

Trabalho de parto e parto após cesariana prévia

- 1 Introdução
- 2 Resultados de um parto vaginal planejado após cesariana
- 3 Riscos da cesariana
 - 3.1 Riscos para a mãe
 - 3.2 Riscos para o bebê
- 4 Fatores a considerar na decisão sobre um parto vaginal planejado após cesariana
 - 4.1 Mais de uma cesariana prévia
 - 4.2 Motivo da cesariana primária
 - 4.3 Parto vaginal prévio
 - 4.4 Tipo de incisão prévia no útero
 - 4.5 Idade gestacional na época da cesariana anterior
- 5 Assistência durante um parto vaginal planejado após cesariana
 - 5.1 Uso de ocitócicos
 - 5.2 Analgesia e anestesia regionais
 - 5.3 Exploração manual do útero
- 6 Ruptura do útero com cicatriz na gravidez e no trabalho de parto
- 7 Divergência entre os indícios e a prática
- 8 Conclusões

1 Introdução

As políticas de repetição rotineira da cesariana em todas as mulheres com cicatriz uterina nunca foram amplamente praticadas na Europa, e agora o dogma também está sendo questionado na América do Norte. A máxima ardilosa “uma vez cesárea sempre cesárea” veio de um artigo publicado em 1916, intitulado “Conservadorismo em obstetrícia”. Não foi uma prescrição nem uma recomendação, mas uma observação e uma advertência para evitar uma cesariana primária se possível, porque ela poderia condenar as mulheres ao parto cirúrgico em gestações futuras. A advertência foi feita quando a taxa de cesarianas era menor que 2%, sendo geralmente realizadas por desproporção cefalopélvica grave, e usava-se quase sempre a incisão clássica (vertical) no corpo muscular do útero. Dificilmente é válida hoje.

Duas propostas gerais fundamentam a repetição da cesariana: que o parto vaginal planejado após cesariana, com seu risco inerente de ruptura uterina, representa um perigo significa-

tivo para o bem-estar da mãe e do bebê; e que as cesarianas repetidas planejadas são quase totalmente isentas de risco. Essas premissas são verdadeiras?

2 Resultados de um parto vaginal planejado após cesariana

A parcela de mulheres submetidas anteriormente a cesariana que podem tentar um parto vaginal varia de acordo com o país e o centro médico. Entre unidades individuais, parece não haver correlação significativa entre as parcelas de mulheres que entram em trabalho de parto e a taxa de parto vaginal bem-sucedido.

Nenhum estudo randômico e controlado comparou os resultados da cesariana repetida de rotina aos resultados do parto vaginal planejado em mulheres submetidas a cesariana anterior. Na ausência desses estudos, os melhores dados disponíveis sobre a segurança relativa de um parto vaginal planejado após cesariana vieram de estudos de coortes prospectivos e observacionais. Nesses estudos, em que a parcela de mulheres submetidas a parto vaginal planejado após cesariana prévia variou de 20% a 80%, houve partos vaginais bem-sucedidos em 67% a 84%, com uma média de cerca de 80% das mulheres que tentaram. Na série que apresentou dados completos tanto para mulheres submetidas a cesarianas eletivas quanto para aquelas submetidas a parto vaginal planejado após cesariana, bem mais da metade das mulheres submetidas a cesariana anteriormente deu à luz por parto vaginal.

Em geral, a tentativa de parto vaginal nas mulheres submetidas a uma única cesariana transversal baixa anterior está associada a menor risco de complicações maternas e fetais do que a repetição rotineira da cesariana. A morbidade associada ao parto vaginal bem-sucedido corresponde a aproximadamente um quinto da morbidade na cesariana eletiva. Provas de trabalho de parto fracassadas, com cesariana subsequente, envolvem quase o dobro da morbidade da cesariana eletiva, mas a menor morbidade observada nos 80% das mulheres que tiveram parto vaginal bem-sucedido significa que as mulheres que optam por parto vaginal planejado após cesariana apre-

sentam apenas metade da morbidade das mulheres submetidas a cesariana eletiva.

