

## Cesariana na inserção baixa de placenta





## **Cesariana na inserção baixa de placenta**

Autoria: FEBRASGO

Participantes: Ricardo Simões, Wanderley M. Bernardo, Antonio J. Salomão,  
Edmund C. Baracat

**Diagramação:** Ana Paula Trevisan

## Introdução

Define-se **placenta prévia** situação em que a placenta se insere total ou parcialmente na região do segmento inferior do útero, podendo ou não recobrir o orifício interno do colo (OIC). De acordo com a proximidade com o colo do útero, pode ser classificada em placenta prévia centro-total (oclui totalmente o OIC), centro-parcial (oclui parcialmente o OIC), marginal (margeia a borda do OIC) e lateral (na qual identificamos a placenta de inserção baixa onde a distância do bordo da placenta ao OIC, sem margeá-lo, é menor que 20 mm) <sup>1</sup> (D).

Nas gestações a termo a placenta prévia é encontrada em proporções variáveis de 0,4 a 1,7% (de acordo com a população estudada, critérios diagnósticos utilizados bem como definição e critério de classificação), apresentando como fatores associados a multiparidade, gestação múltipla, idade materna avançada, antecedente de abortamento e curetagem uterina repetidas, cicatrizes uterinas, uso de drogas ilícitas, tabagismo e história de placenta prévia em gestação anterior <sup>2,3</sup> (C) <sup>4</sup> (B).

A morbimortalidade materna e perinatal agregada a esta condição é apreciável estando relacionada a aumento no risco de choque hemorrágico, histerectomia, necessidade de transfusão sanguínea, apresentação anômala a termo, placenta acreta, tromboflebite e infecção <sup>5</sup> (B).

Enquanto para a placenta prévia centro-total e centro-parcial é consenso a indicação da cesariana eletiva, dúvidas sobre a melhor via de parto persistem nos casos onde a placenta se insere lateralmente (casos de inserção baixa da placenta).

## **Objetivo**

O objetivo desta revisão é fornecer a melhor evidência disponível na atualidade sobre a melhor via de parto selecionada (relacionada a menor morbimortalidade) mediante gestações com diagnóstico de inserção baixa da placenta excluindo-se casos de placenta prévia centro-total, centro-parcial e marginal.

## MATERIAL E MÉTODO

A obtenção da evidência a ser utilizada para análise da via de parto selecionada mediante gestações com inserção baixa da placenta seguiu os passos de: **elaboração da questão clínica, estruturação da pergunta, busca da evidência, avaliação crítica e seleção da evidência.**

### 1. DÚVIDA CLÍNICA

A realização da **cesariana eletiva** em **gestações com placenta de inserção baixa** (excluindo-se casos de placenta prévia centro-total, centro-parcial e marginal) encontra-se relacionada à menor **morbimortalidade materna**, em comparação ao **parto vaginal**?

## 2. PERGUNTA ESTRUTURADA

A dúvida clínica é estruturada por meio dos componentes do **P.I.C.O.**

(**P** (Paciente); **I** (Intervenção); **C** (Comparação); **O** (“Outcome”)).

<b>P:</b> Placenta de inserção baixa
<b>I:</b> Parto cesariano
<b>C:</b> Parto vaginal
<b>O:</b>

### 3. BASES DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA CONSULTADAS

As bases de informação científica consultadas foram PubMed-Medline e Cochrane. Busca manual a partir de referências de revisões (narrativas ou sistemáticas) também foi realizada.

### 4. ESTRATÉGIAS DE BUSCA DA EVIDÊNCIA

#### PubMed-Medline

**Estratégia:** (Cesarean Section OR Cesarean Sections OR Delivery, Abdominal OR Abdominal Deliveries OR Deliveries, Abdominal OR Caesarean Section OR Caesarean Sections OR Abdominal Delivery OR C-Section OR C Section OR C-Sections OR Postcesarean Section) AND (Placenta Previa OR Placenta Praevia).



<b>Cochrane</b>
<b>Estratégia:</b> cesarean section AND placenta previa.

