

## Vaginal birth after labor induction with dinoprostone in women with a previous cesarean section, a retrospective study

## Parto vaginal após indução do trabalho de parto com dinoprostona em mulheres com antecedente de cesariana, um estudo retrospectivo

Ana Elisa Sousa<sup>1</sup>, Matilde Ourique<sup>2</sup>, Ana Paula Ferreira<sup>1</sup>, Marta Luísa Rodrigues<sup>1</sup>

Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Amadora, Portugal

### Abstract

**Overview and Aims:** Induction of labour in women with a previous caesarean delivery remains a controversial topic, particularly regarding the use of pharmacological methods, due to the association of prostaglandin with an increased risk of uterine rupture. Dinoprostone is frequently administered for cervical ripening in this population, however evidence regarding its safety and effectiveness remains limited. This study aims to estimate the rate of vaginal delivery in women with a previous caesarean delivery undergoing labour induction with dinoprostone, to identify predictive factors of successful induction, and to evaluate maternal complications and neonatal outcomes.

**Study Design:** Observational, retrospective.

**Population:** Pregnant women with a history of one previous caesarean section who underwent labour induction with dinoprostone

**Methods:** Retrospective analysis of maternal and neonatal data obtained from institutional records of pregnant women who delivered between January 2022 and July 2024, at a hospital with differentiated perinatal care.

**Results:** A total of 261 pregnant women were included. The rate of vaginal birth after caesarean was 35.6%. Factors associated with a higher probability of vaginal delivery following induction in women with a previous caesarean were prior vaginal delivery (aRR 3.4; 95% CI 2.1-5.5), induction  $\leq 24$  hours (aRR 1.5; 95% CI 1.1-2.2), and use of locoregional analgesia (aRR 1.9; 95% CI 1.3-3.0). Maternal and neonatal complications occurred in 30.3% of cases, with anaemia being the most prevalent (76.0%), followed by postpartum haemorrhage (13.9%), complete uterine rupture (11.4%), incomplete uterine rupture and endometritis (6.3% each). The remaining complications were infrequent.

**Conclusion:** In selected women with a previous caesarean section, induction of labour with dinoprostone was associated with a moderate rate of vaginal birth. Maternal and neonatal complications were overall infrequent and did not differ significantly between vaginal birth and caesarean section. These findings reinforce the importance of individualised assessment and counselling.

**Keywords:** Vaginal birth after caesarean; Labour, induced; Dinoprostone; Obstetric labor complications.

### Resumo

**Introdução e objetivos:** A indução do trabalho de parto em mulheres com cesariana prévia é um tema controverso, sobretudo relativamente ao uso de métodos farmacológicos, devido ao risco acrescido de rotura uterina associado ao uso de prostaglandinas. A dinoprostona é amplamente utilizada para maturação cervical, mas a evidência acerca da sua

1. Serviço Ginecologia/Obstetrícia da Unidade Local de Saúde Amadora/Sintra, Amadora, Portugal.

2. Unidade de Saúde Pública da Unidade Local de Saúde de Santa Maria, Lisboa, Portugal.

segurança e efetividade nesta população permanece limitada. Os objetivos deste estudo foram estimar a taxa de parto vaginal após indução do trabalho de parto com dinoprostona em grávidas com antecedente de cesariana, identificar fatores preditores de sucesso, avaliar complicações maternas e desfechos neonatais.

**Desenho de Estudo:** Observacional, retrospectivo.

**População:** Grávidas com antecedente de uma cesariana submetidas a indução do trabalho de parto com dinoprostona.

**Métodos:** Análise retrospectiva de dados maternos e neonatais obtidos a partir dos registos institucionais de grávidas com parto ocorrido entre janeiro de 2022 e julho de 2024, num hospital com apoio perinatal diferenciado.

**Resultados:** Foram incluídas 261 grávidas. A taxa de parto vaginal após cesariana foi 35,6%. Os fatores associados a maior probabilidade de parto vaginal foram parto vaginal anterior (RRa 3,4; IC95% 2,1-5,5), a duração da indução do trabalho de parto inferior a 24 horas (RRa 1,5; IC95% 1,1-2,2) e uso de analgesia locorregional (RRa 1,9; IC95% 1,3-3,0). As complicações maternas/neonatais ocorreram em 30,3% dos casos, sendo a anemia a mais prevalente (76,0%), seguida da hemorragia pós-parto (13,9%), da rotura uterina completa (11,4%), da rotura uterina incompleta e da endometrite (6,3% cada). As restantes complicações foram infrequentes.

**Conclusão:** Em mulheres selecionadas com antecedente de cesariana, a indução do trabalho de parto com dinoprostona associou-se a uma taxa moderada de parto vaginal. As complicações maternas e neonatais foram globalmente pouco frequentes e sem diferenças significativas entre parto vaginal e cesariana. Estes resultados reforçam a importância de uma avaliação e aconselhamento individualizado.

**Palavras Chave:** Parto vaginal após cesariana; Trabalho de parto induzido; Dinoprostona; Complicações do trabalho de parto.

## INTRODUÇÃO

A taxa de cesariana tem vindo a aumentar a nível mundial, apesar das recomendações da Organização Mundial da Saúde, indicarem que valores entre 10 e 15% estão associados à redução das mortalidades materna, neonatal e infantil, não existindo evidência de benefícios adicionais acima desse limiar<sup>1</sup>.

A taxa de mortalidade relacionada com a cesariana é relativamente baixa em países desenvolvidos. No entanto, comparativamente ao parto vaginal, a cesariana apresenta um risco acrescido de morbilidade materna a curto prazo, incluindo a hemorragia pós-parto (HPP), a infeção puerperal e o tromboembolismo venoso<sup>2</sup>. A longo prazo, o parto cirúrgico encontra-se associado a complicações em gestações subsequentes, nomeadamente rotura da cicatriz uterina e inserção anómala da placenta<sup>2</sup>. No recém-nascido, destaca-se como efeito adverso, a morbilidade respiratória neonatal<sup>3</sup>.

Em Portugal, a percentagem de cesarianas encontra-se significativamente acima dos valores recomendados, tendo atingido cerca de 38% entre 2022 e 2023<sup>4</sup>.

