

Consecuencias del tipo de parto en gestantes con cesárea anterior*

 Adriana Rodríguez-Palma,¹  Youssef Fayad-Hanna,¹  David Hernández-Formica,¹
 Rangel Jiménez-Malavé,¹  Santiago Rodríguez-Roque.¹

RESUMEN

Objetivo: Determinar las consecuencias del tipo de parto en las gestantes con cesárea anterior; atendidas en el Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona, estado Anzoátegui, durante octubre de 2019.

Métodos: Estudio retrospectivo, con nivel descriptivo, de diseño de campo no experimental y corte transversal cuya muestra fue de 130 pacientes gestantes con cesárea anterior. Utilizando una guía de análisis de historia clínica como instrumento de recolección de datos.

Resultados: En cuanto al tipo de parto, predominó la cesárea (52,3 % versus 47,7 %). No obstante, el 68,9 % de las complicaciones se presentó en aquellas con parto vaginal, siendo las más frecuentes desgarros vaginales (33,3 %), retención placentaria (8,9 %) e hipotonía uterina (8,9 %). En contraste, en el grupo de gestantes de cesárea se identificaron como complicaciones más frecuentes infecciones del sitio quirúrgico (17,8 %) y anemia (8,9 %).

Conclusiones: Los resultados de esta investigación indican que tanto el parto vaginal como la cesárea son seguros, pero la decisión final depende de la evaluación clínica individual de cada gestante.

Palabras clave: Complicaciones obstétricas del parto, Complicaciones del embarazo, Cesárea, Parto vaginal poscesárea.

Consequences of the type of delivery in pregnant women with previous cesarean section.

SUMMARY

Objective: To determine the consequences of the type of delivery in pregnant women with previous cesarean section, attended at the Hospital Universitario "Dr. Luis Razetti", Barcelona, Anzoátegui state, during October 2019.

Methods: Retrospective study, with descriptive level, of documentary design and cross-sectional cut, with a sample of 130 pregnant patients with previous cesarean section. A clinical history analysis guide was used as a data collection instrument.

Results: Regarding the type of delivery, cesarean section predominated (52.3 versus 47.7%), however, 68.9% of the complications occurred in those with vaginal delivery, the most frequent being vaginal tears (33.3%), retained placenta (8.9%) and uterine hypotonia (8.9%). In contrast, in the group of pregnant women with cesarean section, surgical site infections (17.8%) and anemia (8.9%) were identified as the most frequent complications.

Conclusions: The results of this research indicate that both vaginal delivery and cesarean section are safe, but the final decision depends on the individual clinical evaluation of each pregnant woman.

Keywords: Obstetric Labor Complications, Pregnancy Complications, Cesarean Section, Vaginal Birth after Cesarean.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de normalidad en el trabajo de parto no es universal ni estandarizado. La medicalización tiende a debilitar la capacidad de la mujer de parir y afecta

de manera negativa su experiencia. Además, el mayor uso de intervenciones en el parto sin indicaciones claras, continúa ampliando la brecha sanitaria en cuanto a la equidad entre entornos con muchos y con pocos recursos (1).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), desde 1985, recomienda que la tasa de nacimientos por cesárea debe estar entre 5 % y 15 %, ocupando el parto vaginal el porcentaje restante (2), sin embargo, a nivel mundial, la cesárea es realizada en un alto porcentaje de embarazadas; en Latinoamérica, países como Brasil,

¹Universidad de Oriente, Núcleo Anzoátegui, Facultad de Medicina, Venezuela. *Trabajo Especial de Grado presentado y aprobado en la Universidad de Oriente, para optar al título de Médico Cirujano. Correo de correspondencia: smrodriguezroque@gmail.com

Forma de citar este artículo: Rodríguez-Palma A, Fayad-Hanna Y, Hernández-Formica D, Jiménez-Malavé R, Rodríguez-Roque S. Consecuencias del tipo de parto en gestantes con cesárea anterior. Rev Obstet Ginecol Venez. 83(3):310-317. DOI: 10.51288/00830310

Colombia, Chile, Cuba, Ecuador, México, Paraguay y Venezuela, rebasan el 40 % (3).

En Venezuela, se ha demostrado que el uso del acto quirúrgico en los años iniciales evolucionó de una cesárea por cada 20 pacientes, a una cesárea por cada dos o tres pacientes recientemente. Se estima que, en la actualidad, el porcentaje de cesáreas en centros de salud privada ronda el 90 %, y el 25 % en centros públicos (4). En Venezuela, entre un 75 % y 80 % de las mujeres dan a luz por cesárea, aunque en su mayoría, las mismas no tienen un criterio médico claro, el diagnóstico de cesárea anterior es una de las principales indicaciones para realizarla (5).

