

NÚMERO: 003/2015

DATA: 19/01/2015

ASSUNTO: Parto vaginal após cesariana
PALAVRAS-CHAVE: Cesariana; parto vaginal; indicações de parto vaginal após cesariana; prova de trabalho de parto
PARA: Profissionais de saúde de unidades de saúde com cuidados obstétricos intraparto
CONTACTOS: secretariado.dsr@dgs.pt

Nos termos da alínea a) do nº 2 do artigo 2º do Decreto Regulamentar nº 14/2012, de 26 de janeiro, do Despacho nº 3482/2013 de 5 de março e do Despacho nº 6197/2013 de 13 de maio emite-se a Orientação seguinte:

I – ORIENTAÇÃO

1. Uma cesariana prévia não constitui, por si só, uma indicação para nova cesariana em gestações subsequentes.
2. Desde que excluídas as contraindicações para o parto vaginal na grávida com cesariana anterior e garantido o acompanhamento adequado na gravidez, deve ser dada à mulher a possibilidade do parto vaginal.
3. As vantagens e os riscos do parto vaginal após cesariana devem ser incluídos na informação veiculada durante a vigilância da gravidez.
4. Para decisão sobre a via do parto a grávida deve ser esclarecida das vantagens e riscos associados ao parto vaginal, à prova de trabalho de parto após cesariana (PTPAC) e à cesariana eletiva iterativa.
5. Deve ser obtido e registado no processo clínico o consentimento informado da grávida.

II – CRITÉRIOS

- a. A PTPAC deve ser considerada nas seguintes situações:
 - i. Uma cesariana segmentar transversal anterior
 - ii. Feto único em apresentação cefálica
 - iii. Última cesariana há mais de 12 meses
 - iv. Inexistência de outras cicatrizes uterinas envolvendo o miométrio
 - v. Inexistência de rotura uterina prévia
 - vi. Sem contraindicação para parto vaginal na presente gravidez (exemplos: placenta prévia, herpes genital ativo)
- b. Para a PTPAC devem estar assegurados os seguintes critérios de segurança¹⁻³:
 - i. Monitorização cardiotocográfica contínua
 - ii. Monitorização materna com vigilância horária dos sinais vitais e da progressão do trabalho de parto
 - iii. Existência de recursos estruturais e humanos necessários para a realização de uma cesariana emergente, tal como definido na Norma da DGS “Indicações de cesariana”
- c. São fatores de prognóstico favorável para parto vaginal após cesariana:
 - i. Início espontâneo do trabalho de parto

- ii. Colo uterino favorável (índice de Bishop >6)
 - iii. Parto vaginal anterior
 - iv. Cesariana anterior por uma indicação não recorrente (de que são exemplos a apresentação pélvica, gravidez gemelar, estado fetal não tranquilizador)
 - v. Parto pré-termo
- d. A indução do trabalho de parto deve ser ponderada nas mulheres com uma cesariana anterior quando:
- i. Existem razões clínicas (maternas e/ou fetais) que o justifiquem
 - ii. Estão asseguradas as condições técnicas definidas na alínea b)
 - iii. São tidas em conta as limitações da utilização de meios farmacológicos e/ou mecânicos para indução do trabalho, definidas pela Orientação da DGS “Indução do trabalho de parto”
- e. A realização de técnicas loco-regionais para analgesia não estão contraindicadas em mulheres em trabalho de parto com uma cesariana anterior.

III – FUNDAMENTAÇÃO

1. Estudos nacionais⁴ e internacionais^{1,3,5,7} demonstraram que entre 60-80% das grávidas com uma única cesariana anterior podem ter um parto vaginal na gravidez seguinte, sem que exista um aumento significativo da mortalidade materna ou neonatal.
2. Durante uma PTPAC aumenta a morbidade materna quando, por falha em conseguir o parto vaginal, é necessário realizar uma nova cesariana. Uma cesariana no decurso de uma PTPAC está associada a maior incidência de complicações maternas do que uma cesariana eletiva iterativa^{2,6,7}.
3. A PTPAC em mulheres com gestação de termo, feto único, cefálico e com uma cesariana prévia, tem um risco de rotura uterina e de complicações perinatais muito baixa (cerca de 3/1000 mulheres)^{1,2,5,6}.
4. A complicação mais relevante é a rotura uterina, a qual está associada a maior risco de transfusão sanguínea, histerectomia peri-parto, laceração da bexiga e encefalopatia hipóxico-isquémica do recém-nascido. No entanto, a incidência destas complicações, quando o parto ocorre em hospitais bem equipados, é muito baixa^{2,6}.
5. O risco de rotura uterina está acrescido quando existem duas ou mais cesarianas anteriores, quando a incisão uterina prévia foi corporal, em T, se existiu uma rotura uterina prévia, ou outra cirurgia uterina envolvendo o miométrio².
6. A administração de fármacos com ação ocitócica para preparação do colo ou estimulação da contractilidade aumenta ligeiramente o risco de rotura do útero. A utilização de misoprostol em mulheres com cesariana anterior está contraindicada, por estar associada a um aumento significativo do risco de rotura uterina^{1,2,7}.
7. As mulheres com cesariana anterior em que a indução do trabalho de parto é realizada com meios mecânicos não parecem ter maior número de complicações maternas. Estas técnicas devem ser consideradas uma alternativa segura na maturação do colo ou na indução do trabalho de parto em mulheres com cesariana anterior^{2,7}.

IV – APOIO CIENTÍFICO

Lisa Vicente (coordenação)

Diogo Ayres de Campos, Sónia Brandão, Nuno Clode, Cristina Lopes, Cristina Matos, Teresa Morgado, Fátima Sena e Silva, Lisa Vicente, Olga Viseu – Comissão Nacional para a Redução da Taxa de Cesarianas
Luís Mendes da Graça - Sociedade Portuguesa de Obstetrícia e Medicina Materno-Fetal

Teresa Tomé - Sociedade Portuguesa de Pediatria

Dolores Sardo - Associação Portuguesa de Enfermeiros Obstetras

Vítor Varela - Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica da Ordem dos Enfermeiros

O Colégio de Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia da Ordem dos Médicos aprova o conteúdo da presente Orientação, mas por princípio não subscreve documentos de orientação médica, técnico-científica, simultaneamente subscritos por entidades não médicas.

V – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Spong C et al. NICHD Network Risk of Uterine Rupture and Adverse Perinatal Outcome at Term after Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 2007;110(4):801-7.
2. ACOG. Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin No.115. American College of Obstetricians and Gynecologists . *Obstet Gynecol* 2010 ;116:450-63. reaffirmed 2013.
3. Birth after previous cesarean birth. RCOG Green-top Guidelines nº 45, 2007.
4. Alves MF, Cordeiro A, Cardoso MC, Graça LM. Prova de trabalho de parto após cesariana: dois anos de experiência. *Acta Med Por* 1993;6:573-6.
5. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean: New Insights March 8-10, 2010 *Obstet Gynecol*.
6. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5-19.
7. Sentilhes L, et al. Delivery for women with a previous cesarean: guidelines for clinical practice from the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol* (2013), <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.05.015>.
8. Vaknin Z, Kurzweil Y, Sherman, D. Foley catheter ballon vs locally applied prostaglandins for cervical ripening and labor induction: a systematic review and meta-analysis. *AJOG* 2010.



Francisco George
Diretor-Geral da Saúde