

U.O.C. di Ginecologia e Ostetricia  
Direttore : Prof. Giovanni B. Nardelli

**PROCEDURA OPERATIVA  
PARTO VAGINALE  
DOPO TAGLIO CESAREO**

**Preparato da**                      **Ref. Gruppo di lavoro Sala Parto Clinica Ostetrica**

**Verificato da**                      **Servizio Qualità Azienda Ospedaliera**  
**M.L.Chiozza.....**  
**Unità di Valutazione Tecnologie Sanitarie**  
**M.Castoro.....**  
**Comitato per la Pratica Etica**  
**R.Pegoraro.....**

**Verificato per**                      **Direzione Medica**  
**validazione**                      **M.Grattarola.....**

**Approvato da**                      **Direzione Sanitaria**  
**G.P.Rupolo.....**  
**Direttore UOC-GO**  
**G.B.Nardelli.....**  
**Coordinatrice Sala Parto**  
**R.Ciullo.....**

**Data 02/05/2010**                      **Rev. 01**  
**Data 30/07/2010**                      **Rev. 02**

## INDICE

- 1.0 GRUPPO DI LAVORO
- 2.0 SCOPO
- 3.0 OBIETTIVI
- 4.0 CAMPO DI APPLICAZIONE
- 5.0 RIFERIMENTI NORMATIVI
- 6.0 NOTE ESPLICATIVE
- 7.0 GLOSSARIO
- 8.0 ACRONIMI
- 9.0 FLOWCHART DELLE RESPONSABILITA'
- 10.0 MODALITA' OPERATIVE
  - 9.1 MATERIALE OCCORRENTE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO
  - 9.2 MATERIALE OCCORRENTE PER L'ASSISTENZA AL PARTO
  - 9.3 PROCEDURE OPERATIVE
    - 9.3.1. PROCEDURA IN SALA TRAVAGLIO
    - 9.3.2 PROCEDURA IN SALA PARTO
- 11.0 RESPONSABILITA'
- 12.0 TEMPI DI ATTUAZIONE
- 13.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

## 1.0 GRUPPO DI LAVORO

Il gruppo di lavoro è costituito da:

**MEDICI:** Nardelli G.B., Zambon A., Onnis G.L., De Toffoli K.

**INFERMIERE/OSTETRICHE SALA TC:** Cardin A., Carraro M., Magarotto C., Marzari F., Masiero A., Crepaldi E., Miozzo E., Marobin F., La Bella B., Greco A., Zoccarato M., Bellinato G., Michelon G., Valerio E., Bernardi E.,

**OSTETRICHE:** De Franceschi M., Scapin G., Zanella P., Albertin M., Massarotto M., Granci M., Marivo F., Callegaro M., Zacchettin C., Sansone L., Luise D., Panizza C., Brugnaro S., Baccarin G., Favaron B., Gambalonga I.

**OSS:** Brusamolín M., Pagin S., Pescante A., Calgaro M., Benetti V., Zago S.

## 2.0 SCOPO

IL PRESENTE DOCUMENTO E' STATO ELABORATO PER UNIFORMARE I COMPORTAMENTI DEI GINECOLOGI E DELLE OSTETRICHE NELL'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO DI PARTO E PARTO VAGINALE IN PAZIENTE CON PREGRESSO TAGLIO CESAREO.

### **3.0 OBIETTIVI**

- DIMINUIRE IL NUMERO DI TAGLI CESAREI
- PERMETTERE ALLA DONNA DI ACCUDIRE IL NEONATO FIN DAL PRIMO MOMENTO DI VITA
- RIDURRE LE GIORNATE DI DEGENZA
- CONTENERE I COSTI

### **4.0 CAMPO DI APPLICAZIONE**

LA PRESENTE PROCEDURA SI APPLICA NELLA SALA PARTO DELLA U.O.C. DI CLINICA GINECOLOGICA ED OSTETRICA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVARSITA' DI PADOVA

### **5.0 RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Codice deontologico medico, 16 dicembre 2006
- Codice deontologico ostetriche approvato dal Consiglio Nazionale nella seduta del 10/11.03.2000, punto 3 – rapporti con la persona assistita e punto 4 – rapporti con colleghi/e e altri operatori
- D.M. 24 aprile 2000 – Adozione progetto obiettivo materno-infantile relativo al PSN 1998-2000
- D.L. n° 502 del 30 dicembre 1992 – Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 Legge 23.10.1992 n° 421 e successive modifiche
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 – Definizione dei livelli essenziali di assistenza

### **6.0 NOTE ESPLICATIVE**

#### **PARTO VAGINALE DOPO PRECEDENTE TAGLIO CESAREO**

La percentuale di successo di un travaglio di prova dopo taglio cesareo varia tra il 50% e l'85% (SOGC 1997; Biswass A 2003; Quilligan EJ 2001; Lovell R 1996).

