Carta ao Editor sobre o artigo: "*Obstetric Paralysis: Who is to blame? A systematic literature review*" – Galbiatti JA, Cardoso FL, Galbiatti MGP. Rev Bras Ortop 2020;55(2):139-146

Andreas Rehm[1] Azeem Thahir[2]

[1] Departamento de Ortopedia Pediátrica, Divisão Pediátrica, Cambridge University Hospitals NHS Trust, Cambridge, Reino Unido
[2] Departamento de Trauma e Ortopedia, Cambridge University Hospitals NHS Trust, Cambridge, Reino Unido

Endereço para correspondência Andreas Rehm, MD, Consultor Cirurgião Ortopédico Pediátrico, Hospital Addenbrooke, Cambridge University Hospitals NHS Trust, Hills Road, Cambridge, CB2 0QQ, Reino Unido (e-mail: leoreporting@yahoo.co.uk).

Rev Bras Ortop 2021;56(3):403–404.

Caro Editor,

Lemos com interesse a recente publicação de Galbiatti e colegas: *"Obstetric Paralysis: Who is to blame? A systematic literature review."* O título está incorreto, uma vez que a revisão descrita na publicação se trata de uma revisão da literatura narrativa, que é limitada à artigos de revisão, e não uma revisão sistemática (RS). Uma RS deve incluir apenas pesquisas originais e não artigos de revisão. A instrução *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA) (lista de verificação de 27 itens), com um diagrama de fluxo, deve ser usada, e é aconselhável registrar uma RS juntos a um registro de protocolo (Campbell ou Cochrane Collaboration, *International Prospective Register of Systematic Reviews* [PROSPERO]). Ensaios controlados randomizados fornecem a maior validade e o menor viés, seguidos de estudos prospectivos de coorte, estudos de coorte caso/coorte retrospectiva, e séries de casos com viés crescente. Existem múltiplas ferramentas para avaliar a qualidade das evidências utilizadas para RSs, como a abordagem *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE), que classifica a certeza das evidências, e a ferramenta *Quality in Prognosis Studies* (QUIPS),que avalia o risco de viés.

Galbiatti et al.[1] afirmaram que a literatura está mudando sua direção e que, com seu estudo, ajudaram a quebrar o paradigma de que a paralisia obstétrica (PO) está obrigatoriamente associada à distocia do ombro e que sua ocorrência implica necessariamente negligência, erro médico ou imprudência da equipe envolvida. Não estamos cientes de que tal paradigma existiu ou existe na literatura médica há mais de 20 anos, com a direção tendo sido alterada há muito tempo. Jennett et al.[2] relataram, em 1992, que apenas 43% de seus casos de PO estavam associados à distocia do ombro e que os dados eram fortemente sugestivos de que a má adaptação intrauterina poderia desempenhar um papel na PO e não deve ser tomada como evidência *prima facie* de uma lesão ocorrida durante o processo de nascimento.

Gilbert et al.[3] relataram, em 1999, 1.611 casos de PO nascidos na Califórnia em 1994 e 1995, identificando peso elevado ao nascer ($>$ 4,5 kg), má apresentação, diabetes materno e partos vaginais operacionais, além de distocia do ombro, como fatores de risco sem indicar associação com a formação, experiência ou negligência da equipe.

Galbiatti et al.[1] indicaram que a incidência de PO não difere se o parto for realizado por obstetras jovens ou cirurgiões com ampla experiência. Isso é contradito por Murphy et al.,[4] que relataram 393 partos operatórios de bebês únicos a termo, com 59 casos de traumatismo craniano e paralisia do plexo braquial. Noventa e oito por cento dos partos foram realizados por um estagiário e 2% por um obstetra consultor. Os seis casos mais graves de morbidade neonatal foram iniciados por um estagiário. Os autores concluíram: "A experiência do operador claramente desempenhou um papel na frequência de puxões excessivos e no uso de múltiplos instrumentos."

Inglis et al.[5] relataram, em 2011, que o treinamento dos funcionários da maternidade resultou em uma redução da taxa de PO em partos vaginais de 0,4 para 0,14%, e, de distocia do ombro de 30 para 10,67%. Ameh et al.[6] relataram, em 2019, que o treinamento dos funcionários, a adesão aos

recebido
18 de Junho de 2020
aceito
16 de Setembro de 2020
Publicado on-line
Março 22, 2021

DOI https://doi.org/10.1055/s-0040-1722581.
ISSN 0102-3616.

© 2021. Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia. All rights reserved.
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution-NonDerivative-NonCommercial-License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit. Contents may not be used for commercial purposes, or adapted, remixed, transformed or built upon. (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

protocolos, a comunicação, o trabalho em equipe e a técnica de ressuscitação reduzem o trauma após distocia do ombro e hipotermia neonatal e hipóxia.

A mudança ocorrida é o reconhecimento de que a comunicação e o treinamento de como gerenciar partos complexos com distocia no ombro podem reduzir o risco de PO.

Conflito de Interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Referências

1 Galbiatti JA, Cardoso FL, Galbiatti MGP. Obstetric Paralysis: Who is to blame? A systematic literature review. Rev Bras Ortop (Sao Paulo) 2020;55(02):139–146

2 Jennett RJ, Tarby TJ, Kreinick CJ. Brachial plexus palsy: an old problem revisited. Am J Obstet Gynecol 1992;166(6 Pt 1):1673-–1676, discussion 1676–1677

3 Gilbert WM, Nesbitt TS, Danielsen B. Associated factors in 1611 cases of brachial plexus injury. Obstet Gynecol 1999;93(04): 536–540

4 Murphy DJ, Liebling RE, Patel R, Verity L, Swingler R. Cohort study of operative delivery in the second stage of labour and standard of obstetric care. BJOG 2003;110(06):610–615

5 Inglis SR, Feier N, Chetiyaar JB, et al. Effects of shoulder dystocia training on the incidence of brachial plexus injury. Am J Obstet Gynecol 2011;204(04):322.e1–322.e6

6 Ameh CA, Mdegela M, White S, van den Broek N. The effectiveness of training in emergency obstetric care: a systematic literature review. Health Policy Plan 2019;34(04):257–270