En la antigüedad a toda embarazada con antecedente de una cesárea, en un segundo embarazo se le realizaba obligatoriamente otra cesárea, esto gracias a que, en 1916, Craigin indicó “una vez cesárea, siempre cesárea” (6). A este respecto, el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología (ACOG) recomendó que toda paciente con cesárea anterior podría ser sometidas a una prueba de trabajo de parto (*trial of labor after cesarean delivery*, TOLAC) a fin de disminuir la tasa de cesárea por motivo de cesárea anterior, ya que, con esto, el porcentaje de éxito de lograr un parto vaginal fluctuaba entre 60 % y 80 %, con riesgo de ruptura uterina < 1 % (7). No obstante, si surgen problemas durante la prueba, el feto podría tener que nacer de emergencia mediante un parto por cesárea, lo que implica mayor riesgo que una cesárea programada (8).

Para la aplicación del TOLAC se toman en cuenta ciertos criterios, como lo son: tipo de presentación, número de gestación, tipo de incisión previa, ausencia de malformación uterina, pelvimetría, localización de la placenta, edad de la madre, peso del feto, complicaciones médicas u obstétricas, antecedente de ruptura uterina, preeclamsia, embarazo cronológicamente prolongado, intervalo intergenésico e imposibilidad de realizar una cesárea urgente por falta de medios o personal (8).

Existen diversos estudios que apoyan el parto vaginal después de una cesárea, donde se evidenció que en mujeres con cesárea anterior fue posible llevar a cabo la culminación del embarazo por vía vaginal en más del 70 % de los casos, con una tasa de complicaciones menor al 5 % en la mayoría de ellos, y con una efectividad del TOLAC de más del 60 %, lo que lo califica como una opción de terminación del parto segura para los casos donde no haya alguna otra contraindicación, con riesgos no superiores a los de la interrupción abdominal del embarazo (9-12).

En vista de lo anteriormente planteado, se decidió determinar las consecuencias del tipo de parto en gestantes con cesárea anterior, atendidas en el Complejo Hospitalario Universitario “Dr. Luis Razetti” de Barcelona, estado Anzoátegui, durante octubre de 2019.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de campo, no experimental, descriptivo, retrospectivo de corte transversal. La investigación se realizó en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” (HULR) de Barcelona, estado Anzoátegui, Venezuela. La población estuvo representada por el total de gestantes ($n = 735$) atendidas en la Sala de Partos del hospital, durante octubre de 2019. La muestra de estudio consistió en el total de gestantes con antecedente de cesárea ($n = 130$) atendidas durante el tiempo establecido, siendo una muestra de tipo no probabilística, según los siguientes criterios de inclusión: paciente con antecedente de cesárea previa inmediata al parto actual, con atención del parto en el HULR, independientemente de la condición del feto, ausencia de cirugías uterinas posteriores a la cesárea anterior. Se excluyeron las pacientes con parto sin atención médica y aquellas con historias clínicas incompletas.

El instrumento de recolección de datos fue la guía de análisis de la historia clínica de las gestantes;

estaba estructurada de la siguiente forma: a. N° de historia clínica. b. Datos sociodemográficos. c. Datos ginecoobstétricos. d. Indicación de cesárea anterior. e. Criterios por el TOLAC. f. Tipo de parto actual. g. Complicaciones maternas.

El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación del programa Statgraphics® Centurion, versión 16.1.07 (en español). Los resultados fueron descritos en frecuencias absolutas y relativas. Para establecer una relación estadística entre las complicaciones obstétricas y la vía de parto, se utilizó la prueba de chi-cuadrado de Pearson. Con un grado de confianza de 95 %, se consideró significativo todo resultado con un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Entre las 130 gestantes estudiadas, se observó una edad promedio de 25,5 años (78,46 %), con una desviación estándar de 5,4 años. En cuanto a las medidas antropométricas, predominaron las gestantes con una talla $\geq 1,50$ cm (98,46 %; 128) y un peso ≥ 45 kg (99,23 %; 129).

Cuando se evaluaron las variables socioeconómicas, se encontró que, el 50,77 % de las gestantes habían culminado la secundaria, el 77,69 % era ama de casa, y el 43,08 % estaba soltera. Con relación al estrato socioeconómico del grupo familiar, predominaron los estratos III y IV, con 46,15 % y 45,38 %, respectivamente. No se registraron casos para los estratos sociales I y V (tabla 1).