A prova de parto vaginal após cesariana (PVAC) é reconhecida como uma estratégia importante para a re-

dução da taxa global de cesarianas. No entanto, a indução do trabalho de parto (ITP) em mulheres com cicatriz uterina prévia continua a ser tema de debate, sobretudo devido às preocupações relativas ao sucesso do PVAC e ao risco de rotura uterina associado à utilização de prostaglandinas, como a dinoprostona. A evidência disponível sobre este risco permanece inconclusiva<sup>5-6</sup>.

Deste modo, o presente estudo tem como objetivo primário estimar a taxa de parto vaginal após ITP com dinoprostona em mulheres com cesariana anterior. Como objetivo secundário pretendemos identificar preditores independentes de sucesso de PVAC, comparando com os casos em que ocorreu parto por cesariana após ITP com dinoprostona. Entre outros objetivos secundários, pretendemos avaliar a incidência de complicações maternas e comparar desfechos entre os recém-nascidos.

## MÉTODOS

### Desenho do estudo

Realizou-se um estudo observacional, retrospectivo,

analítico e transversal, baseado na análise de registos clínicos de grávidas com antecedente de cesariana submetidas a ITP com dinoprostona num hospital de apoio perinatal diferenciado na região de Lisboa e Vale do Tejo, entre 1 de janeiro de 2022 e 31 de julho de 2024. A taxa de PVAC foi calculada como a proporção de partos vaginais bem-sucedidos após cesariana, relativamente ao total de tentativas de PVAC, segundo a fórmula:

Taxa de parto vaginal após cesariana (PVAC) (%) =  $(n.º \text{ PVAC} / \text{total de ITP}) \times 100$

Como critérios de inclusão foram consideradas as grávidas com antecedente de uma única cesariana, gravidez unifetal, apresentação fetal cefálica, indicação médica para ITP e avaliação cervical desfavorável (índice de Bishop < 6).

Como critérios de exclusão foram determinados os casos com ausência de dados essenciais, gravidez múltipla, mais de uma cesariana anterior, contraindicação para parto vaginal, morte fetal ou ITP com métodos distintos de dinoprostona.

### Fonte de informação

Os dados foram recolhidos dos processos clínicos, registando-se exclusivamente as variáveis pertinentes para os objetivos do estudo: idade materna (anos), paridade, índice de massa corporal (IMC, kg/m<sup>2</sup>), idade gestacional no início da ITP (semanas), antecedentes de partos vaginais prévios, analgesia locorregional (ALR), número de dias entre início da ITP até ao parto, tipo de parto (vaginal ou cesariana) e motivos da cesariana (quando aplicável), complicações maternas, índice de Apgar < 7 ao 5.º minuto, peso neonatal (gramas).

Todos os elementos de identificação direta (como número de processo clínico ou dados pessoais) foram eliminados. Para mitigar o risco de identificação indireta, algumas variáveis foram registadas em formato simplificado, como o número de partos em substituição do índice obstétrico.

### Análise estatística

A análise estatística foi realizada utilizando métodos descritivos e inferenciais, com recurso ao *software* SPSS, versão 29. As variáveis contínuas foram descritas através da média e do desvio padrão, ou da mediana e do intervalo interquartil, conforme a distribuição dos da-

dos. A normalidade foi avaliada previamente para determinar o método de sumarização mais apropriado. As variáveis categóricas foram apresentadas em frequências absolutas e relativas (percentagens).

Para a comparação entre os grupos de estudo – PVAC *versus* parto por cesariana (Não-PVAC) – recorreram-se ao teste do qui-quadrado ou ao teste exato de Fisher, no caso de variáveis categóricas, e ao teste t de *Student* ou ao teste de *Mann-Whitney*, no caso de variáveis contínuas, consoante a adequação dos pressupostos.

Com o objetivo de identificar preditores independentes do sucesso do parto vaginal, estimou-se o risco relativo (RR) ajustado através da regressão de *Poisson* com ligação log e erros-padrão robustos (método de Zou), implementada num modelo linear generalizado (GLM). Foram incluídas *a priori* variáveis clinicamente relevantes e disponíveis à admissão: idade materna ≥35 anos (vs <35 anos), paridade ≥2 partos (vs 1), parto vaginal anterior (sim/não), duração ITP ≤24 horas (vs categoria de referência), idade gestacional pré-termo <37 semanas (vs termo) e administração de analgesia locorregional (sim/não). A multicolinearidade entre variáveis foi avaliada e considerada não problemática. A análise foi efetuada por caso completo. Os resultados do modelo GLM são apresentados como RR ajustados com respetivos intervalos de confiança (IC) a 95%, e a significância estatística foi definida como  $p < 0,05$  (teste de *Wald*).

Para o estudo das complicações maternas, avaliou-se: (i) a ocorrência de pelo menos uma complicação (sim/não) e (ii) cada complicação específica (descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, anemia, HPP, rotura uterina completa (perda de integridade de todas as camadas da parede uterina) ou incompleta (separação do miométrio, com integridade do peritoneu visceral), distócia de ombros, endometrite, trombose pélvica séptica, acidente isquémico transitório, paragem cardiorrespiratória). Para cada desfecho, comparou-se a incidência entre parto vaginal e parto por cesariana, calculando o RR bruto e respetivo IC95% (método de *Katz*).

A significância estatística foi determinada (valor-*p*) foi obtido pelo qui-quadrado de *Pearson* ou, quando existiram contagens esperadas <5, pelo teste exato de *Fisher*. Nas situações em que existiram células com frequência zero, o RR foi reportado como 0,

apresentando-se o limite superior exato do IC95% e respetivo valor-*p* obtido pelo teste de Fisher.

Devido à baixa frequência de várias complicações específicas, não foi realizada modelação ajustada para cada uma delas. Para o desfecho agregado “ocorrência de qualquer complicação”, conduziu-se uma análise ajustada de sensibilidade, cujos resultados não alteraram as conclusões principais do estudo.

## Ética

A presente investigação foi submetida à Comissão de Ética, tendo obtido parecer positivo (parecer n.º 095/2025).