5. TRABALHOS RECUPERADOS (15/06/2014)

<b>BASE DE INFORMAÇÃO</b>	<b>NÚMERO DE TRABALHOS</b>
<b>Primária</b>	
PubMed-Medline	<b>1.233</b>
Cochrane	<b>25</b>

**Tabela 1** - Número de trabalhos recuperados com as estratégias de busca utilizadas para cada base de informação científica

## 6. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS TRABALHOS RECUPERADOS

A seleção dos estudos, a avaliação dos títulos e resumos obtidos com a estratégia de busca nas bases de informação consultadas foi conduzida por dois pesquisadores com habilidade na elaboração de revisões sistematizadas, de forma independente e cegada, obedecendo rigorosamente aos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos previamente (ver item 6.2), separando-se por fim os trabalhos com potencial relevância. Quando o título e o resumo não fossem esclarecedores, buscou-se o artigo na íntegra.

## 6.1 DESENHOS DE ESTUDO

Revisões narrativas, relatos de casos e trabalhos com apresentação de resultados preliminares foram excluídos da avaliação. Revisões sistemáticas e metanálises foram utilizadas com o princípio básico de recuperação de referências que porventura haviam sido perdidas em primeiro momento a partir da estratégia de busca inicial. Foram incluídos séries de casos e trabalhos com desenho de coorte ou ensaios clínicos controlados (randomizados ou não).

Foram definidos como estudo coorte aqueles com segmento das pacientes, mesmo histórico e análise de desfechos prognósticos.

Os ensaios clínicos controlados foram avaliados segundo o escore JADAD <sup>6</sup>.

## 6.2 COMPONENTES DO P.I.C.O.

### ✓ **Paciente**

— Gestantes nulíparas ou multíparas, com feto único vivo e diagnóstico ultrassonográfico de placenta de inserção baixa.

### ✓ **Intervenção**

— Parto cesariano.

### ✓ **Comparação**

— Parto vaginal.

✓ **“Outcome” (Desfecho)**

### 6.3 IDIOMA

Foram incluídos estudos disponíveis na língua portuguesa, inglesa, francesa ou espanhola.

### 6.4 SEGUNDO A PUBLICAÇÃO

Somente os trabalhos cujos textos completos encontravam-se disponíveis foram considerados para avaliação crítica.

## 7. TRABALHOS SELECIONADOS NA PRIMEIRA AVALIAÇÃO

Após submeter a estratégia de busca às bases de informação primária (PubMed-Medline e Cochrane), a avaliação dos títulos e resumos possibilitou a seleção de cinco estudos.

#### 8. EVIDÊNCIA SELECIONADA NA AVALIAÇÃO CRÍTICA E EXPOSIÇÃO DOS RESULTADOS

Os trabalhos considerados para leitura em texto completo foram avaliados criticamente segundo os critérios de inclusão e exclusão, por desenho de estudo, **P.I.C.O.**, língua e disponibilidade do texto completo (itens 6.1, 6.2, 6.3 e 6.4).

Os resultados serão expostos individualmente, através dos seguintes itens: questão clínica, número de trabalhos selecionados (segundo os critérios de inclusão), descrição dos estudos (**Tabela 2**) e resultados e síntese da evidência disponível.

As referências relacionadas aos trabalhos incluídos estarão dispostas na **Tabela 4** e no item referências bibliográficas.

Quando, após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, a evidência selecionada na busca era definida como ensaio clínico controlado randomizado (ECR), era submetida a um *Check-list* apropriado de avaliação crítica (**Tabela 3**). A avaliação crítica do ECR permite classificá-lo segundo o escore JADAD, considerando os ensaios JADAD < três (3) como

inconsistentes (grau B), e aqueles com escore  $\geq$  três (3), consistentes (grau A). Para análise crítica dos estudos não randomizados, dentre os quais incluem-se os estudos prospectivos observacionais, foi utilizada a escala Newcastle-Ottawa<sup>7</sup>.