Felizmente, a mortalidade e a morbidade grave maternas são muito raras, e por essa razão as estimativas de sua frequência são imprecisas. Uma grande meta-análise mostrou mortalidade materna de 2,8 por 10.000 mulheres submetidas a estudos de trabalho de parto, e de 2,4 por 10.000 mulheres submetidas a cesariana eletiva. Deiscências (separações assintomáticas da cicatriz uterina) ou rupturas uterinas ocorrem em menos de 2% das provas de trabalho de parto, a mesma proporção observada em mulheres submetidas a cesariana repetida de rotina. A maioria é assintomática e não tem importância clínica.

O medo que os obstetras têm da ruptura uterina teve grande influência sobre a prática clínica. Esse medo pode ser justificado nos países em desenvolvimento, onde a contração pélvica e a desproporção cefalopélvica são comuns, e o acesso aos recursos clínicos frequentemente é difícil. Nessas circunstâncias, quando há obstrução ao trabalho de parto após cesariana prévia, a deiscência da ferida pode ampliar-se para uma ruptura de outras partes do útero e ameaçar a vida da mãe e do feto.

Entretanto, essas não são as condições nos países “desenvolvidos”, nos quais as taxas de cesariana são maiores. Nesses países, as deiscências encontradas geralmente são leves, muitas vezes representando as denominadas “janelas” no útero, e não causam quaisquer problemas de saúde. Na verdade, os estudos observacionais prospectivos constataram indícios de deiscência em 0,5-2,0% das mulheres submetidas a cesariana planejada antes mesmo do início do trabalho de parto. O número correspondente nas mulheres submetidas a prova de parto vaginal (bem ou malsucedida) foi pouco diferente (0,5-3,3%), embora, devido à ausência de randomização, os dois valores não sejam diretamente comparáveis. O importante é que a deiscência grave da ferida é uma complicação rara durante trabalho de parto após cesariana prévia.

As taxas de mortalidade e morbidade perinatais foram semelhantes com o parto vaginal após cesariana e cesariana repetida eletiva nos estudos que relatam esses dados. Entretanto, essas comparações têm pequeno valor porque os grupos comparados não são equivalentes. Na ausência de estudos randômicos, tanto a escolha da paciente quanto a escolha do médico estão envolvidas. A decisão de repetir a cesariana ou de permitir parto vaginal planejado após cesariana pode ser tomada com base no fato de o feto estar ou não vivo, morto, anômalo ou imaturo. Em uma grande meta-análise, a mortalidade perinatal foi de 18 por 1.000 partos no parto vaginal

planejado após cesariana e de 10 por 1.000 nos grupos submetidos a cesariana eletiva. Entretanto, quando foram excluídas as mortes pré-natais (que não poderiam ser afetadas pelo modo de parto) e as mortes de bebês imaturos com peso inferior a 750 g (quando a cesariana eletiva seria improvável), as taxas de mortalidade perinatal foram semelhantes, de 3 por 1.000 no parto vaginal planejado após cesariana e de 4 por 1.000 na cesariana eletiva.

3 Riscos da cesariana

3.1 Riscos para a mãe

Foram descritas grandes séries de cesarianas sem mortalidade materna associada. Isso não deve causar um falso sentimento de segurança; nenhuma cirurgia está livre de riscos. O risco de uma mãe morrer por cesariana é pequeno, mas ainda é consideravelmente maior que no parto vaginal.

A taxa de mortalidade materna associada à cesariana (aproximadamente 4 por 10.000 nascidos) é quatro vezes maior que a taxa associada a todos os tipos de parto vaginal (1 por 10.000 nascidos). A taxa de mortalidade materna associada à cesariana repetida eletiva (cerca de 2 por 10.000 nascidos), embora menor que a taxa associada a cesarianas em geral, ainda é duas vezes maior que a taxa associada a todos os partos vaginais, e quase quatro vezes maior que a taxa de mortalidade associada ao parto vaginal normal (0,5 por 10.000 nascidos).

