

PROVA DE TRABALHO DE PARTO APÓS CESARIANA

Dois Anos de Experiência

M.^a FÁTIMA ALVES, ANTÓNIO CORDEIRO, MARIA DA CONCEIÇÃO CARDOSO,
LUIS M. GRAÇA

Serviço de Obstetria. Hospital de Santa Maria. Faculdade de Medicina de Lisboa. Lisboa

RESUMO

Foi realizado um estudo para avaliar a incidência do parto por via vaginal em mulheres com uma cesariana prévia e qual o índice de complicações, nomeadamente a incidência de ruptura e de deiscência uterinas. Durante os dois anos que o estudo abrangeu, de um total de 324 grávidas com uma cesariana anterior, em 251 permitiu-se uma prova de trabalho de parto e destas, 64,1% tiveram o parto por via vaginal. A incidência de ruptura interina foi de 0,8% no grupo com prova de trabalho de parto; não se registaram outras complicações maternas ou fetais. A incidência de deiscência uterina foi de 3,3%. A análise estatística não mostrou diferenças significativas na incidência destas complicações quando a ocitocina foi usada na estimulação do trabalho de parto. Conclui-se que nas gestações subsequentes a cesariana, a prova de trabalho de parto e o parto por via vaginal parecem ser relativamente seguros

SUMMARY

Trial of labor after a previous cesarean section. Two years of experience

A retrospective study was undertaken to evaluate the incidence of vaginal delivery in women that previously undergone a cesarean section; in addition, incidence of complications such as uterine rupture and scar dehiscence were evaluated. During the two years reviewed, 251 out of 324 women with a previous cesarean section were allowed to labor; 64,1% had a vaginal delivery. Uterine rupture occurred in 0,8% of the patients of the trial of labor group; no other significant maternal and/or fetal complications were seen; scar dehiscence occurred in 3,3%. Statistical analysis didn't show any increase in complications when oxytocin was used to stimulate uterine activity. It is concluded that trial of labor and delivery after cesarean section is a safe option in a large number of patients.

INTRODUÇÃO

A evolução obstétrica nas duas últimas décadas, caracterizou-se pela utilização de novos recursos tecnológicos, melhores unidades de cuidados intensivos neonatais, desenvolvimento da perinatologia e um aumento acentuado do número de cesarianas. Um dos factores que muito contribuíram para este último aspecto foi a realização de cesariana, quando efectuada uma primeira, tal como Craigin escreveu em 1916: *uma cesariana, sempre cesariana*.

Actualmente vários autores advogam que se pode considerar segura uma prova de trabalho de parto em grávidas com uma cesariana anterior¹⁻⁴.

Em 1988 o Colégio Americano de Obstetras e de Ginecologistas recomendou que *o conceito de repetir por rotina a cesariana, deve ser substituído por uma indicação específica e na ausência de contraindicação uma grávida com cesariana segmentar prévia deve ser aconselhada a submeter-se a uma prova de trabalho de parto*⁵. Há mesmo alguns autores que propõem a prova de trabalho de parto em gestantes com cesariana nos antecedentes, quando a gravidez actual é gemelar⁶, o feto está em apresentação pélvica⁷ e até quando se desconhece o tipo de incisão uterina anteriormente utilizada⁸.

O objectivo deste estudo é avaliar retrospectivamente o sucesso do parto por via vaginal em mulheres com uma

cesariana prévia e qual o índice de complicações, nomeadamente a incidência de ruptura e de deiscência uterinas.

MATERIAL E MÉTODOS

Durante um período de dois anos, de Janeiro de 1990 a Dezembro de 1991, 324 dos partos efectuados no Hospital de Santa Maria ocorreram em grávidas com uma cesariana anterior. Deste número, 251 fizeram prova de trabalho de parto e 73 foram submetidas a 2^a cesariana electiva cujas indicações foram: incompatibilidade feto-pélvica (46,6%), apresentação pélvica (15,1%), sofrimento fetal (4,1%) e outras indicações (34,2%).

