
 <b>Germans Trias i Pujol</b> Hospital Institut Català de la Salut		 <b>Institut Català de la Salut</b> <b>Gerència Territorial</b> <b>Metropolitana Nord</b>		<b>SERVEI</b>  <b>OBSTETRÍCIA</b>	
<b>TÍTOL DOCUMENT:</b>		<b>PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA</b>			
<b>TIPUS DOCUMENT:</b>		PROTOCOL MÈDIC			
<b>CODI DOCUMENT: OBS-PM-061</b>			Pàgina núm. 1 de 28		

## GESTIÓ DE LES MODIFICACIONS

**Periodicitat de revisió:** 5 anys

**Responsable revisió:** Dra. Júlia Ponce

REVISIÓ	DATA REVISIÓ	DESCRIPCIÓ DE LES MODIFICACIONS	AUTORS	VALIDAT PER	DATA VALIDACIÓ
01	12/2010	Creació del document	Dr. MA Luna Dr. Pérez-Picañol	Sessió servei	01/2011
02	05/2019	Actualització bibliogràfica	Dr. MA Jiménez Dra. Laia Vidal	Cap Clínic i Cap Servei	Setembre 2019
03	03/06/2024	Actualització	Dra. J Ponce	Cap Clínic i Cap Servei	18/10/2024

## DISTRIBUCIÓ DEL DOCUMENT

<b>DESTINATARI</b>
DCTGO



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### **1. INTRODUCCIÓ**<sup>1-4</sup>

Durant les últimes dècades la taxa de part per cesària s'ha vist incrementada de forma global, situant-se al voltant del 27% en el nostre entorn clínic però sent molt més elevada en altres territoris del món.

Aquest fet ha comportat, en conseqüència, un increment de determinades patologies i complicacions que afecten especialment les gestacions successives entre les quals destaquen:

- Risc de ruptura uterina.
- Risc de defectes de la cicatriu de cesària (istmocel).
- Risc d'anomalies de la implantació (gestació en cicatriu de cesària) i de placentació (placenta prèvia, acretisme placentari).

### **2. CONTROL GESTACIONAL I ASSESSORAMENT SOBRE LA VIA DEL PART**

El control gestacional de la pacient amb una cesària anterior es realitzarà d'acord al protocol establert per una gestació de risc mig (Protocol Generalitat)<sup>5</sup>. Les dues qüestions principals a tenir en compte respecte la via del part en pacients amb cesària anterior inclouen: el **risc de ruptura uterina** i la **probabilitat d'èxit de part vaginal**. Per aquest motiu, durant el seguiment gestacional és imprescindible la realització d'un assessorament adequat sobre la via del part.

L'evidència actual estableix l'intent de part vaginal després de cesària (PVDC) com una pràctica segura i adequada en pacients amb antecedent de cesària segmentaria prèvia, un cop exclosos els casos amb alt risc de ruptura uterina i/o contraindicació absoluta per al part vaginal per altres motius. Així com, no recomana la pràctica d'una cesària electiva després de cesària (CEDC) de forma habitual sense haver realitzat un assessorament previ sobre la via del part, ja que no es una pràctica exempta de riscos materns i/o fetals<sup>6</sup>.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### **2.1 OBJECTIUS DE L'ASSESSORAMENT SOBRE LA VIA DEL PART**

L'assessorament respecte a la via del part, s'hauria de realitzar idealment abans de la setmana 37, sent altament recomanable una primera valoració durant la primera meitat de la gestació i, amb una revaloració al final de la mateixa en cas d'aparició de factors modificadors que puguin influir en la decisió final sobre la via del part<sup>7</sup>. Aquest té per objectius:

- Proporcionar una informació adequada i individualitzada a la pacient sobre els riscos i beneficis tant del PVDC com de la CEDC.
- Valorar el risc de ruptura uterina i els factors modificadors segons les circumstàncies individuals de la gestació actual i/o antecedents previs.
- Valorar la probabilitat d'èxit de part vaginal i els factors modificadors circumstàncies individuals de la gestació i/o antecedents previs.
- Valorar la presència de desig gestacional futur o la voluntat d'anticoncepció definitiva en el següent part.
- Motivar i facilitar la participació de la pacient en la presa de decisions sobre la via del part, oferint el temps suficient per poder resoldre dubtes en visites successives.

En el nostre centre l'assessorament inicial de les pacients amb cesària anterior es durà a terme a l'ASSIR, o bé a la consulta d'ARO en pacients que precisin seguiment hospitalari per altres motius, idealment durant la primera meitat de la gestació i amb la recomanació de realitzar-lo abans del tercer trimestre (**Veure Annex 1: Assessorament de la via del part en pacient amb cesària anterior**).

### **2.2 ANAMNESI I VALORACIÓ DE FACTORS DE RISC EPIDEMIOLÒGICS**

Durant la primera visita és recomanable la realització d'una anamnesi dirigida valorant factors de risc epidemiològics relacionats tant amb l'increment del risc de ruptura uterina com de l'èxit de part vaginal i que condicionin l'assessorament sobre la via del part.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### Factors epidemiològics materns:

- Edat materna.
- Ètnia.
- IMC pregestacional.

### Antecedents obstètrics:

- Paritat.
- N° cesàries prèvies.
- N° parts vaginals previs i si algun ha estat PVDC.
- Data cesària prèvia.
- Data probable de part d'aquesta gestació.
- Càlcul període intergenèsic.
- Edat gestacional cesària anterior.
- Indicació cesària anterior.
- Resultat perinatal.
- Complicacions intra/post cesària.

## **2.3 VALORACIÓ RISCOS I BENEFICIS PART VAGINAL VS CESÀRIA ELECTIVA**

### 2.3.1 ASSESORAMENT SOBRE EL RISC DE RUPTURA UTERINA<sup>1-4</sup>

La complicació més greu associada a l'intent de PVDC és la ruptura uterina, atès a l'augment de morbimortalitat materna i perinatal que associa. El risc global de ruptura uterina després d'una cesària anterior se situa al voltant del 0.5%<sup>1-2</sup>. La mortalitat perinatal relacionada a l'intent de PVDC es situa al voltant del 0.13% respecte al 0.05% en la CEDC, principalment per les conseqüències associades a la ruptura uterina<sup>8</sup>.

Encara que representen diferents expressions d'un mateix procés clínic comú la significança clínica i la diferència dels resultats perinatals/materns associats a cadascuna d'elles obliga a distingir entre:

- **Ruptura uterina:** Disrupció completa de totes les capes de l'úter a nivell de la cicatriu prèvia uterina, comunicant-se la cavitat uterina i la peritoneal, i que resulta



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

en una hemorràgia materna ràpida i massiva que comporta greus repercussions clíniques maternes i fetals<sup>9</sup>.

