

## **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 más 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.**