



**Sociedade Portuguesa
de Obstetrícia e
Medicina Materno-Fetal**

NORMAS DE ORIENTAÇÃO CLÍNICA

SPOMMF

2018

Parto Vaginal em Gestantes com Cesariana nos antecedentes

A Direção da SPOMMF:

**Luís Mendes Graça, Nuno Clode, Cristina Nogueira Silva,
Ana Paula Machado, Ana Luísa Areia**

Normas de orientação

Em Portugal, a incidência de parto por cesariana é muito elevada comparativamente com outros países europeus, sendo este um indicador de má prática obstétrica e de saúde pública.

Os serviços de obstetria deparam-se, atualmente, com um número muito elevado de gestantes com uma ou mais cesarianas nos seus antecedentes. A necessidade de reduzir o número de partos cirúrgicos, com vista a diminuir a morbilidade materna e as complicações em futuras gravidezes ou de atender à vontade da grávida, torna imperativa a implementação da tentativa de parto vaginal em situação de cesariana anterior.

Os benefícios de ter um parto vaginal são a evicção de uma cirurgia abdominal, redução da perda hemática, tromboembolismo e infeção e a diminuição do tempo de recuperação materna. No entanto, existem riscos associados, nomeadamente a rotura/deiscência da cicatriz uterina, com importante morbimortalidade materna e fetal.

É assim importante proceder a uma rigorosa seleção dos casos a quem deve ser oferecida uma prova de trabalho de parto (TP).

O risco de *rotura* uterina sintomática é muito baixo se o TP se iniciar espontaneamente (0,7%), mas aumenta se o TP for induzido com ocitocina ou Prostaglandina E₂ vaginal (2,3%)¹. O risco de *deiscência* da sutura uterina é um pouco maior.

1. Critérios de seleção para prova de TP

Critérios de exclusão:

- **História pregressa:** Cesariana corporal ou segmentar vertical ou incisão em T; rotura uterina em gravidez anterior; cirurgia uterina prévia interessando toda a espessura do miométrio.
- **Gravidez atual:** indicação obstétrica/outra para cesariana

Critérios de inclusão:

- Grávidas com um parto vaginal nos antecedentes (anterior ou posterior à cesariana);
- Antecedentes de uma **única** cesariana segmentar. As gestantes com **duas** cesarianas nos antecedentes, ver adiante;

- Canal de parto adequado;
- Feto único de termo ou próximo do termo, em apresentação de vértice, preferentemente com estimativa ponderal inferior a 3500 gramas;
- Em TP espontâneo ou colo uterino muito favorável;
- Se colo uterino desfavorável, sem contra-indicação para indução do TP.

Não está claramente estabelecido se o encerramento da histerotomia com uma/duas suturas em cesariana anterior interfere na qualidade da cicatrização da parede uterina. Múltiplos estudos apontam para um menor risco de rotura/deiscência da cicatriz quando o encerramento se faz com camada dupla^{2,3}. No entanto, uma

revisão sistemática publicada em 2017 não encontra diferença na probabilidade de rotura uterina em gravidez subsequente quando foram comparadas as duas técnicas⁴.

Gravidez gemelar:

- **A Gravidez gemelar** não constitui um critério de exclusão em grávidas com **uma única** cesariana segmentar nos antecedentes⁵. O risco de rotura uterina é equivalente ao da gravidez de feto único, mas o êxito da prova de TP é menor. A necessidade de manobras para a extração do 2º gémeo em situação anómala poderá aumentar o risco de rotura.

A prova de TP em mulheres com uma cesariana anterior deverá sempre decorrer num hospital devidamente equipado (dotado de unidades de cuidados intensivos neonatais e para adultos) e com equipas completas, incluindo anestesista e neonatologista.

2. Fatores de sucesso para parto vaginal após cesariana:

- Parto vaginal anterior (êxito em cerca de 80%).
- TP espontâneo ou indução do TP com colo muito favorável e apresentação de vértice insinuada.
- Indicação para a cesariana anterior não recorrente (p. ex., cesariana anterior por apresentação pélvica).

Avaliando todas as situações de prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC), incluindo a indução do TP com o colo desfavorável, a taxa de partos vaginais ronda os 50%⁶.

3. Probabilidade de êxito da PTPAC:

É um passo importante antes de se decidir uma PTPAC, uma vez que uma tentativa falhada de parto vaginal é um dos fatores que mais aumenta a probabilidade de morbilidade materna, particularmente se o trabalho de parto foi induzido⁷.