A maioria das formas de morbidade materna é mais frequente com a cesariana que com o parto vaginal. Além dos riscos da anestesia de toda cirurgia, há riscos de lesão cirúrgica, infecção, dor pós-parto, efeitos sobre a fertilidade subsequente e de morbidade psicológica também. A hospitalização prolongada e o maior custo da cesariana em comparação com o parto vaginal também podem ser considerados uma forma de morbidade materna.

3.2 Riscos para o bebê

Os principais riscos da cesariana para o bebê estão relacionados aos riscos de angústia respiratória dependente da própria cesariana ou de parto pré-termo em virtude de erro no cálculo da data. Bebês nascidos por cesariana correm maior risco de síndrome de angústia respiratória que os bebês nascidos por parto vaginal com a mesma idade gestacional.

A possibilidade de determinação mais precisa e mais rápida da idade gestacional por ultra-sonografia deve reduzir o risco de parto pré-termo inesperado. Todavia, é improvável que erros na determinação da idade gestacional possam ser completamente eliminados algum dia.

4 Fatores a considerar na decisão sobre um parto vaginal planejado após cesariana

Uma abordagem matemática e utilitária que compare riscos e benefícios do parto vaginal planejado após cesariana aos da cesariana planejada nem sempre será a melhor forma de se escolher uma linha de ação. Entretanto, essa abordagem pode fornecer dados importantes que podem ser úteis para se chegar à melhor decisão.

A técnica de análise da decisão foi usada para determinar a política de parto ideal em caso de cesariana prévia. As probabilidades e conveniências de diversos resultados possíveis, incluindo a necessidade de histerectomia, ruptura uterina, parto pré-termo iatrogênico, necessidade de outras cesarianas no futuro, hospitalização e recuperação prolongadas, custo adicional, falha da prova de trabalho de parto, desconforto do trabalho de parto e inconveniência de aguardar o trabalho de parto, foram inseridas em um modelo matemático que compara diferentes condutas. Considerando-se uma grande variedade de probabilidades e conveniências, que incluíram todos os valores razoáveis, o parto vaginal planejado após cesariana mostrou ser a opção mais segura.

A opção da mulher envolvida é importante na decisão, e sua escolha informada deve ser o principal fator na decisão. Quando podem escolher, 30% a 50% das mulheres preferem ser submetidas a outra cesariana. As preferências e as expectativas das mulheres a respeito do método de parto baseiam-se não apenas em sua avaliação dos riscos médicos, mas também são influenciadas por fatores e opiniões pessoais. Em um estudo randômico e controlado de um programa de educação pré-natal e suporte ao “parto vaginal após cesariana” (PVAC), as razões mais frequentes descritas para a escolha de outra cesariana eletiva foram o medo de fracasso da prova de trabalho de parto, preocupações com os riscos do parto vaginal, o medo da dor e a conveniência do planejamento antecipado.

4.1 Mais de uma cesariana prévia

Dados sobre os resultados de provas de trabalho de parto em mulheres submetidas a mais de uma cesariana prévia tendem a ser encobertos em estudos do parto vaginal planejado após cesariana prévia como um todo. Agora que o parto vaginal após cesariana obteve ampla aceitação, estão surgindo na literatura relatos específicos sobre séries de provas de trabalho de parto em mulheres com duas ou mais cesarianas anteriores. Os dados disponíveis mostram que entre essas mulheres a taxa total de parto vaginal é pouco diferente daquela observada em mulheres submetidas a apenas uma cesari-

ana prévia. Foram realizadas provas de trabalho de parto bem-sucedidas em mulheres submetidas a três ou mais cesarianas anteriores.

A incidência de deiscência uterina nas mulheres submetidas a mais de uma cesariana anterior é ligeiramente maior que a taxa de deiscência nas mulheres com apenas uma cesariana anterior, mas as deiscências nas séries descritas tendem a ser assintomáticas e sem seqüelas graves. Não foram descritos dados sobre outras causas de morbidade da mãe ou do lactente especificamente associadas a múltiplas cesarianas anteriores.