A confidencialidade e anonimato dos dados pessoais foram assegurados em conformidade. Este manuscrito foi elaborado de acordo com as STROBE – *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* para estudos observacionais.

## RESULTADOS

### Caracterização da população em estudo

Nesta investigação foram incluídas 261 grávidas com antecedente de cesariana submetidas a ITP com dinoprostona, entre 1/1/2022 e 31/7/2024.

A maioria das parturientes encontrava-se entre 20 e 34 anos (65,9%, *n*=172), enquanto 24,1% (*n*=63) tinham entre 35 e 39 anos, e 10,0% (*n*=26) tinham ≥40 anos (Quadro I).

Relativamente à história obstétrica, 26,1% (*n*=68) apresentavam antecedentes de parto vaginal e 74,0% (*n*=193) apresentava apenas um parto nos antecedentes, tendo esse sido cesariana (Quadro I).

Observou-se elevada prevalência de excesso de peso e obesidade (85,4%, *n*=223): excesso de peso 34,5% (*n*=90), obesidade grau I 28,7% (*n*=75), grau II 14,9% (*n*=39) e grau III 7,3% (*n*=19). Apenas 14,2% (*n*=37) apresentavam-se normoponderais (Quadro I).

A idade gestacional à admissão foi predominantemente de termo (94,6%, *n*=247), com 5,4% (*n*=14) de pré-termo. Relativamente à duração da ITP, foi <24 horas em 18,0% (*n*=47), entre 24 e 48 horas em 61,7% (*n*=161) e >48 horas em 20,3% (*n*=53) (Quadro I).

Foi administrada analgesia locorregional em 67,4% (*n*=176) das parturientes. Quanto ao tipo de parto,

23,4% (*n*=61) foram eutócicos, 12,3% (*n*=32) instrumentados vaginais e 64,4% (*n*=168) por cesariana (Quadro I).

### Taxa de parto vaginal e motivos de parto por cesariana

A taxa de PVAC após ITP com dinoprostona foi de 35,6% (Tabela II), sendo que em 69,4% dos casos ocorreu o início do trabalho de parto.

Nos casos em que a tentativa PVAC não foi bem-sucedida, observou-se uma ou mais indicações para a realização de cesariana. Verificou-se que os motivos foram predominantemente de origem materna (66,7%; *n*=112), enquanto as causas fetais representaram 33,3% (*n*=56) dos casos. As principais indicações identificadas incluíram: estado fetal não tranquilizador (EFNT) (32,1%, *n*=54), ITP falhada (27,4%, *n*=46), paragem de progressão do trabalho de parto (PPTP) (18,5%, *n*=31) e incompatibilidade feto-pélvica (IFP) (18,5%, *n*=31). As demais causas foram pouco frequentes, com ocorrência igual ou inferior a três casos cada (≤1,8%) (Quadro II).

### Fatores preditores de sucesso do PVAC após ITP com dinoprostona

A análise dos RR brutos revelou que a multiparidade (≥2 partos), os antecedentes de parto vaginal e a administração de ALR estiveram significativamente associados a uma maior taxa de PVAC após ITP com dinoprostona (Quadro III).

Contudo, após ajuste pelo modelo de Poisson com ligação log e estimador robusto – ajustado para idade, paridade, parto vaginal anterior, idade gestacional, duração de ITP e realização de ALR – três fatores mantiveram associação independente. As mulheres com antecedente de parto vaginal anterior tiveram uma probabilidade 3,4 vezes superior de parto vaginal em comparação com mulheres sem este antecedente. As mulheres com ITP com duração ≤24 horas tiveram cerca de 1,5 vezes maior probabilidade de PVAC. Adicionalmente, as mulheres que foram submetidas a ALR tiveram 1,9 maior probabilidade de PVAC (Quadro III).

### Incidência de complicações maternas ou neonatais

Comparação de complicações (complicação vs. outras complicações)

**QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO.**

| Grávidas com cesariana anterior que realizaram ITP com dinoprostona (n=261) |                                                    | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|------|
| Faixa etária                                                                | <20 anos                                           | 0   | 0,0  |
|                                                                             | 20-34 anos                                         | 172 | 65,9 |
|                                                                             | 35-39 anos                                         | 63  | 24,1 |
|                                                                             | ≥ 40 anos                                          | 26  | 10,0 |
| Paridade                                                                    | Antecedente de 1 parto                             | 193 | 74,0 |
|                                                                             | Antecedente de ≥2 partos                           | 68  | 26,1 |
| Parto vaginal anterior                                                      | Parto não vaginal anterior                         | 193 | 74,0 |
|                                                                             | Parto vaginal anterior                             | 68  | 26,1 |
| Índice de massa corporal materno                                            | Baixo Peso ( $\leq 18,5$ kg/m <sup>2</sup> )       | 1   | 0,4  |
|                                                                             | Peso Normal (18,5-24,9 kg/m <sup>2</sup> )         | 37  | 14,2 |
|                                                                             | Excesso de Peso (25-29,9 kg/m <sup>2</sup> )       | 90  | 34,5 |
|                                                                             | Obesidade Grau I (30-34,9 kg/m <sup>2</sup> )      | 75  | 28,7 |
|                                                                             | Obesidade Grau II (35-39,9 kg/m <sup>2</sup> )     | 39  | 14,9 |
|                                                                             | Obesidade Grau III ( $\geq 40$ kg/m <sup>2</sup> ) | 19  | 7,3  |
| Idade gestacional à admissão                                                | Parto termo ( $\geq 37$ semanas)                   | 247 | 94,6 |
|                                                                             | Parto pré-termo ( $< 37$ semanas)                  | 14  | 5,4  |
| Número de dias da indução do trabalho de parto                              | <24 h                                              | 47  | 18,0 |
|                                                                             | 24-48 h                                            | 161 | 61,7 |
|                                                                             | >48 h                                              | 53  | 20,3 |
| Administração de analgesia locorregional                                    | Sem analgesia locorregional                        | 85  | 32,6 |
|                                                                             | Com analgesia locorregional                        | 176 | 67,4 |
| Tipo de parto                                                               | Eutócico                                           | 61  | 23,4 |
|                                                                             | Instrumentado vaginal                              | 32  | 12,3 |
|                                                                             | Cesariana em trabalho de parto                     | 88  | 33,7 |
|                                                                             | Cesariana em ausência de trabalho de parto         | 80  | 30,6 |
| Complicações maternas/neonatais                                             | Não                                                | 182 | 69,7 |
|                                                                             | Sim                                                | 79  | 30,3 |
| Complicação: anemia                                                         | Outra complicação                                  | 19  | 24,1 |
|                                                                             | Anemia                                             | 60  | 76,0 |
| Complicação: HPP                                                            | Outra complicação                                  | 68  | 86,1 |
|                                                                             | HPP                                                | 11  | 13,9 |
| Complicação: rotura uterina completa                                        | Outra complicação                                  | 70  | 88,6 |
|                                                                             | Rotura uterina completa                            | 9   | 11,4 |
| Complicação: rotura uterina incompleta                                      | Outra complicação                                  | 74  | 93,7 |
|                                                                             | Rotura uterina incompleta                          | 5   | 6,3  |
| Complicação: endometrite                                                    | Outra complicação                                  | 74  | 93,7 |
|                                                                             | Endometrite                                        | 5   | 6,3  |
| Complicação: distócia de ombros                                             | Outra complicação                                  | 76  | 96,2 |
|                                                                             | Distócia de ombros                                 | 3   | 3,8  |
| Complicação: DPPNI                                                          | Outra complicação                                  | 78  | 98,7 |
|                                                                             | DPPNI                                              | 1   | 1,3  |
| Complicação: trombose pélvica séptica                                       | Outra complicação                                  | 78  | 98,7 |
|                                                                             | Trombose pélvica séptica                           | 1   | 1,3  |
| Complicação: AIT                                                            | Outra complicação                                  | 78  | 98,7 |
|                                                                             | AIT                                                | 1   | 1,3  |