A probabilidade de sucesso diminui se⁷⁻¹⁰:

- Idade materna acima dos 35 anos,
- IMC > 30
- Raça negra

- Estado do colo desfavorável
- Peso fetal estimado superior a 4000g
- Indicação recorrente para parto por cesariana

Gestações com mais de 40 semanas

4. Morbilidade perinatal e materna:

Apesar de se manter muito baixa, é maior nos casos de PTPCA do que naqueles em que se optou por cesariana eletiva^{11,12}. O maior risco materno e fetal verifica-se quando ocorre rotura do útero. A mortalidade fetal aumenta se houver rotura uterina e a encefalopatia hipóxico-isquémica do recém-nascido é maior nos casos de PTPAC, mesmo sem ter havido rotura, quando comparado com as situações em que se procedeu a cesariana eletiva^{7,9,11}. O risco combinado para a ocorrência de um destes eventos é de cerca de 1 em 1250 PTPAC⁹. Também um intervalo entre gestações inferior a 18 meses parece aumentar o risco de rotura uterina numa subsequente PTPAC, mas este facto não é consensual.

5. Indução do TP

Comparativamente com os casos em que o TP se iniciou espontaneamente, a indução do TP em grávidas com cesariana anterior diminui a probabilidade de sucesso de parto vaginal e aumenta o risco de rotura uterina (0.4% no trabalho de parto espontâneo, 0.9% se aceleração do trabalho de parto, 1.1% se indução ocitócica ou 1.4% se maturação cervical com prostaglandinas)^{11,13,15}.

Colo uterino favorável: A probabilidade de se obter um parto vaginal é elevada.

Colo uterino desfavorável:

Comparativamente com o TP espontâneo, a indução do TP diminui a probabilidade de o parto ocorrer por via vaginal, principalmente nos casos em que o estado do colo seja desfavorável¹⁰. Os dados existentes sobre a segurança da indução do TP com dinoprostona são relativamente limitados e antagónicos, pelo que, com base na literatura disponível, não é possível recomendar uma orientação formal. Contudo, um extenso estudo publicado em 2007 mostrou que o risco de rotura uterina com a indução do TP será de 1,4% quando são usadas prostaglandinas (com ou sem

ocitocina associada) e de 0,9% quando a ocitocina é usada apenas para estimular o TP já em curso¹⁵.

Métodos para indução do TP:

a) *Misoprostol*: contraindicada a sua utilização⁹;

b) *Dinoprostona* (na forma de dispositivo de libertação lenta-*Propess*®): para amadurecimento do colo, parece comportar um risco de rotura aceitável desde que **não seja utilizada simultaneamente com ocitocina** a qual, se necessário, pode ser utilizada 4 a 6h depois de retirado o dispositivo.

c) *Métodos mecânicos* (algália de Foley ou dispositivo similar introduzido acima do OI do colo): método de amadurecimento cervical com menos risco de rotura uterina comparativamente com os métodos farmacológicos^{16,17}. Poderá ser mantido durante 12-24 horas ou até à expulsão espontânea, seguido da administração de ocitocina, se entretanto o TP não se tiver desencadeado. Não está completamente esclarecido se o uso de um método mecânico aumenta o risco de corioamnionite nas situações de rotura de membranas¹⁸, pelo que a SPOMMF não recomenda a sua utilização nestas circunstâncias.

d) Indução do TP com ocitocina: perfusão com dosagens moderadas: iniciar a 1mU/min (5UI em 1000ml a 15ml/h) e aumentar 1mU/min de 30/30 minutos até se conseguir 3-4 contrações em 10 min ou dose máxima de 10mU/min.

Estimulação com ocitocina do TP em curso:

A perfusão de ocitocina em dosagens moderadas para estimular a contractilidade no TP em curso (desde que *não usada em simultâneo com prostaglandinas*) não aumenta significativamente o risco de rotura uterina^{1,9}.

Prova de TP em gestantes com duas ou mais cesarianas nos antecedentes:

Apesar de **não** constituir uma contraindicação absoluta, é necessário atuar com prudência. Os poucos estudos publicados mostram taxas de rotura uterina que podem atingir valores superiores a 3,0%⁸; numa das séries publicadas foi necessário proceder a histerectomia em cerca de 20% dos casos em que ocorreu rotura¹². O ACOG considera razoável que se ofereça uma

prova de TP a estas grávidas desde que outros fatores presentes não afetem a probabilidade de poder ser conseguido um parto vaginal^{7,9}.

Indicação para desencadear o TP no 2º trimestre:

Em algumas grávidas com cesariana anterior é necessário terminar a gravidez no decurso do 2º trimestre. A dimensão das séries publicadas é pequena, mas parece mostrar que, nestas circunstâncias, a indução do TP (mesmo com prostaglandinas, incluindo o misoprostol) têm desfechos semelhantes aos das gestantes com o útero intacto (risco de rotura uterina inferior a 1%)²¹.

Indicação para desencadear o TP no início do 3º trimestre:

Em mulheres com uma cesariana nos antecedentes, pode colocar-se a necessidade de terminar a gravidez após as 28 semanas e antes do termo. O amadurecimento do colo pode ser efetuado pela colocação de cateter de Foley, a que se seguirá a estimulação uterina. O risco de rotura do útero é comparável ao do TP espontâneo²².