As provas de trabalho de parto foram de início espontâneo em 211 mulheres ou induzidas com prostaglandinas e/ou ocitocina em 40 Quadro 1.

QUADRO 1 — Prova de trabalho de parto (N=251)

Início espontâneo (n=211)		Induzido (n=40)							
C/ocitocina		S/ocitocina		PGE2		PGE2+ocitocina		Ocitocina	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
92	43,6	119	54,6	9	22,5	21	52,2	10	25,0

No decurso do trabalho de parto foi realizada monitorização da frequência cardíaca fetal (F.C.F) e da contractilidade uterina através de cardiotocografia, utilizando monitores Hewlett Packard 8040A.

A estimulação com ocitocina foi usada com as mesmas indicações e contraindicações que para as parturientes sem cesariana anterior.

As induções foram executadas apenas com ocitocina quando o colo era favorável ou com aplicação de PGE2 em gel intracervical 0.5 mg seguido, se necessário, de perfusão ocitócica.

Considerou-se morbidade febril a temperatura axilar igual ou superior a 38°C por um período superior a 6 horas.

Neste estudo a ruptura uterina foi definida como a separação completa da cicatriz uterina com comunicação entre as cavidades uterina e peritoneal e a deiscência uterina como a separação da cicatriz com serosa íntegra.

Após o parto por via vaginal a exploração manual do segmento inferior não foi efectuada de uma forma sistemática.

Em nenhum caso foi utilizada anestesia epidural.

A análise estatística foi efectuada utilizando o teste do qui-quadrado.

RESULTADOS

De um total de 324 grávidas com uma cesariana anterior, em 251 (77,5%) permitiu-se uma prova de trabalho de parto e 73 (22,5%) foram sujeitas a 2^a cesariana electiva. Das 251 parturientes que fizeram prova de trabalho de parto, 161 (64,1%) tiveram parto por via vaginal e 90 (35,9%) foram submetidas a 2^a cesariana cujas indicações foram: incompatibilidade feto-pélvica (70%), apresen-

QUADRO 2 — Sucesso da prova de trabalho de parto e indicação da cesariana anterior

Indicação da cesariana anterior N. ^o	Parto por via vaginal	
	n	%
Incompatibilidade feto-pélvica	61	37,7
Apresentação pélvica	43	86,0
Sufrimento fetal	17	64,7
Outras	34	73,5
Deconhecida	96	67,7

QUADRO 3 — Morbidade materna

Morbidade	Prova de trabalho de parto (N=251)		Cesariana (N73)			
	Com sucesso (n=161)		Falhada (repetição de cesariana) (n=90)			
	n	%	n	%	n	%
Febre	16	9,9	47	52,5	24	32,9
Deiscência uterina	?	?	3	3,3	1	1,4
Ruptura uterina	0	0	2	2,2	0	0
Histerectomia	0	0	0	0	0	0

? — a exploração manual do segundo inferior não foi efectuada de forma sistemática

tação pélvica (4,4%), sofrimento fetal (10%) e outras indicações (15,6%).

As percentagens de sucesso da prova de trabalho de parto em função da indicação da cesariana anterior estão indicadas no Quadro 2.

A comparação da morbidade entre o grupo sujeito a prova de trabalho de parto e o da 2^a cesariana electiva mostrou algumas diferenças Quadro 3.

Assim, a morbidade febril foi superior (52,2%) nas pacientes com prova de trabalho de parto falhada. No entanto, se considerarmos o total de parturientes submetidas a prova de trabalho de parto, a incidência de febre (18,7%) foi inferior à que ocorre nas parturientes com cesariana electiva (32,9%).

Verificou-se a existência de uma deiscência uterina (1,4%) no decurso de cesariana electiva enquanto que no grupo sujeito a prova de trabalho de parto registaram-se 3 deiscências uterinas (3,3%) e 2 rupturas (2,2%).