(continua)

**QUADRO I. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA EM ESTUDO (CONTINUAÇÃO).**

| Grávidas com cesariana anterior que realizaram ITP com dinoprostona (n=261) |                               | n   | %    |
|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|-----|------|
| Complicação: PCR                                                            | Outra complicação             | 78  | 98,7 |
|                                                                             | PCR                           | 1   | 1,3  |
| Índice Apgar <7 ao 5.º minuto                                               | Não                           | 258 | 98,9 |
|                                                                             | Sim                           | 3   | 1,2  |
| Peso do recém-nascido                                                       | Baixo peso (<2500 g)          | 12  | 4,6  |
|                                                                             | Peso adequado (2500 g-3999 g) | 230 | 88,1 |
|                                                                             | Macrossomia (≥4000 g)         | 19  | 7,3  |

AIT – Acidente isquêmico transitório; DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida; HPP – Hemorragia pós-parto; PCR – Paragem cardiorrespiratória.

Do total de partos, ocorreram complicações maternas/neonatais em 30,3% (n=79) dos casos, sendo a anemia a complicação mais frequente (76,0%; n=60). A HPP correspondeu a 13,9% (n=11). A rotura uterina completa observou-se em 11,4% (n=9) das complicações. A rotura uterina incompleta e a endometrite verificaram-se em 6,3% (n=5) das complicações, sendo que dos nove casos de rotura uterina completa, dois corresponderam a suspeita clínica intraparto que motivou cesariana urgente, enquanto os restantes foram diagnosticados intraoperatoriamente durante cesarianas realizadas por outras indicações. A distócia de ombros verificou-se em 3,8% (n=3) das complicações. As restantes complicações (descolamento prematuro de placenta normalmente inserida, trombose séptica pélvica, acidente vascular transitório, paragem cardiovascular) foram infrequentes representando 1,3% cada (n=1) (Quadros I e IV).

Após ajuste do RR de cada uma das complicações, todos os valores perderam significância estatística (Quadro IV).

#### **Risco de complicações (complicação vs. não complicação)**

Entre mulheres com antecedente de cesariana submetidas à ITP com dinoprostona, não se observaram diferenças significativas na incidência de complicações entre aquelas que tiveram PVAC e aquelas que não o tiveram (Quadro V).

No entanto, na análise individual de cada complicação, verificou-se que as mulheres com PVAC apresentaram risco 2,6 vezes superior de distócia de ombros

em comparação com aquelas submetidas a parto não vaginal (RR = 2,6; IC 95%: 2,164-3,125) (Quadro V).

Contudo, após ajuste do risco relativo para cada complicação, todos os valores perderam significância estatística (Quadro V).

#### **Desfechos neonatais**

No que respeita aos desfechos neonatais, 1,2% (n=3) dos recém-nascidos apresentaram índice de Apgar inferior a 7 ao 5.º minuto. Quanto ao peso ao nascer, 4,6% (n=12) dos recém-nascidos apresentaram baixo peso (<2500 g), 88,1% (n=230) apresentaram peso adequado (2500-3999 g) e 7,3% (n=19) apresentaram macrossomia (≥4000 g) (Quadro I).

Não se identificaram diferenças estatisticamente significativas no índice de Apgar ao 5.º minuto nem no peso ao nascer entre os recém-nascidos de mulheres com PVAC e aqueles de mulheres submetidas a cesariana após ITP (Quadro VI).

## **DISCUSSÃO**

Neste estudo, a taxa de PVAC em mulheres submetidas a ITP com dinoprostona foi de 35,6%, valor inferior ao descrito na maioria das séries internacionais, onde se reportam taxas entre 60% e 80%<sup>7-9</sup>. Esta diferença poderá refletir características populacionais específicas, nomeadamente a elevada prevalência de obesidade e de mulheres sem antecedentes de parto vaginal, sendo estes fatores reconhecidos como preditores negativos do sucesso da ITP<sup>8</sup>.