Embora o número de casos descritos ainda seja pequeno, os dados disponíveis não sugerem que uma mulher submetida a mais de uma cesariana prévia deva ser tratada de forma diferente da mulher submetida a apenas uma cesariana.

4.2 Motivo da cesariana primária

A maior probabilidade de parto vaginal após cesariana prévia é observada quando a primeira cesariana foi realizada em virtude de apresentação pélvica; as taxas de parto vaginal são menores quando a indicação inicial foi ausência de progresso do trabalho de parto, distocia ou desproporção cefalopélvica. Mesmo quando a indicação da primeira cesariana foi desproporção, distocia ou ausência de progresso, houve parto vaginal bem-sucedido em mais de 50% das mulheres na maioria das séries publicadas, e a taxa foi maior que 75% na maior série descrita. Está claro que uma história de cesariana por distocia não é uma contra-indicação a um parto vaginal planejado após cesariana. Tem apenas um pequeno efeito sobre as chances de parto vaginal quando é permitida uma prova de trabalho de parto após cesariana prévia.

4.3 Parto vaginal prévio

As mães que já tiveram um parto vaginal além das cesarianas são mais propensas a dar à luz por parto vaginal que as mães sem partos vaginais anteriores. Essa vantagem é ainda maior naquelas mães cujo parto vaginal prévio ocorreu após a cesariana original.

4.4 Tipo de incisão prévia no útero

A experiência moderna com outras condutas cirúrgicas além da cirurgia do segmento inferior para cesariana é limitada. Entretanto, há uma tendência crescente ao uso de incisões verticais nas cesarianas pré-termo. Essa incisão e a incisão em T invertido, necessária algumas vezes para permitir o parto através de um segmento inferior malformado, mostram que ainda é importante considerar o tipo de cicatriz uterina.

A maioria das deiscências após incisões transversais no segmento inferior é “silenciosa”, “incompleta” ou descoberta incidentalmente quando é realizada outra cesariana. Os potenciais riscos de ruptura uterina estão relacionados à ruptura “explosiva” rápida, mais provável em mulheres que possuem uma cicatriz mediana clássica. A ruptura da cicatriz após uma cesariana clássica não é apenas mais grave que a ruptura de uma cicatriz do segmento inferior, também é mais provável. A ruptura pode ocorrer subitamente durante a gravidez, antes do trabalho de parto e antes que possa ser agendada uma outra cesariana. Uma revisão da literatura num período em que a cesariana clássica ainda era comum mostrou uma taxa de 2,2% de ruptura uterina com cesarianas clássicas anteriores e uma taxa de 0,5% com cesarianas do segmento inferior anteriores. Isto é, a cicatriz da cirurgia clássica foi quatro vezes mais propensa a se romper em uma gravidez subsequente que a incisão do segmento inferior.

Infelizmente, mesmo na literatura antiga, há pouquíssimos dados sobre o risco de ruptura uterina de uma cicatriz vertical no segmento inferior. Um estudo de 1966 descreveu uma incidência de ruptura de 2,2% em cicatrizes de incisão clássica, 1,3% nas cicatrizes de incisão vertical no segmento inferior e 0,7% nas cicatrizes de incisão transversal do segmento inferior. A diferença entre o risco de ruptura das cicatrizes vertical e transversal do segmento inferior pode estar relacionada à extensão da incisão vertical do segmento inferior para o segmento superior do útero.

Os denominadores incertos na série descrita tornam difícil avaliar o risco de ruptura com uma incisão clássica prévia ou vertical no segmento inferior. Entretanto, está claro que os riscos de ruptura, de sua ocorrência antes do início do trabalho de parto e de seqüelas graves são consideravelmente maiores com essas cicatrizes que com as cicatrizes de incisão transversal no segmento inferior. Parece razoável que as mulheres submetidas a uma histerotomia, uma incisão uterina vertical ou uma incisão em “T invertido” sejam tratadas em gestações subsequentes da mesma forma que as mulheres submetidas a cesariana clássica, e que a prova de trabalho de parto, se permitida, seja realizada com grande cuidado, e com consciência aguda dos maiores riscos.

