

Folheto informativo:
Parto vaginal após cesariana– o que devo saber?

Data: __/__/____

Médico _____

Grávida _____

Tive uma cesariana no passado. Como é que pode ocorrer o meu parto? O que é o trabalho de parto?

O **parto** é um procedimento que leva ao nascimento do bebé. O parto pode ocorrer por via vaginal ou por cesariana. O **parto vaginal após cesariana (PVAC)** é considerado na maioria das situações uma via de parto segura para o bebé e para a grávida.

Se numa gravidez anterior foi submetida a uma cesariana, na presente gravidez o parto pode ocorrer por via vaginal ou por cesariana programada. Estas duas opções devem ser equacionadas com o seu médico assistente, devendo ser considerado o motivo da cesariana anterior, o tipo de incisão realizada no útero, o tempo decorrido desde a última cesariana, complicações na presente gravidez, probabilidades de sucesso do parto vaginal após cesariana e perspectivas de fertilidade futura.

O parto vaginal após cesariana (PVAC) é contra-indicado na presença de três ou mais cesarianas anteriores, quando ocorreu uma rotura uterina na gestação anterior, quando a incisão no útero foi realizada na porção mais superior do útero (incisão corporal), ou quando existem outras complicações na gravidez que contraindicam um parto via vaginal.

O **trabalho de parto** é um processo que se inicia com o aparecimento de contrações dolorosas e regulares associadas a apagamento e dilatação do colo do útero que permitem a saída do bebé para o exterior através da vagina. Durante o trabalho do parto pode ser necessário a administração de ocitocina (fármaco similar à ocitocina produzida pela grávida) ou a rotura da bolsa de águas para assegurar uma progressão adequada da dilatação e da descida do bebé através do canal de parto.

Na maioria das situações o parto é eutócico (“normal”) mas em circunstâncias muito específicas (ex: paragem da descida do bebé, suspeita de diminuição da oxigenação fetal, contra-indicação para esforços expulsivos) pode ser necessário recorrer à utilização de instrumentos como a ventosa e/ou fórceps para a extração fetal (parto instrumentado).

A episiotomia é um corte realizado na vagina que pode ser necessário realizar em situações em que o períneo (região que envolve a vagina) não distende o suficiente ou em situações em que esse alargamento possa auxiliar a exteriorização do feto (quer em partos eutócicos quer em partos instrumentados).

Após o nascimento e se a condição do bebé assim o permite será possibilitado o contato pele a pele. O cordão umbilical será laqueado quando o mesmo deixar de pulsar e se o acompanhante assim o desejar poderá proceder ao corte do mesmo (este procedimento não desencadeia dor ao bebé).

Após a laqueação do cordão procede-se à remoção da placenta, podendo ser necessária a realização de massagem abdominal (e indiretamente do útero) e de tração ligeira do cordão umbilical. Se a dequitação não ocorrer espontaneamente (2,7% casos) pode ser necessária a realização de remoção manual da placenta sob anestesia. Em situações particulares pode ser necessário completar este procedimento com aspiração/ curetagem uterina.

Após a dequitação será administrada ocitocina com o objectivo de contrair de forma mais eficaz o útero diminuindo o risco de hemorragia após o parto.

Qual a probabilidade de sucesso do PVAC?

Em cerca de 70% das situações as grávidas com cesariana anterior conseguem ter um parto vaginal.

Não existe forma segura de prever o sucesso do parto vaginal após cesariana. Se a causa da cesariana anterior for uma causa não repetível (exemplo cesariana por o bebé se encontrar sentado) a probabilidade de sucesso de parto vaginal após cesariana é maior podendo atingir os 90%.

Quais as vantagens e riscos de um PVAC?

Se tiver um PVAC, terá maior probabilidade de ter um novo parto normal em gestações futuras, a recuperação é mais rápida comparativamente à cesariana, o número de dias de internamento é habitualmente mais curto.

Do ponto de vista do bebé, o parto vaginal diminui o risco de dificuldade respiratória do recém-nascido (3%) comparativamente à cesariana (4%) realizada antes das 39 semanas e previamente ao início do trabalho de parto. Esta situação é habitualmente transitória mas geralmente implica internamento numa unidade de cuidados intensivos. Estima-se também que os bebés que nascem por parto vaginal têm menor risco de desenvolver alergias, obesidade e diabetes na infância.