#### *FATTORI PREDITTIVI DI SUCCESSO DI UN TRAVAGLIO DI PROVA SONO:*

*un pgresso taglio cesareo effettuato per*

- Anomalie di presentazione
- Ipertensione gestazionale
- Storia di un precedente parto vaginale

#### *FATTORI PREDITTIVI DI SUCCESSO DI UN TRAVAGLIO DI PROVA, ANCHE SE IN PERCENTUALE MINORE SONO:*

*un pgresso taglio cesareo per*

- Distocia (meccanica o dinamica)
- Arresto della progressione della parte presentata

- Sproporzione feto-pelvica.

Il travaglio di prova dopo un taglio cesareo dovrebbe essere preso in considerazione solo in strutture ospedaliere dove è possibile effettuare un taglio cesareo in regime di urgenza (National Institutes of Health 1981; ACOG 1999; Wing DA 1999).

*CONTROINDICAZIONI (ACOG 2004; SCOG 2005; RCOG 2007):*

- Pregressa cicatrice uterina longitudinale o a " T "
- Precedente isterotomia, miomectomia (intramurale) o metroplastica
- Precedente rottura d'utero
- Presenza di controindicazioni al travaglio, come placenta previa o mal presentazioni
- Contrarietà della donna al travaglio di prova dopo un precedente taglio cesareo e richiesta di un taglio cesareo ripetuto
- Due o più precedenti tagli cesarei
- Mancanza di documentazione sulla modalità del pregresso taglio cesareo in particolare sul tipo di incisione uterina

*MONITORAGGIO FETALE (ACOG 2004, SCOG 2005, RCOG 2007):*

Il monitoraggio cardiocografico in travaglio (primo stadio e secondo stadio) deve essere continuo.

*INDUZIONE DEL TRAVAGLIO (ACOG 2004, SCOG 2005, RCOG 2007):*

- L'induzione del travaglio con infusione endovenosa di ossitocina può essere effettuata in pazienti con precedente taglio cesareo. L'ossitocina può essere utilizzata anche per potenziare il travaglio.
- L'induzione del travaglio con prostaglandine non è controindicata, anche se sembra aumentare il rischio di rottura d'utero.

*ANALGESIA IN TRAVAGLIO DI PARTO NELLE PAZIENTI PRECESARIZZATE (ACOG 2004, SCOG 2005, RCOG 2007):*

L'uso dell' analgesia peridurale non è controindicato per il travaglio nelle donne con precedente taglio cesareo in quanto non maschera i sintomi di rottura d'utero.

*SEGNI E SINTOMI DI INIZIALE ROTTURA D'UTERO IN TRAVAGLIO DI PROVA NELLE PAZIENTI CON PRECEDENTE TAGLIO CESAREO (ACOG 2004, SCOG 2005, RCOG 2007):*

- Alterazioni del ritmo cardiaco fetale
- Arresto della dilatazione cervicale
- Ipercinesia o ipocinesia uterine
- Scarso rilassamento dell'utero fra le contrazioni
- Dolore sul segmento inferiore, distinto dal dolore della contrazione

*SEGNI E SINTOMI DI AVVENUTA ROTTURA D'UTERO IN TRAVAGLIO DI PROVA NELLE PAZIENTI CON PRECEDENTE TAGLIO CESAREO (ACOG 2004, SCOG 2005, RCOG 2007):*

- Apprensione e tachicardia materna
- Liquido amniotico tinto di sangue
- Parte presentata fetale non più apprezzabile per via vaginale
- Shock materno

## 7.0 GLOSSARIO

### **TRAVAGLIO DI PARTO**

La presenza di contrazioni uterine che determinano l'appianamento e la dilatazione della cervice uterina.

### **TRAVAGLIO DI PROVA**

La verifica della possibilità di un parto per via vaginale in una donna gravida che ha precedentemente subito un TC.

### **TAGLIO CESAREO**

Estrazione del feto attraverso incisione chirurgica della parete addominale e dell'utero.