Para resultados com evidência disponível serão definidos de maneira específica, sempre que possível, a população, a intervenção, os desfechos, a presença ou ausência de benefício e/ou dano e as controvérsias.

Não será incluído nos resultados, questões relacionadas a custo.

Os resultados serão expostos preferencialmente em dados absolutos, risco absoluto, número necessário para tratar (NNT), ou número para produzir dano (NNH), e eventualmente em média e desvio padrão.



As referências relacionadas aos trabalhos incluídos estarão dispostas no item referências bibliográficas.

<b>Planilha para descrição dos estudos e exposição dos resultados</b>
---

Evidência incluída
Desenho do estudo
População selecionada
Tempo de segmento
Desfechos considerados
Expressão dos resultados: porcentagem, risco, odds, hazard ratio

**Tabela 2** - Planilha utilizada para descrição dos estudos incluídos e exposição dos resultados

**Roteiro de avaliação crítica de ensaio clínico controlado randomizado (Check-list)**

<b>Dados do estudo</b> Referência, Desenho de estudo, JADAD, força da evidência	<b>Cálculo da amostra</b> Diferenças estimadas, poder, nível de significância, total de pacientes
<b>Seleção dos pacientes</b> Critérios de inclusão e exclusão	<b>Pacientes</b> Recrutados, randomizados, diferenças

	prognósticas
<b>Randomização</b> Descrição e alocação vendada	<b>Segmento dos pacientes</b> Tempo, perdas, migração
<b>Protocolo de tratamento</b> Intervenção, controle e cegamento	<b>Análise</b> Intenção de tratamento, analisados intervenção e controle
<b>Desfechos considerados</b> Principal, secundário, instrumento de medida do desfecho de interesse	<b>Resultado</b> Benefício ou dano em dados absolutos, benefício ou dano em média

**Tabela 3** - Roteiro de avaliação crítica de ensaios clínicos controlados randomizados (Check-list)

RESULTADOS

QUESTÃO CLÍNICA

A realização da **cesariana eletiva** em **gestações com placenta de inserção baixa** (excluindo-se casos de placenta prévia centro-total, centro-parcial e marginal) encontra-se relacionada à menor **morbimortalidade materna**, em comparação ao **parto vaginal**?

## EVIDÊNCIA SELECIONADA

<b>Tipo de publicação</b>	<b>Incluídos</b>
Estudos coorte não concorrentes	5 8-12

**Tabela 4** - Processo seletivo

## RESULTADOS DA EVIDÊNCIA SELECIONADA

Dos 1.258 artigos inicialmente recuperados, cinco foram selecionados para sustentar a síntese da evidência referente a morbimortalidade materna, de acordo com a via de parto selecionada em gestações com placenta de inserção baixa (excluindo-se casos de placenta prévia centro-total, centro-parcial e marginal). Os trabalhos incluídos estão relacionados na **Tabela 4**.

**1. Vergani P, et al. Am J Obstet Gynecol. 2009;201(3):266.e1-5<sup>8</sup> (B).**

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente (2003 a 2008).

POPULAÇÃO: Parturientes de gestação única em apresentação cefálica com diagnóstico de placenta de inserção baixa (borda placentária localizada entre 1 a 20 mm do OIC) sem contraindicações para o parto vaginal. Dos 14.973

partos realizados durante o período do estudo, 120 gestantes apresentavam diagnóstico de placenta prévia. Em 42 casos, o parto cesariano eletivo foi o indicado uma vez que a placenta ocluiu parcialmente ou totalmente o OIC. Dezesesseis casos foram excluídos da avaliação, uma vez que a borda placentária encontrava-se a uma distância superior a 20 mm identificada durante o segmento ultrassonográfico realizado, sendo que destas, 19% foram submetidas ao parto cesariano. As 53 gestantes restantes que apresentavam à ultrassonografia borda placentária localizada entre 1 a 20 mm de distância do OIC foram divididas em dois grupos de acordo com a distância da placenta ao OIC (grupo 1 entre 1 a 10 mm e grupo 2 entre 11 a 20 mm).