4.5 Idade gestacional na época da cesariana anterior

Durante a última década do século XX, o aperfeiçoamento da assistência neonatal aumentou a taxa de sobrevivência de bebês prematuros. Isso, por sua vez, levou a uma redução no estágio da gestação em que os obstetras estão preparados para realizar cesarianas por indicações fetais. Resultou no uso de cesarianas para o parto de bebês com 26 semanas, ou ainda

menos. Nessas gestações iniciais, o segmento inferior está mal formado, e as denominadas operações do “segmento inferior” nesse período de gestação são, na realidade, incisões transversais no corpo do útero. Ainda há dúvida se essa incisão confere ou não qualquer vantagem em relação a uma incisão clássica. Na verdade, alguns obstetras agora recomendam a realização de uma incisão clássica nessas circunstâncias.

Qualquer que seja a incisão usada nessas idades gestacionais precoces, suas conseqüências nas gestações subsequentes são desconhecidas atualmente. Ao menos teoricamente, é bem possível que possam resultar em maior morbidade em gestações futuras que a associada à cirurgia do segmento inferior a termo.

5 Assistência durante um parto vaginal planejado após cesariana

5.1 Uso de ocitócicos

O uso de ocitocina ou prostaglandinas para indução ou potencialização do trabalho de parto em mulheres com cesariana prévia continua controverso, devido à especulação de que pode haver aumento do risco de ruptura ou deiscência uterina. Essa visão não é universal, nem é fortemente apoiada pelos dados disponíveis. Foram descritas diversas séries nas quais se usou ocitocina ou prostaglandinas para as indicações habituais sem sugestão de aumento do risco. A revisão da série de casos descrita mostra que qualquer aumento do risco de ruptura uterina com o uso de ocitocina ou prostaglandinas tende a ser extremamente pequeno. Quando há deiscências, é mais provável que ocorram em mulheres que receberam mais de um ocitócico, e não um único agente usado de forma apropriada.

Evidentemente, essas comparações são invalidadas pelo fato de que as coortes de mulheres que receberam ou não receberam ocitócicos podem ter diferido em muitos outros aspectos além do uso de ocitócicos. Todavia, as altas taxas de parto vaginal e as baixas taxas de deiscência observadas nessas mulheres sugerem que os ocitócicos podem ser usados para indução ou potencialização do trabalho de parto em mulheres submetidas a cesariana anterior, com as mesmas precauções que sempre devem acompanhar o uso de ocitócicos.

5.2 Analgesia e anestesia regionais

O uso de analgesia regional (caudal ou peridural) no trabalho de parto da mulher com cesariana prévia foi questionado devido aos temores de que mascare a dor ou a dor à palpação, que são considerados sinais precoces de ruptura da

cicatriz. É difícil quantificar o risco de mascarar uma ruptura uterina catastrófica. Deve ser mínimo, pois só foi encontrado um caso descrito. Em diversas séries descritas, o bloqueio regional é usado sempre que solicitado pela mulher para alívio da dor, e não foram encontradas dificuldades com essa conduta.

Não parece haver qualquer aumento do risco de ruptura uterina associada ao uso de anestesia regional nas mulheres submetidas a cesariana anterior. É prudente, seguro e justificado usar analgesia na mulher com cicatriz no segmento inferior do útero da mesma forma que na mulher cujo útero está intacto.

5.3 Exploração manual do útero

Em muitas séries descritas de partos vaginais após cesariana prévia, é mencionado o fato de que foi realizada exploração do útero após o parto em todos os casos, na busca de ruptura ou deiscência uterina assintomática. A prudência dessa conduta deve ser seriamente questionada.

