

REPÚBLICA DEL PERÚ



RESOLUCIÓN DIRECTORAL

San Martín de Porres, 15 de noviembre de 2019

Visto el Exp. N°26107-2019, que contiene el Oficio N°413-DGOBS-2019-HCH, del Departamento de Ginecología y Obstetricia, el Informe Técnico N°094-OGC-2019-HCH, del 05 de noviembre de 2019 de la Oficina de Gestión de la Calidad, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante el Oficio N°413-DGOBS-2019-HCH, el Departamento de Ginecología y Obstetricia, remite el proyecto de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Parto Vaginal en Cesareada Anterior;

Que, mediante Informe Técnico N°094-OGC-2019-HCH, la Oficina de Gestión de la Calidad, recomienda aprobar con Resolución Directoral la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Parto Vaginal en Cesareada Anterior;

Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley N°26842, Ley General de Salud, establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;

Que, el artículo 3° literales b) y c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N°216-2007/MINSA emitida con fecha 09 de marzo de 2007, establece entre las funciones generales del Hospital Cayetano Heredia, defender la vida y proteger la salud de la persona desde su concepción hasta su muerte natural, lograr la prevención y disminución de los riesgos y daños a la salud;

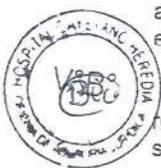
Que, el artículo 6° Literal e) del citado reglamento, establece las atribuciones y responsabilidades del Director General, entre las cuales se encuentra, la prerrogativa de expedir actos resolutivos en asuntos que sean de su competencia;

Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA, se aprueba la Norma Técnica N°117-MINSA/DGSP-V.01, "Norma Técnica de Salud para la Elaboración y Uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", la cual tiene como finalidad contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;

Que, mediante Resolución Ministerial N°414-2015/MINSA, se aprueba el Documento Técnico: "Metodología para la elaboración de Guías de Práctica Clínica", el mismo, que tiene la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de la atención en salud, con énfasis en la eficiencia, efectividad y seguridad; a través de la formulación de Guías de Práctica Clínica que respondan a las prioridades nacionales, regionales y/o local;

Que, mediante Resolución Ministerial N°850-2016/MINSA, se aprobó las "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud"; cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;

Que, con el propósito de continuar con el desarrollo de las actividades y procesos técnico-administrativos a nivel institucional, así como alcanzar los objetivos y metas en el Hospital Cayetano Heredia, resulta pertinente atender la propuesta presentada por el Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia, para la aprobación de la Guía de Práctica Clínica para Diagnóstico y Tratamiento de Parto Vaginal en Cesareada Anterior;



Estando a lo propuesto por el Jefe del Departamento de Ginecología y obstetricia, el Informe Técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad y lo opinado por la Oficina de Asesoría Jurídica con el Informe N°1207-2019-OAJ-HCH;

Con el visto de las Jefaturas del Departamento de Ginecología y Obstetricia, la Oficina de Gestión de la Calidad y de la Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con las normas contenidas en el TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Cayetano Heredia, aprobado por Resolución Ministerial N° 216-2007/MINSA;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- APROBAR la GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR, elaborada en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia, por las consideraciones expuestas, la cual se adjunta y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°.- ENCARGAR al Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Cayetano Heredia proceda a la difusión, implementación, supervisión y seguimiento de la Guía aprobada en el artículo 1° de la presente Resolución.

Artículo 3°.- DISPONER la Publicación de la Guía en el Portal del Transparencia Estándar del Hospital.

Regístrese y comuníquese



Dra. AIDA CECILIA CALACIOS RAMIREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.R. 23579 P.M.R. 9034



ACR/PR/BA/C/009



HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
DEPARTAMENTO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

GUÍA DE PRACTICA CLÍNICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARTO
VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR

RESPONSABLE
Dr. JAVIER EDUARDO DANZ DEL POZO
GINECOLO OBSTETRA
LIMA - PERU



GUIA DE PRACTICA CLINICA PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR

- I. **FINALIDAD.**- Estandarizar la atención de parto en las pacientes que tienen el antecedente de una cesárea.
- II. **OBJETIVO.**-Toda gestante que termina su gestación a través de una operación cesárea es catalogada como cesareada anterior y es de alto riesgo obstétrico para sus siguientes gestaciones, la presente guía de Práctica clínica tiene por objetivo estandarizar la atención de dichas pacientes que serán sometidas a un trabajo de parto y así poder disminuir la incidencia de partos por cesárea.
- III. **AMBITO DE APLICACIÓN.**- Servicio de Obstetricia y Emergencia Gineco-Obstetrica del Hospital Cayetano Heredia.

