

## **PROTOCOLO DE PARTO VAGINAL EN CESAREA PREVIA**

Elaborado por: Dra. Eliana Ruiz (Jefe de Servicio CSA)

Aprobado por:

### **Fecha de publicación:**

La operación cesárea fue diseñada y se ha perfeccionado a lo largo del tiempo para resolver algunas condiciones que no permiten o serían más riesgosas por la vía vaginal. Sin embargo, en el último tiempo ha habido un incremento mundial y también en nuestro país por razones no avaladas por la medicina actual.

La OMS ha propuesto como objetivo, una tasa de cesárea del 15 %, siendo actualmente un indicador de calidad materno- perinatal.

Según los datos de la OCDE de 2017, Chile tiene una tasa global de cesárea de 47,1%, (70% para el sector privado) siendo el segundo país , después de Turquía, con la tasa mas alta de cesárea .

La mayor dificultad propuesta por la guía MINSAL 2015, para disminuir la tasa de cesárea actual, son las multíparas con 1 cesárea anterior.

Fundamentado en lo anterior, diseñamos un protocolo de Parto Vaginal después de una cesárea, dando el mayor perfil de seguridad, según la mejor evidencia actual.

**Tabla 1:** Riesgos neonatales y maternos del parto vaginal versus cesárea.

<b>Riesgos Neonatales</b>			
		<b>Parto Vaginal</b>	<b>Cesárea</b>
Laceraciones		---	1-2 %
Trauma obstétrico	Distocia hombro	0,2 - 2,0 %	---
	Parálisis braquial congénita	2-5/1.000	2,1/1.000
	Fracturas	1-2 %	1 - 2 %
Adaptación	Morbilidad respiratoria (término)	< 1 %	1 - 4 %
Resultado	Muerte	Sin diferencia	Sin diferencia
	Apgar bajo	Sin diferencia	Sin diferencia
<b>Riesgos Maternos</b>			
Quirúrgicas	Morbilidad severa	0.9 %	2.7 %
	Hemorragia post parto	1 - 5 %	1 - 8 %
	Histerectomía	2-5/1000	10-20 veces
	Embolía líquido amniótico	3.3-7.7/100000	15.8/100000
	Muerte materna	3.6/100000	13.3/100000
Anestesia	Regional	0.06/1000	0.13-0.29/1000
	General	---	2 veces
Trauma Perineal	Desgarros 3°-4° grado	2 - 5 %	---
	Incontinencia urinaria	21 - 32 %	0 - 10 %
	Incontinencia fecal	10 - 20 %	3 %
Infecioso	Fiebre	1 - 2%	2.5 %
	Infección herida operatoria	0.05 %	3 %
Próximo embarazo	Rotura uterina	---	1 %
	DPPNI	0.74 %	0.95 %
	Placenta previa	0.38%	1,5-3,0 veces
	Acretismo	---	1-40 %
Reproductivos	Infertilidad	---	Aumenta riesgo
	Mortinato	---	Aumenta riesgo
Apego	Lactancia	---	Disminuye

DPPNI = desprendimiento prematuro de placenta normoinserta  
(Bauer & Bonanno, 2009; Gregory *et al.*, 2012)

## **EVIDENCIA DE RIESGOS ASOCIADOS A TRABAJO DEPARTO CON CESAREA ANTERIOR**

- Tasa de Rotura uterina 1 CCA al termino: 0,78 %  
National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010.
- Tasa de mortalidad materna:  
National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010
- Severe maternal morbidity in Canada, 1991-2001. CMAJ. 2005;173(7):759. : 1 /500 roturas uterinas.
- Tasa de complicaciones maternas: 14- 30 % HT- Transfusiones\_ infecciones- Complicaciones de HT.
- Tasa de mortalidad neonatal: 5% de todas las roturas.  
National Institutes of Health Consensus Development conference statement: vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010.
- Tasa de encefalopatía hipoxico isquémica neonatal: 2-6% de todas las roturas.  
Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004;351(25):2581.

Mayor probabilidad de asfixia cuando el tiempo entre la alteración del Monitoreo fetal y la cesárea fue mayor de 18 min.

### **Factores de Riesgo:**

- Inducción (misoprostol y oxitocina)
- Histerotomía previa vertical
- Histerotomía corporal
- Peso fetal > 4. 000 gr o DM > 3.800 gr
- >40 semanas
- Periodo intergenésico < 2 años
- Mas de 1 cesárea
- BISHOP < 7 , trabajo de parto prologado y la dilatación avanzada >7 cms aumenta el riesgo de rotura.
- Endometritis postparto previo.

DISMINUYE EL RIESGO DE ROTURA UN PARTO VAGINAL PREVIO (ANTES O DESPUES LA CESAREA) RR 0,26 Y RR DE 0,5 PARA TOLAC EXITOSO PREVIO.  
Vaginal birth after cesarean. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD 2010

## **CONDICIONES PARA OPTAR POR PARTO VAGINAL POSTERIOR A 1 CESAREA**

- Sin contraindicación para parto vaginal
- Ingresar con trabajo de parto espontáneo. (NO inducción) \*
- No más de 1 cesárea previa
- Histerotomía previa segmentaria
- Cesárea previa mayor de 30 semanas
- EPF < 4.000 kg
- EPF < 3800 GR en pacientes diabéticas (Gestacionales y pregestacionales)
- Edad gestacional menor o igual a 40 semanas
- Periodo intergenésico > 2 años
- Sin endometritis puerperal previa
- Previo consentimiento de la paciente
  
- **En parto:**
  - Monitorización continua
  - Vía venosa permeable
  - Dinámica uterina no mayor a 4/10 min
  - Expedita progresión del trabajo de parto y expulsivo (este último no más de 2 hrs).
  - No realizar maniobra Kristeller.
  - Debe hacerse cargo de la anestesia, el anestesista de turno CSA.
  - **EL MEDICO TRATANTE DEBE ESTAR PRESENTE EN EL TRABAJO DE PARTO DESDE LOS 7 CMS DE DILATACION.**