- **Dehiscència de cicatriu prèvia:** Separació incompleta de la cicatriu uterina, amb una disrupció de l'endometri i el miometri amb preservació de la serosa uterina cobrint el defecte. Les membranes fetals també estan íntegres i no hi ha contacte entre la cavitat uterina i la cavitat peritoneal. Sol ser un defecte diagnosticat de forma incidental durant la realització d'una cesària en una pacient amb una cesària prèvia però que habitualment no s'acostuma a traduir en resultats perinatals adversos<sup>9</sup>.

### Contraindicacions absolutes pel part vaginal

De manera excepcional, es recomanarà la realització d'una cesària electiva en aquells casos amb alt risc de ruptura uterina:

- Antecedent de ruptura uterina prèvia (6% si localització al segment uterí inferior però del 15-30% en cas de ruptura més alta)<sup>7,10-11</sup>.
- Antecedent de cicatriu uterina no segmentària (incisió corporal o clàssica (risc ruptura 4-9%), incisió i/o ampliació en T (risc ruptura 4-9%)<sup>12</sup>. Respecte a la cicatriu segmentària vertical el risc de ruptura està en un 1.7-2%<sup>9</sup>.

En cas de no conèixer el tipus d'incisió es considerarà com a incisió segmentària transversa baixa (representen el 92% dels casos) i es permetrà l'opció a part vaginal, excepte en casos amb alta sospita clínica d'incisió corporal (cesària <28 setmanes, patologia segment inferior per exemple grans miomes...)<sup>7,9</sup>.

- Cirurgia uterina prèvia amb entrada a cavitat endometrial.
- 3 o més cesàries prèvies<sup>13</sup>.
- Altra contraindicació pel part vaginal (placenta prèvia, presentació no cefàlica...).

### Factors que augmenten el risc de ruptura uterina

- 2 cesàries prèvies: Risc ruptura uterina al voltant del 1.5% (0.9-1.8%)<sup>14-16</sup>. L'èxit de part vaginal és lleugerament inferior al de les pacients amb una cesària prèvia (65-70%). Alguns estudis han mostrat que el risc de ruptura resulta especialment augmentat en el context d'inducció del part o augment de la dosi d'oxitocina durant el treball de part<sup>16</sup>.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

- Període intergenèsic entre cesària i següent part <18 mesos: Risc ruptura uterina al voltant del 1.5-3%<sup>17,18</sup>, i inversament proporcional com menor és el període intergenèsic<sup>7</sup>.
- Inducció del part: La taxa d'èxit de part vaginal disminueix (60%) i el risc de ruptura uterina és variable (1-2%) i ve determinat principalment pel mètode utilitzat<sup>19,20</sup>:
  - Dinoproston / Associació Dinoproston + Oxitocina: 1.4%.
  - Oxitocina: 1.1%.
    - El risc de ruptura és proporcional a la dosi d'oxitocina utilitzada durant una inducció, pel que s'hauria d'utilitzar la mínima dosi efectiva<sup>22</sup>.
    - L'ús d'oxitocina com a coadjuvant en un treball de part iniciat de forma activa (no inducció) no sembla augmentar significativament el risc de ruptura uterina<sup>23,24</sup>.
  - Inducció amb baló uterí (tipus Baló de Cook): 1%, similar a l'ús d'oxitocina aïllada. Sempre que el Bishop ho permeti, i no hi hagi cap altra contraindicació, es recomanarà l'ús d'un mètode mecànic<sup>9,25-28</sup>.
  - L'ús de PG E1 (misoprostol) està contraindicat en el PVDC<sup>29,30</sup>.

En termes generals, els factors de risc que més augmenten el risc de ruptura uterina durant la inducció són: l'absència d'un part vaginal previ, Bishop desfavorable i l'ús de mètode farmacològic (prostaglandines) per a la maduració cervical.

- Altres factors materns-fetals: Macrosomia fetal (>4000-4500gr), obesitat mòrbida (IMC >40), edat materna molt avançada (>45 anys), gestació post-terme, encara que amb menor evidència<sup>7</sup>.

### Valoració ecogràfica del gruix del segment uterí inferior i risc de ruptura uterina<sup>31-37</sup>

A dia d'avui no existeix cap model de predicció suficientment sensible i específic per predir de forma precisa el risc de ruptura uterina en un intent de PVDC i que sigui aplicable a la clínica diària. A banda de tenir en compte factors clínics, diversos estudis han avaluat la relació del gruix del segment uterí amb el risc de ruptura uterina, i se n'ha



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

proposat la seva mesura ecogràfica com a factor predictor (**Veure Annex 2: Metodologia valoració ecogràfica gruix segment uterí inferior**). L'evidència disponible mostra una correlació inversa entre el gruix de segment uterí inferior i un major risc de defecte a nivell de la cicatriu uterina, ja sigui en forma de dehiscència - ruptura uterina.

Tanmateix a la pràctica clínica diària no es recomana la mesura sistemàtica del gruix segment uterí inferior en les pacients amb una cesària anterior. El motiu principal d'aquesta recomanació ve derivat de la manca d'evidència respecte a l'existència d'un punt de tall comú per sota del qual es pugui contraindicar foralment el part vaginal. Si bé és cert que, en termes generals, es considera un gruix de segment <2mm com a predictor d'alt risc de ruptura uterina, mentre que un gruix de segment >3mm aporta un alt valor predictiu negatiu.

Per tant, d'entrada, no s'integrarà de forma rutinària la mesura del gruix del segment uterí inferior durant el procés d'assessorament de PVDC. Es valorarà com a mètode complementari en casos de pacients amb antecedent cesària anterior i factors de risc de ruptura uterina que sol·licitin un intent de part vaginal, per exemple, en cas de 2 cesàries anteriors i/o període intergenèsic curt (<18 mesos).

### 2.3.2 ASSESORAMENT SOBRE COMPLICACIONS ASSOCIADES A LA CESÀRIA ELECTIVA DESPRES DE CESÀRIA

La cesària no és una pràctica lliure de complicacions maternes (risc hemorràgic, infeccions, tromboembòlic), i a part, també s'associa a un major risc de morbiditat respiratòria neonatal<sup>7,8</sup>.

Tot i que amb les dades disponibles actualment no existeixen diferències significatives en relació al risc d'histerectomia, hemorràgia, transfusió o infeccions respecte el PVDC vs. la CEDC<sup>7,8</sup>, sí existeix més mortalitat materna després de la cesària electiva, si bé ambdós valors absoluts són mínims (PVDC 0.0019% vs. CEDC 0.0096%)<sup>2</sup>.

