

Conducción del trabajo de parto en gestantes con cesárea previa en el Hospital Central Universitario Dr. “Jesús María Casal Ramos” Acarigua-Estado Portuguesa*

📧 Luisáis Pire,¹ Egdimar Polanco,¹ Yareim Gonzáles,¹ 📧 Freddy Bello Rodríguez.²

RESUMEN

Objetivo: Estimar la seguridad del parto vaginal en gestantes a término en trabajo de parto espontáneo con cesárea previa que acudieron al Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos, en el periodo enero-junio de 2018.

Métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo, transversal y correlacional no causal, en gestantes a término con cesárea anterior en trabajo de parto. Se revisaron las historias clínicas de gestantes a término que ingresaron en trabajo de parto espontáneo y a quienes se les realizó la conducción del trabajo de parto si no persistía la indicación de la cesárea, registrando las complicaciones maternas, fetales y neonatales.

Resultados: Se atendieron 245 gestantes, con cesárea anterior; se incluyeron 108 pacientes de las cuales 99 (92 %) no presentaron complicaciones y de las nueve restantes, 4 (44 %) presentaron desgarro grado I, 4 (44 %) desgarro grado II y solo 1 (12 %) desgarro grado III. La localización anatómica más frecuente fue vaginal en 6 (67 %), cervical en 3 (33 %); no fue descrito el tamaño de los mismos; el desgarro vaginal grado III fue suturado, no ameritó transfusión sanguínea y el producto pesó 4000 kg. No hubo muertes maternas ni complicaciones fetales o muertes fetales.

Conclusiones: El parto vaginal de inicio espontáneo en gestantes con cesárea anterior es seguro en un 92 %.

Palabras clave: Parto vaginal, Cesárea previa, Intervalo interparto, Conducción del trabajo de parto.

SUMMARY

Objective: To estimate the safety of vaginal delivery in pregnant women at term in spontaneous labor with previous cesarean section who attended the Obstetric Emergency Service of the Dr. Jesús María Casal Ramos University Hospital, in the period January-June 2018.

Methods: A prospective, descriptive, cross-sectional and non-causal correlational study was conducted in pregnant women at term with a previous caesarean section in labour. The medical records of full-term pregnant women who entered into spontaneous labor and who underwent conduction of labor were reviewed if the indication for cesarean section did not persist, recording maternal, fetal and neonatal complications.

Results: We attended 245 pregnant women, with previous cesarean section, 108 patients were included of which 99 (92 %) did not present complications and of the remaining nine, 4 (44 %) presented grade I tear, 4 (44 %) grade II tear and only 1 (12 %) grade III tear. The most frequent anatomical location was vaginal in 6 (67 %), cervical in 3 (33 %); the size of the same was not described; the grade III vaginal tear was sutured, did not require blood transfusion and the product weighed 4000 kg. There were no maternal deaths or fetal complications or fetal deaths.

Conclusions: Spontaneously initiated vaginal delivery in pregnant women with previous caesarean section is 92% safe.

Keywords: Vaginal Birth, Prior caesarean, Interpartum interval, Labor conduction.

¹Médicos Residentes. ²Médico Jefe Departamento Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Dr. “Jesús María Casal Ramos. Docente Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda (UNEFM). Miembro titular SOGV Y FLASOG.

*Tesis Grado Médico Cirujano. Mención honorífica UNEFM.

Forma de citar este artículo: Pire L, Polanco E, González Y, Bello F. Conducción del trabajo de parto en gestantes con cesárea previa en el Hospital Central Universitario Dr. “Jesús María Casal Ramos” Acarigua-Estado Portuguesa. Rev Obstet Ginecol Venez. 2021; 81(3):239-247. https://doi.org/10.51288/00810307

INTRODUCCIÓN

La determinación para la resolución del tipo de parto, es fundamental en la práctica obstétrica. Por lo menos durante las últimas tres décadas, la determinación de la vía expedita para un nacimiento después de una

cesárea, se ha caracterizado por cambios dramáticos y políticas cada vez más restrictivas y cuestionadas sobre un parto vaginal en presencia de un antecedente de cesárea (1).