Todas las pacientes tenían el antecedente de, por lo menos, una cesárea. En la tabla 2 se observa que el 41,54 % de las pacientes tenían 2 cesáreas previas y en 23,08 % de los casos, habían tenido tres cesáreas; 40 % no tenían partos vaginales previos, y 60 % había presentado entre 1 y 3 partos previos. Además, predominaron las gestantes con un periodo intergenésico mayor a 2 años, con 70 %.

Tabla 1. Distribución de las gestantes con cesárea anterior según el nivel académico, la ocupación, el estado civil y el estrato socioeconómico del grupo familiar

Categoría	n = 130	%
Nivel académico		
Básico (Primaria)	46	35,38
Medio (Secundaria)	66	50,77
Superior (TSU / Universitario)	18	13,84
Ocupación		
Ama de casa	101	77,69
Estudiante	11	8,46
Comerciante	6	4,62
Empleada	6	4,62
Profesional	6	4,62
Estado civil		
Soltera	56	43,08
En concubinato	48	36,92
Casada	25	19,23
Divorciada	1	0,77
Estrato socioeconómico (Graffar)		
II (estrato medio alto)	10	7,69
III (estrato medio bajo)	60	46,15
IV (estrato obrero)	59	45,38

La indicación para la realización de las cesáreas anteriores, se presentan en la tabla 3. En 30 pacientes (23,08 %) el cuello no era apto para inducción, y 15 (11,54 %) tenían diagnóstico de preeclampsia-eclampsia. En 12 casos (9,23 %) la cesárea se indicó por el antecedente de cesárea anterior.

Once pacientes (8,46 % no tuvieron control prenatal. En 52 (40 %) el control prenatal constó de 1 a 5 consultas, y 67 (51,54 %) tuvieron 6 o más consultas.

Tabla 2. Distribución de las gestantes con cesárea anterior según los antecedentes obstétricos

Categoría	n = 130	%
Antecedentes de partos vaginales		
0	52	40,00
I	64	49,23
II	13	10,00
III	1	0,77
Antecedentes de partos por cesárea		
I	44	33,85
II	54	41,54
III	30	23,08
IV	2	1,54
Periodo intergenésico		
< 2 años	39	30,00
> 2 años	91	70,00

Tabla 3. Creencias sobre el VIH en mujeres de zonas urbanas y rurales

Categoría	n = 130	%
Cuello no apto para inducción	30	23,08
Preeclampsia-eclampsia	15	11,54
Desproporción feto-pélvica	13	10,00
Presentación distócica	13	10,00
Antecedente de cesárea anterior	12	9,23
Ruptura prematura de membranas	9	6,92
Falta de progresión del parto	8	6,15
Sufrimiento fetal	8	6,15
Placenta previa	6	4,62
Causa ignorada	5	3,85
Electiva	4	3,08
Desprendimiento prematuro de placenta	2	1,54
Embarazo cronológicamente prolongado	2	1,54
Embarazo gemelar	2	1,54
Prolapso del cordón	1	0,77

El control inició en el primer trimestre (menos de 13 semanas) en 94 casos (72,31 %) y fue considerado adecuado en 58 casos (44,62 %) (tabla 4).

Según los datos obtenidos, 47 gestantes (36,15 %) cumplían de forma segura con el protocolo TOLAC para intentar el parto por vía vaginal luego de una cesárea y 83 (63,85 %) no cumplían los criterios. En la tabla 5 se presentan los detalles. En 62 casos (47,69 %) se atendió parto vaginal y en 68 pacientes (52,31 %) se practicó cesárea. Además, entre ambos grupos, se registró que 45 (34,62 %) tuvieron, al menos, una complicación durante o después de la atención de su parto.

En la tabla 6 se distribuyen las pacientes, según las complicaciones presentadas. El 68,89 % de las complicaciones se presentó en las gestantes con parto por vía vaginal (31 pacientes), siendo las más frecuentes los desgarros vaginales (33,33 %), la retención placentaria (8,89 %) y la hipotonía uterina (8,89 %). En cambio, en el grupo de gestantes con

Tabla 4. Distribución de las gestantes con cesárea anterior según el control prenatal y los antecedentes de infecciones urogenitales durante el embarazo