A exploração manual de um útero com cicatriz logo após um parto vaginal freqüentemente é inconclusiva. É difícil assegurar se o segmento inferior mole e fino está intacto. Em qualquer caso, na ausência de hemorragia ou de sinais sistêmicos, uma ruptura sem sintomas diagnosticada após o parto não requer qualquer tratamento, portanto a questão seria acadêmica. Na ausência de anestesia peridural ou geral, também é muito dolorosa para a mulher.

Nenhum estudo demonstrou qualquer benefício da exploração manual rotineira do útero em mulheres submetidas a cesariana anterior. Sempre existe um risco de introduzir infecção pela exploração manual, ou de converter uma deiscência em ruptura maior. Um compromisso razoável consiste em aumentar a vigilância na hora subsequente ao desprendimento da placenta, reservando a palpação interna do segmento inferior do útero para mulheres com sinais de hemorragia anormal.

6 Ruptura do útero com cicatriz na gravidez e no trabalho de parto

Em muitas séries descritas, a ruptura uterina verdadeira não foi distinguida da deiscência de cicatriz uterina. A deiscência de cicatriz uterina sem hemorragia não tem conseqüências negativas para a mãe ou o bebê, enquanto a ruptura completa do útero pode acarretar risco de vida. Felizmente, a ruptura verdadeira é rara na obstetrícia moderna, apesar do aumento nas taxas de cesariana, e as seqüelas graves são ainda mais raras. Embora freqüentemente seja considerada a causa mais

comum de ruptura uterina, a cesariana prévia tem importância em menos da metade dos casos descritos.

Excluindo-se a ruptura assintomática da ferida, a taxa de ruptura uterina descrita variou de 0,09% a 0,8% nas mulheres com feto único em apresentação de vértice submetidas a parto vaginal planejado após prévia cesariana transversa no segmento inferior. Para proporcionar uma visão panorâmica dessas taxas, a probabilidade de necessidade de uma cesariana de emergência em virtude de outros distúrbios agudos (sofrimento fetal, prolapso do cordão ou hemorragia pré-parto) em qualquer mulher que dá à luz é de aproximadamente 2,7%, ou até 30 vezes maior que o risco de ruptura uterina em um parto vaginal planejado após cesariana. O risco extremamente baixo não minimiza a importância dessa complicação para as mulheres que são vítimas, mas as comparações podem ajudar a colocá-la em uma perspectiva mais razoável.

O tratamento da ruptura de uma cicatriz do segmento inferior não requer recursos extraordinários. Os hospitais cujas capacidades são tão limitadas que não conseguem lidar imediatamente com problemas associados a um parto vaginal planejado após cesariana também são incapazes de lidar apropriadamente com outras emergências obstétricas. Qualquer departamento obstétrico que esteja preparado para atender a mulheres com distúrbios muito mais freqüentes, como placenta prévia, descolamento prematuro da placenta, prolapso do cordão e sofrimento fetal agudo, deve ser capaz de lidar de forma segura com um parto vaginal planejado após cesariana do segmento inferior.

7 Divergência entre os indícios e a prática

A prática obstétrica foi lenta em adotar as evidências científicas que confirmam a segurança do parto vaginal após cesariana prévia. É difícil explicar o grau de oposição ao parto vaginal após cesariana, em particular na América do Norte, considerando-se a força das evidências de que o parto vaginal após cesariana é, em circunstâncias apropriadas, seguro e eficaz. Duas declarações de consenso nacional e duas sociedades profissionais nacionais, no Canadá e nos Estados Unidos, recomendaram políticas de prova de trabalho de parto após cesariana prévia. Um estudo randômico de diferentes estratégias para incentivar a implementação dessas políticas mostrou que os formadores de opinião locais eram mais eficazes que a promulgação nacional de diretrizes ou a análise e o *feedback* para os obstetras.