Históricamente, antes del siglo XX, muy rara vez realizaban cesáreas debido a que lo más frecuente es que conducían a la muerte de la parturienta. En los últimos 120 años ha sido motivo de controversia la interrogante sobre la vía del nacimiento en embarazos subsiguientes de mujeres con antecedentes de cesárea. Dicho debate se ha dirigido principalmente a la seguridad relativa del nacimiento por vía abdominal, con respecto al vaginal, en presencia de una cicatriz uterina. En 1916, Cragin (2) señala que una vez hecha una cesárea, siempre debe hacerse otra. Esta última frase se convirtió en uno de los aforismos más citados y dogmas seguidos desde entonces.

El más grande impulso para los favorecedores del parto vaginal después de cesárea provino de la introducción de la incisión transversa baja por Kerr (3), en 1926, quien argumentó mayor solidez de la incisión uterina inferior una vez cicatrizada, lo que permite un trabajo de parto seguro en embarazos posteriores; esto fue reforzado por las aseveraciones de Schmitz y cols. (4), quienes luego de observar 62 partos vaginales de 448 mujeres con cesárea previa, entre 1931 y 1950, concluyeron que el riesgo de mortalidad materna era menor con una prueba de trabajo de parto, que con una cesárea repetida.

Si bien los médicos estadounidenses se mantuvieron firmes en sus puntos de vista contra el parto vaginal después de la cesárea hasta 1970, en Europa era común, desde la década de 1930, hacer una prueba de trabajo de parto en estos pacientes (5). La evaluación de datos emergentes para la realización de una prueba de parto frente a una cesárea previa ha sido objeto continuo de investigación y debate. España ha optado por integrar en sus protocolos la decisión materna. Desde el año 2005, la SEGO (Sociedad Española de Ginecología y

Obstetricia) incluye el consentimiento informado para este fin, lo cual es ratificado por el ACOG (*American College Obstetricians and Gynecologists*) y la OMS (Organización Mundial de la Salud), quienes declaran que el parto vaginal después de una cesárea es una opción segura y aceptable (1).

En Venezuela, existen trabajos que describen diferencias estadísticas significativas en cuanto a las complicaciones que pueden presentarse en pacientes con cesárea previa que, luego de 24 meses, son sometidas a un parto vaginal, evidenciando que las dehiscencias de la cicatriz uterina tienen una baja frecuencia (6 - 9). La mayoría fueron asintomáticas y diagnosticadas durante la cesárea repetida o en la revisión uterina posparto y tratadas, en la mayoría, por histerorrafia (10).

El parto vaginal puede decidirse en pacientes con cesárea previa después de los 12 meses, según Dicle y cols. (11), quienes determinaron, a través de resonancia magnética nuclear (RMN), que la cicatrización de la histerorrafia segmentaria posparto requiere menos de 6 a 9 meses. También se han empleado otros métodos, como la ecografía transabdominal, para evaluar el segmento uterino en pacientes con cesárea anterior y así determinar el grosor que garantiza una evolución satisfactoria de un trabajo de parto. En 1996, Rozenberg y cols. (12) establecieron que el riesgo de rotura de la cicatriz es directamente proporcional con el grado de adelgazamiento del segmento uterino, medido a las 37 semanas de gestación.

En este sentido diversos estudios (12 - 14) incluyeron gestantes con periodo intergenésico entre 18 y 24 meses y en ellos se observó que la tasa de rotura uterina y/o dehiscencia del segmento no presentaba diferencias estadísticamente significativas con relación a aquellas que eran sometidas a una nueva cesárea electiva, mostrando así que las complicaciones de un parto vaginal en mujeres con cesárea previa son mínimas.

Por todo lo anteriormente expuesto y debido a que existen en Venezuela pocos trabajos publicados actuales que disipen las inquietudes sobre la estimación de la seguridad del parto vaginal después de una cesárea, se planteó la realización de esta investigación para evaluar la seguridad del parto vaginal después de una cesárea, la frecuencia y tipo de complicaciones maternas y fetales que se pueden presentar en la atención del parto vaginal espontáneo en gestantes con cesárea previa que acudieron al Servicio de Emergencia Obstétrica del Hospital Universitario Dr. Jesús María Casal Ramos entre enero y junio de 2018.

