

Cesariana - Indicações

*Federação Brasileira das Sociedades de
Ginecologia e Obstetrícia*

Elaboração Final: 14 de Agosto de 2002

Autoria: Martins-Costa SH, Hammes LS, Ramos JG, Arkader
J, Corrêa MD, Camano L

O Projeto Diretrizes, iniciativa conjunta da Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, tem por objetivo conciliar informações da área médica a fim de padronizar condutas que auxiliem o raciocínio e a tomada de decisão do médico. As informações contidas neste projeto devem ser submetidas à avaliação e à crítica do médico, responsável pela conduta a ser seguida, frente à realidade e ao estado clínico de cada paciente.

DESCRIÇÃO DO MÉTODO DE COLETA DAS EVIDÊNCIAS:

Revisão da literatura médica indexada pelo sistema *MEDLINE – National Library of Medicine – EUA, Sumsearch®, National Guidelines Clearinghouse e Cochrane Collaboration®* em busca da melhor evidência para cada item analisado.

GRAU DE RECOMENDAÇÃO E FORÇA DE EVIDÊNCIA:

- A:** Estudos experimentais e observacionais de melhor consistência.
- B:** Estudos experimentais e observacionais de menor consistência.
- C:** Relatos ou séries de casos.
- D:** Publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

OBJETIVOS:

- Estimular a prática da medicina baseada em evidências;
- Analisar individualmente as indicações de cesariana com base nas evidências científicas da literatura;
- Promover uma diminuição das taxas de cesariana.

PROCEDIMENTOS:

Indicação de cesariana frente a casos específicos como: gestante HIV+, gestação gemelar, fetos prematuros, fetos em apresentação pélvica e gestantes com cesarianas prévias.

EVOLUÇÃO E DESFECHO:

- Diminuição da taxa de cesarianas desnecessárias em casos como: gestantes infectadas pelo HIV ou herpes, gestações gemelares, fetos prematuros e pacientes com cesarianas prévias.
- Adequação da cesariana para casos de fetos em apresentação pélvica.

INTRODUÇÃO

O índice de cesarianas apresentou um importante aumento nas últimas décadas no Brasil. Hoje, apresentamos um dos maiores índices de cesarianas de todo o mundo: cerca de 36% dos nascimentos são por via alta. Quando tomamos como referência hospitais particulares, estes índices são ainda maiores, chegando a 80% a 90%¹(C).

Cerca de 850.000 cesarianas desnecessárias são realizadas anualmente na América Latina²(B).

As pacientes submetidas à cesariana apresentam morbidade e mortalidade maior quando comparadas a pacientes que realizaram parto normal³(D)⁴(A).

A diminuição da morbi-mortalidade neonatal não tem sido associada ao aumento do número de cesarianas e, sim, ao avanço nos últimos anos da tecnologia dos cuidados obstétricos. A cesariana desnecessária acaba por colocar o feto em situação de risco⁵(D).

Uma das principais causas de morbi-mortalidade perinatal é a síndrome da angústia respiratória do recém-nascido. Fetos com 37 a 38 semanas de gestação, quando comparados a fetos de 39 a 40 semanas, possuem 120 vezes mais chances de necessitarem suporte ventilatório. Assim, o nascimento antes de 39 semanas deve ser realizado somente por fortes razões médicas⁶(A).

A cesariana é um procedimento cirúrgico e, como tal, apresenta seus riscos maternos e fetais. A decisão pelo nascimento via alta deve ser tomada em situações especiais, pelo médico, quando os riscos do procedimento sejam suplantados pelos benefícios.

CONDIÇÕES FETAIS E INDICAÇÃO DE CESARIANA

Apresentação pélvica

Há evidências que fetos em apresentação pélvica beneficiem-se da cesariana eletiva em vez de parto vaginal. Em um estudo randomizado de 2088 mulheres, a decisão da via alta mostrou

menor incidência de mortalidade perinatal e séria morbidade neonatal. Não houve diferença entre os grupos em relação à mortalidade materna e séria morbidade materna⁷(A).

Os mesmos grupos foram avaliados três meses após o nascimento, sendo que o grupo submetido ao parto vaginal apresentou maior queixa de incontinência urinária. Em relação à recuperação da gestação, vida sexual, cuidados com o recém-nascido, amamentação, dor, depressão e incontinência fecal, não houve diferença entre os grupos⁸(A).

Gestação gemelar

Na presença de gestação gemelar, monoamniótica ou diamniótica, com ambos os fetos em apresentação cefálica, há consenso de que o parto vaginal é seguro. Existem poucos trabalhos sobre o assunto, mas a maioria mostra-se favorável ao parto vaginal⁹(B).

