GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Protocolo para realizar prueba de trabajo de parto posterior a cesárea

El Salvador, 2025

GOBIERNO DE EL SALVADOR

MINISTERIO DE SALUD

Protocolo para realizar prueba de trabajo de parto posterior a cesárea

El Salvador 2025

2025 Ministerio de Salud

Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: http://www.salud.gob.sv

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo técnico

Dr. Juan Antonio Morales	Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez
Dr. Roberto Águila Cerón	Unidad Materno Perinatal
Dra. Diana García López	
Dra. Rebeca Martínez	Dirección Nacional de Hospitales
Dra. María de los Ángeles Áviles	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dra. Graciela Angélica Baires	Dirección de Regulación
Dr. Josué Daniel Morán Funes	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández" Zacamil
Dra. Katya Rosmery Salmerón	Hospital Nacional General "San Rafael"
Dra. María de los Ángeles Romualdo	Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana
Dr. David Alonso Martínez	Hospital Materno Infantil Primero de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Adriana Lara	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dra. Judith Olimpia Borlasca	Fondo Solidario para la Salud
Dra. Laura Pamela Guillén de Henríquez	
Dra. Andrea Martínez Salvador	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dra. Karina Iraheta de Herrera	Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Programas Especiales
Dr. Rodrigo Aybar	Consultor Internacional

Comité consultivo

Dr. Ignacio Javier Menjívar	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dra. Ingrid Cienfuegos	Hospital Nacional General "Dr. Jorge Mazzini Villacorta" de Sonsonate
Dra. Ana Gloria Sandoval	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"
Dr. Felipe A. Vaquerano	Hospital Nacional de la Unión
Dra. Claudia Valencia	Dirección Regional de Salud Central
Dra. María de los Ángeles Castillo	Dirección Regional de Salud Central

Dr. Enrique A. González	Dirección Regional de Salud Paracentral
Dra. Blanca Romero de Santos	Dirección Regional de Salud Oriental
Dra. Michelle Edith Platero Barrera	Dirección Regional de Salud Metropolitana
Dra. Blanca Leticia Cuyuch	Dirección Regional de Salud Occidental
Dr. Guillermo Palacios	Sistema Básico de Salud Integral Usulután
Dra. Patricia Elizabeth Cortez	Sistema Básico de Salud Integral La Libertad
Dra. Patricia Jeannette Estrada	Sistema Básico de Salud Integral Usulután
Dra. Nery Alexander Osorio	Sistema Básico de Salud Integral Sonsonate
Dra. Ana Susana Calderón	Sistema Básico de Salud Integral Central
Dr. Francisco Cerna	Sistema Básico de Salud Integral La Paz
Dra. Lucía Marisela Rivas Baiza	Comando de Sanidad Militar
Dra. Andrea Martínez	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dr. José Manuel Salinas	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Melissa Díaz	Hospital Regional de San Miguel del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Karla Johanna Díaz	Hospital Regional de Sonsonate del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Vanessa Menjívar	Hospital Policlínico Zacamil del Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Ingrid Gómez de Aguilar	Hospital Regional Santa Ana del Instituto Salvadoreño del Seguro Social

Índice

	Acuerdo	1
I.	Introducción	2
II.	Objetivos	3
III.	Ámbito de aplicación	3
IV.	Desarrollo del protocolo	3
	1.Generalidades	3
	2. Control prenatal	6
	3.Manejo del trabajo de parto	7
	4. Manejo de la atención de parto vaginal posterior a cesárea	8
	5.Posparto	9
	6.Monitoreo, supervisión y evaluación	9
V.	Disposiciones finales	11
VI.	Vigencia	11
VII.	Referencias bibliográficas	12
VIII.	Anexos	13

GOBIERNO DE EL SALVADOR | MINISTERIO DE SALUD

Distrito de San Salvador y Capital de la República, 8 de septiembre de 2025.

Acuerdo n.° 2296
El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud
Considerando:

I. Que el artículo 65 de la *Constitución* determina que la salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

II. Que el artículo 42, numeral 2) del *Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo* establece que compete al Ministerio de Salud: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

III. Que los artículos 3, 6, 7, 10, 13 y 14 literal e) de la *Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud*, define que "El Sistema" está constituido por las instituciones públicas y privadas y sus colaboradores, que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector del mismo, por lo que está facultado para coordinarlo, integrarlo y regularlo, además promoverá la adopción de los modelos de atención, gestión, provisión, financiamiento y rehabilitación en salud, coordinando su implementación progresiva.