Muitas mulheres preferem tentar um parto vaginal após cesariana. Sua experiência anterior com a cesariana pode ter



sido emocional ou fisicamente difícil. Podem estar insatisfeitas porque foram separadas de seus parceiros ou dos bebês. Podem questionar primeiro se tudo era realmente necessário. Podem estar cientes dos dados existentes sobre a relativa segurança e as vantagens do parto vaginal planejado após cesariana e estar apenas buscando uma experiência melhor dessa vez. Outras mulheres, evidentemente, podem preferir outra cesariana eletiva.

Nos últimos anos, surgiram diversos grupos de “categoria de participação” do consumidor, com os objetivos expressos de desmistificar a cesariana, combater as informações erradas e disseminar informações precisas e seu próprio ponto de vista. Foram desenvolvidos programas pré-natais hospitalares e comunitários de educação e suporte ao PVAC em muitas comunidades, mas há poucos dados para determinar se esses programas aumentam as taxas de parto vaginal após cesariana ou aumentam a percepção feminina da qualidade da experiência do parto. Isso foi avaliado em um estudo randomizado multicêntrico canadense envolvendo mais de 1.300 mulheres, que comparou os resultados nas mulheres que tiveram acesso a um programa educacional individualizado com os resultados em um grupo de controle que recebeu apenas um panfleto documentando os benefícios de um parto vaginal planejado. As taxas de parto vaginal foram semelhantes nos dois grupos (53% e 49%, respectivamente), assim como a percepção feminina de controle em relação à experiência do parto. É difícil saber em que grau esses resultados podem ser generalizados para a população. As mulheres muito motivadas para o parto vaginal mostraram probabilidade muito maior de sucesso, independentemente do tipo de programa educacional recebido.

8 Conclusões

Um parto vaginal planejado após cesariana prévia deve ser recomendado para mulheres cuja primeira cesariana foi por incisão transversal no segmento inferior e que não têm outra indicação de cesariana na gravidez atual. A probabilidade de parto vaginal não é significativamente alterada pela indica-

ção da primeira cesariana (incluindo “desproporção cefalopélvica” e “ausência de progresso”), nem por uma história de mais de uma cesariana prévia.

Uma história de histerotomia clássica, vertical baixa ou de incisão uterina desconhecida aumenta o risco de ruptura uterina, e na maioria dos casos é uma contra-indicação à prova de trabalho de parto.

A assistência a uma mulher em trabalho de parto após cesariana prévia do segmento inferior deve ser pouco diferente da assistência a qualquer mulher em trabalho de parto. A indução ou estimulação com ocitocina e a analgesia peridural podem ser usadas pelas indicações habituais. É necessário monitorização cuidadosa da condição da mãe e do feto, como em todas as gravidezes. Os recursos hospitalares necessários não diferem daqueles que devem estar disponíveis para todas as mulheres que dão à luz, independentemente de sua história anterior.

Fontes

Effective care in pregnancy and childbirth

Enkin, M., Labour and delivery following previous caesarean section.

Outras fontes

Cragin, E.B. (1916). Conservatism in obstetrics. *NY Med. J.*, CIV:1–3.

Fraser, W., Maunsell, E., Hodnett, E., Moutquin, J.M. and the Childbirth Alternatives Post-Cesarean Study Group (1997). Randomized controlled trial of a prenatal vaginal birth after cesarean section education and support program. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 176, 419–25.

Lomas, J., Enkin, M., Anderson, G., Hannah, W., Vayda, E. and Singer, J. (1991). Opinion leaders vs audit and feedback to implement practice guidelines. Delivery after previous cesarean section. *JAMA*, 265, 2202–7.

Paterson, C.M. and Saunders, N.J. (1991). Mode of delivery after one caesarean section: audit of current practice in a health region. *BMJ*, 303, 818–21.

Rosen, M.G. and Dickinson, J.C. (1990). Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of indicators for success. *Obstet. Gynecol.*, 76, 865–9.

Rosen, M.G., Dickinson, J.C. and Westhoff, C.L. (1991). Vaginal birth after cesarean: a meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet. Gynecol.*, 77, 465–70.