DESFECHO: Foram analisada via de parto e perda sanguínea.

**RESULTADO:** Foi observado, que as taxas de hemorragia anteparto, bem como os nascimentos por cesariana foram superiores para o grupo 1 em detrimento ao grupo 2 (RR=2,3 com IC95%: 1,1 a 2,7 e RR=2,8 com IC95%: 1,3 a 6,8 respectivamente). Com relação às taxas de hemorragia pós-parto (superior a 1.000mL), identificou-se que foram similares em ambos os grupos (21% *versus* 10%). Observou-se que nenhuma mulher do grupo 2 em trabalho de parto foi submetida ao parto cesariano, sendo que a perda sanguínea foi semelhante àquelas submetidas à cesariana).

**2. Bronsteen R, et al. Ultrasound Obstet Gynecol. 2009;33(2):204-8<sup>9</sup> (B).**

**DESENHO:** Estudo longitudinal observacional não concorrente (1990 a 2007).



**POPULAÇÃO:** Parturientes de gestação única em apresentação cefálica com diagnóstico de placenta de inserção baixa (borda placentária entre 1 a 20 mm do OIC) sem contraindicações para o parto vaginal foram incluídas na análise. Foram divididas em dois grupos de acordo com a distância da placenta ao OIC (grupo 1 entre 1 a 10 mm e grupo 2 entre 11 a 20 mm).

**DESFECHO:** Foi analisada via de parto.

**RESULTADO:** Durante o período considerado, 86 partos de gestantes com diagnóstico de placenta de inserção baixa, identificada à ultrassonografia, foram realizados. Em 36 pacientes (41,9%) o parto cesariano eletivo foi realizado. Em cinco pacientes, o parto cesariano de emergência foi indicado, em virtude do sangramento genital deflagrado antes do início do trabalho de parto (três pacientes). **Quarenta e cinco pacientes entraram em trabalho de**

parto, sendo que 29 deram à luz por parto vaginal (64,4%), 12 pacientes foram submetidas ao parto cesariano de emergência por sangramento (26,7%) e quatro pacientes submetidas ao parto cesariano por falha na progressão do trabalho de parto (8,9%).  $\frac{3}{4}$  das pacientes que entraram em trabalho de parto e apresentavam borda placentária localizada entre 1 a 20 mm do OIC deram a luz pela via vaginal, sendo que apenas 27% destas encontravam-se no grupo 1 (1 a 10 mm).

**3. Bhide A, et al. BJOG. 2003;110(9):860-4<sup>10</sup> (B).**

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: Parturientes de gestação única em apresentação cefálica com diagnóstico de placenta de inserção baixa sem contraindicações para o parto

vaginal foram incluídas na análise. 121 pacientes disponíveis para análise, foram divididas em três grupos: grupo 1 (placenta ocluí parcialmente ou totalmente o OIC); grupo 2 (borda placentária localizada entre 1 a 20 mm do OIC) e grupo 3 (borda placentária localizada entre 21 a 35 mm do OIC).

DESFECHO: Foram analisadas via de parto e perda sanguínea.

RESULTADO: Foi observado que em todas as pacientes do grupo 1 o parto ocorreu por meio da cesariana. **Analisando-se os grupos 2 e 3, identificou-se que das pacientes que entraram em trabalho de parto, o parto pela via vaginal ocorreu com maior frequência entre as pacientes pertencentes ao grupo 3 (RR=0,15 com IC95%: 0,02 a 0,56) sendo o parto cesariano realizado em maior número das pacientes do grupo 2 (n=18 realizados por sangramento identificado durante o trabalho de parto ou outras razões).**

Com relação ao sangramento vaginal anteparto, não se identificou diferença entre pacientes do grupo 2 e 3.

**4. Matsubara S, et al. J Perinat Med. 2008;36(6):507-12 <sup>11</sup> (B).**

DESENHO: Estudo longitudinal observacional não concorrente.