IV. Que los artículos 1 y 3 de la *Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido* tiene por objeto garantizar y proteger los derechos de la mujer desde el embarazo, parto y puerperio, así como los derechos de las niñas y niños desde la gestación, durante el nacimiento y la etapa del recién nacido, además, el SNIS fundamentará su actuación en los principios de supremacía de dignidad humana y pro educación preconcepcional, prenatal y parto, respetando la dignidad de la mujer, de la persona que está por nacer y de la niña o niño recién nacido.

V. Que en virtud de las leyes citadas, se deben establecer las acciones que se consideren necesarias para realizar la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea (TOLAC) en mujeres que deseen parto vaginal en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Por tanto, en uso de las facultades legales, **acuerda** emitir el siguiente:

Protocolo para realizar prueba de trabajo de parto posterior a cesárea

I. Introducción

La cesárea cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, no están demostrados los beneficios del parto por cesárea para las mujeres o los neonatos en quienes este procedimiento resulta innecesario[1].

Además de proveer una opción para las mujeres que deseen tener un parto vaginal, la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, está asociada a múltiples beneficios a la salud de la mujer. Las mujeres que logran un parto vaginal posterior a cesárea evitan los riesgos de una reintervención quirúrgica, una cirugía abdominal mayor y disminuye la tasa de hemorragia, tromboembolismo e infecciones. Adicionalmente, si se logra un parto vaginal tienen un periodo de recuperación y hospitalización más corto que aquellas que se someten a cesárea. Dentro de los beneficios para el recién nacido, se puede mencionar disminución de la probabilidad de muerte fetal ante e intra parto, taquipnea transitoria e ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatales. [2]

La prueba de trabajo de parto posterior a cesárea (TOLAC, por sus siglas en inglés) puede terminar en un parto vaginal exitoso después de una cesárea, siendo este el resultado más deseable o en una cesárea de emergencia, la cual conlleva un mayor riesgo de complicaciones. En Estados Unidos, la tasa general de TOLAC para 2024 fue de 38.9% y la tasa de éxito de parto vaginal posterior a cesárea fue de 73.4% según datos del Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (NICHD)[3].

En El Salvador se ha incremento en la tasa de parto vaginal posterior a cesárea (TOLAC), según los datos del Sistema de Morbimortalidad del Ministerio de Salud, en 2023 se registraron 34 partos vaginales posteriores a cesárea, y esta cifra ascendió a 46 en 2024. Es importante destacar que ninguno de estos casos fue reportado como ruptura uterina y que este aumento es gracias a la implementación de la Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido en 2022, la cual establece que el manejo de las mujeres embarazadas debe estar basado en evidencia.

La decisión de optar por una cesárea programada o una prueba de trabajo de parto es compleja y requiere considerar entre otros aspectos las preferencias personales de la mujer, diversos factores clínicos que pueden influir en las probabilidades de tener un parto vaginal posterior a cesárea exitoso, el balance de los riesgos asociados y la disponibilidad de los recursos necesarios para permitir una prueba de trabajo de parto segura en las instituciones que brindan atención en salud.

El presente Protocolo para realizar prueba de trabajo de parto posterior a cesárea establece las disposiciones técnicas para la identificación de embarazadas con historia de cesárea previa y el manejo de TOLAC con la finalidad de mejorar la calidad de atención de la mujer embarazada y sus recién nacidos.

---

[2] The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin Number 205. Vaginal Birth After Cesarean Delivery; Vol. 133, n° 2, Febrero 2019

[3] Desmuck, Uma. Trial of labor after cesarean, vaginal birth after cesarean, and the risk of uterine ruptura: an expert review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Marzo 2024.

II. Objetivos

General

Establecer las disposiciones técnicas para realizar la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea (TOLAC) en mujeres que deseen parto vaginal en las instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud.

Específicos

1. Determinar el manejo de mujeres con cesárea previa que deseen TOLAC durante la atención prenatal y el trabajo de parto.
2. Establecer las herramientas de identificación de mujeres embarazadas con antecedente de cesárea previa que deseen TOLAC en los establecimientos del SNIS.
3. Realizar monitoreo y evaluación del cumplimiento del presente protocolo.