Categoría	n = 130	%
Inicio del control prenatal		
< 13 semanas	94	72,31
> 13 semanas	36	27,69
Número de controles		
Sin control	11	8,46
1 - 5	52	40,00
> 6	67	51,54
Tipo de control prenatal		
Adecuado	58	44,62
Inadecuado	72	55,38
Antecedentes de infecciones urogenitales		
Infecciones vaginales	25	19,23
Infecciones del tracto urinario	29	22,31

CONSECUENCIAS DEL TIPO DE PARTO EN GESTANTES CON CESÁREA ANTERIOR

Tabla 5. Cumplimiento del protocolo TOLAC de la ACOG al momento del ingreso y evolución del trabajo de parto en gestantes con cesárea anterior

Parámetros evaluados	n = 130	%
Indicación del parto vaginal con cesárea anterior		
Presentación (cefálica de vértice / bregma)	115	88,46
Gestación (única)	127	97,69
Cicatriz obstétrica (transversa)	122	93,85
Malformación uterina (ausente)	128	98,46
Pelvimetría (favorable)	91	70,00
Localización de la placenta (normal)	121	93,08
Edad (18-35)	118	90,77
Contraindicación de parto vaginal por cesárea anterior		
Indicación de la cesárea anterior (persiste)	46	35,38
Cicatriz obstétrica (vertical)	8	6,15
Cirugía uterina previa	3	2,31
Peso fetal (> 4 kg)	5	3,85
Complicaciones Médicas/obstétricas	15 (4/11)	11,54
Imposibilidad de realizar cesárea urgente	5	3,85
Cumple TOLAC (14) dicotomizado	47	36,15
Evolución del trabajo de parto		
Protocolo TOLAC		
Cumple	47	36,15
No cumple	83	63,85
Tipo de parto		
Vía vaginal	62	47,69
Vía cesárea	68	52,31
Complicaciones		
Sí	45	34,62
No	85	65,38

parto por vía cesárea se identificaron complicaciones en 14 (31,11 %). Las más frecuentes fueron la infección intrahospitalaria (11,11 %), la anemia (8,89 %) y la infección extrahospitalaria (6,67 %). Las diferencias en la distribución de las complicaciones fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

Tabla 6. Complicaciones maternas según el tipo de parto

Complicaciones maternas	Vaginal		Cesárea	
	n	%	n	%
Desgarros vaginales	15	33,33	0	-
Anemia	3	6,67	4	8,89
Infección intrahospitalaria	0	-	5	11,11
Retención placentaria	4	8,89	0	-
Hipotonía uterina	4	8,89	0	-
Hemorragia postparto	3	6,67	1	2,22
Infección extrahospitalaria	0	-	3	6,67
Desgarros perineales	2	4,44	0	-
Ruptura uterina	0	-	1	2,22

Prueba chi cuadrado de Pearson: 33,502 ($p \leq 0,05$).

DISCUSIÓN

El parto por vía vaginal después de una cesárea resulta un importante recurso para disminuir la tasa de cesáreas. Sin embargo, aún existen controversias acerca de si es conveniente un trabajo de parto después de una cesárea para el binomio madre-hijo, como también persiste la presión sobre el profesional de salud, que puede exponerse a riesgos médico-legales por las eventuales complicaciones (9).

Las recomendaciones actuales señalan que casi todas las mujeres con una cesárea previa e incisión uterina transversal segmentaria, son candidatas a parto vaginal después de cesárea (PVDC) y deben ser asesoradas al respecto. Según el ACOG, la selección de pacientes para ser candidatas a un PVDC lleva a un 60 % a 80 % de éxito de parto por vía vaginal (9, 13).

Al evaluar las características sociodemográficas y comparar con estudios previos, muestran semejanza con el grupo de edad, predominando las adultas jóvenes (> 80 %) (14, 15). Desde un punto de vista clínico, los resultados obtenidos son similares a los evidenciados por Sáenz y cols. (16) quienes observaron que el 48,6 % del grupo de parto vaginal

y 19,8 % de las cesáreas tenía por lo menos un parto vaginal previo. Campos y cols. (9) señalaron que el 65 % de las gestantes estudiadas tenía una sola cesárea anterior. En contraste, Fonseca y cols. (15) observaron predominio de las nulíparas en su estudio de 2019, con 84,6 %. Este hecho muy probablemente se deba a las repetidas cesáreas en las gestaciones anteriores.

