

Artigo Original/Original Article

Parto vaginal após cesariana – resultados de um hospital de apoio perinatal diferenciado

Vaginal birth after cesarean – outcome at a tertiary care maternity hospital

Andreia Leitão Marques*; Maryjo Branquinho**; Cátia Carnide**; Joana Almeida**;
Maria Geraldina Castro**; Sónia Ribeiro***; Isabel Santos Silva***

Maternidade Bissaya Barreto, Coimbra

ABSTRACT

Objectives: To evaluate women who delivered again after one previous cesarean section, in order to identify factors that predict the success of vaginal birth, as well as the maternal and perinatal risks associated with a trial of labour.

Study design: Retrospective observational study.

Population and Methods: We studied 896 women with singleton pregnancies and one previous cesarean section, who delivered at our hospital between 2004 and 2006. Their clinical files were analysed to extract information on indication for the first cesarean section, whether they were submitted to a trial of labour (TOL), the success of vaginal birth after cesarean (VBAC), and complications ensuing during the present labour.

Results: Global VBAC rate was 27.6%, and 46.7% of women were submitted to elective caesarean. Amongst the group of women who experienced a TOL, 61.2% had a vaginal birth. The global rate of maternal and perinatal complications was similar in women delivering vaginally and by cesarean section. Factors that were predictive of success for TOL were the indications for the first caesarean section, previous vaginal delivery and spontaneous onset of labour.

Conclusions: The absolute risks of VBAC are low, and so this seems to be a safe option for women delivering at tertiary care centres. Although the success rate for TOL is high, a large number of women with one previous cesarean do not undergo this process.

Key words: vaginal birth; previous cesarean; induction; success; complications

INTRODUÇÃO

Quase um século depois de Edwin Cragin ter sentido “*Uma vez cesariana, sempre cesariana*”¹ desde os anos 80 que em todo o mundo se realizam

partos vaginais após cesariana, com taxas variáveis de sucesso. A controvérsia, no entanto, continua.

O nosso Hospital apresenta actualmente uma elevada taxa de cesarianas (cerca de 30%) e por isso cada vez mais nos deparamos com mulheres apresentando antecedentes de parto cirúrgico que procuram informação acerca dos riscos e benefícios de um futuro parto vaginal, e cuja orientação pelo médico

* Assistente Hospitalar Eventual de Ginecologia e Obstetrícia

** Interna Complementar de Ginecologia e Obstetrícia

*** Assistente Hospitalar Graduada de Ginecologia e Obstetrícia

nem sempre é linear. Tratando-se de um centro de apoio perinatal diferenciado, existe uma sala operatória dentro do Bloco de Partos, o que permite efectuar uma cesariana emergente em poucos minutos.

Pretendemos analisar a realidade da nossa população de forma a obter informação de suporte para decisões clínicas e esclarecimento da grávida no sentido de planear um parto após cesariana.

Os objectivos deste trabalho foram os de determinar a taxa global e a taxa de sucesso de sucesso de parto vaginal após cesariana, bem como alguns factores preditivos de sucesso. Para além disso pretendemos comparar os riscos maternos e perinatais ao submeter as grávidas com cesariana anterior a prova de trabalho de parto (PTP) *versus* a opção da cesariana electiva.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal descritivo e comparativo efectuado através da análise dos processos clínicos de 896 mulheres com uma cesariana prévia que tiveram o parto na nossa instituição durante um período de 3 anos (2004 a 2006).

Durante o período estudado analisámos os processos de todas as grávidas com o diagnóstico de cesariana anterior pela codificação GDH (Grupo de Diagnósticos Homogéneo). De um total de 1003 casos, excluámos as gestações gemelares e aqueles com duas ou mais cesarianas anteriores, restando-nos um conjunto de 896 casos.

Considerámos prova de trabalho de parto (PTP) uma dilatação espontânea do colo até pelo menos 4 cm ou sempre que a grávida foi submetida a infusão de ocitocina para indução do trabalho de parto².

Os testes estatísticos utilizados foram o t de Student e o Qui quadrado de acordo com as variáveis estudadas, no programa SPSS[®], versão 15.0 para Windows[®]. Estabeleceu-se a significância estatística quando $p < 0,05$.