III. Ámbito de aplicación

Están sujetos al cumplimiento del presente protocolo el personal de salud de los diferentes niveles de atención del SNIS.

IV. Desarrollo del Protocolo

1.Generalidades

1.1 Riesgos de prueba de trabajo de parto posterior a cesárea

A continuación se describen las ventajas y riesgos del parto vaginal posterior a cesárea. En general, independientemente si hay cesárea previa o no, el parto vaginal conlleva menos riesgos que el parto abdominal, en la Tabla 1 se resumen dichos riesgos.

Tabla 1. Riesgos de parto vaginal versus cesárea

Resultado	Riesgo PVN	Riesgo CBT	Diferencia de riesgo
Histerectomía periparto	80/100,000 nacimientos	150/100,000 nacimientos	+70/100,000 nacimientos
Muerte materna	4/100,000 nacimientos	24/100,000 nacimientos	+20/100,000 nacimientos
Estancia hospitalaria	2 días promedio	4 días promedio	+2 días
Placenta acreta en futuro embarazo	40/100,000 embarazadas	100/100,000 embarazadas	+60/100,000 embarazadas
Ruptura uterina en futuro embarazo	40/100,000 embarazadas	1,020/100,000 embarazadas	+980/100,000 embarazadas
Mortalidad neonatal	30/100,000 nacimientos	50/100,000 nacimientos	+20/100,000
Asma infantil	1,500/100,000 nacimientos	1,810/100,000 nacimientos	+310/100,000 nacimientos
Obesidad infantil	4,050/100,000 nacimientos	4,560/100,000 nacimientos	+510/100,000 nacimientos

Incontinencia urinaria	48,700/100,000 nacimientos	27,520/100,000 nacimientos	-21,180/100,000
Incontinencia fecal	15,100/100,000 nacimientos	7,410/100,000 nacimientos	-7,690/100,000 nacimientos
Desgarros GIII-IV	560/100,000 embarazadas	0/100,000 embarazadas	-560/100,000 embarazadas
Dolor durante el parto, al tercer día, a los 4 meses	8 – 4 – 0 (escala base 10)	1 – 5 – 0 (escala base 10)	-7 – +1 – Sin diferencia

Fuente: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); NICE Guidelines: Cesarean birth. June 2023.

Durante la consejería a la mujer embarazada con cesárea previa para la toma de decisión sobre si optará por un TOLAC o una cesárea programada, se debe considerar que el parto vaginal posterior a cesárea conlleva menor riesgo de complicaciones que una cesárea programada. Por el contrario, en caso que, durante el TOLAC sea necesario realizar una cesárea de emergencia, esta tiene mayor riesgo de complicaciones que una cesárea programada[4]. Por lo anterior, es necesario aconsejar adecuadamente a la mujer embarazada sobre los riesgos y beneficios del TOLAC con el objetivo que ella tome la mejor decisión. Los riesgos de cesárea programada comparados con cesárea de emergencia se describen en la Tabla 2.

Tabla 2. Riesgos de cesárea programada y cesárea de emergencia

Riesgos maternos	Cesárea electiva (%)	Cesárea de emergencia (%)
Morbilidad infecciosa	3.2	4.6
Lesión transquirúrgica	0.30 – 0.60	0.37 – 1.30
Transfusión	0.46	0.66
Histerectomía	0.6	0.14
Ruptura uterina	0.02	0.71
Muerte materna	0.0096	0.0019

Fuente: Cesarean birth: Postoperative care, complications and long term sequelae. Uptodate 2025.

Además las cesáreas repetidas tienen otros riesgos como:

a) Placenta previa
b) Acretismo placentario
c) Complicaciones relacionadas a la formación de adherencias: dificultad a la extracción del bebé, aumenta el riesgo de lesión intestinal y vesical, aumento de las pérdidas sanguíneas durante el procedimiento quirúrgico, obstrucción intestinal e infertilidad por obstrucción tubárica.

Otras complicaciones a largo plazo: hernia incisional, diástasis de los rectos abdominales, defectos de la cicatriz de cesárea, dolor pélvico, dispareunia, dismenorrea, sangrado intermenstrual, endometriosis incisional y dolor crónico en cicatriz de cesárea[5]

[4] Dodd Jm, Crowther CA, Huertas E, et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 2013; :CD004224.