IV. PROCESO O PROCEDIMIENTO A ESTANDARIZAR DIAGNOSTICO TRATAMIENTO DE PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR

4.1 NOMBRE Y CODIGO

Atención materna por cicatriz uterina debida a cirugía previa	O34.2
Parto vaginal posterior a una cesárea previa	O75.7
Parto único por cesárea	O82
Parto por cesárea de emergencia	O82.1
Parto por cesárea electiva	O82.0
Parto por cesárea, sin otra especificación	O82.9

V. CONSIDERACIONES GENERALES

5.1 DEFINICION

Es el nacimiento de un feto por vía vaginal en una multípara con el antecedente de habersele realizado solo una cesárea durante alguna gestación previa.

Toda gestante que termina su gestación a través de una operación cesárea es catalogada como cesareada anterior y es de alto riesgo obstétrico para sus siguientes gestaciones

5.2 ETIOLOGIA

Toda paciente con antecedente de término de la gestación via abdominal que haya sucedido en cualquiera de las gestaciones previas

5.3 FISIOPATOLOGIA

Cuando la paciente con una gestación actual tiene el antecedente de haber sido sometida a una cesárea

5.4 ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Frecuencia variable, en el Hospital Cayetano Heredia la tasa de cesárea es 50%, siendo la primera causa el antecedente de cesárea anterior en una oportunidad. Cerca al 5 % de las pacientes con antecedente de una cesárea previa terminan su gestación por vía cesárea.

En general la cesárea previa es hoy la indicación Obstétrica principal de cesárea (34%), seguido por las distocias (28%), el Estado fetal no asegurable (14%), la presentación pélvica (9%) y otras un (10%). De todas estas causas, la que tiene más posibilidad de modificarse es la cesárea previa



Uno de los propósitos de los proyectos de desarrollo humano mundial es reducir la tasa global de cesárea a un 15%, ya que en los últimos decenios ha tenido un incremento alarmante.

5.5 FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Está contraindicado permitir parto vaginal, por elevado riesgo de rotura uterina, en las siguientes situaciones:

1. Dos o más cesáreas segmentarias
2. Incisión uterina clásica previa
3. Incisión uterina segmentaria en "T", en "J" y vertical baja
4. Una cesárea previa antes de las 32 semanas
5. Cirugía uterina previa con ingreso a la cavidad endometrial
6. Antecedente de rotura uterina, laceración cervical extensa
7. Desproporción céfalo-pélvica obvia (macrosomía, pelvis estrecha)
8. Otros: embarazo gemelar, presentación podálica, polihidramnios. intervalo intergenesico de 18 meses o menos

VI. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS

6.1 CUADRO CLÍNICO

6.1.1 Signos y síntomas

La gestación cursa sin cambios en relación a las gestantes no cesareadas.

De acuerdo al número de cesáreas previas:

1. Cesareada Anterior 1 vez: **Sí se permite chance vaginal**
2. Cesareada Anterior 2 o más veces: No permite chance vaginal

De acuerdo al tipo de cicatriz uterina:

1. Cesárea con histerotomía corporal: No permite chance vaginal
2. Cesárea con histerotomía segmentaria:

2.1 Segmentaria vertical: No permite chance vaginal

2.2 Segmentaria transversa: Sí se permite el chance vaginal.

6.1.2 Interacción cronológica

Toda paciente con antecedente de cesárea anterior durante el control prenatal debe realizarse la evaluación pormenorizada respectiva para determinar si cumple con los criterios para ser sometida a inducción o a trabajo de parto, dicha evaluación es obligación del médico ginecólogo de consultorio externo.