**QUADRO II. PREVALÊNCIA DE CADA VIA DE PARTO E DA EVOLUÇÃO PARA TRABALHO DE PARTO EM MULHERES COM ANTECEDENTE DE CESARIANA APÓS ITP COM DINOPROSTONA E QUANDO APLICÁVEL, MOTIVOS PARA OS PARTOS POR CESARIANAS NOS CASOS DE FALHA DA PROVA DE PVAC.**

| Prevalência de cada via de parto após ITP                                           |                                                                                                                    |     |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|
|                                                                                     |                                                                                                                    | n   | %     |
| Cesariana                                                                           |                                                                                                                    | 168 | 64,4  |
| Parto vaginal (eutócico ou instrumentado)                                           |                                                                                                                    | 93  | 35,6  |
| Total                                                                               |                                                                                                                    | 261 | 100,0 |
| Prevalência de trabalho de parto, independente da via de parto                      |                                                                                                                    |     |       |
|                                                                                     |                                                                                                                    | n   | %     |
| Início de trabalho de parto (inclui parto vaginal e cesariana em trabalho de parto) |                                                                                                                    | 181 | 69,4  |
| Cesariana em ausência de trabalho de parto                                          |                                                                                                                    | 80  | 30,6  |
| Total                                                                               |                                                                                                                    | 261 | 100,0 |
| Motivos das cesarianas                                                              |                                                                                                                    |     |       |
|                                                                                     |                                                                                                                    | n   | %     |
| Motivo cesariana                                                                    | Por causas maternas (ITP falhada, IFP, PPTP, PE grave com IB desfavorável, corioamnionite, DPPNI, rotura uterina,) | 112 | 66,7  |
|                                                                                     | Por causas fetais (EFNT, prolapso de cordão umbilical, apresentação de face)                                       | 56  | 33,3  |
| Motivo cesariana: ITP falhada                                                       | Outro                                                                                                              | 122 | 72,6  |
|                                                                                     | ITP falhada                                                                                                        | 46  | 27,4  |
| Motivo cesariana: IFP                                                               | Outro                                                                                                              | 137 | 81,5  |
|                                                                                     | IFP                                                                                                                | 31  | 18,5  |
| Motivo cesariana: PPTP                                                              | Outro                                                                                                              | 137 | 81,5  |
|                                                                                     | PPTP                                                                                                               | 31  | 18,5  |
| Motivo cesariana: PE grave com IB desfavorável                                      | Outro                                                                                                              | 166 | 98,8  |
|                                                                                     | PE grave com IB desfavorável                                                                                       | 2   | 1,2   |
| Motivo cesariana: corioamnionite                                                    | Outro                                                                                                              | 165 | 98,2  |
|                                                                                     | Corioamnionite                                                                                                     | 3   | 1,8   |
| Motivo cesariana: DPPNI                                                             | Outro                                                                                                              | 165 | 98,2  |
|                                                                                     | DPPNI                                                                                                              | 3   | 1,8   |
| Motivo cesariana: rotura uterina                                                    | Outro                                                                                                              | 166 | 98,8  |
|                                                                                     | Rotura uterina                                                                                                     | 2   | 1,2   |
| Motivo cesariana: EFNT                                                              | Outro                                                                                                              | 114 | 67,9  |
|                                                                                     | EFNT                                                                                                               | 54  | 32,1  |
| Motivo cesariana: prolapso do cordão umbilical                                      | Outro                                                                                                              | 167 | 99,4  |
|                                                                                     | Prolapso do cordão umbilical                                                                                       | 1   | 0,6   |
| Motivo cesariana: apresentação de face                                              | Outro                                                                                                              | 167 | 99,4  |
|                                                                                     | Apresentação de face                                                                                               | 1   | 0,6   |

DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida; EFNT – Estado fetal não tranquilizador; IB – Índice de Bishop; ITP – Indução do trabalho de parto; IFP – Incompatibilidade feto-pélvica; PE – Pré-eclâmpsia; PPTP – Paragem de progressão do trabalho de parto.

Após o ajuste multivariável, três fatores associaram-se de forma independente a uma maior probabilidade de sucesso: o parto vaginal anterior, a duração da ITP  $\leq 24$  horas e a administração de ALR. O antecedente de

parto vaginal mantém-se consistentemente como o preditor mais robusto de PVAC, conforme relatado na literatura<sup>6-8,10</sup>. A associação do sucesso da ITP com a duração  $\leq 24$  horas reflete provavelmente favorabilidade



**QUADRO III. FATORES PREDITORES DE SUCESSO DE PVAC APÓS ITP COM DINOPROSTONA.**

|                                  |                               | Total |      | PVAC |      | RR    | IC          | p      | RR       | IC          | p      |
|----------------------------------|-------------------------------|-------|------|------|------|-------|-------------|--------|----------|-------------|--------|
|                                  |                               | n     | %    | n    | %    | bruto |             |        | ajustado |             |        |
| Grupo etário                     | <35 anos                      | 172   | 65,9 | 61   | 65,6 | 0,986 | 0,700-1,390 |        | 0,841    | 0,605-1,169 |        |
|                                  | ≥ 35 anos                     | 89    | 34,1 | 32   | 34,4 | 1,014 | 0,720-1,428 | 0,938  | 1,189    | 0,855-1,654 | 0,303  |
| IMC materno (kg/m <sup>2</sup> ) | Baixo ou elevado              | 224   | 85,8 | 75   | 80,6 | 0,688 | 0,471-1,005 |        | 0,762    | 0,544-1,068 |        |
|                                  | Normal                        | 37    | 14,2 | 18   | 19,4 | 1,453 | 0,995-2,123 | 0,074  | 1,312    | 0,936-1,839 | 0,115  |
| IG                               | Parto termo (≥37 semanas)     | 247   | 94,6 | 88   | 94,6 | 0,998 | 0,326-3,088 |        | 0,910    | 0,509-1,629 |        |
|                                  | Parto pré-termo (<37 semanas) | 14    | 5,4  | 5    | 5,4  | 1,002 | 0,487-2,065 | 1,000  | 1,098    | 0,614-1,965 | 0,752  |
| Parto vaginal anterior           | Não                           | 193   | 74,0 | 50   | 53,8 | 0,410 | 0,304-0,553 |        | 0,294    | 0,181-0,477 |        |
|                                  | Sim                           | 68    | 26,1 | 43   | 46,2 | 2,441 | 1,809-3,294 | <0,001 | 3,403    | 2,095-5,530 | <0,001 |
| ITP                              | >24 h                         | 214   | 82,0 | 71   | 76,3 | 0,709 | 0,495-1,015 |        | 0,649    | 0,462-0,913 |        |
|                                  | ≤24 horas                     | 47    | 18,0 | 22   | 23,7 | 1,411 | 0,985-2,021 | 0,077  | 1,540    | 1,095-2,165 | 0,013  |
| ALR                              | Sem ALR                       | 85    | 32,6 | 17   | 18,3 | 0,463 | 0,293-0,732 |        | 0,513    | 0,334-0,789 |        |
|                                  | Com ALR                       | 176   | 67,4 | 76   | 81,7 | 2,159 | 1,366-3,412 | <0,001 | 1,948    | 1,268-2,993 | 0,002  |