### **ROTTURA D'UTERO**

E' la lacerazione dell'utero con fuoriuscita in cavità peritoneale del contenuto uterino, o nel caso la PP sia fermamente impegnata, solo una parte del feto protude dall'utero. Può avvenire sia su utero sano (a livello del SUI molto sottile) sia su utero cicatriziale (pregresso TC): a) su cicatrice longitudinale, b) su cicatrice trasversale bassa sul segmento inferiore.

I segni di avvenuta rottura d'utero sono: - stato di shock materno; - riduzione del dolore;- improvvisa atonia uterina indicante l'espulsione del feto in addome; -le parti fetali non sono più apprezzate per via vaginale e lo sono attraverso la parete addominale; - sanguinamento nerastro.

Comporta laparotomia d'urgenza, spesso l'isterectomia è necessaria.

Prognosi: spesso il feto muore in addome con placenta distaccata; alta frequenza di mortalità materna (70%)

Incidenza: 1:15000 parti

## 8.0 ACRONOMI

**TC** = taglio cesareo

**PZ** = paziente

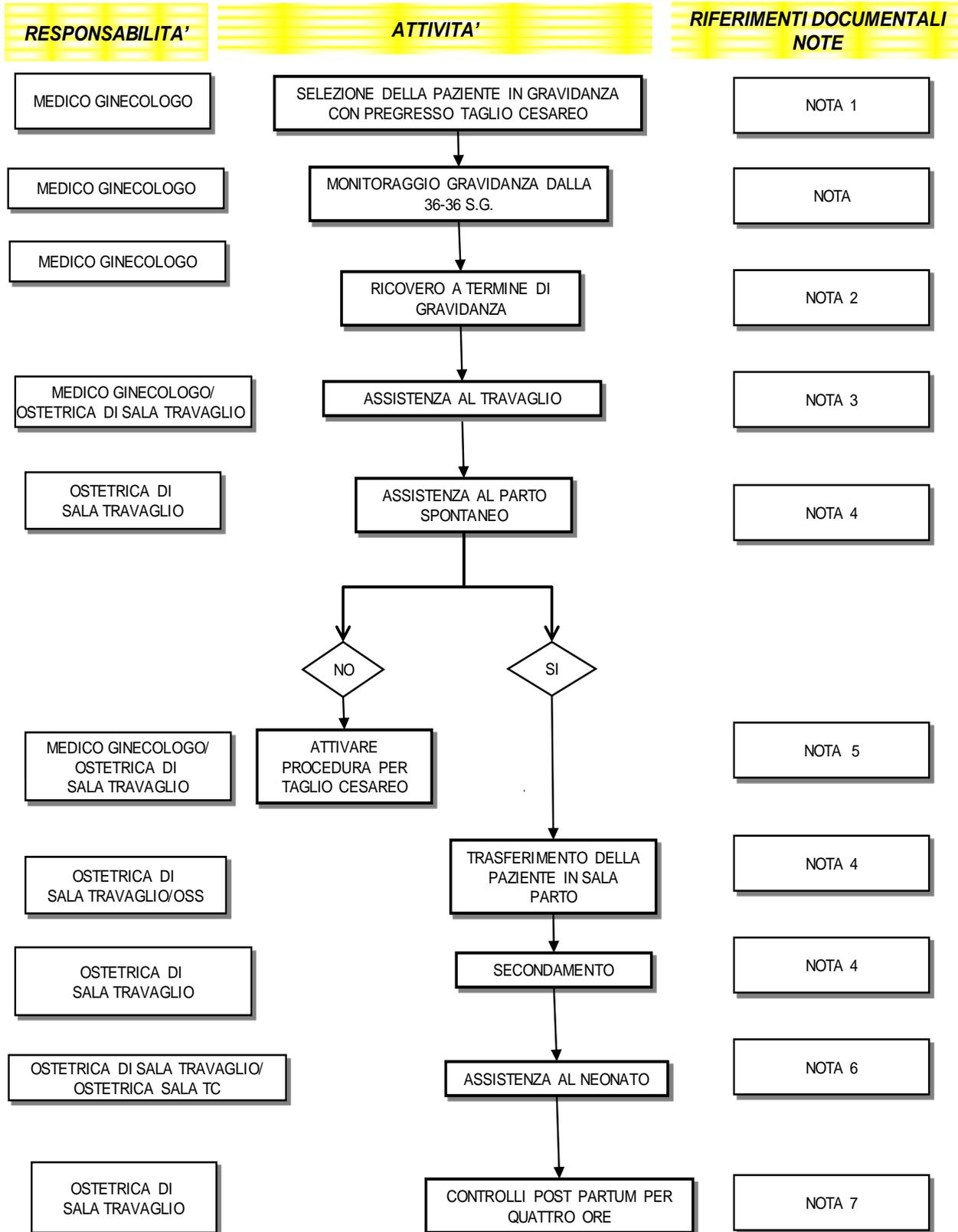
**SUI** = segmento uterino inferiore

**PP** = parte presentata

## 9.0 FLOWCHART DELLE RESPONSABILITA'

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
 Procedura operativa: PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO

**PROCESSO: PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO (VBAC)**



## **10.0 MODALITA' OPERATIVE**

### **NOTA 1**

<b>PROCEDURA</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
1. Selezione della paziente in gravidanza con pregresso taglio cesareo	Il ginecologo curante informa la paziente delle possibilità di partorire spontaneamente. La paziente verrà monitorata dalla 35-36 s.g., verrà accuratamente informata delle modalità del parto e le verrà richiesto il consenso informato.

### **NOTA 2**

2. Ricovero a termine di gravidanza (40 <sup>+</sup> s.g.)	Collaborazione tra il ginecologo curante e medico ginecologo della Sala Parto per la gestione del travaglio
3. Visita ostetrica all'ingresso	Viene eseguita dal ginecologo della Sala Parto per la valutazione della condizione clinica all'ingresso