A principal complicação da tentativa de PVAC é a abertura da cicatriz uterina da cesariana anterior que é chamada de rotura uterina. Quando a rotura atinge uma extensão significativa do útero pode ocorrer uma hemorragia abundante, descolamento da placenta e consequentemente baixa oxigenação do bebé. O risco de rotura uterina é muito baixo

complicando cerca de 0,5% dos PVAC, podendo ainda ser constatado em 0,03% das cesarianas programadas. Nas grávidas com duas cesarianas a rotura pode ocorrer em 1.6% dos casos. Por este motivo recomenda-se que, durante a tentativa de PVAC, seja efectuada monitorização contínua da frequência cardíaca fetal, das contracções uterinas e dos sinais vitais da grávida. Esta monitorização permite avaliar indirectamente o estado de oxigenação fetal no parto. A rotura uterina manifesta-se geralmente por dor forte e persistente na barriga da grávida, mas pode ser menos evidente se tiver sido realizada analgesia epidural. Muitas vezes o diagnóstico de rotura uterina é baseado sobretudo na alteração dos batimentos cardíacos do bebé ou dos sinais vitais da mãe. Perante a suspeita de uma rotura uterina é necessário realizar uma cesariana emergente, sendo nestas circunstâncias o risco de complicações graves para o bebé inferior a 0,2%.

Outros riscos associados ao parto vaginal...

O parto vaginal comporta alguns outros riscos embora com incidência inferior ao parto por cesariana.

A distócia de ombros (0,6% dos casos) é uma situação imprevisível, emergente, em que após a exteriorização da cabeça, ocorre uma dificuldade em extrair os ombros fetais. Existem diversas manobras obstétricas que permitem a sua resolução mas em casos pode resultar em paralisia braço (alterações da mobilidade do braço) ou diminuição da oxigenação fetal.

Após o nascimento do bebé a placenta pode ficar retida no interior do útero e ser necessário a realização de uma dequitação manual (remoção manual da placenta) em 2,7% dos casos, neste contexto pode ainda ser necessário realizar aspiração uterina/ curetagem uterina (remoção de restos placentários) e histerectomia (em casos muito raros de acretismo placentário em que existe hemorragia grave e não é possível separar a placenta do útero). A realização de histerectomia impossibilita uma gravidez no futuro.

As lacerações do esfíncter anal podem ocorrer no parto vaginal e podem culminar em incontinência para gases e fezes (11,5%).

O risco de contrair uma infeção é de 0,7% dos casos e de ocorrer uma trombose é de 0,01% (aparecimento de coágulos nas veias que podem migrar para os pulmões e originar uma embolia pulmonar). A embolia do líquido amniótico deve-se à entrada em circulação de derivados do líquido amniótico que podem também originar uma embolia pulmonar; é uma complicação muito rara (1.9-6.1 por cada 100000 partos) mas potencialmente fatal.

O parto vaginal pode em situações complicadas e raras motivar a necessidade de internamento em cuidados intensivos (0,1%), sendo globalmente o risco de morte muito baixo (0,004%).

O parto vaginal tem risco de complicações hemorrágicas (5%); dentro destas a mais frequente é a hemorragia uterina grave que ocorre em 1,4% dos casos que pode culminar na realização de histerectomia (remoção do útero) em 0.08% destas situações.

Nas situações de parto vaginal instrumentado (ventosa e/ou fórceps) existem riscos maternos (risco de laceração do esfíncter anal 6x superior no fórceps e 2x na ventosa comparativamente ao parto “normal”) e riscos fetais (em casos raros pode ocorrer hemorragia intracraniana, hemorragia do couro cabeludo, hemorragia ocular, fratura craniana, lacerações do couro cabeludo/ face, paralisia nervo facial); excepcionalmente estas complicações no recém-nascido podem resultar em morte fetal.

O parto vaginal pode associar-se à ocorrência de incontinência urinária (grávidas sem filhos (6,5%); 1 parto (9,7%), 2 partos (16,3%) e 3 ou mais partos (23,9%)) e de uma descida da bexiga/ recto/ útero (grávidas sem filhos (0,6%); 1 parto (2,5%), 2 partos (3,7%) e 3 ou mais partos (3,8%)) mas a cesariana não impede que estas alterações ocorram no futuro.