S'ha d'afegir que la CEDC augmenta el risc de complicacions en futures gestacions. A mesura que augmenta el nombre de cesàries augmenta el risc de complicacions associades a cirurgies successives (lesió quirúrgica d'òrgans veïns), histerectomia i



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

placentació anòmala<sup>1-4</sup>. D'altra banda, actualment no existeix suficient evidència per valorar els efectes de la via del part després de cesària anterior sobre l'encefalopatia hipòxico-isquèmica, sèpsia neonatal, trauma obstètric o resultats neurològics a llarg termini<sup>7,8</sup>.

### **2.4 VALORACIÓ EXIT PART VAGINAL**

La probabilitat d'èxit de PVDC depèn de les característiques demogràfiques, mèdiques i gestacionals de cada pacient. Globalment, la taxa d'èxit de part vaginal es situa al voltant del 72-75%, amb un notable increment de fins al 85-91% si la pacient ha tingut un part vaginal previ<sup>6,38-40</sup>.

Aquesta probabilitat d'èxit no només és rellevant com a mesura directa per assolir un part vaginal, sinó que també representa una mesura indirecta sobre el risc de morbiditat materna en l'intent de PVDC. Aquesta morbiditat es situa, de forma general, en un 0.2% en pacients que aconseguen un PVDC respecte al 0.8% de les pacients amb una CEDC, però tanmateix cal recordar que la major morbiditat materna recau sobre el percentatge de pacients amb una cesària en curs de part després d'un intent de PVDC fallit (3.8%)<sup>41</sup>. La cesària intrapart en el procés d'un intent de PVDC representa l'escenari menys desitjable amb un risc incrementat d'infeccions postoperatòries, complicacions quirúrgiques i morbiditat perinatal.

En els darrers anys s'han desenvolupat diferents models de predicció per valorar la probabilitat d'èxit del part vaginal en pacients amb cesària anterior basant-se en factors materns i obstètrics. La majoria aporten una capacitat predictiva global moderada-bona. El model de predicció de Grobman<sup>42</sup> és el més utilitzat i ha estat validat a la nostra població<sup>43</sup>. Tot i no ser obligatori el seu ús de manera sistemàtica, aquesta calculadora és un recurs complementari d'utilitat en aportar informació de forma objectiva i individualitzada sobre les possibilitats d'èxit de PVDC de cada pacient, i sovint, ajuda a la presa de decisions dins de l'assessorament global del PVDC, sempre tenint en compte l'espectre sencer de l'assessorament (preferències de la pacient, història obstètrica, factors de risc per ruptura uterina, planificació familiar futura).



**PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

Es pot aplicar en tota pacient amb antecedent de cesària prèvia i el més aviat durant la gestació (idealment abans de les 37 setmanes) donat que totes les variables ja són presents al inici de l'embaràs.

<https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator>

- Edat materna.
- IMC al inici de la gestació.
- Part vaginal o PVDC previ.
- Indicació de cesària per distòcia de dilatació o descens.
- Tractament per hipertensió crònica materna.

**60-70% de probabilitat d'èxit de part vaginal:** Es farà èmfasi en la recomanació d'un part vaginal. Ja que l'evidència disponible suggereix que existeix una menor morbiditat respecte a la realització d'una cesària electiva<sup>7</sup>.

**≤10% de probabilitat d'èxit de part vaginal:** Atenent el risc-benefici, es recomanarà la realització d'una cesària electiva.

En casos intermedis, s'informarà adequadament sobre els riscos i els beneficis de cadascuna de les vies, individualitzant en funció de la presència i/o aparició en visites successives de factors que augmentin el risc de ruptura uterina o el fracàs del part vaginal i tenint en compte la motivació personal de la pacient per intentar un PVDC i el desig de futures gestacions.

Modificadors de la taxa d'èxit del part vaginal

<b>AUGMENT TAXA D'ÈXIT</b>	<b>REDUCCIÓ TAXA D'ÈXIT</b>
- Part vaginal previ.	- Cesària prèvia per distòcia de dilatació o descens.
- PVDC previ.	- Inducció al part.
- Treball de part espontani.	- IMC >30 (si IMC >40 èxit <65%) <sup>44</sup> .
- Cesària prèvia per malpresentació fetal.	- Macrosomia fetal >4kg (èxit <50%) <sup>45,46</sup> .
- Gestació de baix risc.	- Edat gestacional >40 setmanes <sup>47</sup> .
	- Diabetis gestacional <sup>48</sup> .



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

- Trastorns hipertensius de l'embaràs<sup>49-51</sup>.
- Edat materna avançada >40 anys<sup>52</sup>.
- Baixa estatura <1,45m<sup>53</sup>.
- 2 o més cesàries prèvies<sup>14-16</sup>.
- Període intergenèsic curt < 18 mesos<sup>17,18</sup>.

### 2.5 DECISIÓ FINAL SOBRE LA VIA DEL PART I MOMENT DE FINALITZACIÓ

Per tant, i segons el recollit en els apartats anteriors, la valoració de la via del part inclou un assessorament específic i individualitzat sobre el risc de ruptura uterina i les probabilitat d'èxit de la via vaginal, idealment durant la primera meitat de la gestació. Es revalorarà a la darrera visita la no aparició de factors de risc i/o situacions clíniques tardanes que impliquin un canvi en el nostre assessorament<sup>54-57</sup>.

S'entregarà la fulla informativa sobre PVDC i es registrarà a la història clínica l'assessorament i decisió de la pacient sobre la via del part. Així com, haurà de quedar-ne constància també mitjançant la firma del consentiment informat de PVDC (adjunt a la intranet), que es farà de forma escrita a la consulta, amb còpia per escanejar i còpia per la pacient. El consentiment haurà d'incloure els factors de risc epidemiològics de la pacient, els resultats de l'aplicació del model de predicció d'èxit de part vaginal (si escau) i, atès que la inducció del part implica un major risc de ruptura amb una taxa menor d'èxit, la pacient ha d'acceptar de forma específica la *inducció de part* en el consentiment informat.

La existència d'una cesària prèvia no modifica les indicacions de finalització:

**Cesària electiva:** Si hi ha contraindicació de part vaginal o no accepta el PVDC, la cesària es programarà a partir de les 39.0 setmanes. Si sol·licita cesària electiva i acut en treball de part, es pot consensuar amb la pacient l'actitud obstètrica a seguir segons les condicions obstètriques.