ALR – analgesia locorregional; IC – Intervalo de confiança a 95%; IG – Idade gestacional; IMC – Índice de massa corporal; ITP – Indução do trabalho de parto; p – valor-p (estatisticamente significativo se <0,05); PVAC – parto vaginal após cesariana; RR – Risco relativo.

cervical e progressão mais eficiente, funcionando como marcador prognóstico e não como efeito causal direto. Quanto à ALR, o seu efeito positivo poderá traduzir viés de seleção temporal, uma vez que mulheres com progressão mais favorável tendem a recebê-la. Ainda assim, os resultados sugerem que o seu uso não compromete a probabilidade de PVAC, em consonância com outros estudos<sup>9,11,12</sup>.

A incidência global de complicações maternas e neonatais foi de 30,3%, predominando a anemia e a HPP. Registrou-se uma taxa de rotura uterina completa de 3,4% (correspondendo a 11,4% das complicações) e de rotura uterina incompleta de 1,9% (6,3% do total de complicações). Estes valores situam-se ligeiramente acima dos descritos em revisões sistemáticas e estudos de coorte internacionais, que apontam taxas médias de rotura uterina entre 0,8% e 2,0%<sup>6,8,9,13</sup>. Tal diferença poderá relacionar-se na seleção de doentes com *Bishop* desfavorável ou com o tamanho amostral relativamente reduzido, que tende a amplificar a variabilidade dos eventos raros. Importa, contudo, salientar que nenhuma destas situações resultou em mortalidade materna ou neonatal. No caso da com-

plicação mais grave registada, a paragem cardiorrespiratória, ocorreu após a administração de analgesia locorregional, a grávida foi reanimada com sucesso, sem registo de sequelas.

Relativamente aos desfechos neonatais, não se observaram diferenças significativas no índice de Apgar ao 5.º minuto nem no peso ao nascer entre PVAC e cesariana, resultados consistentes com estudos prévios<sup>7,8</sup>. O achado de maior proporção de recém-nascidos com peso adequado entre os PVAC, embora estatisticamente significativo, deverá ser interpretado com cautela, dada a dimensão amostral e a ausência de ajuste para potenciais confundidores.

Este estudo apresenta várias limitações: o desenho retrospectivo e unicêntrico, a ausência de dados sobre o índice de *Bishop* inicial e de detalhes do protocolo de administração de dinoprostona, bem como a reduzida potência estatística para complicações raras. Apesar destas limitações, a inclusão consecutiva de casos num período definido, a utilização de definições operacionais claras e a aplicação de modelos ajustados por regressão de *Poisson* robusta conferem validade interna aos resultados.



**QUADRO IV. COMPARAÇÃO DAS PROPORÇÕES DE COMPLICAÇÕES ENTRE MULHERES COM ANTECEDENTE DE CESARIANA QUE FORAM SUBMETIDAS A ITP E QUE TIVERAM PVAC, COM AS QUE NÃO TIVERAM PVAC.**

| Complicações              | Total |      | PVAC |      | Não PVAC |      | RR<br>(PVAC/não<br>PVAC) | IC            | P#     |
|---------------------------|-------|------|------|------|----------|------|--------------------------|---------------|--------|
|                           | n     | %    | n    | %    | n        | %    |                          |               |        |
| Sim                       | 79    | 30,3 | 23   | 24,7 | 56       | 33,3 |                          |               | 0,147  |
| Não                       | 182   | 69,7 | 70   | 75,3 | 112      | 66,7 |                          |               |        |
| Anemia                    | 60    | 76,0 | 21   | 91,3 | 39       | 69,6 | 1,311                    | 1,058-1,624   | 0,041  |
| Outra complicação         | 19    | 24,1 | 2    | 8,7  | 17       | 30,4 | 1                        |               |        |
| HPP                       | 11    | 13,9 | 2    | 8,7  | 9        | 16,1 | 0,541                    | 0,127-2,314   | 0,494* |
| Outra complicação         | 68    | 86,1 | 21   | 91,3 | 47       | 83,9 | 1                        |               |        |
| Rotura uterina completa   | 9     | 11,4 | 2    | 8,7  | 7        | 12,5 | 0,696                    | 0,156-3,101   | 1,000* |
| Outra complicação         | 70    | 88,6 | 21   | 91,3 | 49       | 87,5 | 1                        |               |        |
| Rotura uterina incompleta | 5     | 6,3  | 0    | 0    | 5        | 8,9  | 0,000                    | 0,012-3,753   | 0,314* |
| Outra complicação         | 74    | 93,7 | 23   | 100  | 51       | 91,1 | 1                        |               |        |
| Endometrite               | 5     | 6,3  | 1    | 4,4  | 4        | 7,1  | 0,609                    | 0,072-5,158   | 1,000* |
| Outra complicação         | 74    | 93,7 | 22   | 95,7 | 52       | 92,9 | 1                        |               |        |
| Distócia de ombros        | 3     | 3,8  | 3    | 13,0 | 0        | 0    | 16,625                   | 0,893-309,673 | 0,022* |
| Outra complicação         | 76    | 96,2 | 20   | 87,0 | 56       | 100  | 1                        |               |        |
| Trombose pélvica séptica  | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 1,8  | 0,000                    | 0,033-18,752  | 1,000* |
| Outra complicação         | 78    | 98,7 | 23   | 100  | 55       | 98,2 | 1                        |               |        |
| AIT                       | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 1,8  | 0,000                    | 0,033-18,752  | 1,000* |
| Outra complicação         | 78    | 98,7 | 23   | 100  | 55       | 98,2 | 1                        |               |        |
| DPPNI                     | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 1,8  | 0,000                    | 0,033-18,752  | 1,000* |
| Outra complicação         | 78    | 98,7 | 23   | 100  | 55       | 98,2 | 1                        |               |        |
| PCR                       | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 1,8  | 0,000                    | 0,033-18,752  | 1,000* |
| Outra complicação         | 78    | 98,7 | 23   | 100  | 55       | 98,2 | 1                        |               |        |