4. Monitoraggio cardiocografico continuo in sala travaglio e in sala parto.	Eseguito dall'ostetrica con attento controllo del BCF e della dinamica uterina

### **NOTA 3**

#### **MATERIALE OCCORRENTE PER IL TRAVAGLIO DI PARTO**

- a) Occorrente per incannulazione venosa periferica:
  - Ago cannula G16
  - Soluzione elettrolitica 500 ml e/o Glucosata 5% 500 ml
  - Set da flebo + rubinetto a tre vie + prolunga M/F 50 cm
  - Medicazione sterile Tegaderm o Visulin
  - Disinfettante Simp 80 + batuffoli sterili + guanti polietilene sterili
  - Cerotto per fissaggio
- b) Occorrente per cateterismo vescicale estemporaneo
  - Sonde vescicali CH 10 – CH 12 – CH 14
  - Disinfettante Farvicett pronto in busta 25 ml
  - Guanti polietilene sterili
- c) Occorrente per visite vaginali
  - Pomata Luan per lubrificazione

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO

- Guanti monouso sterili in polietilene
- d) MONITOR PER MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO

1. Incannulazione venosa periferica con ago cannula G16	L'accesso venoso periferico deve essere disponibile per gestire eventuali emergenze ostetriche
2. Idratazione per via endovenosa con eventuale somministrazione di farmaci inducenti le contrazioni uterine esclusivamente su indicazione medica	L'utilizzo di farmaci utero-tonici deve essere strettamente sorvegliato con dosaggio e velocità di somministrazione tali da evitare la rottura d'utero da contrazioni indotte
3. Svuotamento vescicale della paziente ogni 2 ore	Aiuta a favorire la progressione del travaglio
4. Supporto psicologico materno	Incoraggiare la paziente e motivarla al parto spontaneo
5. Attenta sorveglianza ostetrica	Cogliere prontamente eventuali segni di rottura d'utero
6. Visite ostetriche successive	Valutare la progressione della parte presentata e della dilatazione del collo uterino, per evitare che la paziente inizi a spingere a dilatazione non completa
7. Eventuale analgesia peridurale su indicazione del medico ginecologo , parere del medico anestesista e consenso informato della paziente	L'analgesia peridurale in travaglio di parto in pazienti con pregresso taglio cesareo non è controindicata.