**Cesària per ruptura uterina prèvia:** Atès el risc augmentat de presentar una nova ruptura uterina i atenent a la possibilitat d'inici espontani de treball de part abans de les



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

39 setmanes, es recomana realització de cesària electiva entre les 36.0 i 38.0 setmanes.

**Cesària si no inici de part espontani i denegació d'inducció:** Si accepta el PVDC d'inici espontani, però no la inducció al part: la cesària es programarà en el moment que existeixi un altre motiu de finalització (per exemple, gestació cronològicament prolongada o bé per risc matern).

### 2.6 SITUACIONS ESPECIALS

- **Pacient amb 2 cesàries anteriors o període intergenèsic curt (<18 mesos):** Representen situacions amb un risc de ruptura uterina incrementat, especialment en casos associats a inducció del part o altres factors modificadors del risc de ruptura uterina. Si la pacient accepta aquest risc incrementat de ruptura uterina es pot permetre un intent de part vaginal en cas de:
  - No cesàries prèvies per distòcia de dilatació o descens.
  - IMC pregestacional <35
  - Període intergenèsic >18 mesos
  - Pes fetal estimat < percentil 97 a les 37 setmanes.
  - Gruix segment inferior uterí >3mm a les 37 setmanes.
  - Treball de part d'inici espontani (i progressió sense o amb mínima dosi d'oxitocina).
- **Presentació podàlica:** Els estudis són insuficients per recolzar el PVDC. En el nostre centre la primera opció serà cesària electiva.
- **Versió cefàlica externa:** Els resultats descrits a la literatura són similars als que s'obtenen en gestants sense cesària anterior<sup>58-60</sup>. És una contraindicació relativa en el protocol del nostre centre, però es pot valorar la indicació en conjunt amb la pacient.
- **Gestació gemel·lar:** El PVDC en gestació gemel·lar ha estat defensat en diversos estudis per ser igual de segur que en únics (no diferències significatives en la taxa de ruptura (0.8-0.9%) ni en la morbiditat materna i/o fetal). Presenta una taxa d'èxit de part vaginal similar al de la gestació única (69-84%)<sup>61-63</sup>.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

- **Part preterme:** El part preterme després de cesària anterior té el mateix èxit (72-82%) que el part a terme i el risc de ruptura uterina és similar o inclús inferior en algunes series (0,3-0,6%)<sup>64,65</sup>.
- **Òbit fetal:** El PVDC és la via d'elecció en cas de l'òbit fetal avantpart per tal d'evitar els riscos materns associats a la cesària<sup>66,67</sup>.

### **3. MANEIG INTRAPART**

#### **3.1 CHECK-LIST A L'INGRÉS**

- Comprovar que s'ha realitzat l'assessorament prenatal per part d'obstetrícia amb valoració de riscos i beneficis de cadascuna de les vies del part i que no existeix cap contraindicació per l'intent de part vaginal.
- Comprovar l'existència del consentiment informat de PVDC correctament complimentat i signat per la pacient.
- Sol·licitar reserva de sang si:
  - Presència de factors de risc associats (macrosomia, multiparitat...)
  - 2 o més cesàries prèvies.
  - Període intergenèsic <18 mesos.

#### **3.2 CONSIDERACIONS ESPECÍFIQUES SOBRE INDUCCIÓ I TREBALL DE PART**

##### Maduració cervical

Idealment, sempre que el Bishop ho permeti, **es recomanarà la maduració cervical amb Baló de Cook**, atès al millor perfil de seguretat (menor risc d'hiperestimulació uterina) i menor risc de ruptura uterina associat<sup>9,28,30,68</sup>. En cas d'impossibilitat de col·locació del baló de Cook i Bishop no favorable (<6) es realitzarà la maduració cervical amb Dinoprostona (Propess®). Aquesta està associada a un major risc de ruptura uterina que l'ús d'oxitocina de forma aïllada<sup>19,20,22</sup>. Monitoritzar estrictament l'aparició d'hiperdinàmia o alteració de freqüència cardíaca fetal. Si persisteix hiperdinàmia, després de retirar el dispositiu, administrar Prepar® a dosi úter-inhidores.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### Oxitocina<sup>9,30,68</sup>

Tot i que no hi ha un protocol òptim de dosificació de l'oxitocina en PVDC, s'aplicaran els protocols convencionals però sempre tenint en compte que el risc de ruptura és proporcional a la dosis d'oxitocina utilitzada durant una inducció, pel que s'hauria d'utilitzar la **mínima dosi efectiva**. L'ús d'oxitocina com a coadjuvant en un treball de part iniciat de forma activa (no inducció) no sembla augmentar significativament el risc de ruptura uterina.

### Monitorització fetal<sup>30</sup>

Es recomana la **monitorització continua de freqüència cardíaca fetal (FCF) i dinàmica uterina (DU)** un cop iniciada DU regular o bé simptomàtica.

- Control extern DU: El traçat permet objectivar la freqüència de les contraccions i la relació entre les contraccions i la FCF. És el mètode d'elecció.
- Control intern DU: Permet fer una avaluació precisa del registre del to uterí en repòs, de la intensitat, durada, i freqüència de les contraccions.

La monitorització externa és tant fiable com la monitorització interna en la majoria de casos. La monitorització interna no ofereix avantatges respecte al diagnòstic precoç de la ruptura uterina ni millora els resultats neonatals adversos. Es valorarà el control de DU intern en casos de:

- Dificultat en el registre o interpretació de la dinàmica uterina de la monitorització externa per mala transmissió via abdominal.
- Induccions amb risc incrementat de ruptura uterina.
- Distòcia de dinàmica o manca de progressió del part, en que es vulgui monitoritzar de manera segura la dinàmica uterina (fins a 200 UM en fase de dilatació i 250 UM en fase d'expulsiu)

El signe més comú en una ruptura uterina és l'alteració de la FCF en el registre cardiotogràfic. Cal evitar la polisistòlia, donat que es tracta d'un factor de risc directe de ruptura uterina.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

D'entrada no es recomana l'ús de monitorització intermitent. Si la pacient ho sol·licita explícitament, accepta els riscos i no existeixen altres factors de risc associats, es permetrà la realització de finestres sempre que la pacient presenti bon control del dolor. Es mantindrà monitorització contínua a partir de la dilatació completa i durant tot l'expulsiu.

### Analgèsia epidural<sup>9,30,69,70</sup>

El seu ús no disminueix la taxa d'èxit del PVDC. No emmascara els signes ni símptomes de ruptura uterina, tot i així s'ha de prestar especial atenció a la freqüència de les dosis de reforç de l'anestèsia, ja que un augment important en la seva freqüència podria ser un signe indirecte relacionat amb un inici de ruptura de la cicatriu uterina<sup>71</sup>.