RESULTADOS

A taxa global de partos vaginais na amostra (n=896) foi 27,6%, tendo os restantes 72,4% de grávidas sido

submetidas electivamente ou por indicação obstétrica a nova cesariana. A taxa de cesariana electiva exclusivamente por cesariana anterior foi 46,7% (n=418):

De acordo com a literatura científica², no entanto, a taxa de sucesso deve ser calculada a partir dos casos submetidos a PTP, espontânea ou induzida, sem a qual não é possível a via baixa. No nosso grupo obtivemos 401 mulheres (44,8%) que preencheram os nossos critérios de PTP onde 61,2% das grávidas tiveram um parto vaginal, sendo esta efectivamente a nossa taxa de sucesso.

Dos restantes 495 casos, 418 foram submetidos a nova cesariana por cesariana anterior (principal indicação) e 77 grávidas foram operadas por indicação obstétrica, nomeadamente por restrição de crescimento intra-uterino, prematuridade, placenta prévia, apresentação não cefálica.

1. Complicações

Comparámos as complicações maternas e perinatais em grávidas com cesariana anterior apenas entre os grupos submetidos a PTP e a cesariana electiva (CE) (gráficos 1 e 2).

As diferenças entre os dois grupos não atingiram significado estatístico, devido ao pequeno número de casos, mas verificámos no grupo CE uma tendência para um maior número de hemorragias graves e de complicações *minor* (síndrome febril, infecção urinária, etc). Encontrámos também um caso de deiscência uterina no grupo CE, numa grávida com contractilidade irregular ainda sem modificações cervicais, o que nos relembra que esta complicação pode ocorrer, embora raramente, antes do trabalho de parto activo. A taxa de rotura uterina/deiscência de 0,7% no grupo PTP coaduna-se com os valores encontrados por outros grupos^{2,3}. Todos os casos aconteceram em trabalho de parto espontâneo.

Globalmente a taxa de complicações maternas foi idêntica nos 2 grupos; 5,7% grupo PTP e 5,9% no grupo CE.

Relativamente às complicações perinatais seleccionámos apenas os casos com idade gestacional igual ou superior a 34 semanas de forma ultrapassar o viés da prematuridade (gráfico 2). Nas complicações perinatais, excluindo malformações e os casos