Em algumas situações o recém-nascido pode apresentar dificuldade respiratória (4-5:1000), esta condição é mais frequente em partos em idades gestacionais inferiores às 39 semanas. O síndrome de aspiração meconial (aspiração de conteúdo intestinal do bebé para as vias respiratórias) é um evento raro que ocorre em 0,25% dos casos e que pode justificar internamento em unidade de cuidados intensivos e necessidade de ventilação invasiva.

Nas situações em que ocorre alterações marcadas da oxigenação fetal, encefalopatia hipóxico-isquémica (<1% casos), podem resultar sequelas permanentes para o bebé ou mesmo morte do bebé.

Os riscos decorrentes da anestesia realizada dependem da técnica utilizada (geral versus loco-regional) e estão fora do âmbito do presente folheto informativo.

Quando deverá ocorrer o parto?

A gravidez tem uma duração de 40 semanas. Diz-se que uma gravidez é de “termo” se o parto ocorre 37ª e a 42ª semana de gestação. Antes da 37ª semana o parto diz-se que o parto é pré-termo e são bebés que têm maior risco de complicações de saúde nos primeiros tempos de vida (dificuldade respiratória, infeções, hemorragia cerebral, alterações da visão/ audição, dificuldades de alimentação, etc.). Estas complicações são tanto mais frequentes e potencialmente quanto mais precocemente ocorrer o parto. Em algumas situações o parto pré-termo pode estar indicado se os riscos para a saúde da grávida e/ou bebé caso a gravidez prossiga são superiores aos riscos da prematuridade.

Quando a gravidez ultrapassa as 42 semanas, aumenta progressivamente o risco de complicações de saúde para o bebé, pelo que se propõe a indução do parto (provocar o parto) geralmente alguns dias previamente a essa data.

Posso ter um PVAC espontâneo ou provocado?

Nas grávidas com cesariana anterior o ideal é que o início do trabalho de parto ocorra espontaneamente por ser considerado o mais fisiológico.

Se a sua gravidez estiver quase a chegar às 41 semanas e não entrar espontaneamente em trabalho de parto, o seu médico propor-lhe-á a indução do trabalho de parto (parto provocado). Em situações particulares relacionadas com fatores maternos ou fetais pode ser necessário induzir o parto mesmo antes das 39 semanas.

A indução do trabalho de parto em grávidas com cesariana anterior deve ser cautelosa dando preferência à preparação do colo do útero com métodos mecânicos (ex: balão introduzido no colo do útero). Em casos de colo do útero muito desfavorável pode ser considerada a administração de fármacos com as prostaglandinas/ ocitocina ou a rotura de membranas para desencadear o início do trabalho de parto.

Nos casos de insucesso de indução do trabalho de parto ou de paragem de evolução do mesmo bem como nas situações de suspeita de baixa oxigenação do bebé pode ser necessária a realização e cesariana.

Como irá decorrer o meu parto?

Após a admissão no Bloco de Partos ser-lhe-à canalizada uma veia nas costas da mão ou no antebraço. A administração de soro será efetuada se necessário.

Será realizada monitorização contínua do coração do bebé e das contrações uterinas (por cardiotocografia ou CTG); isto permite assegurar como o bebé reage ao decurso do trabalho de parto e detetar eventuais situações de diminuição da oxigenação fetal.

A deambulação durante o trabalho de parto é vantajosa para a evolução do trabalho de parto e para o controle da dor pelo que deve ser permitida sempre que possível. A utilização de bola de pilates também pode ser utilizada neste contexto. Os aparelhos com transmissão wireless do sinal do coração e das contrações possibilitam a deambulação simultaneamente à monitorização contínua da grávida e do bebé.

A ingestão de líquidos puros/ gelatina/ gelados de água deve ser possibilitada durante o trabalho de parto.

Para a maioria das mulheres, as contrações uterinas do trabalho de parto são dolorosas, embora com grande variação individual. Para alívio da dor é possível recorrer a métodos não farmacológicos (respiração, musculoterapia, deambulação, duche água quente, massagem) ou farmacológicos (analgésicos ou anestesia locorregional).

A presença constante de um acompanhante pode também contribuir para uma experiência mais tranquila e globalmente mais satisfatória.

O que devo levar comigo na altura do parto?

Retire todos os seus adornos (brincos, anéis, pulseiras, fios, “piercings”, relógios). As unhas das mãos não devem estar pintadas com verniz uma vez que este pode dificultar a monitorização da oxigenação da grávida. Deve ter consigo o cartão de cidadão, “Boletim de Saúde da Grávida”, e as análises, ecografias e exames que realizou durante a gravidez.