Não houve complicações maternas, fetais ou do recém-nascido (R.N.) a assinalar. Informação mais detalhada é apresentada no Quadro 4.

Os casos de ruptura uterina foram os seguintes:

Caso 1 - Grávida de 36 anos de idade, G3P1 (cesariana em 1976 não electiva, de causa desconhecida - RN - 3.200Kg). Admitida às 38 semanas de gestação por ruptura espontânea de membranas. Não foi realizada estimulação com ocitocina. Decorridas 8 horas de trabalho de parto começou a referir dores abdominais muito intensas. O registo cardiotocográfico mostrava hipertonia. Após 9 horas em trabalho de parto e 17 horas de REBA foi realizada cesariana que mostrou ruptura de ± 7 cm do

QUADRO 4 — Prova de trabalho de parto, cesariana não electiva, ruptura e deiscência uterinas

N.º Paciente	Complicações	Paridade	Idade gestacional (semanas)	Cesariana prévia	Indução	Estimulação ocitocina	Trabalho parto (horas)	Ruptura Membranas (horas)	Sintomas	Complicações pós-operat. I.A.	Peso R.N (Kg)	Complicações neonatais	
1	Ruptura	1	38	não electiva (causa desconhecida)	Não	Não	9	17	Dor intensa Hipertonia	0	10/10	4,170	0
2	Ruptura	1	41	não electiva	Não	Sim	17	19	Dor intensa Hipertonia	0	9/10	4,050	0
3	Deiscência	1	40	não electiva (causa desconhecida)	Não	Sim	4	11	Dor persistente no hipogastro	0	9/10	3,700	0
4	Deiscência	1	40	não electiva (incompatibilidade feto-pélvica)	Não	Não	16	1	—	0	10/10	3,400	0
5	Deiscência	1	39	não electiva (causa desconhecida)	Não	Não	5	11	—	0	2/8	3,680	0

segmento inferior prolongando-se para o espaço vesico-uterino, que foi suturada.

RN - 4.170 Kg IA -10/10

Mãe e RN tiveram alta ao 6º dia.

Caso 2 - Grávida de 29 anos de idade, G2P1 (cesariana em 1988 não electiva, por incompatibilidade feto-pélvica -RN-4.700 Kg). Admitida às 41 semanas de gestação por ruptura espontânea de membranas. Foi realizada estimulação com ocitocina após 14 horas em trabalho de parto, por diminuição da contractilidade. Uma hora depois referia dores abdominais intensas. O registo cardiotocográfico mostrava hipertonia. Após 17 horas em trabalho de parto e 19 horas de REBA, foi realizada cesariana que mostrou ruptura do segmento inferior, que foi suturada.

R.N. - 4,500 Kg com IA - 9/10.

Mãe e R.N. tiveram alta ao 6º dia.

Em 92 das 211 provas de trabalho de parto de início espontâneo, foi realizada estimulação com ocitocina e destas, 63,0% tiveram o parto por via vaginal. Este ocorreu em 68,1% (81/119) das mulheres que não fizeram estimulação com ocitocina.

Não se verificaram diferenças com significado estatístico quando foram comparadas a incidência de cesariana, de ruptura e de deiscências uterinas entre:

- provas de trabalho de parto de início espontâneo e induzido
- grupo que fez estimulação com ocitocina e grupo sem estimulação
- indução com PGE2 ou PGE2+ocitocina versus indução com ocitocina.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos em vários trabalhos^{1-4,9-11} relativamente à incidência de parto por via vaginal após cesariana, mostram uma faixa de valores entre 59,2% e 92,2%. No nosso estudo a incidência foi de 64,1%.

Tal como tem sido descrito por outros autores^{1,3}, também na nossa revisão a menor percentagem de sucesso da prova de trabalho de parto, em função da indicação da cesariana anterior, ocorreu quando esta foi de incompatibilidade feto-pélvica.