# – qui-quadrado ( $p < 0,05$  estatisticamente significativo); \* – Teste exato de Fisher; \$ – os RR ajustados não deram RR significativos, pelo que se optou por não colocar na tabela; AIT – Acidente isquêmico transitório; DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida; HPP – Hemorragia pós-parto; IC – Intervalo de confiança a 95%; ITP – Indução do trabalho de parto; PCR – Paragem cardiorrespiratória; PVAC – Parto vaginal após cesariana; RR – Risco relativo.

Em termos práticos, os resultados sugerem que a evolução  $\leq 24$  horas pode servir como indicador de prognóstico favorável em mulheres com cesariana prévia submetidas a ITP com dinoprostona. A analgesia locorregional pode ser utilizada sem prejuízo da probabilidade de sucesso, devendo a decisão basear-se em critérios clínicos e na preferência materna<sup>12</sup>. O parto vaginal anterior mantém-se como o preditor mais forte de sucesso e deve ser valorizado no aconselhamento individualizado<sup>13</sup>.

Importa salientar que o presente estudo avaliou exclusivamente a utilização de dinoprostona, não incluindo comparação com outros métodos de indução do trabalho de parto, nomeadamente métodos mecânicos,

como o cateter de *Foley*, ou ocitocina isolada. Estudos prévios sugerem que os métodos mecânicos poderão associar-se a menor risco de rotura uterina (0,56-0,94%), embora apresentem menores taxas de sucesso de PVAC. Quando utilizados em associação com amniotomia e/ou perfusão de ocitocina, descrevem-se taxas de PVAC entre 54,0% e 58,0%. Por sua vez, a utilização isolada de ocitocina apresenta taxas de sucesso próximas de 60,0% e risco de rotura uterina entre 0,4% e 2,3%, dependendo das características obstétricas da população estudada<sup>14</sup>.

Assim, os resultados do presente estudo devem ser interpretados no contexto da prática institucional, da ausência de grupo comparador interno e das limitações inerentes ao desenho retrospectivo.

**QUADRO V. INCIDÊNCIA DE COMPLICAÇÕES ENTRE MULHERES COM PARTO VAGINAL E PARTO POR CESARIANA.**

| Complicações                                              | Total |      | PVAC |      | não PVAC |      | RR bruto\$<br>(PVAC/não PVAC) |             |        |
|-----------------------------------------------------------|-------|------|------|------|----------|------|-------------------------------|-------------|--------|
|                                                           | n     | %    | n    | %    | n        | %    | RR                            | IC          |        |
| Sem                                                       | 182   | 69,7 | 23   | 24,7 | 112      | 66,7 | 1,321                         | 0,894-1,951 | 0,147  |
| Com                                                       | 79    | 30,3 | 70   | 75,3 | 56       | 33,3 | 1                             |             |        |
| Anemia vs. sem anemia                                     | 60    | 76,0 | 21   | 23,1 | 39       | 25,8 | 0,910                         | 0,616-1,345 | 0,631  |
| HPP vs. sem HPP                                           | 11    | 13,9 | 2    | 2,8  | 9        | 7,4  | 0,473                         | 0,133-1,678 | 0,216* |
| Rotura uterina completa vs. sem rotura                    | 9     | 11,4 | 2    | 2,8  | 7        | 5,9  | 0,578                         | 0,168-1,989 | 0,487* |
| Rotura uterina incompleta vs. sem rotura                  | 5     | 6,3  | 0    | 0    | 5        | 4,3  | –                             | –           | 0,159* |
| Endometrite vs. sem endometrite                           | 5     | 6,3  | 1    | 1,4  | 4        | 3,4  | 0,520                         | 0,089-3,030 | 0,651* |
| Distócia de ombros vs. sem distócia de ombros             | 3     | 3,8  | 3    | 4,1  | 0        | 0    | 2,600                         | 2,164-3,125 | 0,031  |
| Trombose pélvica séptica vs. sem trombose pélvica séptica | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 0,9  | –                             | –           | 1,000* |
| AIT vs. sem AIT                                           | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 0,9  | –                             | –           | 1,000* |
| DPPNI vs. sem DPPNI                                       | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 0,9  | –                             | –           | 1,000* |
| PCR vs. sem PCR                                           | 1     | 1,3  | 0    | 0    | 1        | 0,9  | –                             | –           | 1,000* |

# – qui-quadrado ( $p < 0,05$  estatisticamente significativo); \* – Teste exato de Fisher; \$ – os RR ajustados não deram RR significativos, pelo que se opta por não colocar na tabela; AIT – Acidente isquêmico transitório; DPPNI – Descolamento prematuro de placenta normalmente inserida; HPP – Hemorragia pós-parto; IC – Intervalo de confiança a 95%; PCR – Paragem cardiorrespiratória; PVAC – Parto vaginal após cesariana; RR – Risco relativo.