[5] Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. Am J Obstet Gynecol 2011;205:262.e1

De los tipos de incisiones en el útero la que menos riesgo de desgarro de histerorrafia o de ruptura uterina tiene es la segmentaria y es la mejor opción para dar prueba de trabajo de parto, el riesgo de ruptura es menor del 1%. Los tipos de incisión vertical alta (clásica) o vertical baja son las más frecuentemente relacionadas a rotura uterina durante el trabajo de parto, por lo tanto, no son opciones para dar prueba de trabajo de parto.[6]

1.2 Condiciones que favorecen y desfavorecen una prueba de trabajo de parto posterior a cesárea

Se debe explicar a la mujer embarazada que, si la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea es exitosa, los riesgos de complicaciones son menores comparados con la cesárea electiva. Igualmente, la cesárea de emergencia tiene más riesgos que la cesárea programada. Por lo tanto, en la consejería se debe orientar a la mujer que si tiene uno o más factores con menor probabilidad de éxito para el parto vaginal posterior a cesárea, sería preferible una cesárea electiva. Por el contrario, si tiene más factores con mayor probabilidad de éxito, se debe recomendar TOLAC. Sin embargo, la mujer embarazada es quien debe tomar la decisión informada sobre si optará por una prueba de trabajo de parto posterior a una cesárea o una cesárea programada. Además, la mujer embarazada tiene derecho a cambiar la decisión sobre la vía del parto en cualquier momento.

En la Tabla 3 se enlistan los factores con mayor/menor probabilidad de éxito para un parto vaginal posterior a cesárea.

Tabla 3. Factores de probabilidad de éxito para un parto vaginal posterior a cesárea

Factores con mayor probabilidad de éxito	Factores con menor probabilidad de éxito
Parto vaginal previo	Dos o más cesáreas previas
Inicio de trabajo de parto espontáneo o Bishop mayor a 6 puntos	Periodo intergenésico menor a 18 meses
Que la indicación de la cesárea previa no haya sido falla en descenso y dilatación	Embarazo mayor a 40 semanas de edad gestacional
Incisión uterina transversa	Peso fetal estimado mayor a 4,000 g
	Obesidad
	Diabetes pre gestacional o gestacional
	Indicación de cesárea previa por falla en descenso y dilatación
	Trastorno hipertensivo del embarazo con uso de antihipertensivo oral

Fuente: Choosing the route of delivery after cesarean birth. Uptodate 2025. https://www.uptodate.com/contents/choosing-the-route-of-delivery-after-cesarean

Para estimar la probabilidad de éxito, se puede utilizar la calculadora de la Sociedad de Medicina Materno Fetal de Estados Unidos:

https://mfmunetwork.bsc.gwu.edu/web/mfmunetwork/vaginal-birth-after-cesarean-calculator Si el porcentaje de éxito es mayor al 60%, es recomendable la prueba de parto vaginal posterior a cesárea. Si es menor al 60%, la probabilidad de éxito es baja, sin embargo, siempre será la mujer embarazada quien debe tomar la decisión previamente informada.

[6] Smith D, Stringer E, Vladutiu CJ, et al. Risk of uterine rupture among women attempting vaginal birth after cesarean with an unknown uterine scar. Am J Obstet Gynecol 2015 Jul;213(1):80.e1-80.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.056. Epub 2015 Feb

Se debe dejar constancia en el expediente físico o digital el porcentaje estimado de éxito para un parto vaginal.

El embarazo gemelar (ambos cefálicos) con cesárea previa no es contraindicación para prueba de parto vaginal.

1.3 Contraindicaciones para TOLAC

a) Incisión vertical baja o alta.
b) Ruptura uterina previa.
c) Cirugías uterinas que comprometen endometrio.
d) Contraindicaciones obstétricas para parto vaginal.

2. Control prenatal

El personal de todos los establecimientos del Primer Nivel de Atención del SNIS, deberán consignar en el expediente clínico formato papel o digital, desde la inscripción prenatal, el antecedente de cesárea previa. Al identificar una mujer embarazada con antecedente de cesárea, el médico debe explicar los beneficios del parto vaginal posterior a una cesárea, así como también los factores con mayor o menor probabilidad de éxito (Tabla 3). Lo anterior con el objetivo de que la mujer embarazada tome una decisión informada sobre la vía del parto.