Con relación al periodo intergenésico, Campos y cols. (9) registraron que en el 43 % de los casos, el tiempo transcurrido entre la última cesárea y el embarazo actual oscilaba entre 1 y 3 años. Asimismo, Reyes (14) determinó que el 71,4 % de las gestantes poseía un periodo intergenésico mayor a 2 años. Según la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), el intervalo entre gestaciones es un factor que puede estar relacionado tanto con la tasa de éxito como con el riesgo de complicaciones durante el parto (13). En los estudios de Huertas y Pocco (17) y Reyes (14), se determinó que un periodo entre gestaciones ≤ 2 años se asoció a casi tres veces la probabilidad de rotura uterina.

Según el estudio del control prenatal, los hallazgos por otros autores fueron diversos: Sáenz y cols. (16) observaron que el 59,4 % de las gestantes tuvo de cero a cuatro controles, mientras que Pérez (20) registró que el 63,2 % tuvo cinco o más controles. A pesar de la importancia del control prenatal, en los países subdesarrollados o en vía de desarrollo siguen existiendo deficiencias para alcanzar un control prenatal adecuado en más del 70 % de las gestantes, especialmente aquellas que acuden a los servicios públicos.

Las principales indicaciones para la realización de las cesáreas anteriores concuerdan con los observados por Campos y cols. (9) quienes enumeraron los principales diagnósticos que motivaron la realización de la cesárea que presentaba la paciente como antecedente: falta de progresión del trabajo de parto (52,5 %), alteraciones en la vitalidad fetal (12,5 %), presentaciones anómalas

(6,4 %), patologías maternas (3,3 %) y cuello no apto para la inducción (2,8 %). Rodríguez y cols. (18) identificaron que las principales causas de cesárea consistían en: trabajos de parto prolongados (34,3 %), alteraciones en la vitalidad fetal (31,4 %), desproporción feto-pélvica (20 %) e inminencia de rotura uterina (14,3 %). En cambio, Cuero-Vidal y Clavijo-Prado (19), reportaron que las principales indicaciones para las cesáreas iteradas consistieron en antecedente de cesárea previa (90,9 %), sufrimiento fetal agudo (2,7 %) y trabajo de parto estacionario (2,7 %). Según lo señalado en el protocolo para parto vaginal tras cesárea publicado por la SEGO en 2010, una cesárea anterior per se no constituye una contraindicación para el parto por vía vaginal. De hecho, una paciente con dos cesáreas segmentarias transversas anteriores sin complicaciones, con una gestación a término no complicada y sin contraindicaciones para el parto por vía vaginal, puede considerarse candidata al parto al mismo (13).

De acuerdo con los resultados de esta investigación, con relación a si las gestantes cumplían de forma segura el protocolo TOLAC para intentar el parto por vía vaginal luego de una cesárea, los hallazgos difieren a los observados por Fonseca y cols. (15) quienes identificaron que, en las gestantes sometidas a TOLAC se encontró una proporción de parto por vía vaginal del 85,7 % y una proporción de cesárea del 14,3 %. En cambio, los hallazgos de Campos Flores y cols. (9) muestran mayor similitud con este estudio, ya que registraron que el 71,8 % de las gestantes con cesárea previa tuvo un parto por vía vaginal, y el 28,2 % restante finalizó nuevamente en cesárea.

La incidencia acumulada de complicaciones maternas fue relativamente alta cuando se compara con otros autores, refiriéndose principalmente a complicaciones del parto vaginal del 18,39 % (15) y 4,5 % (9). Sáenz y cols. (16), reportaron mayor número de complicaciones en el grupo de cesárea, señalando endometritis, anemia e infección de la herida operatoria. Asimismo,

Rodríguez y cols. (18) registraron predominio de las complicaciones maternas en el grupo de cesárea, siendo las más frecuentes la infección de la herida quirúrgica y la rotura uterina.

Los resultados de esta investigación sugieren que las pacientes atendidas en el HULR para la fecha de estudio, fueron atendidas haciendo seguimiento al protocolo TOLAC del ACOG, siendo considerado el parto vaginal con cesárea anterior una opción segura para las pacientes, pero la decisión final depende de la evaluación individual de cada gestante, así como de la adecuada comunicación de los riesgos y beneficios materno-perinatales; por lo que se sugiere mantener actualizado el protocolo TOLAC con el personal sanitario del centro de salud, a fin de transformar el conocimiento teórico en práctica asistencial y garantizar una atención satisfactoria y segura del parto, según sea por vía vaginal o por cesárea.

Conflictos de interés.