Nos casos de gestação gemelar com o primeiro feto em apresentação cefálica e o segundo feto em apresentação pélvica ou situação transversa após a 35^a semana de gestação, o resultado neonatal do 2^o gêmeo não é influenciado significativamente pela via de parto¹⁰(A). Neste caso, se não existir outra indicação para cesariana, recomenda-se o parto vaginal.

Nas gestações gemelares com ambos os fetos em apresentação pélvica ou o primeiro pélvico e o segundo cefálico, recomenda-se a realização de cesariana em vista de possível maior morbi-mortalidade fetal¹¹(D).

Nas gestações trigemelares também recomenda-se cesariana¹²(C).

Prematuridade ou baixo peso

Não há evidência epidemiológica que mostre melhor desfecho neonatal com a realização de cesariana na presença de fetos pequenos e/ou prematuros. Os estudos ainda apresentam maior morbidade materna nos casos submetidos à cesariana. O número de casos descritos na literatura em estudos randomizados é pequeno (122), necessitando maiores investigações¹³(A).

Sufrimento fetal agudo

Há consenso que na presença de sofrimento fetal agudo real, a indicação de cesariana é necessária. Recomenda-se a realização da cesariana no menor intervalo de tempo. A literatura tem demonstrado que um intervalo de 30 minutos parece ser adequado para a maioria dos casos¹⁴(D).

Macrossomia

A indicação de cesariana em fetos acima de 4.500g, principalmente em primíparas, diminui morbidade fetal e materna¹⁵(C).

Fetos abaixo deste peso, em pacientes não-diabéticas, podem ser submetidos ao trabalho de parto com baixo risco de complicações fetais e maternas¹⁶(B) ¹⁷(A).

Situação transversa

Fetos em situação transversa persistente a termo, em ocasiões em que não há domínio da técnica de versão externa, devem ser submetidos à cesariana fora do trabalho de parto. Altos índices de morbidade fetal são evidenciados quando a gestação de um feto transverso evolui ao trabalho de parto¹⁸(C).

Placenta prévia

Indica-se cesariana em gestações com placenta prévia oclusiva. Gestações com placenta marginal podem ser submetidas ao trabalho de parto desde que com monitorização adequada¹¹(D).

Vinte e sete por cento das pacientes com diagnóstico de placenta prévia com 32 a 35 semanas não mais apresentarão placenta prévia no termo. No grupo restante, recomenda-se cesariana antes do trabalho de parto¹⁹(B).

Descolamento prematuro de placenta com feto vivo

A morbi-mortalidade fetal está intimamente associada com o intervalo entre o diagnóstico e o nascimento do feto. Assim, recomenda-se a realização de cesariana na maioria dos casos, com exceção daqueles em que a via baixa é mais rápida²⁰(B).

Procidência de cordão

Na maioria das vezes a cesariana urgente é obrigatória²¹(C).

Em alguns casos, em que a apresentação é baixa, o colo uterino está completamente dilatado e é possível o nascimento imediato, a via vaginal pode ser escolhida¹¹(D).

Malformações congênitas

Fetos com meningocele, hidrocefalia e concomitante macrocrania, defeitos de parede anterior com fígado extra-corpóreo, teratomas sacrococcígenos, hidropsia ou trombocitopenia aloimune, beneficiam-se do nascimento por

cesariana. Fetos com hidrocefalia sem macrocrania, defeitos de parede anterior sem exteriorização hepática ou displasias ósseas, parecem não se beneficiar de cesariana.

Em vários casos, a decisão por cesariana é influenciada pela necessidade de planejamento do horário e local de nascimento para dispor-se de uma equipe de cirurgia pediátrica para pronto atendimento do feto²²(D).

CONDIÇÕES MATERNAS E INDICAÇÃO DE CESARIANA

Herpes genital ativo

Quando a lesão herpética decorrer de primoinfecção, o risco de transmissão fetal por parto normal é de 30% a 50%. Quando a lesão for ocasionada por infecção recorrente, o risco cai drasticamente para 3%²³(C).

Apesar de não haver estudos randomizados, fetos de pacientes que apresentem no momento do parto lesão de herpes ativa (seja primoinfecção ou recorrente) beneficiam-se da realização de cesariana²⁴(D).

Infecção pelo HIV

Sabe-se que a transmissão vertical do HIV está intimamente relacionada com a carga viral materna. Pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável, possuem chance de 0% a 5% de transmitir a infecção para o feto. Assim, recomenda-se atingir a menor carga viral possível durante a gestação^{25,26}(A).

