos robustos que demonstrem inequivocamente a importância da *cerclage* nesta população de grávidas de risco.

Na atualidade, a indução do parto é realizada em cerca de 25% das grávidas. Em muitos casos é necessária uma maturação cervical prévia; a melhor forma de a realizar tem sido motivo de debate na comunidade científica obstétrica. A colocação de um balão da sonda de *Foley* com este propósito tem tido cada vez maior adesão, tanto mais que os riscos associados são quase inexistentes. Ao longo do tempo têm sido levantadas dúvidas quanto à sua segurança quando é realizada em ambulatório e sobre a necessidade de tracionar a algália após a colocação do balão para aumentar a eficácia. Uma recente meta-análise¹⁴ mostrou que a maturação cervical com balão em ambulatório, quando comparada com a maturação cervical em internamento (balão de *Foley* ou prostaglandina E2) se associou a uma redução significativa na duração do internamento, sem diferenças significativas quanto a desfechos adversos maternos ou neonatais pelo que, em gestações de termo e sem risco acrescido, a opção da maturação cervical em ambulatório com o balão de *Foley* deve ser implementada. Quanto à necessidade de promover a tração na sonda de *Foley* após colocação do balão, um estudo randomizado recente¹⁵ mostrou que esta é dispensável – no grupo em que a sonda não foi tracionada, a necessidade de utilizar prostaglandinas/ocitocina concomitantes, a via de parto e a morbidade materna ou neonatal não foram significativamente diferentes do grupo a que se aplicou tração na sonda. Sendo a tração na sonda de *Foley* algo que pode causar desconforto à grávida, e que pode inviabilizar a sua ambulatorização, esta evidência recente permite a implementação desta técnica de forma mais segura e informada, privilegiando este método de maturação cervical sobre as alternativas farmacológicas.

A ISUOG nos últimos anos tem publicado recomendações sobre os exames ecográficos a realizar ao longo da gravidez emitindo, em 2024, as que concernem a ecografia do 3.º trimestre¹⁶. O artigo é um importante documento na orientação da realização da

ecografia do 3.º trimestre, que está muito longe ser uma mera avaliação do crescimento fetal e cuja importância não deve ser menosprezada. O texto é muito explícito sobre como realizar o exame, as suas vantagens e limitações. Embora não seja opinativo sobre se este tipo de exame deva ser oferecido de forma universal a todas as grávidas, sugere que se o objetivo principal for o de avaliar o crescimento fetal deve ser realizada às 35-36 semanas. Recentemente foi publicado um estudo feito em Portugal¹⁷ que mostrou que o grupo que realizou uma avaliação ecográfica entre as 35-37 semanas de gestação obteve uma precisão de diagnóstico de restrição de crescimento fetal mais elevada e associou-se a melhores desfechos perinatais do que aquele que realizou ecografia às 30-33 semanas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. SPECIAL SECTION: VACCINATIONS AND WOMEN'S REPRODUCTIVE HEALTH International Journal of Gynecology & Obstetrics: Volume 162, Issue 1. Pages: e1-e4, 1-381. July 2023
2. Areia AL, Nunes I. Vacinação e gravidez – recomendações SPOMME Acta Obstet Ginecol Port 2024;18(1):64-68
3. Society for Maternal-Fetal Medicine. Electronic address: pubs@smfm.org; Joseph NT, Kuller JA, Louis JM, Hughes BL. Society for Maternal-Fetal Medicine Statement: Clinical considerations for the prevention of respiratory syncytial virus disease in infants. Am J Obstet Gynecol. 2024 Feb;230(2):B41-B49. doi: 10.1016/j.ajog.2023.10.046.
4. Horgan R, Hughes BL, Waller J, Hage Diab Y, Saade G. Understanding New Recommendations for Respiratory Syncytial Virus Prevention in Pregnancy. Obstet Gynecol. 2024 Apr 1;143(4):484-490. doi: 10.1097/AOG.0000000000005524.
5. Nunes I, Nicholson W, Theron G; FIGO Childbirth and Postpartum Hemorrhage Committee. FIGO good practice recommendations on surgical techniques to improve safety and reduce complications during cesarean delivery. Int J Gynaecol Obstet. 2023 Oct;163 Suppl 2:21-33. doi: 10.1002/ijgo.15117.
6. Cornthwaite KR, Bahl R, Lattey K, Draycott T. Management of impacted fetal head at cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2024 Mar;230(3S):S980-S987. doi: 10.1016/j.ajog.2022.10.037.
7. Gq Peak A, Barwise E, Walker KF. Techniques for managing an impacted fetal head at caesarean section: A systematic review. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2023 Feb;281:12-22. doi: 10.1016/j.ejogrb.2022.12.017.
8. Jackson TL, Tuuli MG. Intrauterine Postpartum Hemorrhage-Control Devices. Obstet Gynecol. 2023 Nov 1;142(5):1000-1005. doi: 10.1097/AOG.0000000000005403.
9. Coutinho CM, Sotiriadis A, Odibo A, Khalil A, D'Antonio F, Feltovich H, Salomon LJ, Sheehan P, Napolitano R, Berghella V, da Silva Costa F. ISUOG Practice Guidelines: role of ultrasound in the