### Durada de la segona fase del part<sup>9,30,72,73</sup>

El maneig de les diferents fases del part no ha de diferir respecte al maneig en una pacient sense antecedent de cesària i la progressió del part s'avalua amb els mateixos estàndards. Tanmateix, s'ha de tenir en consideració que en cas d'una **progressió lenta amb una segona fase del part perllongada (>3h) existeix una disminució significativa de la probabilitat de part vaginal i augment significatiu de risc de ruptura uterina** (0.7% si <1h vs 3.1% si ≥3h). Es recomana evitar els expulsius perllongats de >3h i en aquests casos indicar una cesària de recurs o un part instrumentat (en funció de les condicions), especialment si s'associa qualsevol alteració del registre cardiotogràfic que pugui fer sospitar d'una ruptura uterina.

### Retenció placentària<sup>30,74</sup>

En cas de retenció placentària recordar que la presència d'una cicatriu pot associar-se a un **risc augmentat d'acretisme placentari**<sup>49</sup>. Abans de realitzar una extracció manual, es recomana realitzar una ecografia a peu de llit per determinar i diferenciar entre una retenció vs. presència de signes d'adhesió placentària que ens poguessin fer sospitar d'un acretisme placentari.

L'evacuació placentària s'haurà de realitzar de forma **ecoguiada**, intraquiròfan i amb el personal i recursos necessaris per una eventual histerectomia postpart.

Es recomana avisar a la guàrdia de radiologia intervencionista (*DIVAS*) en el primer moment en que hi hagi sospita d'acretisme, per evitar demores en el tractament si fos necessari.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

### Revisió cicatriu uterina prèvia en el post-part immediat<sup>30,75</sup>

**No es recomana la revisió digital rutinària de la cicatriu després d'un part vaginal,** atès:

- Falta de sensibilitat de la tècnica. Les dehiscències asimptomàtiques són freqüents.
- Iatrogènia de la mateixa.
- L'actitud diagnòstica no varia després del diagnòstic d'una ruptura uterina asimptomàtica.

L'examen únicament és aconsellable en casos en els quals existeixin **signes o símptomes de sospita de ruptura uterina**<sup>76</sup> (abreujament d'expulsiu per bradicàrdia fetal sostinguda no explicada per altre motiu, metrorràgia, dolor abdominal intens...).

En cas de detecció o sospita d'una ruptura / dehiscència post-part:

- Si és menor de **2 cm, sense sagnat vaginal ni signes d'hipovolèmia** (assimptomàtica), es pot mantenir una conducta expectant, amb control estricte de les constants i amb hemogrames seriats, que descartin un sagnat intraperitoneal profund que obligui a una laparotomia exploradora.
- Si la solució de continuïtat és **>2cm** o la dona presenta signes de **descompensació hemodinàmica**, es recorre a una laparotomia exploradora i reparació quirúrgica vs histerectomia.

### **Símptomes i signes clínics suggestius de ruptura uterina**

- Registre cardiotogràfic amb traçat FCF anormal (desacceleracions perllongades – bradicàrdia fetal sostinguda).
- Registre cardiotogràfic amb patró de contraccions anormal (augment freqüència contraccions amb reducció gradual de la seva amplitud).
- Dolor abdominal agut (especialment a nivell suprapúbic/histerotomia prèvia).
- Augment de la freqüència dels requeriments de dosis d'analgèsia peridural.
- Sagnat vaginal.
- Pèrdua estàtica fetal amb parts fetals palpables abdomen.
- Inestabilitat hemodinàmica.
- Hematúria si afectació vesical.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### **4. CONSIDERACIONS DESPRÉS D'UNA CESÀRIA**

Després de la realització d'una cesària és important documentar el tipus d'incisió realitzada l'informe quirúrgic. Així com, fer constar a l'informe d'alta si la incisió realitzada i/o aparició d'alguna complicació contraindicaria un part vaginal en la pròxima gestació.

Recomanar a la pacient un període intergenèsic de mínim 18 mesos per assegurar una correcta cicatrització uterina i evitar un risc augmentat de ruptura uterina en cas de futures gestacions. Oferir mètode anticonceptiu a la pacient i derivar al seu ASSIR de referència si precisa col·locació d'un mètode anticonceptiu de llarga durada (DIU, Implant subdèrmic). En determinats casos podem plantejar col·locació del mètode anticonceptiu previ a l'alta



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

### BIBLIOGRAFIA

1. Birth after previous caesarean section. C-Obs 38. The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG) . March 2019.
2. ACOG Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstetrics & Gynecology. February 2019, Volume 133 (2), p e110–e127.
3. After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). October 2015.
4. Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155.Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). J Obstet Gynaecol Can. 2005; 27: 164-74.
5. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya, 3º edició revisada. Juny 2018. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Agència de Salut Pública de Catalunya.
6. Cesària electiva en gestants amb cesària prèvia. 2023. Disponible a: <https://essencialsalut.gencat.cat/ca/detalls/Article/cesaria-electiva-gestants-cesaria-previa>
7. Metz TD, Grobman W, Barss VA. Choosing the route of delivery after cesarean birth. UpToDate; (2023). Disponible a: <https://www.uptodate.com>
8. Guise JM, Denman MA, Emeis C et al. Vaginal birth after cesarean: new insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol. 2010 Jun;115(6):1267-1278.
9. Deshmukh U, Denoble AE, Son M. Trial of labor after cesarean, vaginal birth after cesarean, and the risk of uterine rupture: an expert review. Am J Obstet Gynecol. 2024 Mar;230(3S):S783-S803.
10. Reyes-Ceja L, Cabrera R, Insfran E, Herrera-Lasso F. Pregnancy following previous uterine rupture. Study of patients. Obstet Gynecol 1969;34:387–9.
11. Eshkoli T, Weintraub AY, Baron J, Sheiner E. The significance of a uterine rupture in subsequent births. Arch Gynecol Obstet 2015;292:799–803.
12. Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. Clin Obstet Gynecol. 2015 Jun;58(2):309-19.
13. Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. BJOG 2010;117:422–7.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

14. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;108:12–20.
15. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)—a systematic review with metaanalysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG* 2010;117:5–19.
16. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192:1223–8; discussion 1228–9.
17. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. *Obstet Gynecol*. 2010; 115: 1000-6.
18. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2002; 99: 41-4.
19. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal–Fetal Medicine Units Network. *N Engl J Med* 2004;351:2581–9.
20. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Outcomes of induction of labor after one prior cesarean. *Obstet Gynecol* 2007;109:262–9.
21. Frey H, Landon MB, Berghella V, Barss V. Uterine rupture: after previous cesarean birth. *UpToDate*; (2023). Disponible a: <https://www.uptodate.com>
22. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, Odibo AO, Allsworth JE, Evanoff B, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2008;199: 32.e1–5.
23. Horenstein JM, Phelan JP. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:564–9.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