**QUADRO VI. COMPARAÇÃO DOS DESFECHOS NEONATAIS (ÍNDICE DE APGAR AO 5.<sup>o</sup> MINUTO E PESO DO RECÉM-NASCIDO) ENTRE MULHERES COM ANTECEDENTE DE CESARIANA QUE FORAM SUBMETIDAS A ITP E QUE TIVERAM PVAC, COM AS QUE TIVERAM CESARIANA; TESTE QUI-QUADRADO COM  $P < 0,05$  CONSIDERADO ESTATISTICAMENTE SIGNIFICATIVO.**

|                 |                              | Total |      | PVAC |       | Não PVAC |      | RR<br>(PVAC/<br>não<br>PVAC) | IC          | P#     |
|-----------------|------------------------------|-------|------|------|-------|----------|------|------------------------------|-------------|--------|
|                 |                              | n     | %    | n    | %     | n        | %    |                              |             |        |
| Índice de Apgar | ≥7 ao 5. <sup>o</sup> minuto | 258   | 98,9 | 93   | 100,0 | 165      | 98,2 | 1,018                        | 0,989-1,043 | 0,555* |
|                 | <7 ao 5. <sup>o</sup> minuto | 3     | 1,2  | 0    | 0,0   | 3        | 1,8  | 0,000                        | –           |        |
| Peso neonatal   | Adequado (2500 g-3999 g)     | 230   | 88,1 | 87   | 93,6  | 143      | 85,1 | 1,099                        | 1,012-1,194 | 0,044  |
|                 | Baixo peso (<2500 g)         | 12    | 4,6  | 2    | 2,2   | 10       | 6,0  | 0,361                        | 0,081-1,614 | 0,222  |
|                 | Macrossomia (≥4000 g)        | 19    | 7,3  | 4    | 4,3   | 15       | 8,9  | 0,482                        | 0,165-1,409 | 0,168  |

# – qui-quadrado ( $p < 0,05$  estatisticamente significativo); \* – Teste exato de Fisher; \$ – os RR ajustados não deram RR significativos, pelo que se opta por não colocar na tabela; IC – Intervalo de confiança a 95%; ITP – Indução do trabalho de parto; PVAC – Parto vaginal após cesariana; RR – Risco relativo.

## CONCLUSÃO

Os dados sugerem que o parto vaginal anterior permanece o principal preditor de sucesso em mulheres submetidas à ITP com dinoprostona após cesariana. Embora a taxa de rotura uterina observada tenha sido superior à reportada noutros contextos, as complicações graves foram pouco frequentes. Estes resultados sugerem que a ITP com dinoprostona pode constituir uma opção segura em mulheres selecionadas com cicatriz uterina prévia. O parto vaginal anterior mantém-se o principal preditor de sucesso e deve ser valorizado no aconselhamento individualizado.

São necessários estudos prospetivos multicêntricos para confirmar estes achados e definir protocolos de indução mais seguros e eficazes nesta população.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Betran AP, Torloni MR, Zhang J, Ye J, Mikolajczyk R, Deneux-Tharoux C et al. What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies. *Reprod Health*. 2015;12(1):57. doi:10.1186/s12978-015-0043-6
2. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Maternal mortality and severe morbidity associated with low-risk planned cesarean delivery versus planned vaginal delivery at term. *CMAJ*. 2007;176(4):455-460. doi:10.1503/cmaj.060870
3. Khasawneh W, Obeidat N, Yusef D, Alsulaiman JW. The impact of cesarean section on neonatal outcomes at a university-based tertiary hospital in Jordan. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20:335. doi:10.1186/s12884-020-03027-2
4. Entidade Reguladora da Saúde (ERS). Acesso e atividade dos prestadores de cuidados de saúde de obstetria – partos. Porto; 2024
5. Nair M, Soffer K, Noor N, Knight M, Griffiths M. Selected maternal morbidities in women with a prior caesarean delivery planning vaginal birth or elective repeat caesarean section: a retrospective cohort analysis using data from the UK Obstetric Surveillance System. *BMJ Open*. 2015;5:e007434. doi:10.1136/bmjopen-2014-007434
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Practice Bulletin No. 205. *Obstet Gynecol*. 2019;133(2):e110-e127. doi:10.1097/AOG.0000000000003078
7. Balachandran L, Vaswani PR, Mogotlane R. Pregnancy outcome in women with previous one cesarean section. *J Clin Diagn Res*. 2014;8(2):99-102. doi:10.7860/JCDR/2014/7774.4019
8. Comptour A, Delabaere A, Huret C, Ouziel L, Ughetto S, Pereira B et al. Success to reach 3 cm of dilation with a Dinoprostone Vaginal Insert in primiparous women with a previous cesarean section versus nulliparous: a retrospective case-control study. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2022;51(8):102441. doi:10.1016/j.jogoh.2022.102441
9. Lakho N, Hyder M, Ashraf T, Khan S, Kumar A, Jabbar M et al. Efficacy and safety of misoprostol compared with dinoprostone for labor induction at term: an updated systematic review and meta-analysis. *Front Med (Lausanne)*. 2024;11:1459793. doi:10.3389/fmed.2024.1459793
10. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Green-top Guideline No. 45. 2022 update.
11. Bouchghoul H, Zeino S, Houllier M, Senat MV. Cervical ripening by prostaglandin E2 in patients with a previous cesarean section. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2020;49(4):101699. doi:10.1016/j.jogoh.2020.101699
12. Hasegawa J, Homma C, Saji S, Furuya N, Sakamoto M. Effect of analgesia locoregional analgesia on cervical ripening using dinoprostone vaginal inserts. *J Anesth*. 2024;38(2):215-221. doi:10.1007/s00540-023-03307-z
13. FIGO Working Group. FIGO good practice recommendations for vaginal birth after cesarean. *Int J Gynaecol Obstet*. 2025;160(1):45-50. doi:10.1002/ijgo.70406
14. Rath W, Hellmeyer L, Tsikouras P, Stelzl P. Mechanical Methods for the Induction of Labour After Previous Caesarean Section – An Updated, Evidence-based Review. *Geburtshilfe Frauenheilkd*. 2022 16;82(7):727-735. doi: 10.1055/a-1731-7441

## CONTRIBUIÇÃO DOS AUTORES

AES: conceção, metodologia, validação, análise formal, investigação, curadoria de dados e redação do manuscrito original. MO: metodologia, *software*, análise formal, curadoria de dados e redação do manuscrito original. APF: revisão e edição do manuscrito. MLR: supervisão do estudo, revisão e edição do manuscrito.

## CONFLITO DE INTERESSES

As autoras declaram não ter conflitos de interesse relacionados com o presente estudo.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Sem qualquer tipo de suporte financeiro de nenhuma entidade no domínio público ou privado.

## ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Ana Elisa Sousa  
E-mail: anae.sousa.l@gmail.com  
<https://orcid.org/0009-0006-3349-9612>

**RECEBIDO EM:** 13/01/2026

**ACEITE PARA PUBLICAÇÃO:** 19/05/2026