Lavin et al¹² demonstraram a maior segurança da incisão do segmento inferior quando comparada com a incisão corporal, por nesta ser mais frequente a ruptura uterina, com maior risco de morte fetal numa gravidez e trabalho de parto ulteriores.

Embora alguns autores^{10,11} continuem a salientar os riscos de ruptura e de deiscência uterinas numa prova de trabalho de parto após cesariana, existe actualmente consenso sobre a aceitabilidade dessa prova¹⁻⁵.

Lavin et al¹² ao reverem a literatura existente sobre este assunto, concluíram que uma prova de trabalho de parto é relativamente segura, com uma incidência média de ruptura uterina de 0,7%. No presente estudo foram detectadas 2 rupturas uterinas(0,8%), num total de 251 grávidas e 3 deiscências uterinas (3,3%) no grupo com prova de trabalho de parto falhada. Outros trabalhos^{2,3} obtiveram valores respectivamente de 0,6% e 3,8% e de 0,3% e 5,1%.

Em diversos estudos^{1-3,8,9} a ocitocina foi usada na indução ou estimulação do trabalho de parto com as mesmas indicações e contra-indicações que para as parturientes sem cesariana anterior, embora os autores considerem que é necessário um rigoroso controlo. Nesta revisão o parto por via vaginal ocorreu em 63,0% das grávidas que fizeram estimulação e em 68,1% das que não fizeram estimulação com ocitocina. A análise estatística não mostrou diferenças significativas na incidência de cesariana ou de complicações quando comparados os dois grupos.

Em relação à morbidade febril, Phelan³ obteve resultados que revelam que esta está significativamente reduzida nas mulheres que foram sujeitas a prova de trabalho de parto, quando comparadas com as grávidas com indicação para cesariana electiva, e esta por sua vez é inferior à

morbilidade febril do grupo com prova de trabalho de parto falhada.

Em resumo, nas gestações subsequentes a cesariana, a prova de trabalho de parto e o parto por via vaginal parecem ser relativamente seguros. Neste trabalho, a incidência de ruptura uterina foi de 0,8% e não foram registadas consequências graves para a mãe ou para o feto. A ocitocina pode ser usada desde que haja uma cuidadosa vigilância da actividade uterina.

BIBLIOGRAFIA

1. FLAMMB.L., LIMO.W., JONES C., et al.: Vaginal birth after cesarean section. Results of a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 158: 1079-84.
2. NIELSEN T.F., LJUNGBLAD U., HAGBERG H.: Rupture and dehiscence of cesarean section scar during pregnancy and delivery. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 160: 569-73.
3. PHELAN J.P., CLARK S.L., DIAZ F. et al.: Vaginal birth after cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 1510-5.
4. PICKARDT M.G., MARTIN J.N., MEYDRECH E.F. et al.: Vaginal birth after cesarean delivery: Are there useful and valid predictors of success or failure?. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 166: 1811-9.
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Guidelines for vaginal delivery after a previous cesarean birth. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1988; Committee Opinion n^o64 (citado por NIELSEN ²).
6. STRONG T.J., PHELAN J.P., AHN M.O. et al.: Vaginal birth after cesarean section in the twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 29-32.
7. OPHIR E., OETTINGER M., YAGODA A. et al.: Breech presentation after cesarean section: Always a section?. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 25-8.
8. PRUETT K.M., KIRSHON B., COTTON D.B.: Unknown uterine scar and trial of labour. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159: 807-10.
9. SILVER S.K., GIBBS R.S.: Predictors of vaginal delivery in patients with a previous cesarean section who require oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 57-60.
10. CHAZOTTE C., COHEN W.R.: Catastrophic complications of previous cesarean. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163: 738-42.
11. YETMAN T.J., NOLAN T.E.: Vaginal birth after cesarean section: A reappraisal of risk. *Am J Obstet Gynecol* 1989; 161: 1119-23.
12. LAVIN J.P., STEPHENS R.J., MODOVNIK M. et al.: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 1982; 59: 135-48.