Vários estudos têm demonstrado também o benefício da cesariana eletiva (fora do trabalho de parto e com membranas íntegras) em

prevenir a transmissão vertical do HIV. Segundo uma meta-análise que envolveu 15 estudos prospectivos, incluindo 8.533 gestações HIV+, a interrupção por cesariana eletiva reduz em 50% a taxa de transmissão do vírus²⁷(A). A tabela abaixo demonstra as taxas de transmissão perinatal do HIV entre mulheres que receberam terapia anti-retroviral e/ou cesariana eletiva:

É importante lembrar que o status sorológico determinado pelo nível de CD4 está associado à incidência de complicações pós-cesariana. Entretanto, as pacientes HIV+, independente da contagem de CD4 ou de outros fatores de risco, possuem morbidade maior quando submetidas à cesariana, seja de emergência ou eletiva, quando comparadas ao parto vaginal.

	Terapia anti-retroviral no pré-natal, trabalho de parto e para o recém-nascido	Sem terapia anti-retroviral em momento algum
Cesariana eletiva fora do trabalho de parto e com membranas íntegras	2%	10,4%
Parto vaginal	7,3%	19%

O mesmo estudo sugere que o benefício da via alta possa ser estendido para as pacientes em que ocorre a ruptura de membranas próxima à realização da cesariana.

Apesar do benefício comprovado da cesariana, todos os trabalhos possuem uma grande limitação que é não incluir a carga viral materna. Até o momento não existe estudo adequado que inclua carga viral e cesariana como variáveis preditoras de transmissão. Entretanto, há suposições que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml não teriam vantagem na realização da cesariana.

O Ministério da Saúde do Brasil recomenda que pacientes com carga viral abaixo de 1000 cópias/ml ou indetectável possam ser submetidas ao parto vaginal. Situações em que a carga viral está acima deste valor ou não pode ser avaliada, devem ser manejadas com cesariana eletiva²⁸(D).

As complicações mais frequentes são: febre, infecção do trato urinário, endometrite e hematoma²⁹(B).

Cesarianas prévias

As pacientes que possuem uma cesariana prévia, quando submetidas ao trabalho de parto, apresentam risco cerca de duas vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes que são submetidas à cesariana eletiva (3,92:1000 versus 1,61:1000). Morte fetal, morte neonatal e Apgar menor que sete no 5º minuto também foram mais frequentes no grupo submetido ao trabalho de parto³⁰(A).

Entretanto, a realização de cesariana repetida, está associada a maior morbidade materna, necessidade de transfusão e histerectomia puerperal. Além disso, as taxas de ruptura uterina apresentadas no

grupo submetido ao parto vaginal são baixas. Assim, a decisão por parto normal em uma paciente com cesariana prévia pode ser adequada, desde que ocorra acompanhamento intensivo do trabalho de parto, sendo a paciente informada dos riscos³⁰(A).

Pacientes com cesariana seguida por parto vaginal apresentam menor risco de ruptura uterina (1/5 do risco) quando comparadas àquelas que nunca experimentaram parto vaginal após a cesariana. Assim, a realização de parto vaginal nestas pacientes é mais seguro³¹(B).

Pacientes com mais de uma cesariana prévia possuem um risco cinco vezes maior de ruptura uterina quando comparadas a pacientes com

apenas uma cesariana prévia. Sendo assim, recomenda-se a realização de cesariana eletiva³²(B).

Pacientes com ruptura uterina prévia devem ser sempre submetidas à cesariana³³(C).

Outras condições maternas

Existem condições maternas relativas para a realização de cesariana como psicopatia, doenças cardiovasculares, doenças pulmonares, colestase gestacional, púrpura trombocitopênica idiopática e presença de cistos/tumores anexiais. A literatura é escassa para estas situações, sendo necessário o criterioso julgamento de cada caso individualmente¹¹(D).

REFERÊNCIAS

1. Hopkins K. Are Brazilian women really choosing to deliver by cesarean? *Soc Sci Med* 2000; 51:725-40.
2. Belizan JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean sections in Latin America: ecological study. *BMJ* 1999; 319:1397-400.
3. Hall MH, Bewley S. Maternal mortality and mode of delivery. *Lancet* 1999; 354:776.
4. Lilford RJ, van Coeverden de Groot HA, Moore PJ, Bingham P. The relative risks of caesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute pre-existing physiological disturbances. *Br J Obstet Gynaecol* 1990; 97:883-92.
5. Wagner M. Choosing caesarean section. *Lancet* 2000; 356:1677-80.
6. Madar J, Richmond S, Hey E. Surfactant-deficient respiratory distress after elective delivery at 'term'. *Acta Paediatr* 1999; 88:1244-8.
7. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356:1375-83.
8. Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, Chalmers B, Kung R, Willan A, et al. Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287:1822-31.
9. Grisaru D, Fuchs S, Kupferminc MJ, Har-Toov J, Niv J, Lessing JB. Outcome of 306 twin deliveries according to first twin presentation and method of delivery. *Am J Perinatol* 2000; 17:303-7.
10. Rabinovici J, Barkai G, Reichman B, Serr DM, Mashiach S. Randomized management of the second nonvertex twin: vaginal delivery or cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156:52-6.
11. Penn Z, Ghaem-Maghani S. Indications for caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2001; 15:1-15.
12. Crowther CA, Hamilton RA. Triplet pregnancy: a 10-year review of 105 cases at Harare Maternity Hospital, Zimbabwe. *Acta Genet Med Gemellol (Roma)* 1989; 38:271-8.
13. Grant A, Glazener CM. Elective caesarean section versus expectant management for delivery of the small baby. *Cochrane Database Syst Rev*; 2001; 2:CD000078.
14. James D. Caesarean section for fetal distress. *BMJ* 2001; 322:1316-7.
15. Berard J, Dufour P, Vinatier D, Subtil D, Vanderstichele S, Monnier JC, et al. Fetal