Posterior a la consejería, se debe registrar en el expediente clínico en soporte papel o digital, en la historia de control prenatal lo siguiente:

a) Inscripción prenatal

- ✓ Si en la inscripción se identifica antecedente de cesárea, se debe indagar donde se realizó la cesárea, la indicación de esta y debe de ser referida a control prenatal especializado según la hoja de valoración de riesgo de atención prenatal del *"Protocolo para la atención de la mujer en el periodo prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.

b) Control subsecuente

- ✓ En los casos en los cuales se sospeche que la incisión de la cesárea previa fue vertical (ejemplo: placenta previa, transverso dorso inferior, malformaciones fetales, entre otros) o que se le haya realizado una cirugía ginecológica que comprometa la cavidad endometrial, idealmente, se debe solicitar el reporte operatorio de la cirugía previa a los establecimientos del SNIS. En el caso de no contar u obtener el reporte se debe continuar con el proceso de atención durante sus controles prenatales, brindando las recomendaciones necesarias y explicando los factores de mayor y menor probabilidad de éxito. En caso de confirmar o tener una sospecha justificable de que la incisión de la cesárea fue vertical o hubo compromiso de cavidad endometrial en cirugía ginecológica, no se debe ofertar TOLAC.
- ✓ Se debe garantizar la inscripción al programa de educación prenatal, al igual que todas las embarazadas.
- ✓ En el control prenatal se evaluará la probabilidad de elegir parto vaginal posterior a cesárea, idealmente en el tercer trimestre de embarazo, llenando siempre el formato único de consentimiento informado ante la aceptación o denegatoria y adjuntarlo al expediente clínico.
- ✓ El personal encargado de dar la consejería del establecimiento de salud debe proporcionar consejería a todas las mujeres embarazadas con cesárea previa, posterior a la evaluación médica, donde se reforzarán los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de éxito de un parto vaginal posterior a cesárea y la asistencia a las sesiones prenatales, dejando evidencia de ello en el expediente en formato papel o electrónico.

- ✓ A las mujeres embarazadas con cesárea previa debe indicárseles un NST cada semana a partir de la semana 36 para evaluar bienestar fetal.
- ✓ Al cumplir las 40 semanas sin otras comorbilidades, si no ha iniciado trabajo de parto, se debe realizar una evaluación ambulatoria por especialista en el hospital más cercano, con pruebas de bienestar fetal, según los *"Protocolos para la interpretación de pruebas de bienestar fetal anteparto e intraparto"*, para decidir si se programa cesárea o se espera hasta la semana 41, en caso que la mujer embarazada por acceso geográfico limite la atención hospitalaria oportuna, se deberá referir al centro de espera materna más cercano.
- ✓ Si la mujer embarazada desea continuar TOLAC a la semana 40, se debe cumplir lo estipulado en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*:
  El control de las 40 semanas tendrá lugar en el hospital para valoración de bienestar fetal, en esta evaluación se deben tomar las siguientes pruebas:
  - NST más ultrasonido para medida de índice de líquido amniótico (ILA) y ventana vertical máxima (VVM).
  - En caso que el NST se encuentre reactivo y no se evidencie oligohidramnios (ILA menor a 5 cm o VVM menor a 2cm), se citará para NST control en 4 días.
  - Si ese NST control se encuentra reactivo, se citará a las 41 semanas a ingreso para cesárea baja transversa.
  - Si las pruebas de bienestar fetal en alguna evaluación se encuentran anormales, ingresar para finalización del embarazo según corresponda.
- ✓ Para la atención prenatal se debe cumplir lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.

El personal de salud debe recordar que el deseo de esterilización quirúrgica de la mujer embarazada no es indicación de cesárea electiva

3. Manejo del trabajo de parto

Las instituciones del SNIS deben garantizar la disponibilidad de quirófano y médico residente o agregado de obstetricia, enfermería, pediatría y anestesia, para realizar cesárea de emergencia o histerectomía obstétrica en caso de ser requerido, durante la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea. Cuando no se cuente con dicha disponibilidad se debe referir a la mujer embarazada al hospital más cercano para la realización de TOLAC.

Al ingreso, debe brindársele la consejería sobre los factores con mayor o menor probabilidad de éxito para parto vaginal posterior a cesárea, con el objetivo que la mujer embarazada tome una decisión informada, debiendo llenar el consentimiento informado sobre la decisión tomada. Esto debe quedar consignado en el expediente clínico formato papel o digital.