Desde el punto de vista bioético, todas las gestantes incluidas firmaron un consentimiento informado.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, transversal que incluyó gestantes que cumplieron con los siguientes criterios: embarazos controlados, edad de gestación mayor o igual a 37 semanas, inicio espontáneo de trabajo de parto (dilatación de 5 cm), una cesárea previa, feto único, presentación cefálica de vértice. Se excluyeron aquellas con cirugía uterina previa (miomectomía, cirugía reparadora), desproporción céfalopélvica, sobredistensión uterina (gestación múltiple, polihidramnios, macrosomía fetal por ecografía), antecedente de rotura uterina o dehiscencia en embarazos anteriores, antecedente de infecciones puerperales (endometritis, abscesos intrapélvicos) y patología materna o fetal que contraindicara el parto vaginal. En todos los casos, se registró un conjunto de datos relacionados con su identificación, antecedentes, datos del control prenatal y evaluación clínica. En todas las pacientes, se inició la conducción del trabajo de parto con oxitócicos en la infusión continua a dosis de 2,5 UI (0,5 mUI/min), realizándose la amniorrhexis según indicación. La frecuencia cardíaca fetal y dinámica uterina durante

el trabajo de parto se evaluó mediante monitoreo clínico, de forma periódica, así como la progresión de la dilatación cervical mediante la realización de tactos vaginales cada 2 horas, reportándose los hallazgos en el partograma; una vez alcanzados los 10 cm de dilatación cervical, las pacientes fueron trasladadas al cubículo de partos para su atención. Los datos son descritos mediante frecuencias absolutas y relativas, comparados mediante diferencia de proporciones, diferencia de medias, aproximación a la curva normal para una $p < 0,05$ límite de confianza 95 %; se usó el programa SPSS 20 para Windows.

RESULTADOS

En el periodo establecido, se revisaron 245 historias clínicas de gestantes a término las cuales desencadenaron un trabajo de parto espontáneo con diagnóstico de cesárea anterior. En 137 casos, no se contaba con un adecuado reporte del examen físico de ingreso (plano de Hodge, escala de Bishop, integridad de las membranas), por lo que se incluyeron 108 gestantes, divididas en dos grupo de estudio: 9 (8,33 %) complicadas y 108 (91,67 %) no complicadas, respectivamente.

En la tabla 1 se describieron las características epidemiológicas de las gestantes discriminadas y comparadas por presencia de complicación. La media de edad materna fue de $27,4 \pm 4,24$ años para las complicadas y de $26,3 \pm 6,56$ para las no complicadas; el número de gestas $2,0 \pm 0,7$ y $2,79 \pm 1,22$; el número de partos $1 \pm 0,025$ y $0,63 \pm 1,08$; el antecedente de cesárea previa de 1 ± 0 y $1 \pm 0,09$; el periodo intergenésico fue $5,6 \pm 4,33$ y $5,46 \pm 4,45$ años; la edad de gestación de $39,02 \pm 1,28$ y $38,78 \pm 1,37$ semanas. Todas las variables presentaron diferencias significativas entre ambos grupos.

Se compararon las variables clínicas. La dilatación al

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

Variable Epidemiológica	Complicadas f 9	No Complicadas f 99	Valor de p
Edad (años)	27,4 ± 4,24	26,31 ± 6,56	0,000962
Gestas (número)	2,0 ± 0,7	2,79 ± 1,22	0,000934
Paras (número)	1 ± 0,025	0,63 ± 1,08	0,000451
Cesáreas previas (número)	1 ± 0	1 ± 0,09	0,000917
Período intergenésico (años)	5,6 ± 4,33	5,46 ± 4,45	0,000100
Edad de gestación (semanas)	39,02 ± 1,28	38,78 ± 1,37	0,000100

ingreso expresada en centímetros $6,5 \pm 2,12$, y de $6,15 \pm 2,10$; la integridad de las membranas, 6 casos entre las complicadas (6,66 %) y 60 entre las no complicadas (61,61 %); la moda para el plano de Hodge en el primer grupo fue primer plano y para las no complicadas fue tercer plano; el número de tactos fue de 2,0 ± 1,41 y $2,10 \pm 1,42$; el tiempo del periodo expulsivo, expresado en horas, fue de $3,1 \pm 0,75$ y de $1,56 \pm 0,52$; la episiotomía fue realizada en 3 pacientes en el primer grupo (33 %) y en 65 en el segundo grupo (65,65 %); el tiempo de rotura prematura de membranas fue de $1,75 \pm 2,98$ y $2,76 \pm 8,16$ horas; la revisión uterina bajo anestesia (RUBA) se realizó en las 9 pacientes

complicadas (100 %) y en 50 de las no complicadas (50,50 %). El plano de Hodge, el tiempo de ruptura de membranas, y la frecuencia de revisión uterina no mostraron diferencias significativas (Tabla 2).