24. Flamm BL, Goings JR, Fuelberth NJ, Fischermann E, Jones C, Hersh E. Oxytocin during labor after previous cesarean section: results of a multicenter study. *Obstet Gynecol* 1987;70:709–12.
25. Mei-Dan E, Walfisch A, Valencia C, Hallak M. Making cervical ripening EASI: a prospective controlled comparison of single versus double balloon catheters. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2014 Nov;27(17):1765-70. doi: 10.3109/14767058.2013.879704. Epub 2014 Feb 3.
26. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jun 9;6:CD009792.
27. Smith JA. Balloon Dilators for Labor Induction: a Historical Review. *J Med Ethics Hist Med*, 2013; 6:10.
28. Berzosa J, De la Cruz A, Skaff A. Maduración e inducción del parto mediante balón de Cook en gestantes con cesárea previa. *Toko - Gin Pract*, 2013; 72 (5): 131 – 135.
29. Aslan H, Unlu E, Agar M, Ceylan Y. Uterine rupture associated with misoprostol labor induction in women with previous cesarean delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2004;113:45–8.
30. Metz TD, Grobman W, Barss VA. Trial of labor after cesarean birth: Intrapartum management. *UpToDate*; (2023). Disponible a: <https://www.uptodate.com>
31. Jastrow N, Demers S, Chaillet N, et al. Lower uterine segment thickness to prevent uterine rupture and adverse perinatal outcomes: a multicenter prospective study. *Am J Obstet Gynecol*. 2016;215:604.e1–604.e6.
32. Jastrow N, Chaillet N, Roberge S, Morency AM, Lacasse Y, Bujold E. Sonographic lower uterine segment thickness and risk of uterine scar defect: a systematic review. *J Obstet Gynaecol Can* 2010; 32: 321–327.
33. Kok N, Wiersma IC, Opmeer BC, et al. Sonographic measurement of lower uterine segment thickness to predict uterine rupture during a trial of labor in women with previous cesarean section: a metaanalysis. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2013;42:132–139.
34. Swift BE, Shah PS, Farine D. Sonographic lower uterine segment thickness after prior cesarean section to predict uterine rupture: a systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98:830–841.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

35. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, et al. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet*. 1996;347:281–284.
36. Bujold E, Jastrow N, Simoneau J, et al. Prediction of complete uterine rupture by sonographic evaluation of the lower uterine segment. *Am J Obstet Gynecol*. 2009;201:320.e1–320.e6.
37. Rozenberg P, Senat MV, Deruelle P et al. Evaluation of the usefulness of ultrasound measurement of the lower uterine segment before delivery of women with a prior cesarean delivery: a randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2022;226:253.e1-9.
38. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery, *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193(3 Pt 2):1016-23.
39. Smith GC, White IR, Pell JP, Dobbie R. Predicting cesarean section and uterine rupture among women attempting vaginal birth after prior cesarean section, *PLoS Med*. 2005;2(9):e252.
40. Gregory KD KL, Fridman M et al. Vaginal birth after Cesarean: clinical risk factors associated with adverse outcome, *Am J Obstet Gynecol*. 2008(198):452-5.
41. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med*. 1996 Sep 5;335(10):689-95.
42. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, Spong CY, Leveno KJ, Rouse DJ, et al. Development of a nomogram for prediction of vaginal birth after cesarean delivery, *Obstet Gynecol*. 2007;109(4):806-12.
43. Anton Baranov A, Gratacós E, Vikhareva O, Figueras F. Validation of the prediction model for success of vaginal birth after cesarean delivery at the university hospital in Barcelona. *The journal of maternal-fetal & neonatal medicine* 2017. DOI:[10.1080/14767058.2016.1271407](https://doi.org/10.1080/14767058.2016.1271407)
44. Hibbard JU, Gilbert S, Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, et al. Trial of labor or repeat cesarean delivery in women with morbid obesity and previous cesarean delivery, *Obstet Gynecol*. 2006;108(1):125-33.
45. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol* 2003; 188:824–30.
46. Flamm BL, Goings JR. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? *Obstet Gynecol* 1989;74:694–7.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

47. Coassolo KM, Stamilio DM, Pare E, Peipert JF, Stevens E, Nelson DB, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attempts at or beyond 40 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 2005;106:700–6.
48. Coleman TL, Randall H, Graves W, Lindsay M. Vaginal birth after cesarean among women with gestacional diabetes. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184: 1104-7.
49. Levin G, Tsur A, Tenenbaum L, Mor N, Zamir M, Meyer R. Trial of labor after cesarean in women with hypertensive disorders and no prior vaginal delivery. *Arch Gynecol Obstet* 2022 [Epub ahead of print].
50. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Peipert JF, Odibo AO, Macones GA. Safety and success of vaginal birth after cesarean delivery in patients with preeclampsia. *Am J Perinatol* 2006;23:145–52.
51. Mardy AH, Ananth CV, Grobman WA, Gyamfi-Bannerman C. A prediction model of vaginal birth after cesarean in the preterm period. *Am J Obstet Gynecol* 2016;215:513. e1–7
52. Srinivas SK, Stamilio DM, Sammel MD, et al. Vaginal birth after caesarean delivery: does maternal age affect safety and success? *Paediatr Perinat Epidemiol* 2007;21:114–20
53. Marshall NE, Biel FM, Boone-Heinonen J, Dukhovny D, Caughey AB, Snowden JM. The association between maternal height, body mass index, and perinatal outcomes. *Am J Perinatol* 2019;36:632–40.
54. Emmett CL, Murphy DJ, Patel RR, Fahey T, Jones C, Ricketts IW, et al. Decision-making about mode of delivery after previous caesarean section: development and piloting of two computer-based decision aids. DiAMOND Study Group. *Health Expect* 2007;10:161–72
55. Shorten A, Shorten B, Keogh J, West S, Morris J. Making choices for childbirth: a randomized controlled trial of a decision-aid for informed birth after cesarean. *Birth* 2005;32:252–61.
56. Moffat MA, Bell JS, Porter MA, Lawton S, Hundley V, Danielian P, et al. Decision making about mode of delivery among pregnant women who have previously had a caesarean section: a qualitative study. *BJOG* 2007; 114:86–93.
57. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Odibo AO, Peipert JF, Macones GA. Predicting failure of a vaginal birth attempt after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2007;109: 800–5.