Para una atención segura y de calidad para las mujeres con cesárea anterior que se someten a TOLAC, el personal de salud del SNIS debe realizar el diagnóstico de trabajo de parto cuando la mujer presente contracciones uterinas dolorosas, regulares con borramiento y dilatación.

Una vez realizado el diagnóstico de trabajo de parto, se debe cumplir lo siguiente:

a) Ingreso.
b) Cumplir lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.

c) Explicar con lenguaje claro no técnico, los procedimientos tanto a la mujer como a su acompañante, solicitar consentimiento informado. Dejar constancia de los tactos vaginales y otros procedimientos en el expediente clínico.
d) Favorecer la evolución fisiológica del proceso.
e) Alentar y promover la ingesta de líquidos y alimentos durante el trabajo de parto, si así lo desea la mujer embarazada (dieta líquida o dieta blanda).
f) En fase de latencia: cumplir lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.
g) En fase activa:
   - ✓ Corroborar signos vitales maternos cada hora.
   - ✓ Realizar monitoreo fetal electrónico continuo para evaluar el bienestar fetal, dejando evidencia en expediente clínico cada hora del reporte del monitoreo como mínimo.
   - ✓ Evaluar y documentar las contracciones uterinas (duración, frecuencia e intensidad) durante 10 minutos y repetirlo cada hora.
   - ✓ Realizar los tactos vaginales con guantes limpios a intervalos de 4 horas para valorar la progresión normal del trabajo de parto. En los siguientes casos se debe realizar tacto vaginal antes de las 4 horas: deseo de pujo, descenso brusco de la frecuencia cardíaca fetal, aparecimiento de sangrado o dolor abdominal.
   - ✓ Si posterior a la evaluación rutinaria de cada cuatro horas, no hay progreso en la dilatación y tiene contracciones uterinas inadecuadas (menos de 3 contracciones en 10 minutos o la duración de estas es menor a 50 segundos), en estos casos se debe indicar oxitocina según lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.
   - ✓ En caso de ruptura prematura de membranas en embarazada con cesárea anterior que desea TOLAC cumplir lo establecido en el *"Protocolo para la prevención, diagnóstico y manejo de la amenaza de parto prematuro y la ruptura prematura de membranas"*.
   - ✓ Es una contraindicación absoluta el uso de prostaglandinas (misoprostol) para inducción del trabajo de parto en mujeres con cesárea previa. Si se pueden utilizar técnicas mecánicas como el balón para maduración cervical.
h) Vigilar signos y síntomas de ruptura uterina. Se debe sospechar ruptura uterina con uno o más de los siguientes signos:
   - ✓ Anormalidades en la frecuencia cardíaca fetal (Monitoreo fetal categoría II o III).
   - ✓ Pérdida de la estación fetal.
   - ✓ Ausencia o disminución de contracciones uterinas.
   - ✓ Dolor abdominal o dolor suprapúbico a nivel de la histerorrafia.
   - ✓ Sangrado vaginal.
   - ✓ Inestabilidad hemodinámica.
   - ✓ Hematuria.
i) En caso de sospecha de ruptura uterina se debe realizar urgentemente laparotomía exploradora.

4. Manejo de la atención de parto vaginal posterior a cesárea

La atención de parto vaginal en mujeres con cesárea previa implica las mismas técnicas para la asistencia del nacimiento del bebé y el alumbramiento de placenta que se utilizan en los partos vaginales sin cesárea previa. Cumplir lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.

No se debe realizar la exploración del útero de rutina, posterior al parto vaginal para la identificación de deshiscencia de cicatriz uterina previa, en mujeres hemodinamicamente estables y sin sangrado vaginal anormal.

Si se sospecha deshicencia de cicatriz uterina previa o ruptura uterina posterior al parto vaginal, que se caracteriza por dolor abdominal y sangrado vaginal persistente a pesar del uso de uterotónicos, se debe realizar exploración manual uterina. Si se confirma deshiscencia de cicatriz uterina previa o ruptura uterina se debe realizar laparotomía exploradora de forma inmediata y cumplir lo establecido en los *"Protocolos para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia"*.

El personal de salud del SNIS debe realizar diagnóstico de retención placentaria cuando la placenta no alumbra posterior a 30 minutos. Se debe considerar en estos casos la posibilidad de acretismo placentario, si se confirma acretismo placentario o la placenta no se puede extraer manualmente se debe realizar histerectomía abdominal total.