En la tabla 3, se detallaron las complicaciones maternas para las 9 gestantes, 4 (44 %) presentaron desgarro grado I, 4 (44 %) desgarro grado II y solo 1 (12 %) desgarro grado III; en cuanto a la localización anatómica de los desgarros: 6 (67 %) fueron vaginales y 3 (33 %) perineales. No fueron descritos otros datos en la historia (amplitud, tamaño en centímetros, ni su resolución); el único desgarro vaginal grado

Tabla 2. Variables clínicas

Variable clínica	Complicadas	No complicadas	Valor de p
Dilatación de ingreso (cm) X±DE	$6,5 \pm 2,12$	$6,15 \pm 2,10$	0,000965
Integridad membranas ovulares n (%)	6 (66,66)	60 (61,61)	0,040599
Plano de Hodge (moda)	I plano	III plano	0,059678
Numero tactos X±DE	$2 \pm 1,41$	$2,10 \pm 1,42$	0,00968
Tiempo periodo expulsivo X±DE	$3,1 \pm 0,75$	$1,56 \pm 0,52$	0,049678
Episiotomía n (%)	3 (33 %)	65 (65,65 %)	0,048678
Tiempo rotura de membranas X±DE	$1,75 \pm 2,98$	$2,76 \pm 8,16$	0,053987
Revisión uterina bajo anestesia n (%)	9 (100)	50 (50,50)	0,058075

CONDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO EN GESTANTES CON CESÁREA PREVIA EN EL HOSPITAL CENTRAL UNIVERSITARIO DR. "JESÚS MARÍA CASAL RAMOS" ACARIGUA-ESTADO PORTUGUESA

Tabla 3. Distribución de pacientes complicadas según el tipo de complicaciones presentadas

Complicaciones maternas :	Frecuencia	%
Desgarro		
Grado I	4	44
Grado II	4	44
Grado III	1	12
Localización del desgarro		
Vaginal	6	67
Perineal	3	33

III fue resuelto mediante rafia, no ameritó sangre y el producto pesó 4000 gramos. No hubo muertes maternas ni complicaciones fetales o muertes fetales.

Con relación a las comorbilidades asociadas de las gestantes, en el grupo de las complicadas, se observó un caso de trastorno hipertensivo del embarazo (THE), un Rh negativo no sensibilizada, un condiloma vulvar y una anemia grave. Entre las no complicadas, hubo 6 THE (6,1 %), 3 Rh negativo no sensibilizadas (3,0 %) y 3 anemias graves (3,0 %). En este grupo también se observó 8 casos de rotura prematura de membranas y 5 partos pretérminos. Las otras morbilidades asociadas se presentaron en la tabla 4. Entre las características maternas relacionadas con el embarazo actual, destacan 2 casos de control prenatal inadecuado (22,2 %) entre las complicadas y 18 (18,2 %) entre las no complicadas. El periodo intergenésico fue prolongado en 1 caso complicado (11,1 %) y en 5 no complicados (5,1 %) y fue breve en 8 pacientes del grupo de las no complicadas (8,1 %).

Con relación a la biometría de los neonatos, la media de peso de los recién nacidos del grupo de gestantes complicadas fue $3321,25 \pm 402,61$ gramos, con

Tabla 4. Distribución comparativa según la presencia de comorbilidades y características maternas

Comorbilidad asociada	Complicadas n (%)	No complicadas n (%)
Comorbilidades		
Desorden por HIE	1 (11,1)	6 (6,1)
Rh- no sensibilizada	1 (11,1)	3 (3,0)
Condiloma vulvar	1 (11,1)	0
Anemia grave	1 (11,1)	3 (3,0)
Rotura prematura membranas	-	8 (8,1)
Obesidad	-	6 (6,1)
Parto pretérmino	-	5 (5,1)
Toxoplasmosis aguda	-	2 (2,0)
Podálico nalgas	-	2 (2,0)
Hipertiroidismo	-	1 (1,0)
Miocardopatía dilatada	-	1 (1,0)
Agnesia renal	-	1 (1,0)
Características maternas		
Mal control prenatal	2 (22,2)	18 (18,2)
Periodo intergenésico prolongado	1 (11,1)	5 (5,1)
Edad avanzada	-	10 (10,1)
Periodo intergenésico breve	-	8 (8,1)
Multiparidad	-	5 (5,1)