Informação suplementar

Versão fetal por manobras externas:

Apesar dos registos serem escassos, a versão fetal não parece ser contraindicada em grávidas com uma cesariana anterior⁷.

Analgesia epidural: Não está contraindicada durante o TP em gestantes com uma cesariana nos antecedentes⁷.

Evolução do TP: Nas gestantes sujeita a PTPCA o padrão evolutivo do TP é semelhante à das parturientes com útero intacto²⁰. Por este motivo, a avaliação da evolução do TP e as decisões referentes a anomalias de progressão devem ser idênticas.

Diagnóstico da rotura uterina: Não existem dados que antecipem a rotura do útero que, em geral, é aguda e muitas vezes catastrófica. O sinal mais frequente de rotura uterina (70% dos casos) é a ocorrência súbita de anomalias da FCF, pelo que em todas as PTPCA a monitorização cardiotocográfica deve ser contínua⁷.

NOTA: A informação a prestar às grávidas que desejam ser submetidas a PTPAC para que o seu consentimento seja devidamente informado e esclarecido deve ser o mais concreta e pormenorizada possível relativamente aos riscos e benefícios da sua decisão.

Bibliografia

1. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, et al. *Uterine rupture during induced or augmented labor in gravid women with one prior cesarean delivery*. Am J Obstet Gynecol, 1999, 11: 882.
2. Bujold E, Bujold C, Hamilton EF, et al. *The impact of a single layer or double-layer closure on uterine rupture*. Am J Obstet Gynecol 2002; 186: 1326.
3. Bujold E, Goyet M, Marcoux S, et al. *The role of uterine closure in the risk of uterine rupture*. Obstet Gynecol 2010; 186: 1326.
4. Berghella, et al.
5. Varner MW, Thom E, Spong CY, et al. *Trial of labor after one previous cesarean delivery for multifetal gestation*. National Institute for Child Health and Human Development (NICHD) Maternal-Fetal Medicine Units Network (MFMU). Obstet Gynecol 2007; 110: 814.
6. Uddin SF, Simon AE. *Rates and success rates of trial of labor after cesarean delivery in the United States, 1990-2009*. Maternal Child Health J 2013; 17: 1309.
7. ACOG. *Vaginal birth after cesarean delivery*. ACOG Practice Bulletin, Obstet Gynecol 2017; 184: e217.
8. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. *Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery*. Obstet Gynecol 2007; 109: 806.
9. Landon MB, Grobman WA. *Vaginal birth after cesarean delivery*. In Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, et al. (eds.) "Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies", cap. 20. Elsevier, Filadélfia, 2017.
10. Coassolo KM, Stamilio DM, Pare E, et al. *Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation*. Obstet Gynecol 2005; 106: 700.
11. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. *Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery*. N Engl J Med 2004; 351: 25.
12. Rossi AC, D'Addario V. *Maternal morbidity following a trial of labor after cesarean section vs repeated cesarean delivery: a systematic review and metaanalysis*. Am J Obstet Gynecol 2008; 199: 224.
13. Dekker GA, Chan A, Luke CG, et al. *Risk of uterine rupture in Australian women attempting vaginal birth after prior cesarean section: a retrospective population-based control study*. BJOG 2010; 117: 1358.
14. Harper LM, Cahill AG, Boslaugh S, et al. *Association of induction of labor and uterine rupture in women attempting vaginal birth after cesarean: a survival analysis*. Am J Obstet Gynecol 2012; 206: 51e1.
15. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, et al. *Outcomes of induction of labor after one prior cesarean*. Obstet Gynecol 2007; 109: 262.
16. Bujold E, Blackwell SC, Gauthier RJ. *Cervical ripening with transcervical Foley catheter and the risk of uterine rupture*. Obstet Gynecol 2004; 103: 18.
17. Hoffman MK, Sciscione A, Srinivasana M, et al. *Uterine rupture in patients with a prior cesarean delivery: the impact of cervical ripening*. Am J Perinatol 2004; 21: 217.
18. Mackeen AD, Durie DE, Lin M, et al. *Foley plus oxytocin compared with oxytocin for induction after membrane rupture: a randomized controlled trial*. Obstet Gynecol 2018; 131: 4-11.
19. Leveno KJ. *Controversies in Ob/Gyn: should we rethink the criteria for VBAC?* Contemp Ob/Gyn, Janeiro 1999.
20. Grantz KL, Gonzalez-Quintero V, Troendle J, et al. *Labor patterns in women attempting vaginal birth after cesarean with normal neonatal outcomes*. Am J Obstet Gynecol 2015; 213: 226.e1.
21. Goyal V. *Uterine rupture in second-trimester misoprostol-induced abortion after cesarean delivery: a systematic review*. Obstet Gynecol 2009; 113: 1117.
22. Boyle A, Preslar JP, Hogue CJ, et al. *Route of delivery in women with stillbirth: results of the Stillbirth Collaborative Research Network*. Obstet Gynecol 2017; 129: 693.