En caso de inestabilidad hemodinámica se debe activar código rojo y seguir el manejo según el *"Protocolo para la atención integral de hemorragia posparto, trastornos hipertensivos del embarazo y sepsis en obstetricia", vigentes.*

5. Posparto

La atención durante el posparto y al alta se debe realizar según lo establecido en los *"Protocolos para la atención a la mujer en los periodos prenatal, parto, puerperio y atención del recién nacido"*.

Al momento del alta médica se debe brindar consejería sobre métodos anticonceptivos y referir a consulta de alto riesgo reproductivo.

En caso de verificar parto vaginal, al alta debe consignarse en el expediente clínico el diagnóstico de parto vaginal con cesárea previa O75.7 (Código CIE10).

6. Monitoreo, supervisión y evaluación

Para el cumplimiento de este protocolo todas las instituciones que conforman el SNIS, realizarán adecuación de procesos encaminados a mejorar la atención de las mujeres con antecedente de cesárea anterior que deseen prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

6.1Nivel Superior

6.1.1 Unidad Materno Perinatal

a) Socializar las disposiciones técnicas del presente protocolo.
b) Brindar acompañamiento y asistencia técnica a los diferentes niveles de atención sobre los presentes protocolos.
c) Elaboración de indicadores pertinentes al presente protocolo.
d) Guiar la revisión y actualización de los presentes protocolos.
e) Realizar la evaluación nacional en la sala situacional nacional una vez al año.

6.1.2 Dirección Nacional de Hospitales

a) Designar un referente nacional materno perinatal quien será el responsable del cumplimiento, monitoreo y supervisión del presente protocolo.
b) Garantizar que las direcciones de los hospitales designen un referente materno y niñez para vigilar el cumplimiento del presente protocolo.
c) Presentar en la sala situacional nacional el análisis de la información relacionada con la implementación de los presentes protocolos cuando sean requeridos.
d) Realizar monitoreo y supervisión de acuerdo al Anexo 1 del presente protocolo.

e) Incluir dentro del análisis de la sala situacional mensual el número de partos vaginales exitosos posterior a cesárea y el total de partos vaginales en el mismo período.
f) Acompañar a las salas situacionales regionales cuando sean requeridos.

6.1.3 Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención

a) Designar un referente nacional materno perinatal y un referente nacional de niñez quienes serán los responsables del cumplimiento, monitoreo y supervisión del presente protocolo.
b) Garantizar que las direcciones regionales, SIBASI, establecimientos de salud y centros de espera materna designen un referente materno y niñez para vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos.
c) Socializar los presentes protocolos a las direcciones regionales.
d) Realizar monitoreo y supervisión de acuerdo al Anexo 1 del presente protocolo.
e) Presentar en la sala situacional nacional el análisis de la información relacionada con la implementación del presente protocolo cuando sean requeridos.
f) Acompañar a las salas situacionales regionales y brindar asistencia técnica, monitoreo, supervisión y evaluación del cumplimiento de los presentes protocolos.

6.1.3.1 Nivel Regional

Los referentes regionales materno perinatal y niñez, serán los responsables de las siguientes actividades:

a) Socializar los presentes protocolos con los SIBASI bajo su responsabilidad.
b) Coordinar con los diferentes actores del SNIS la socialización a través de las microrredes.
c) Realizar monitoreo, asistencia técnica, supervisión y seguimiento a los SIBASI bajo su responsabilidad.
d) Realizar monitoreo y supervisión de acuerdo al Anexo 1 del presente protocolo.

6.1.3.2 SIBASI

Las coordinaciones de SIBASI deben cumplir lo siguiente:

a) Socializar con los referentes de atención materno infantil de las diferentes unidades de salud y centros de espera materna, de su área geográfica de influencia, el presente protocolo.
b) Supervisar el cumplimiento de los presentes protocolos en las diferentes unidades de salud y centros de espera materna de su área geográfica de acuerdo al Anexo 1 del presente protocolo.

6.1.3.4 Establecimientos de Primer Nivel de Atención

Las direcciones de cada una de las unidades de salud y la coordinación de los centros de espera materna, será el responsable de las siguientes actividades:

a) Delegar un referente materno perinatal y niñez de acuerdo a capacidad instalada que será el responsable del cumplimiento de los presentes protocolos.
b) Participar en la sala situacional regional o departamental cuando sean requeridos.
c) Realizar revisión de expedientes conforme al Anexo 1 del presente protocolo.