mínimo de 2700 y máximo de 4000 gramos. La media de talla fue $52,5 \pm 3,11$ cm, con extremos de 47 y 56 cm. Entre las no complicadas, la media de peso fue $2882,7 \pm 537,56$ g, mínimo 2200 y máximo 3800 g. La media de talla fue $50,58 \pm 7,87$ cm, con extremos de 44 y 58 cm.

DISCUSIÓN

La tasa de nacimientos en el Hospital Central Universitario Jesús María Casal Ramos durante los primeros cinco meses de 2018, registró un total 2424 nacimientos vivos, siendo 2005 (83 %) obtenidos por parto vaginal, mientras que el número de cesáreas fue de 416 (17 %), que supera en un 2,0 % las recomendaciones de la OMS, hechas en Ginebra en el año 2015 (15), pero muy por debajo de las expectativas para un hospital.

La determinación para la conducción de un trabajo de parto en gestantes con cesárea anterior, es una vieja discusión que trae como consecuencia controversias y políticas restrictivas que, si bien se ha mantenido por más de tres décadas entre los especialistas en obstetricia e incluso de neonatología, en la actualidad han surgido múltiples estudios (1, 16) contradictorios en sus resultados a este respecto. El éxito del parto vaginal, en pacientes con cesárea anterior depende de las características demográficas y obstétricas. Pérez (17), en 2002, en Lima, Perú, estudió un grupo de pacientes con características epidemiológicas similares a este estudio y comparó la edad materna, el número de gestas, el número de paras y la edad de gestación, y encontró que son jóvenes entre los 20 y 35 años entre las cuales, sociológicamente, existe gran preocupación relacionada con el parto vaginal, debido a variadas influencias psicosociales negativas por lo que expresan gran temor al momento de enfrentarse al nacimiento por esta vía. En esa investigación, el autor señaló no encontrar relevancia en el número de embarazos con respecto al parto vaginal exitoso en pacientes con cesárea anterior. En este estudio, todas tuvieron un parto vaginal exitoso, pero las complicaciones se vieron con más frecuencia en pacientes con una media de embarazos anteriores significativamente menor y una media de partos anteriores superior a la de aquellas que no presentaron complicaciones ($p=0,000934$ y $p=0,000451$). Castillo (18), en 2017, concluyó que el

número de partos es un factor predictor importante, en la evolución del parto vaginal.

En la guía práctica realizada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (19), se reportó que las mujeres con prueba de trabajo de parto, que hayan sido sometidas a una, dos o más cesáreas, presentan un riesgo de ruptura uterina de 3,7 %, afirmación compartida por Barranco y cols. (20), en 2014, quienes acotaron que las cesáreas son la principal causa de rotura uterina espontánea. En este estudio no se presentó ningún caso de rotura uterina.

Díaz y cols. (16), en 2007, concluyeron que el periodo intergenésico más seguro para este tipo de gestantes, debía ser mayor a los 12 meses, no obstante, los resultados de este estudio no permiten apoyar esta afirmación, lo cual es compartido Sáenz y cols. (21), quienes tampoco encontraron asociación con respecto a la vía de parto, entre gestantes que optaron por un parto vaginal y las que prefirieron someterse a una nueva cesárea.

En 2011, Vargas y cols. (22), aplicaron los criterios de Flamm para conducción del parto, los cuales toman en cuenta el borramiento y la dilatación de ingreso, y demostraron que las gestantes con mayor puntuación, tienen mayor probabilidad de un parto vaginal exitoso sin complicaciones, criterio reforzado por esta investigación en la que se encontró diferencia significativa en este sentido.

Castillo (18) describió una mayor frecuencia de parto vaginal (2,5 veces más), para las pacientes con membranas íntegras al momento del inicio del trabajo de parto, con relación a las que presentaban rotura precoz o prematura de membranas, teniendo estas últimas menor probabilidad de un parto vaginal, y por ende terminando en cesárea; esta investigación no corroboró tan asociación.