6.2 DIAGNÓSTICO

6.2.1 Criterios de diagnóstico:

1. La anamnesis nos permitirá al menos presumir el tipo de cicatriz uterina previa para decidir chance vaginal. Indagar sobre tiempo de gestación, peso del recién nacido, buscar causas de cesárea no segmentaria.
2. Siempre que sea posible obtener la copia del reporte operatorio de la cesárea anterior
3. Se considera que poco más del 90% del total de cesáreas son con histerotomía segmentaria transversa que sí permiten el parto vaginal



posterior. El 10% restante son con histerotomías corporales o segmentarias verticales que tienen su indicación en casos precisos como placenta previa, miomatosis, cáncer de cérvix, feto en transversa y prematuridad

6.2.2 Diagnóstico diferencial

Es importante establecer el tipo de cicatriz uterina previa (segmentaria o corporal, segmentaria transversa o segmentaria vertical) según reporte operatorio y/o anamnesis, a fin de establecer la conducta a seguir.

Si hay sospecha clínica de cesárea con cicatriz no segmentaria transversa, no se permitirá chance vaginal y viceversa.

6.3 EXÁMENES AUXILIARES

6.3.1 De patología clínica

Solicitar exámenes preoperatorios: Hemoglobina, Hematocrito, Plaquetas, Grupo- Rh, Tiempo de coagulación y sangría, glucosa, urea, creatinina, HbsAg, HIV, VDRL/RPR, urocultivo

6.3.2 De imágenes

Solicitar ecografía Obstétrica doppler: si localización de placenta es baja (sospecha de acretismo).

6.3.3 De exámenes especializados complementarios

Resonancia Magnética Nuclear ante la posibilidad de infiltración de placenta en el recto.

6.4 MANEJO SEGÚN NIVEL DE COMPLEJIDAD Y CAPACIDAD RESOLUTIVA

6.4.1 Medidas generales y preventivas:

Control Prenatal:

1. Se realizará con la frecuencia habitual hasta las 39 semanas.
2. Debe lograrse una minuciosa anamnesis en torno a la indicación de la cesárea anterior y la edad gestacional en que se realizó ella.
3. Si cumple con requisitos de chance vaginal se esperará inicio espontáneo de trabajo de parto hasta las 39 semanas.
4. Se realiza la consejería de parto vaginal a la paciente, explicando riesgos y beneficios de cesárea electiva versus chance vaginal
5. Se realizará pelvimetría clínica a las 36 semanas para descartar desproporción céfalo pelviana.
6. Si la pelvimetría es anormal, se programará cesárea electiva a las 38 semanas.
7. Si no se obtiene reporte operatorio en cesárea previa, por los datos de la historia clínica, puede presumirse el tipo de cicatriz uterina y decidir chance vaginal o no.

6.4.2 Terapéutica

Chance vaginal: la oportunidad que se le brinda a una gestante para que tenga la posibilidad de un parto por vía vaginal. Deben cumplirse con las siguientes condiciones hospitalarias:

1. Trabajo de parto monitorizado desde su inicio



2. Gineco- Obstetra disponible
3. Cesárea de urgencia antes de 30 minutos
4. Sala de operaciones disponible
5. Apoyo de Banco de Sangre
6. Consentimiento informado firmado idealmente durante el control prenatal o al ingreso por emergencia u hospitalización

Requisitos de chance vaginal: Se dará prueba de parto vaginal a todas las pacientes con cesárea anterior que cumplan los siguientes requisitos:

1. Una sola cesárea previa
2. Que causa de cesárea anterior no se repita
3. Incisión Transversal Segmentaria Baja
4. Feto único en cefálico
5. Pelvis adecuada
6. Ponderado fetal menor a 4000 gr.
7. Intervalo intergenésico de más de 18 meses.

Factores condicionantes del chance vaginal:

1. Probabilidad aumentada de éxito
 - 1.1 Parto vaginal posterior a la cesárea
 - 1.2 Inicio espontaneo del trabajo de parto