- macrosomia: risk factors and outcome. A study of the outcome concerning 100 cases >4500 g. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1998; 77:51-9.
16. Rouse DJ, Owen J, Goldenberg RL, Cliver SP. The effectiveness and costs of elective cesarean delivery for fetal macrosomia diagnosed by ultrasound. *JAMA* 1996; 276:1480-6.
 17. Irion O, Bouvain M. Induction of labour for suspected fetal macrosomia. *Cochrane Database Syst Rev*; 2000; 2:CD000938.
 18. Phelan JP, Boucher M, Mueller E, McCart D, Horenstein J, Clark SL. The nonlaboring transverse lie. A management dilemma. *J Reprod Med* 1986; 31:184-6.
 19. Dashe JS, McIntire DD, Ramus RM, Santos-Ramos R, Twickler DM. Persistence of placenta previa according to gestational age at ultrasound detection. *Obstet Gynecol* 2002; 99:692-7
 20. Okonofua FE, Olatunbosun OA. Cesarean versus vaginal delivery in abruptio placentae associated with live fetuses. *Int J Gynaecol Obstet* 1985; 23:471-4.
 21. Katz Z, Shoham Z, Lancet M, Blickstein I, Mogilner BM, Zalel Y. Management of labor with umbilical cord prolapse: a 5-year study. *Obstet Gynecol* 1988; 72:278-81.
 22. Kuller JA, Katz VL, Wells SR, Wright LN, McMahon MJ. Cesarean delivery for fetal malformations. *Obstet Gynecol Surv* 1996; 51:371-5.
 23. Prober CG, Sullender WM, Yasukawa LL, Au DS, Yeager AS, Arvin AM. Low risk of herpes simplex virus infections in neonates exposed to the virus at the time of vaginal delivery to mothers with recurrent genital herpes simplex virus infections. *N Engl J Med* 1987; 316:240-4.
 24. National guideline for the management of genital herpes. Clinical Effectiveness Group. (Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases). *Sex Transm Infect* 1999; 75:S24-8.
 25. Contopoulos-Ioannidis DG, Ioannidis JP. Maternal cell-free viremia in the natural history of perinatal HIV-1 transmission: A meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998; 18:126-35.
 26. Garcia PM, Kalish LA, Pitt J, Minkoff H, Quinn TC, Burchett SK, et al. Maternal levels of plasma human immunodeficiency virus type 1 RNA and the risk of perinatal transmission. Women and Infants Transmission Study Group. *N Engl J Med* 1999; 341:394-402.
 27. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1-a meta-analysis of 15 prospective cohort studies. The International Perinatal HIV Group. *N Engl J Med* 1999; 340:977-87.
 28. Brasil. Ministério da Saúde – CN-DST/AIDS. Recomendações para profilaxia da transmissão materno infantil do HIV e terapia Anti-retroviral em Gestantes. 2001.

29. Marcollet A, Goffinet F, Firtion G, Pannier E, Le Bret T, Brival ML, et al. Differences in postpartum morbidity in women who are infected with the human immunodeficiency virus after elective cesarean delivery, emergency cesarean delivery, or vaginal delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 186:784-9.
30. Mozurkewich EL, Hutton EK. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1187-97.
31. Zelop CM, Shipp TD, Repke JT, Cohen A, Lieberman E. Effect of previous vaginal delivery on the risk of uterine rupture during a subsequent trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183:1184-6.
32. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop CM, Cohen A, Lieberman E. Rate of uterine rupture during a trial of labor in women with one or two prior cesarean deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181:872-6.
33. Ritchie EH. Pregnancy after rupture of the pregnant uterus. A report of 36 pregnancies and a study of cases reported since 1932. *J Obstet Gynaecol Br Commonw* 1971; 78:642-8.