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

58. De Meeus JB, Ellia F, Magnin G. External cephalic version after previous cesarean section: a series of 38 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 1998; 91: 65-8.
59. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM, Giles WS. External cephalic version after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol.* 1991; 165: 370-2.10
60. Sanchez-Romero J, Gallego-Pozuelo RM, Dahmouni H, et al. External cephalic version following prior cesarean delivery: A comparative cohort analysis. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024 Jun 16.
61. Cahill A, Stamilio DM, Pare E, Peipert JP, Stevens EJ, Nelson DB, et al. Vaginal birth after cesarean (VBAC) attempt in twin pregnancies: is it safe? *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:1050–5.
62. Miller DA, Mullin P, Hou D, Paul RH. Vaginal birth after cesarean section in twin gestation. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:194–8. 99.
63. Myles T. Vaginal birth of twins after a previous cesarean section. *J Matern Fetal Med* 2001;10:171–4.
64. Durnwald CP, Rouse DJ, Leveno KJ, et al. The Maternal-Fetal Medicine Units Cesarean Registry: safety and efficacy of a trial of labor in preterm pregnancy after a prior cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2006;195:1119–26.
65. Quiñones JN, Stamilio DM, Paré E, Peipert JF, Stevens E, Macones GA. The effect of prematurity on vaginal birth after cesarean delivery: success and maternal morbidity. *Obstet Gynecol* 2005;105:519–24.
66. Ramirez MM, Gilbert S, Landon MB, Rouse DJ, Spong CY, Varner MW, et al. Mode of delivery in women with antepartum fetal death and prior cesarean delivery. *Am J Perinatol* 2010;27:825–30.
67. Boyle A, Preslar JP, Hogue CJ, Silver RM, Reddy UM, Goldenberg RL, et al. Route of delivery in women with stillbirth: results from the Stillbirth Collaborative Research Network. *Obstet Gynecol* 2017;129:693–8.
68. Grobman W, Berghella V, Barss V. Cervical ripening and induction of labor after a prior cesarean birth. *UpToDate*; (2023). Disponible a: <https://www.uptodate.com>
69. Stovall TG, Shaver DC, Solomon SK, Anderson GD. Trial of labor in previous cesarean section patients, excluding classical cesarean sections. *Obstet Gynecol* 1987;70:713–7.
70. Sakala EP, Kaye S, Murray RD, Munson LJ. Epidural analgesia. Effect on the likelihood of a successful trial of labor after cesarean section. *J Reprod Med* 1990;35: 886–90.



**PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

71. Goumalatsos G, Varma R. Vaginal birth after caesarean section: a practical evidencebased approach. *Obstet Gynaecol Reprod.* 2009; 19: 178-86.
72. Hehir MP, Rouse DJ, Miller RS, Ananth CV, Wright JD, Siddiq Z, Alton ME, Friedman AM. Second-Stage Duration and Outcomes Among Women Who Labored After a Prior Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol.* 2018 Mar;131(3):514-522.
73. Vaginal birth after caesarean section (VBAC). Queensland Clinical Guidelines Steering Committee Statewide Maternity and Neonatal Clinical Network (Queensland), June 2015.
74. Eshkoli T, Weintraub AY, Sergienko R, Sheiner E. Placenta accreta: risk factors, perinatal outcomes, and consequences for subsequent births. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:219.e1–7.
75. Cahill AG, Macones GA. Vaginal birth after cesarean delivery: evidence-based practice. *Clin Obstet Gynecol.* 2007; 50: 518-25.
76. Kaplan B, Royburt M, Pedel Y, Hirst M, Hod M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision of uterine scar after prior cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Scand.*1994;73:473-5.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

### Annex 1: Assessorament de la via del part en pacient amb cesària anterior

#### RECOMANACIÓ GLOBAL SOBRE EL PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

L'evidència actual estableix l'intent de part vaginal després de cesària (PVDC) com una pràctica segura i adequada en pacients amb antecedent de cesària segmentaria prèvia, un cop exclosos els casos amb alt risc de ruptura uterina i/o contraindicació absoluta per al part vaginal per altres motius. Així com, no recomana la pràctica d'una cesària electiva de forma habitual sense haver realitzat un assessorament previ sobre la via del part.

#### VISITA ASSESSORAMENT PACIENT AMB CESÀRIA ANTERIOR

L'assessorament respecte a la via del part, s'hauria de realitzar idealment abans de la setmana 37, sent altament recomanable una primera valoració al primer – segon trimestre. Aquest té per objectius:

- Proporcionar una informació adequada i individualitzada a la pacient sobre els riscos i beneficis tant del PVDC com d'una nova cesària electiva, tenint en compte el risc de ruptura uterina, la probabilitat d'èxit del part vaginal, els factors de risc i les circumstàncies individuals de la gestació.
- Motivar i facilitar la participació de la pacient en la presa de decisions sobre la via del part, oferint el temps suficient per poder resoldre dubtes en visites successives.

S'ha establert que les gestants que facin seguiment gestacional a l'ASSIR es realitzarà una primera aproximació sobre la via del part a les 12-13 setmanes, coincidint amb la visita de valoració de risc obstètric + ecografia de primer trimestre on es tractaran els apartats detallats a continuació. En cas de dubte de la pacient, un cop rebuda la informació valorar visita tipus REMB per resolució de dubtes més endavant (28-32 setmanes).

#### ANAMNESI I VALORACIÓ FACTORS DE RISC EPIDEMIOLÒGICS

##### Factors epidemiològics materns

- Edat materna
- Ètnia
- IMC pregestacional

##### Antecedents obstètrics

- TPAL
- N° cesàries prèvies
- N° parts vaginals previs i si algun ha estat PVDC
- Data cesària prèvia
- Data probable de part d'aquesta gestació
- Càlcul període intergenèsic



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

- Edat gestacional cesària anterior
- Indicació cesària anterior
- Resultat perinatal
- Complicacions intra/post cesària

### VALORACIÓ RISCOS I BENEFICIS PART VAGINAL VS CESÀRIA ELECTIVA

La complicació més greu associada a l'intent de PVDC és la ruptura uterina, atès a l'augment de morbiditat materna i perinatal que associa. El risc global de ruptura uterina després d'una cesària anterior se situa al voltant del 0.5%.

Tanmateix, la cesària no és una pràctica lliure de complicacions maternes (risc hemorràgic, infeccions, tromboembòlic) i també presenta un major risc de morbiditat respiratòria neonatal. La cesària electiva després d'una cesària prèvia també augmenta el risc de complicacions associades a cirurgies successives (lesió d'òrgans veïns), histerectomia i placentació anòmala en cas de futures gestacions.