Medidas específicas

Conducción del Trabajo de Parto

1. Hospitalización desde el inicio del Trabajo de parto
2. Debe ser conducido por médico con experiencia
3. Vía venosa permeable (catéter 16 ó 18)
4. Paciente en Centro Obstétrico y monitorización continua de LCF.
5. Rotura artificial de membranas y analgesia de parto a juicio individualizado en fase activa del trabajo de parto.
6. Uso de oxitocina: Se recomienda usar con bomba de infusión, de manera prudente, se debe evitar la taquisistolia, idealmente mantener dinámica uterina de 3 a 4 en 10 minutos.
7. Evacuación vesical.
8. La alternativa a la oxitocina para la inducción de parto es el Método de Krause (balón de sonda foley por detrás el orificio cervical interno asociado a instilación de 20 cc de NaCl 0.9% para obtener la separación de las membranas ovulares del endometrio adyacente. En el extremo distal de la sonda Foley realizara tracción continua con 1 Kg, colocado por 12 horas como máximo).
9. Está contraindicado el uso de misoprostol por riesgo elevado de rotura uterina
10. En caso de conducción: no sobrepasar 10mUI de oxitocina /min, si no hay avance en la dilatación cervical en 2 horas, culminar por vía alta. Las reevaluaciones en intervalos no mayores de 2 horas para controlar progresión del parto.
11. Realizar episiotomía amplia.



Atención del Parto

1. Debe ser atendido por medico con experiencia
2. Durante el expulsivo se debe evitar el pujo materno excesivo y/o la compresión abdominal del fondo uterino (Maniobra de Kristeller).
3. Se puede instrumentar el expulsivo si éste no es rápido y expedito.
4. No se debe realizar la revisión digital de histerorrafa, en casos de sangrado vaginal post-parto profuso, signos de hipovolemia puede indicar ruptura uterina y debe provocar una evaluación completa del tracto genital)

6.4.3 Efectos adversos o colaterales con el tratamiento

1. Se repite causa que originó la cesárea anterior
2. Edad materna mayor de 40 años
3. Edad gestacional mayor de 40 semanas
4. Obesidad materna
5. Pre eclampsia
6. Sospecha de macrosomía

6.4.4 Signos de alarma

En casos de patologías médicas u obstétricas que requieran la interrupción del embarazo antes de iniciado el trabajo de parto y sin contraindicación a la vía vaginal, se deben considerar las condiciones obstétricas de la paciente:

- a) Con buenas condiciones obstétricas (Bishop > 7): Se puede plantear el método de Krause y de ser necesaria la estimulación con oxitocina. Reevaluar las condiciones obstétricas a la 2 horas; si no hay progresión, se indicará cesárea.
- b) Con malas condiciones obstétricas (Bishop 7 o <): programar cesárea electiva.

Es importante mantener la actitud de sospecha permanente. Se deben considerar tres elementos:

- a. **Dolor abdominal: Es infrecuente pero de relevancia la aparición de un dolor brusco en el hipogastrio** que alcanza su máxima intensidad en el acmé de la contracción, irradiado al hombro. El dolor puede ser atenuado por la anestesia epidural, por lo cual la atención debe ser puesta en aparición de dolor de ubicación e irradiación atípicas.
- b. **Alteración de la dinámica uterina: la aparición de incoordinación en la dinámica** uterina con tendencia a la **taquisistolia**, o bien, alteración en el tono uterino, deben hacer sospechar el diagnóstico. La hemorragia externa es eventual y escasa.
- c. **Monitorización fetal continua: el hallazgo más frecuente en este grupo de pacientes corresponde al estado fetal no asegurable;** de



ahí la importancia de monitorizar la frecuencia cardíaca fetal en todas las pacientes con cesárea anterior sometidas a prueba de parto vaginal.

- d. *Otros hallazgos diagnósticos son:*
1. Pérdida del encajamiento de la presentación
 2. Palpación fácil de partes fetales
 3. hematuria
 4. Palpación transcervical del defecto uterino

Riesgo elevado de hemorragia post-parto y de histerectomía

En recién nacido elevado riesgo de morbi- mortalidad perinatal.

6.4.5 Criterios de alta

1. Que haya cumplido 24 a más horas de puerpera de parto vaginal.
2. Sin trastornos clínicos de anemia aguda.
3. Sin trastornos hemodinámicos.
4. Control de hemoglobina adecuado

6.4.6 Pronostico

Bueno, mejora condiciones de salud reproductiva.

6.5 COMPLICACIONES

1.- La principal complicación del parto vaginal en una gestante con cesárea previa es la Rotura Uterina, cuyo riesgo es variable, de acuerdo al tipo de cicatriz uterina:

- Cicatriz clásica: 4 - 12%
- Incisión den T: 4 - 9%
- Segmentaria vertical: 3 - 12%
- Segmentaria transversa: 0.1 - 1%
- Antecedente de rotura en segmento : 9%
- Antecedente de rotura corporal o fundica: 15%

La rotura uterina es la disrupción del músculo uterino que compromete la serosa uterina o que se extiende a la vejiga o al ligamento ancho.