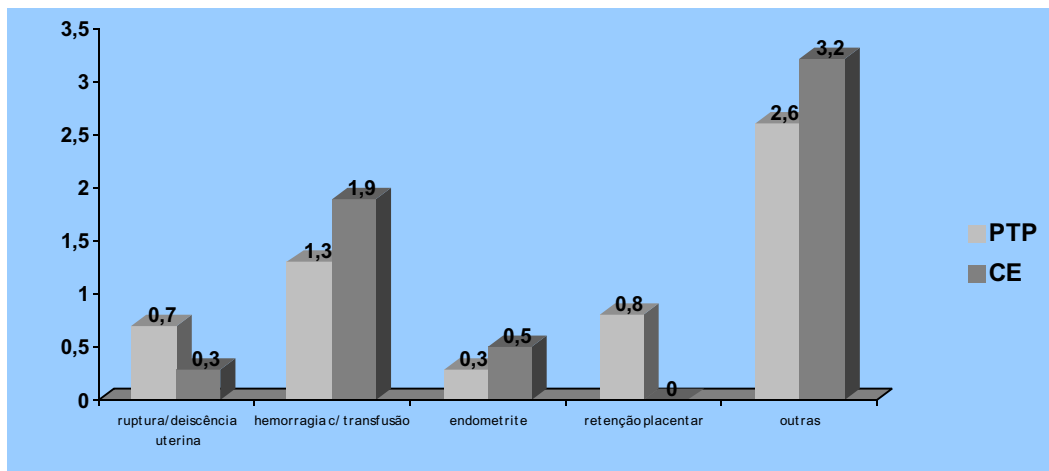


Gráfico 1. Complicações maternas

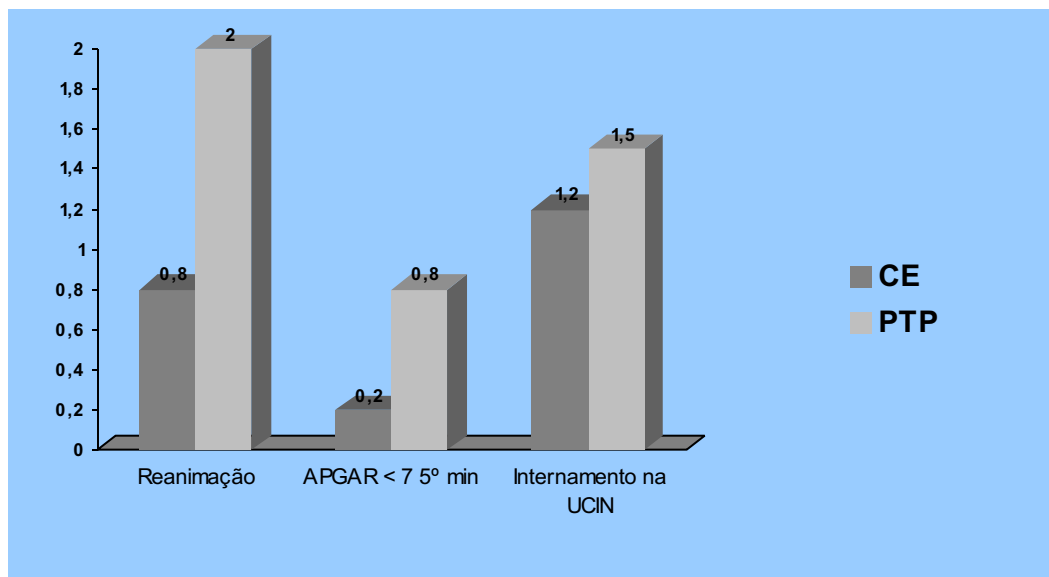


Gráfico 2. Complicações perinatais

de prematuridade inferior a 34 semanas, verificámos a existência de um maior número de casos com necessidade de reanimação e internamento na UCIN nos recém-nascidos do grupo PTP (4,3%) em relação aos recém-nascidos de cesariana electiva (2,2%), embora sem significado estatístico pelo reduzido número de casos.

Não ocorreu nenhum caso de mortalidade materna ou neonatal.

2. Factores preditivos de sucesso

Para analisar alguns factores preditivos de sucesso, seleccionámos apenas o grupo submetido a prova de

trabalho de parto (PTP), onde comparámos dois sub-grupos, o das grávidas que tiveram um parto vaginal e o daquelas que foram submetidas a cesariana, após PTP.

O primeiro factor que analisámos foi a existência de um parto vaginal anterior, referido como um factor de sucesso na literatura científica. De facto, na nossa amostra verificámos que 86,4% das grávidas com este antecedente tiveram um novo parto vaginal, contra apenas 56,4% das que nunca tiveram um parto por via baixa (quadro 1).

Relativamente às indicações da primeira cesariana, verificámos que influenciam o resultado da prova

Quadro I. Taxa de parto vaginal *versus* indicação da cesariana anterior

%	Parto vaginal	Cesariana após PTP	p
Sufrimento fetal	62,8	31,2	<0,001
Gravidez gemelar	83,3	16,7	<0,001
Apresentação não cefálica	70	30	<0,001
Distócia dinâmica	58,1	41,9	>0,05
Distócia mecânica	52,8	47,2	>0,05

PTP – prova de trabalho de parto

de trabalho de parto na gravidez subsequente as indicações não recorrentes (sofrimento fetal, gravidez gemelar e apresentação não cefálica) sendo um factor preditivo de sucesso do parto vaginal na gravidez ulterior. Nas distócias não encontramos diferenças significativas entre os dois grupos.

Analisámos também o tipo de parto relativamente ao seu desencadeamento; dos 401 casos do grupo PTP, 122 (30,4%) foram induzidos com infusão de ocitocina ou com a aplicação de dispositivo vaginal de dinoproston (36 casos). Verificámos que o início espontâneo do trabalho de parto constitui um factor preditivo de sucesso da via vaginal.