POPULAÇÃO: Parturientes de gestação única que deram a luz entre os anos de 1994 a 2005 e que apresentavam placenta de inserção baixa (borda placentária distando entre 0 a 40 mm do OIC). Das 73 pacientes disponíveis para análise, dois grupos foram formados: grupo 1 (borda placentária localizada entre 0 a 20 mm do OIC) e grupo 2 (borda placentária localizada entre 21 a 40 mm do OIC).

DESFECHO: Foram analisadas via de parto e perda sanguínea.

**RESULTADO:** Não foi observada diferença significativa entre os dois grupos no que diz respeito a via de parto indicada. Com relação ao sangramento vaginal foi possível identificar que pacientes do grupo 1 apresentaram, na média, sangramento mais abundante em detrimento às pacientes do grupo 2 (1.240 mL *versus* 860 mL), todavia ao se considerar a via de parto indicada, não se observou diferença significativa entre os grupos (tanto para a via vaginal quanto para a cesariana).

**5. Nakamura M, et al. J Obstet Gynaecol Res. 2012;38(8):1041-5<sup>12</sup> (B).**

**DESENHO:** Estudo longitudinal observacional não concorrente.

**POPULAÇÃO:** Parturientes de gestação única que deram a luz entre os anos de 2004 a 2010 e que apresentavam placenta de inserção baixa (borda

placentária distando  $< 20$  mm do OIC). Parto cesariano eletivo foi realizado nos casos onde a borda placentária encontrava-se localizada a distância inferior a 10 mm do OIC.

DESFECHO: Foi analisada perda sanguínea durante o trabalho de parto.

RESULTADO: Das 62 pacientes diagnosticadas com placenta prévia, seis foram submetidas ao parto cesariano eletivo e 33 ao parto cesariano de emergência por complicações maternas, apresentação fetal ou cirurgia uterina prévia. **Das 23 pacientes submetidas à prova de trabalho de parto, 20 nasceram pela via vaginal. Pode-se identificar neste estudo uma correlação inversa entre a distância da borda placentária ao OIC e a quantidade de sangramento vaginal identificado durante o parto.**

## DISCUSSÃO

Tradicionalmente, define-se placenta prévia situação na qual a placenta encontra-se inserida total ou parcialmente na região do segmento inferior do útero. Contudo, na prática clínica tal definição é de difícil caracterização dada a dificuldade da identificação do segmento inferior do útero mesmo com o emprego da ultrassonografia pélvica transvaginal, considerada atualmente técnica de eleição para o diagnóstico desta condição. Mesmo assim, definição baseada em achados ultrassonográficos torna-se mais prática. Importante ressaltar que a idade gestacional na qual o diagnóstico ultrassonográfico é realizado constitui-se elemento essencial na identificação da placenta prévia, uma vez que se observa resolução de 92 a 100% dos casos identificados ao 2º trimestre de gestação <sup>13,14</sup> **(B)** <sup>15</sup> **(D)**.

Enquanto para placenta prévia centro-total e centro-parcial é consensual a necessidade da indicação do parto cesariano eletivo, dúvidas persistem com relação aos casos onde a borda placentária encontra-se localizada a uma distância inferior a 20 mm do OIC. Estudo retrospectivo analisando 121 gestantes com diagnóstico de placenta prévia, identificou que todas aquelas que apresentavam borda placentária localizada a distância inferior a 10 mm do OIC foram submetidas ao parto cesariano <sup>10</sup> (B). Nos casos onde a distância encontrada foi de 10 a 20 mm, a cesariana foi realizada em 90% dos casos. Em contraste, quando a borda placentária encontrava-se localizada a distância superior a 20 mm, a possibilidade de ocorrência do parto pela via vaginal foi de pelo menos 63%, não sendo identificada diferença de sangramento vaginal anteparto entre estes dois últimos grupos (distância



entre 10 a 20 mm ou superior a 20 mm) <sup>10</sup> (B). Por outro lado, estudo analisando a via de parto e perdas sanguíneas identificou que pacientes que apresentavam borda placentária distando menos que 10 mm do OIC foram submetidas a um maior número de cesarianas e estiveram sujeitas a maior frequência de hemorragia anteparto frente ao trabalho de parto em comparação àquelas com placenta inserida a distância superior a 20 mm <sup>8</sup> (B).