Dehiscencia uterina es la disrupción del músculo uterino con serosa uterina intacta.

Factores predisponentes a la rotura uterina:

- Estimulación uterina excesiva con oxitocina,
- Trabajo de parto prolongado
- Versión y extracción en nalgas.
- Fórceps medio o alto.

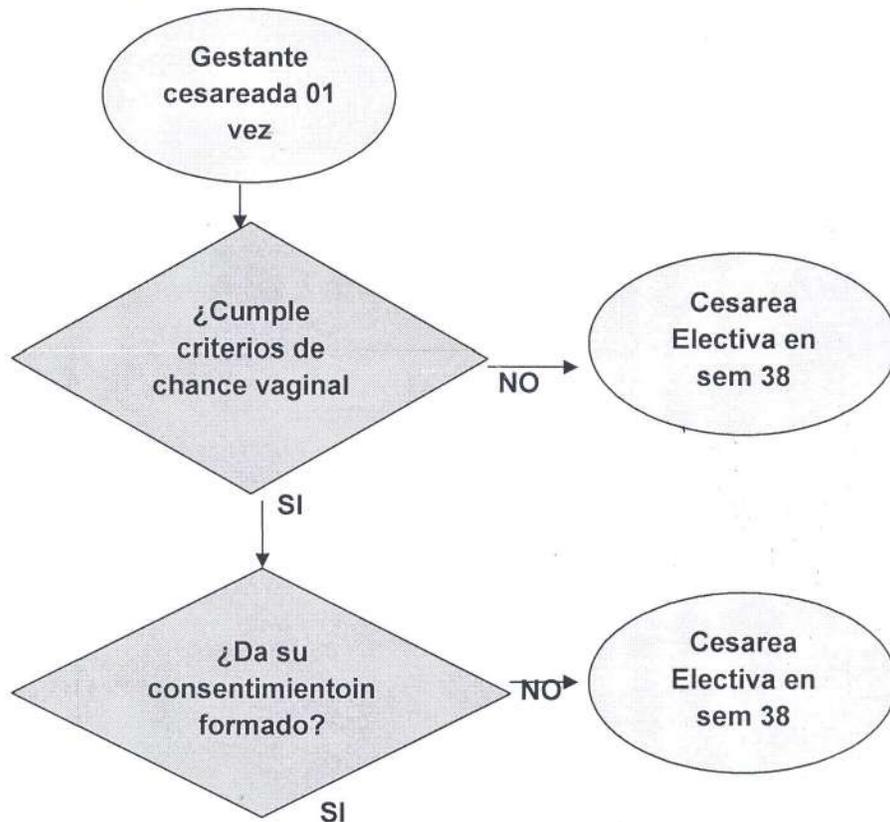


No se ha encontrado una diferencia estadísticamente significativa entre el grupo de parto vaginal en cesareada anterior y el grupo de cesárea electiva con relación a histerectomía, enfermedad tromboembólica o muerte materna.