Investigámos ainda a influência do peso no sucesso de parto vaginal, considerando obesidade $IMC > 30 \text{ kg/m}^2$. Obtivemos dados antropométricos em apenas 245 casos e destes 46 (18,8%) eram obesas. Não houve diferenças significativas entre os dois grupos.

DISCUSSÃO

Neste estudo verificámos uma taxa de sucesso de parto vaginal após cesariana (61,2%) semelhante aos valores apontados por outros autores⁴ embora a cesariana electiva (por indicação obstétrica ou por cesariana anterior) tenha ocorrido em 72,4% das mulheres deste grupo. A prova de trabalho de parto, sempre que possível, é uma condição necessária para baixar este valor.

Com uma selecção cuidadosa dos casos, é possível que o número de partos vaginais possa ser ainda superior, pois identificámos como factores preditivos de sucesso os antecedentes de parto vaginal, a indicação não recorrente da primeira cesariana e o início espontâneo do trabalho de parto.

A indução do trabalho de parto nestas grávidas é possível⁵ desde que criteriosa, sob vigilância cuidadosa materna e fetal e respeitando as contra-indicações. Existe um risco superior incontornável de rotura uterina se o parto for induzido, cujo conhecimento deve ser partilhado pelo médico e pela grávida. O hospital deve ter capacidade para realizar uma cesariana emergente com apoio de uma equipa de Neonatologia no caso de surgirem esta ou outras complicações.

Pensamos que é necessário prestar informação à grávida relativamente aos riscos acrescidos de complicações perinatais, embora não possamos tirar conclusões definitivas neste estudo pela amostra relativamente reduzida de casos que avaliou. Um estudo realizado em 24 maternidades norueguesas, envolvendo cerca de 20 000 mulheres, mostrou que existem duas vezes mais recém-nascidos internados nas unidades de cuidados intensivos neonatais (síndrome de dificuldade respiratória e taquipneia transitória) no grupo submetido a cesariana electiva do que após um parto vaginal⁶. Simultaneamente devemos salientar as vantagens de um parto vaginal, nomeadamente em termos de menor hemorragia, recuperação mais rápida, menor incidência de morbidade febril e diminuição da necessidade de antibioterapia⁷.

Pensamos que por si só, as complicações não devem ser um factor de exclusão da prova de trabalho de parto, pelo seu reduzido número absoluto, mas devem estar sempre presentes para o médico que vigia o trabalho de parto destas grávidas.

De acordo com várias sociedades científicas internacionais, desde que não existam contra-indica-

ções, uma grávida com uma cesariana segmentar transversal anterior pode e deve ser submetida a prova de trabalho de parto após discussão dos riscos e benefícios^{4,8}.

A escolha da via do parto deverá, também ter em conta a probabilidade de uma gestação *a posteriori*, já que o risco de placentação anómala (placenta prévia, placenta acreta) aumenta com o número de cesarianas. Assim, parece lícito propor uma prova de trabalho de parto após uma cesariana, particularmente no caso de existir a possibilidade de uma terceira gestação⁹. Contudo, devemos esperar que, para a maioria das grávidas, o risco na gravidez actual é mais importante do que as consequências maternas duma cesariana recorrente ou os riscos para gestações futuras.

REFERÊNCIAS

1. Cragin E. Conservatism in Obstetrics. N Y Med J 1916;104 (1).
2. Landon MB et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior caesarean delivery. N Engl J Med 2004; 351(25): 2581-89.
3. Landon MB et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior caesarean delivery. Obstet Gynecol 2006;108(19): 12-20.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after previous caesarean delivery. Practice Bulletin no 54, July 2004.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor for vaginal labor after cesarean delivery. Committee opinion no. 271, April 2002.
6. Kolas T, Saugstad O, Daltveit A, Nielsen S, Oian P. Planned caesarean versus planned vaginal delivery at term: comparison of newborn infant outcomes. Am J Obstet Gynecol 2006;195:1538-43.
7. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat caesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. Am J Obstet Gynecol 2000;183(5):1187-97.
8. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. Number 155. Int J Gynaecol Obstet 2005;89(3):319-31.
9. Vescustre L, Roman H. Essai de travail en cas de césarienne antérieure. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2006;35:35-45.