#### **NOTA 4**

Per l'assistenza al taglio cesareo si rimanda alla procedura "Assistenza al taglio cesareo"

#### **NOTA 5**

#### **MATERIALE OCCORRENTE PER L'ASSISTENZA AL PARTO**

- Kit ferri PARTO
- Kit teleria PARTO
- Guanti chirurgici sterili
- Garze sterili 10 x 10
- Cateteri per cateterismo vescicale
- Pomata Luan per lubrificazione
- Disinfettante iodato Poviderm 10% (in caso di pz allergica allo iodio utilizzare disinfettante alcolico a base di clorexidina)
- 2 siringhe 10 ml (1 per aspirare l'anestetico locale e 1 per il sangue funicolare)

AZIENDA OSPEDALIERA PADOVA  
Procedura operativa: PARTO VAGINALE DOPO TAGLIO CESAREO

- 2 siringhe da emogasanalisi
- 4 aghi per aspirare: 2 G18 (rosa) 1 G21 (verde) 1 G23 (azzurro)
- 1 provetta per Gruppo
- Fili di sutura (0 Vicryl Rapid c/ago; 1 Vicryl Rapid c/ago; 2/0 Vicryl Rapid ago cute)

<b>PROCEDURA IN SALA PARTO</b>	<b>MOTIVAZIONE</b>
1. Trasferire la paziente in sala parto	Si effettua a dilatazione cervicale completa con parte presentata alla rima vulvare
2. Eseguire un' ampia episiotomia.	Ridurre al minimo i rischi di rottura d'utero
3. Evitare la manovra di Kristeller	Può provocare la rottura d'utero sulla sede della pregressa isterotomia
4. Applicare il vacuum extractor monouso, in caso di inerzia uterina secondaria, quando la parte presentata è a livello di piano perineale, previa episiotomia.	Per facilitare il disimpegno della parte presentata.
5. Controllare il segmento uterino inferiore (SUI) al termine del secondamento della placenta	Il ginecologo controlla con l'esplorazione vaginale e/o ecografica l'integrità del SUI
6. Infondere per via endovenosa continua utero-tonici per 2 ore successive al parto	Mantenere l'utero contratto ed evitare l'atonia uterina
7. Controllare le perdite ematiche e la contrattilità uterina per 4 ore dopo il parto	Controllare i parametri vitali (PA, frequenza cardiaca...)
8. Trasferire la paziente e mantenere l'accesso venoso per 12 ore.	Controllare la contrattilità uterina, le perdite ematiche e i parametri vitali prima del trasferimento

**NOTA 6**

Per l'assistenza al neonato si rimanda alla procedura "Accoglimento del neonato in sala parto"

**NOTA 7**

1. Controllare le perdite ematiche e la contrattilità uterina per 4 ore dopo il parto	Controllare i parametri vitali (PA, frequenza cardiaca...)
2. Trasferire la paziente e mantenere l'accesso venoso per 12 ore.	Controllare la contrattilità uterina, le perdite ematiche e i parametri vitali prima del trasferimento

## 11.0 TEMPI DI ATTUAZIONE

IL DOCUMENTO ENTRERA' IN VIGORE DALLA DATA DI APPROVAZIONE DELLO STESSO

## 12.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) Practice Bulletin n.5 Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG, July 1999
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Practice Bulletin n.54 Obstet Gynaecol 2004; 54: 203-12
- Biswas A. Management of previous cesarean section. Curr Opin Obstet Gynaecol 2003; 15: 123-9
- Lovell R. Vaginal delivery after cesarean section: factors influencing success rates. Aust N Z J Obstet Gynaecol 1996; 36: 4-8
- National Institutes of Health. Cesarean child birth. Bethesda, MD: NIH. 1981. publication n.82-2067
- Quilligan EJ. Vaginal birth after caesarean section: 270 degrees. J. Obstet Gynaecol Res 2001; 27:169-73
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No.45. RCOG 2007
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Clinical Practice Guidelines. Fetal Health Surveillance in labour. J Obstet Gynecol Can 2002; 24: 250-62
- Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. J Obstet Gynecol Can 2005; 27:164-88
- Wing DA, Paul RH. Vaginal birth after caesarean section: selection and management. Clin Obstet Gynecol 1999; 42:836-48
- Fare il parto naturale dopo aver fatto un cesareo <http://www.pianetamamma.it/parto/partorire-parto>
- Linee guida sul Taglio Cesareo – Regione Lazio – Dic. 2006
- SaPeRiDoc – Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Riproduttiva – Pregresso Taglio Cesareo – <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php>
- Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia – IRCCS Burlo Garofalo – Trieste "Consenso Informato per Travaglio di Prova in gravida con pregresso Taglio Cesareo.
- L'Ostetrica Informa. Portale per le donne e le ostetriche. Il parto vaginale dopo taglio cesareo [http://www.marsupioscuola.it/ostetrica\\_informa](http://www.marsupioscuola.it/ostetrica_informa)