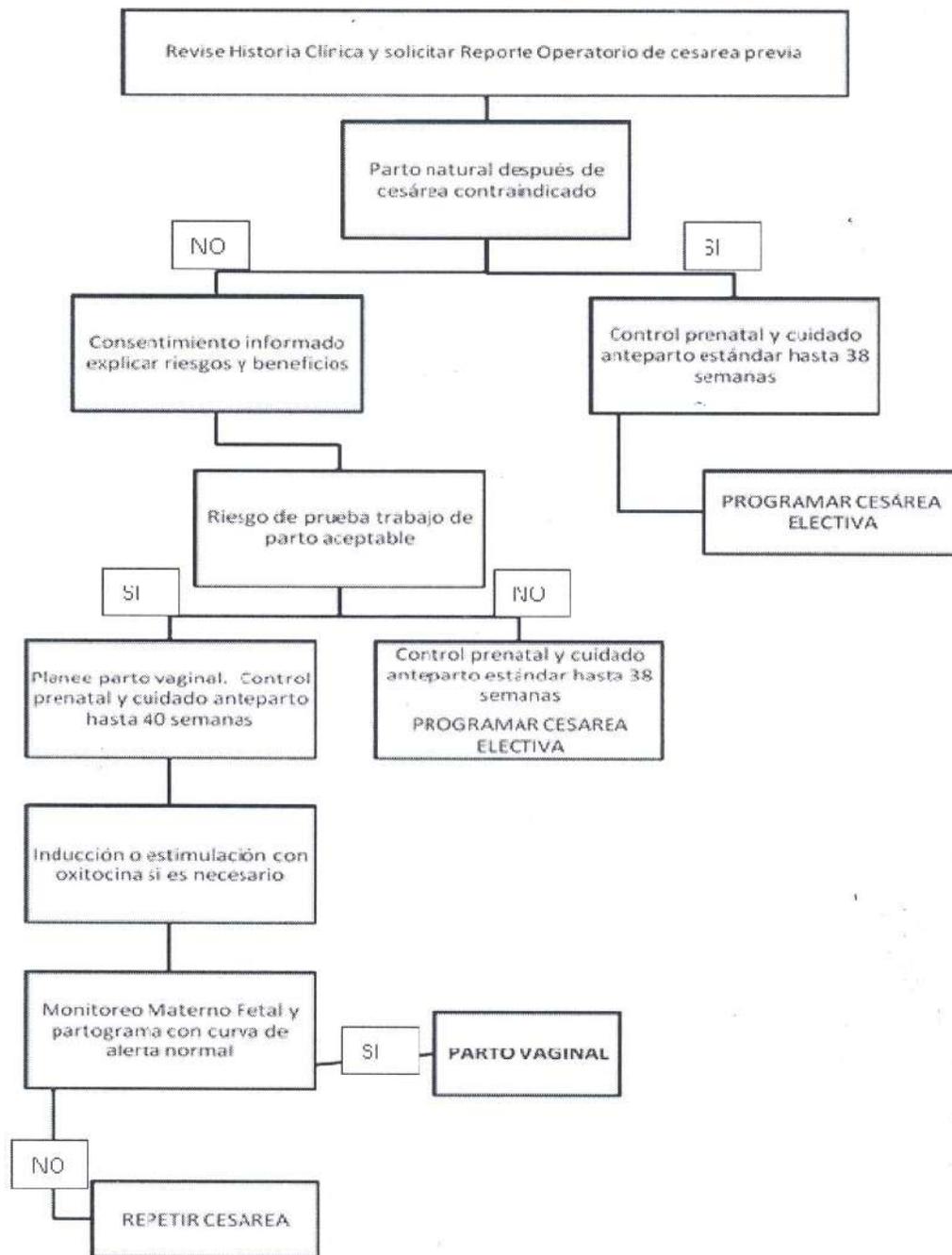
6.6 CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRA REFERENCIA

- Manejo de Hospital de III Nivel, por necesitar Sala de Operaciones, Banco de Sangre, UCI neonatal, UCI materna.
- Se realiza la contra-referencia con indicaciones al Establecimiento de Salud de su localidad de procedencia luego del parto.

6.7 FLUXOGRAMA



VII. ANEXOS



VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ACOG American College Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin No 205: Vaginal birth after previous cesarean delivery. Obstetrics & Gynecology February 2019; 133 (2): 110-126.
1. SEGO. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Parto vaginal tras cesárea. Protocolo- los Asistenciales en Obstetricia. Junio 2010.
2. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45, October 2015.
3. SOGC Society Obstetric and Gynecology Canadian. Clinical Practice Guidelines No 155 (Replaces guideline No 147), February 2005. J ObstetGynaecol Can 2005; 27(2): 164-174.
4. Austrian Society os Obstetrics and Gynecology OEEGGG Labour and chillbirth after previos caesarean section. 2016. 76: 1279-1286.
5. National Institutes of Health. NIH. Consensus Development Conference: vaginal birth after cesarean: new insights. Bethesda (MD): NIH; 2010.
6. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareada anterior. Rev Per GinecolObstet. 2010; 56: 284-288
7. Appropriate technology for birth. Lancet. 1985 Aug 24; 2(8452): 436-7.
8. Maternal Fetal Medicine, Creasy and Resniks. 7ma Ed., Año 2014. 699-703