prediction of spontaneous preterm birth. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022 Sep;60(3):435-456. doi: 10.1002/uog.26020.

10. Hessami K, D'Alberti E, Mascio DD, Berghella V. Universal cervical length screening and risk of spontaneous preterm birth: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2024 May;6(5S):101343. doi: 10.1016/j.ajogmf.2024.101343.

11. Saccone G, Maruotti GM, Morlando M, Visentin S, De Angelis C, Sarno L, Cosmi E, Torcia F, Costanzi F, Gragnano E, Bartolini G, La Verde M, Borelli F, Savoia F, Schiattarella A, De Franciscis P, Locci M, Guida M; Italian Preterm Birth Prevention (IPP) Working Group. Randomized trial of screening for preterm birth in low-risk women – the preterm birth screening study. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2024 May;6(5S):101267. doi: 10.1016/j.ajogmf.2023.101267.

12. Ferro J, Diago V, Diago DM, Pellicer N, Olmo I, Vázquez S, Lara C, Perales A, Serra V. The effectiveness of cervical cerclage in twin pregnancies with a mid-trimester short cervix: A retrospective cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2024 Mar;294:33-38. doi: 10.1016/j.ejogrb.2023.12.029.

13. Qiu L, Lv M, Chen C, Li J, Zhao B, Luo Q. Efficacy of ultrasound-indicated cerclage in twin pregnancies: a retrospective case-control study matched by cervical length. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2023 Mar;5(3):100847. doi: 10.1016/j.ajogmf.2022.100847.

14. Zhao G, Song G, Liu J. Outpatient cervical ripening with balloon catheters: A Bayesian network meta-analysis of randomized controlled trials. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024 Aug;166(2):607-616. doi: 10.1002/ijgo.15409.

15. Benson M, Younes L, Watson A, Saade GR, Saad AF. Applying Tension to the Transcervical Foley Balloon and Delivery Times in

Term Nulliparous Women Undergoing Induction of Labor: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2024 May 1;143(5):670-676. doi: 10.1097/AOG.0000000000005546.

16. Khalil A, Sotiriadis A, D'Antonio F, Da Silva Costa F, Odibo A, Prefumo F, Papageorgiou AT, Salomon LJ. ISUOG Practice Guidelines: performance of third-trimester obstetric ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2024 Jan;63(1):131-147. doi: 10.1002/uog.27538.

17. Policiano C, Mendes JM, Fonseca A, Barros J, Vargas S, Cal M, Martins I, Carvalho C, Martins D, Clode N, Graca LM. Routine Ultrasound at 30th-33rd weeks versus 30th-33rd and 35th-37th weeks in Low-Risk Pregnancies: A Randomized Trial. *Fetal Diagn Ther.* 2022;49(9-10):425-433. doi: 10.1159/000527112.

CONTRIBUTOS DOS AUTORES

Ambos autores contribuíram para redação e revisão do texto.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não apresentar qualquer conflito de interesse na produção deste artigo.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Nuno Clode

E-mail: nclode@netcabo.pt

<https://orcid.org/0000-0003-4370-369X>

RECEBIDO EM: 05/09/2024

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 09/09/2024