Los autores no reportan ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019 [consultado 05 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://bit.ly/3e54YJE>
2. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la OMS sobre tasas de cesáreas [Internet]. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación; 2015 [consultado 05 de septiembre de 2019]; Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf?sequence=1
3. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Atención del parto por cesárea: Guía Práctica Clínica. Primera Edición [Internet]. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2015 [consultado 06 de septiembre de 2019]. Disponible en: https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/gpc-atencion_del_parto_por_cesarea.pdf
4. Maryu A. Ni parto humanizado, ni cesárea innecesaria [Internet]. Misión Verdad; 2014 [consultado 09 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://misionverdad.com/columnistas/ni-parto-humanizado-ni-cesarea-innecesaria%20>
5. Deveroux Ch. Los partos por cesárea se disparan en Venezuela. La información [Internet]. 21 de junio de 2010 [consultado 12 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://acortar.link/0Kj4L1>
6. San Martín M. Parto vaginal tras cesárea [tesis en Internet] Valladolid: Universidad de Valladolid; 2016 [consultado 06 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/19080/TFG-M-M637.pdf?sequence=1>
7. Vargas Juscamaita AT, Lévano Castro JA, Lazo Porras MÁ. Parto vaginal después de una cesárea: aplicando un puntaje al momento del ingreso en un hospital. Rev Peru Ginecol Obstet [Internet]. 2013 [consultado 6 de septiembre de 2019]; 59(4):261-266. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322013000400005&lng=es.
8. Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obstet Gynecol. 2017 Nov;130(5):e217-e233. DOI: 10.1097/AOG.0000000000002398.
9. Campos J, Álvarez J, García P, Rojas M, Nemer C, Estiú M. Parto vaginal después de una cesárea. Rev Hosp Mat Inf Ramón Sardá [Internet]. 2007 [consultado 6 de septiembre de 2019]; 26(1):15-20. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/912/91226103.pdf>
10. Mozo E. Morbilidad diferencial en las cesáreas anteriores: elegir entre un parto vaginal y una cesárea iterativa [tesis en Internet]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2014 [consultado 07 de septiembre de 2019]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/29014/1/T35877.pdf>
11. Cervantes D. Factores asociados con el éxito o fracaso del parto cefalovaginal posterior a una cesárea, en el Hospital Gineco-Obstétrico de Nueva Aurora Luz Elena Arismendi, junio 2016 – junio 2017. [tesis en Internet]. Quito: Pontificia universidad católica del Ecuador; 2017 [consultado 07 de septiembre de 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/14336/tesis%20MD%20Cervantes.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. García C, López M, Monzalbo D. Parto después de cesárea ¿una opción segura? Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 [consultado 20 de abril de 2020];83:69-87. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom152b.pdf>
13. ProSEGO. Parto vaginal tras cesárea [Internet]. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010

- [consultado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <https://bit.ly/2Y5GQOL>
14. Reyes Cruz CE. Resultados adversos materno-perinatales en gestantes sometidas a cesárea electiva repetida y prueba de trabajo de parto posterior a cesárea, Hospital Víctor Lazarte Echegaray, período 2012-2013 [tesis en Internet]. Trujillo (Perú): Universidad Privada Antenor Orrego; 2014 [consultado 20 de abril 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upao.edu.pe/handle/upaorep/543>
 15. Fonseca JE, Rodríguez JL, Maya SD. Validación de modelos predictivos para parto vaginal exitoso después de cesárea. *Colomb Med.* 2019; 50(1):13-21. DOI: 10.25100/cm.v50i1.2521
 16. Sáenz CN, Santana SR, Torres L. Cesárea electiva y parto vaginal en cesareadas previas: comparación de complicaciones materno-neonatales. *Rev Per Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [consultado 20 de abril de 2020];56(3):232-237. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428197011.pdf>
 17. Huertas E, Pocco D. Prueba de trabajo de parto en cesareadas anterior. *Rev Per Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [consultado 20 de abril de 2020]; 56(4):284-288. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3234/323428198007.pdf>
 18. Rodríguez G, León I, Segura A, Atienza AM. Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2011 [consultado 20 de abril de 2020]; 40(3-4): 218-226. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300003&lng=es.
 19. Cuero-Vidal OL, Clavijo-Prado CA. Parto vaginal después de una cesárea previa, Hospital San Juan de Dios, Cali (Colombia): Estudio de cohorte. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2011 [consultado 20 de abril de 2020];62(2):148-154. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74342011000200005&lng=en.
 20. Pérez Alcántara PM. Parto vaginal en la cesareada anterior [tesis en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2005 [consultado 20 de abril de 2020]. Disponible en: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1855>

Recibido: 15 de marzo de 2023
Aprobado: 2 de junio de 2023