#### **Síntese da evidência**

Nos casos de placenta prévia centro-total e centro-parcial é consensual a indicação da cesariana eletiva a termo (indicação absoluta de cesariana).

Nos casos onde a borda placentária encontra-se localizada a uma distância superior a 20 mm do OIC o parto vaginal alvitra ser recomendação segura.

Dúvida persiste para os casos nos quais a borda placentária dista menos que 20 mm do OIC, onde a indicação da cesariana eletiva não apresenta evidências suficientes para sua recomendação.

## REFERÊNCIAS

1. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol.* 2006;107(4):927-41. Review. PubMed PMID: 16582134.
2. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177(1):210-4. PubMed PMID: 9240608.
3. Hossain GA, Islam SM, Mahmood S, Chakraborty RK, Akhter N, Sultana S. Placenta previa and it's relation with maternal age, gravidity and cesarean section. *Mymensingh Med J.* 2004;13(2):143-8. PubMed PMID: 15284689.
4. Rosenberg T, Pariente G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E. Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. *Arch Gynecol Obstet.* 2011;284(1):47-51. PubMed PMID: 20652281.
5. Crane JM, Van den Hof MC, Dodds L, Armson BA, Liston R. Maternal complications with placenta previa. *Am J Perinatol.* 2000;17(2):101-5. PubMed PMID: 11023169.

6. Jadad AR, Moore RA, Carroll D, Jenkinson C, Reynolds DJ, Gavaghan DJ, et al. Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trials* 1996; 17:1-12.
7. Wells GA, Shea B, O'Connell D, Peterson J, Welch V, Losos M, et al. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses. [www.ohri.ca/programs/clinical\\_epidemiology/oxford.asp](http://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp). Acessado 10 Fevereiro 2014.
8. Vergani P, Ornaghi S, Pozzi I, Beretta P, Russo FM, Follesa I, Ghidini A. Placenta previa: distance to internal os and mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 2009;201(3):266.e1-5. PubMed PMID: 19631924.
9. Bronsteen R, Valice R, Lee W, Blackwell S, Balasubramaniam M, Comstock C. Effect of a low-lying placenta on delivery outcome. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2009;33(2):204-8. PubMed PMID: 19173234.
10. Bhide A, Prefumo F, Moore J, Hollis B, Thilaganathan B. Placental edge to internal os distance in the late third trimester and mode of delivery in placenta praevia. *BJOG.* 2003;110(9):860-4. PubMed PMID: 14511970.

11. Matsubara S, Ohkuchi A, Kikkawa M, Izumi A, Kuwata T, Usui R, Watanabe T, Suzuki M. Blood loss in low-lying placenta: placental edge to cervical internal os distance of less vs. more than 2 cm. *J Perinat Med.* 2008;36(6):507-12. PubMed PMID: 18673083.
12. Nakamura M, Hasegawa J, Matsuoka R, Mimura T, Ichizuka K, Sekizawa A, Okai T. Amount of hemorrhage during vaginal delivery correlates with length from placental edge to external os in cases with low-lying placenta whose length between placental edge and internal os was 1-2 cm. *J Obstet Gynaecol Res.* 2012;38(8):1041-5. PubMed PMID: 22612540.
13. Cho JY, Lee YH, Moon MH, Lee JH. Difference in migration of placenta according to the location and type of placenta previa. *J Clin Ultrasound.* 2008;36(2):79-84. PubMed PMID: 18067142.
14. Becker RH, Vonk R, Mende BC, Ragosch V, Entezami M. The relevance of placental location at 20-23 gestational weeks for prediction of placenta previa at delivery: evaluation of 8650 cases. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2001;17(6):496-501. PubMed PMID: 11422970.

15. Oppenheimer L; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Diagnosis and management of placenta previa. J Obstet Gynaecol Can. 2007;29(3):261-73. PubMed PMID: 17346497.