6.2 Instituciones integrantes del SNIS

El MINSAL como ente rector en coordinación con las instituciones del SNIS, debe realizar análisis y evaluación de resultados en la implementación de los presentes protocolos.
Cada institución del SNIS deberá cumplir lo siguiente:

a) Nombrar coordinadores nacionales quienes serán los responsables de vigilar el cumplimiento de los presentes protocolos al interior de su institución.
b) Participar en la sala situacional nacional.
c) Realizar revisión de expedientes conforme al Anexo 1 del presente protocolo.

6.3 Instrumento estandarizado para el monitoreo del protocolo

Las instituciones del SNIS, deben:

a) Utilizar el instrumento estandarizado para el monitoreo (Anexo 1).
b) Desarrollar planes de mejora en función de las capacidades operativas de cada institución.
c) El jefe de cada área deberá monitorear de acuerdo a lo estipulado en el siguiente instrumento de supervisión.

V. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad del personal multidisciplinario de salud del SNIS, dar cumplimiento al presente protocolo caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

El presente protocolo será revisado y actualizado cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL, o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto en el presente protocolo, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

VI.Vigencia

El presente protocolo entrarán en vigencia a partir de la fecha de su firma, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.

Comuníquese,

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

VII.Referencias bibliográficas

1. Desmuck, Uma. Trial of labor after cesarean, vaginal birth after cesarean, and the risk of uterine ruptura: an expert review. American Journal of Obstetrics and Gynecology. Marzo 2024.
2. Dodd Jm, Crowther CA, Huertas E, et al. Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with previous caesarean birth. Cochrane Database Syst Rev 2013:CD004224.
3. Marshall NE, Fu R, Guise JM. Impact of multiple cesarean deliveries on maternal morbidity: A systematic review. Am J Obstet Gynecol 2011;205:262.e1
4. Smith D, Stringer E, Vladutiu CJ, et al. Risk of uterine rupture among women attempting vaginal birth after cesarean with an unknown uterine scar. Am J Obstet Gynecol 2015 Jul;213(1):80.e1-80.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.056. Epub 2015 Feb
5. Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean, BirthGreen-top guideline N° 45, London: RCOG; Oct. 2015.
6. Smith D, Stringer E, Vladutiu CJ, et al. Risk of uterine rupture among women attempting vaginal birth after cesarean with an unknown uterine scar. Am J Obstet Gynecol 2015 Jul; 213(1):80.e1-80.e5. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.056. Epub 2015 Feb 4.
7. Sociedad Andaluza de Ginecología y Obstetricia. Recomendaciones sobre el parto vaginal tras cesárea.; Guía Asistenciales Perinatología, Dic. 2023
8. The American College of Obstetricians and Gynecologists. Practice Bulletin Number 205. Vaginal Birth After Cesarean Delivery; Vol. 133, n° 2, Febrero 2019.

VIII. Anexos

Anexo 1

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO DE EL SALVADOR

Dirección Integral Materno Perinatal y Niñez

I. Objetivo:

Instrumento para el monitoreo de la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.

II. Identificación

Institución:_____
Supervisor:_____Fecha:_____
Establecimiento:_____SIBASI:_____
Región:_____
Fecha y hora de evaluación: _____
Evaluador: _____
Indicación de cesárea anterior: _____

III. Desarrollo

Intervención	Si	No	PNA	Hospital
Se registra en el expediente clínico, que se ofertó a la mujer embarazada la prueba de trabajo de parto posterior a cesárea.				
Se le brindó consejería sobre los factores que aumentan o disminuyen la probabilidad de tener un parto vaginal posterior a cesárea.				
Se llenó formato único de consentimiento informado explicando posibles riesgos y complicaciones de la prueba de trabajo de parto, la probabilidad de parto vaginal y de cesárea de emergencia.				
Durante la prueba de trabajo de parto, se evidencia registro de monitoreo fetal continuo.				
Se dejó evidencia en expediente clínico de la búsqueda de signos de ruptura uterina durante el monitoreo del trabajo de parto.				

Observaciones:_____
_____
_____

El manejo fue según lo recomendado: Si No

Si la respuesta es "No", explique por qué:

_____
_____
_____

Firma y sello del evaluador:

_____