#### Contraindicacions absolutes pel part vaginal

De manera excepcional, es recomanarà la realització de cesària electiva en aquells casos amb alt risc de ruptura uterina:

- Antecedent de ruptura uterina prèvia.
- Antecedent de cicatriu uterina no segmentària (incisió corporal o clàssica, incisió i/o ampliació en T). *En cas de no conèixer el tipus d'incisió es considerarà com a incisió segmentària transversa baixa i es permetrà l'opció a part vaginal.*
- Cirurgia uterina prèvia amb entrada a cavitat endometrial
- 3 o més cesàries prèvies

Altra contraindicació pel part vaginal (placenta prèvia, presentació no cefàlica...)

#### Factors d'augment de risc de ruptura uterina (a considerar i revalorar durant el transcurs de la gestació)

- **2 cesàries prèvies:** Risc ruptura uterina al voltant del 1.5% (0.9-1.8%). L'èxit de part vaginal és lleugerament inferior al de les pacients amb una cesària prèvia (65-70%).
- **Període intergenèsic entre cesària i següent part <18 mesos:** Risc ruptura uterina al voltant del 1.5-3%, i inversament proporcional com menor és el període intergenèsic.
- **Inducció del part:** Risc de ruptura uterina al voltant del 1-2% en funció del mètode utilitzat: [(Dinoprostona + Oxitocina / Dinoprostona (1.4%) > Oxitocina (1.1%) > Inducció mecànica amb baló de Cook (1%)].
- **Altres factors materno-fetals:** Macrosomia fetal (>4000gr), obesitat mòrbida (IMC >40), edat materna molt avançada, gestació post-terme encara que amb menor evidència.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

### VALORACIÓ PROBABILITATS D'ÈXIT DE PART VAGINAL

Globalment, la taxa d'èxit de part vaginal es situa al voltant del 72-75%, amb un notable increment de fins al 85-91% si la pacient ha tingut un part vaginal previ. Es calcularà la probabilitat d'èxit de part vaginal a través de la calculadora:

<https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator>

- 60-70% de probabilitat d'èxit: Es farà èmfasi en la recomanació d'un part vaginal. Ja que l'evidència disponible suggereix que existeix una menor morbiditat respecte a la realització d'una cesària electiva.
- ≤10% de probabilitat d'èxit: Atenent el risc-benefici, es recomanarà la realització d'una cesària electiva.

En casos intermedis, s'informarà adequadament sobre els riscos i els beneficis de cadascuna de les vies, individualitzant en funció de la presència i/o aparició en visites successives de factors que augmentin el risc de ruptura uterina (veure apartat anterior) o fracàs del part vaginal i tenint en compte la motivació personal de la pacient per intentar un PVDC i el desig de futures gestacions.

#### Factors de risc de reducció de taxa d'èxit del part vaginal (a considerar i revalorar durant el transcurs de la gestació)

- Cesària prèvia per distòcia de dilatació o descens.
- Inducció al part.
- IMC >30 (si IMC >40 èxit <65%)
- Macrosomia fetal >4kg (èxit <50%)
- Post-terme (>40 setmanes)
- Diabetis gestacional
- Trastorns hipertensius de l'embaràs
- Edat materna avançada >40 anys
- Baixa estatura <1,45m
- 2 o més cesàries previes
- Període intergenèsic curt < 18 mesos

### CONTROL ECOGRÀFIC

#### Descartar gestació en cicatriu de cesària:

Valoració vaginal per descartar gestació en cicatriu de cesària a les pacients que acudeixin a urgències/ASSIR per valorar viabilitat (ideal entre 5-7 setmanes). Veure protocol acretisme placentari (OBS-PM-009)



## **PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA**

OBS-PM- 061 Rev.03

### Localització de la placenta a les 20 setmanes

Valoració via vaginal per descartar la presència de placenta prèvia → En cas afirmatiu derivar a l'hospital per valorar risc d'acretisme (Derivació gabinet Benestar Fetal (Dimecres)).

### **DECISIÓ VIA DEL PART**

Es revalorarà a la darrera visita (35-36 setmanes), abans de derivar la pacient a l'hospital, la no aparició de factors de risc i/o situacions clíniques tardanes que impliquin un canvi en el nostre assessorament. Els casos particularment complexos d'assessorar seran presentats al comitè d'ARO de l'hospital per valoració conjunta amb l'equip abans de concretar definitivament la via del part amb la pacient.

A totes les pacients amb 2 cesàries anteriors, independentment de la via del part, i les pacients amb període intergenèsic <18 mesos que vulguin intentar un part vaginal es programarà l'ecografia de tercer trimestre al gabinet Benestar Fetal (Dimecres) per valoració del segment uterí. En casos seleccionats i amb un gruix de segment uterí inferior de >2-3mm, si la pacient ho sol·licita després de l'assessorament, es permetrà part vaginal .

Es registrarà al MEAP l'assessorament i la decisió de la pacient sobre la via del part. Tenint en compte els factors modificadors de ruptura com la inducció, s'haurà de fer constar també la decisió de la pacient sobre l'acceptació o rebuig del PVDC sota el supòsit d'inducció del part.

Durant la primera visita a l'hospital, es revalorarà definitivament la decisió sobre la via del part, deixant-ne constància al curs clínic, així com, s'entregarà i es signarà el consentiment informat de PVDC, personalitzat amb les dades epidemiològiques de la pacient.



## PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

OBS-PM- 061 Rev.03

### Annex 2: Metodologia valoració ecogràfica gruix segment uterí inferior

Ecogràficament, el segment uterí s'identifica com una estructura formada per dues capes: una hiperecogènica (corresponent a la serosa i paret vesical) i una hipoecogènica (corresponent al miometri).

#### Metodologia valoració gruix del segment uterí inferior en la predicció del risc de ruptura uterina:

Idealment es mesurarà entre les 34.0 – 38.6 setmanes.

Via transvaginal

Bufeta repleccionada.

Rastreig longitudinal i transvers → identificar zona menys gruix

En un pla longitudinal:

Col·locació *calipers* a la vora interna de la bufeta i vora interna del miometri (veure imatge inferior):

- *Caliper 1*: Interfase orina- paret bufeta
- *Caliper 2*: Interfase líquid amniòtic/calota fetal – decidua

(a) Segment uterí: Mesura perpendicular a la paret uterina incloent: miometri, serosa i paret vesical

(b) Gruix miometrial: Mesura perpendicular a la paret uterina incloent únicament miometri (capa hipoecogènica)