La mayoría de las investigaciones revisadas, no consideran la variable planos de Hodge (1, 16, 18, 22), como factor predictor para el parto vaginal en gestantes con cesárea previa. En esta investigación se encontró, con significancia estadística, que al sobrepasar el tercer plano de Hodge, el parto vaginal ocurre sin complicaciones.

Según recomendaciones de la OMS (23), se debe realizar un tacto vaginal a intervalos de cuatro horas, para evitar la detención del trabajo de parto. En este estudio, se observó en las historias que las pacientes fueron evaluadas cada dos horas, igual en ambos grupos, por lo que se considera que este parámetro no se relaciona con las complicaciones del trabajo de parto y mucho menos en la duración total del mismo. El Instituto Mexicano del Seguro Social (19) recomienda, que el periodo expulsivo de un parto luego de una cesárea debe ser menor a 30 minutos. En este estudio, el periodo expulsivo de las pacientes complicadas fue significativamente más largo que el de las que no presentaron complicaciones ($p=0,049$).

La realización de una episiotomía en el momento de la atención del parto vaginal depende de la experiencia del especialista en esta área, quien evalúa el grado de distensibilidad de las paredes vaginales y periné en estos casos. Aunque la tendencia actual es a usar la episiotomía selectiva, ante la inminencia de desgarro, algunos autores señalan que en los casos de cesárea anterior es mandatorio la realización de la misma (24, 25). No se encontró ninguna investigación en la cual se evalúe la eficacia de la episiotomía en la atención del parto vaginal en gestantes con antecedentes de cesárea, sin embargo se señala la necesidad de que sea reportada su realización durante el parto para poder evaluar su eficacia posterior, en este estudio, el único desgarro importante, no complicado posteriormente, se presentó en una parturienta con feto macrosómico a quien no se le practicó episiotomía.

El presente trabajo difiere de Castillo (18) cuando asevera que la rotura uterina es una de las complicaciones graves en estos casos, sin embargo el índice de complicaciones en esta serie fue muy bajo, solo desgarros perineales que fueron resueltas con celeridad y eficacia por los especialistas a cargo. Por otra parte, en cuanto a las complicaciones neonatales, Sáenz y cols. (21) describieron la seguridad del nacimiento vaginal para el neonato, después de una cesárea, en manos expertas, lo cual se compagina con lo obtenido en este estudio.

La presencia de comorbilidad no es reflejada en la mayoría de los trabajos, sin embargo las mismas pueden condicionar el éxito del resultado en el momento de tomar la conducta del parto vaginal con un antecedente de cesárea.

A pesar de que Sáenz y cols. (21), en 2010, no encontraron relación significativa entre el peso y la talla del neonato con el éxito del parto vaginal en gestantes con cesárea previa, en el presente estudio se destaca que los recién nacidos de gestantes que no presentaron complicaciones, tuvieron pesos y tallas menores, a los de aquellas que si se complicaron, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa.

Se puede concluir que el parto vaginal con inicio espontáneo en gestantes con cesárea anterior es seguro en un 92 %, con baja posibilidad de complicaciones maternas que pueden ser resueltas por la atención de un experto especialista y sin riesgo para el neonato; el periodo intergenésico no es un factor relevante para establecer conductas, ni modifica la vía del parto luego de una cesárea previa.

REFERENCIAS

1. Mozo VE. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: Elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa. [Tesis de Grado en Internet]. Madrid:

- Universidad Complutense de Madrid; 2014 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/id/eprint/29014/1/T35877.pdf>
2. Cragin ED. Conservatism in obstetrics. *N York Med J* [Internet]. 1916 [consultado 10 de mayo de 2018]; 104:1-3. Disponible en: <https://archive.org/details/newyorkmedicaljo1041unse/page/n7/mode/2up>
 3. Kerr J. The technique of cesarean section with special reference to the lower uterine segment incision. *Am J Obstet Gynecol*. 1926; 12:729-731.
 4. Schmitz HE, Gajewski CJ. Vaginal delivery following cesarean section. *Am J Obstet Gynecol*. 1951; 61(6):1232-1242. doi: 10.1016/0002-9378(51)90908-8.
 5. Cohen B, Atkins M. Brief history of vaginal birth after cesarean section. *Clin Obstet Gynecol*. 2001; 44(3):604-608. doi: 10.1097/00003081-200109000-00017.
 6. Agüero O. Útero cicatricial grávido. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1979; 39:18-20.
 7. Aurrecochea JM, Calcaño J. Porvenir de la mujer cesarizada en Maternidad Concepción Palacios. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1952; 12:518-548.
 8. Uzcátegui O, Toro J. Parto vaginal post cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1978; 38:32-34.
 9. Saulny J, Agüero O. Parto vaginal versus cesárea en cesárea anterior. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1979; 39:70-74.
 10. García J, Molina R. Rotura uterina: frecuencia, factores de riesgo y conducta quirúrgica. *Gac Med Caracas* [Internet]. 2001 [10 de mayo de 2018]; 109(3):361-366. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622001000300009
 11. Dicle O, Küçükler C, Pınar T, Erata Y, Posaci C. Magnetic resonance imaging evaluation of incision healing after cesarean sections. *Eur Radiol*. 1997; 7(1):31-34. doi: 10.1007/s003300050103.
 12. Rozenberg P, Goffinet F, Phillippe HJ, Nisand I. Ultrasonographic measurement of lower uterine segment to assess risk of defects of scarred uterus. *Lancet*. 1996; 347(8997):281-284. doi: 10.1016/s0140-6736(96)90464-x.
 13. Blanchette H, Blanchette M, McCabe J, Vincent S. Is vaginal birth after cesarean safe? Experience at a community hospital. *Am J Obstet Gynecol*. 2001; 184(7):1478-1484; discussion 1484-7. doi: 10.1067/mob.2001.114852.
 14. Agüero O, Aure M, Sucheni J. Embarazo y parto post-cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez*. 1977;37(2):159-166.
 15. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Resumen ejecutivo; abril 2015 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
 16. Díaz H, Cusati R, Carrillo H, Lara A. Parto instrumental en cesárea anterior: importancia del intervalo interparto. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2007 [consultado 10 de mayo de 2018]; 67(2): 79-86. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0048-77322007000200003
 17. Pérez PM. Parto vaginal en la cesareada anterior una vez en el Hospital Nacional Docente Madre-Niño San Bartolomé durante el 2000 al 2002 [Tesis en internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2005 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: https://200.62.146.130/bitstream/handle/20.500.12672/1855/Perez_ap.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 18. Castillo LF. Factores predictores de parto vaginal en cesárea previa [Tesis en internet]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2017 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/827>
 19. Instituto Mexicano del Seguro Social. Dirección de Prestaciones Médicas [Internet]. México DF: Parto después de una Cesárea. Guía de Práctica Clínica; 2013 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/605GRR.pdf>
 20. Barranco M, Pinto A, Sánchez F. Técnica quirúrgica en la cesárea segmentaria transversa [Internet]. Granada: Hospital Universitario Virgen de Las Nieves; 2014 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.huvn.es/archivos/cms/ginecologia-y-obstetricia/archivos/publico/actividad_docente_e_investigadora/curso_de_actualizacion_en_obstetricia_y_ginecologia/curso_2017/obstetricia/1_tcnica_quirrgica_en_la_cesrea_segmentaria_transversa.pdf
 21. Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno-neonatales. *Rev Peru Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [consultado 10 de mayo de 2018]; 56(3):232-237. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428197011.pdf>
 22. Vargas AT, Lévano JA, Lazo MA. Parto vaginal después de una cesárea, aplicando un puntaje al

- momento del ingreso en un hospital. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [consultado 10 de mayo de 2018]; 59(4):261-266. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400005
23. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Ginebra: Recomendaciones OMS para la prevención y tratamiento de las infecciones maternas en el parto. Resumen de orientación; 2016 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/205685>.
24. Guevara E, Sánchez A, Luna A, Ayala F, Mascaro P, Carranza C, *et al.* Guías de práctica clínica y de procedimientos en Obstetricia y Perinatología [Internet]. Lima: Instituto Nacional Materno Perinatal; 2018 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.inmp.gob.pe/descargar_repositorio?archivo=650t.pdf&nombre=650t.pdf
25. Gupta JK, Smith GC, Chodankar RR, editors. Birth after previous cesarean birth [Internet]. Londres: Royal College of the Obstetricians and Gynecologists; 2015 [consultado 10 de mayo de 2018]. Disponible en: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg_45.pdf

Recibido 23 de febrero de 2021

Aprobado 20 de mayo de 2021