



UNIVERSIDAD DE JAÉN

Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

RESULTADOS MATERNOS Y NEONATALES EN MUJERES QUE SE SOMETEN A TRABAJO DE PARTO TRAS CESÁREA.

Alumno: Tauste Berjaga, José Antonio.

Tutor/a: Prof. D. Martínez Galiano, Juan Miguel.

Dpto: Ciencias de la Salud.

Mayo, 2023

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	3
2.1. MARCO CONCEPTUAL.....	3
2.1.1. CONTEXTO HISTÓRICO.....	5
2.1.2. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO.....	8
2.2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.3. JUSTIFICACIÓN.....	14
2.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO.....	14
3. MATERIAL Y MÉTODOS.....	15
3.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.....	15
3.2. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	15
3.3. CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD.....	17
3.4. VARIABLES DE RESULTADO.....	17
4. RESULTADOS.....	18
5. DISCUSIÓN.....	31
6. CONCLUSIÓN.....	34
7. BIBLIOGRAFÍA.....	35

1. RESUMEN

INTRODUCCIÓN: En los últimos años ha habido un aumento innecesario en la tasa de cesáreas que superan las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, dando lugar a complicaciones tanto para la madre como el niño. Sin embargo, las mujeres sometidas a parto vaginal tras una cesárea previa (PVDC) y sus hijos también pueden presentar riesgos adicionales.

OBJETIVO: El objetivo principal de este trabajo ha sido analizar los resultados maternos y neonatales en mujeres sometidas a PVDC mediante trabajo de parto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Para esta revisión narrativa se emplearon dos bases de datos (PubMed y Scopus) durante los meses de enero, febrero, marzo y abril. Los criterios de selección de los artículos fueron artículos retrospectivos y prospectivos, en inglés o español, mujeres con antecedentes de cesárea previa, programadas para trabajo de parto y con un único feto con buena presentación y sin anomalías.

RESULTADOS: La mayoría de los artículos muestran una tasa de éxito elevada del PVDC. Se ha visto que esta práctica presenta un menor número de complicaciones que la cesárea repetida electiva. Sin embargo, someterse a trabajo de parto después de una cesárea conlleva riesgos como la rotura uterina y otras complicaciones en el niño, mientras que la cesárea tiene mayor morbilidad y mortalidad materna como hemorragia postparto y transfusión sanguínea. A pesar de ello, factores que influyen en el éxito del parto vaginal, como puede ser la inducción del trabajo de parto, también pueden influir de forma negativa provocando un parto vaginal fallido que puede llegar a tener peores repercusiones.

CONCLUSIÓN: Conocer los factores que influyen en el éxito del parto vaginal después de una cesárea resulta fundamental a la hora de tomar una decisión sobre el tipo de intervención al que someter a la parturienta para así evitar complicaciones, por lo que se necesita un mayor número de investigaciones.

ABSTRACT

INTRODUCTION: In recent years, there has been an unnecessary increase in the rate of cesarean deliveries that exceed the recommendations established by the World Health Organization, leading to complications for both the mother and the child. However, women undergoing vaginal delivery after a previous cesarean section (VBAC) and their children may also present additional risks.

OBJECTIVE: The main objective of this study was to analyze maternal and neonatal outcomes in women undergoing VBAC through labor.

MATERIAL AND METHODS: For this narrative review, two data bases (PubMed and Scopus) were used during the months of January, February, March and April. Article selection criteria were retrospective and prospective articles, in English or Spanish, with women having a history of previous cesarean section, scheduled for labor, and with a single fetus with good presentation and no anomalies.

RESULTS: Most articles show a moderate success rate for VBAC. It has been seen that this practice has fewer complications than elective repeated cesarean section. However, undergoing labor after a cesarean section carries risks such as uterine rupture and other complications in the child, while cesarean section has greater maternal morbidity and mortality such as postpartum hemorrhage and blood transfusion. Nevertheless, factors that influence the success of vaginal delivery, such as induction of labor, can also have a negative impact and lead to a failed vaginal delivery that can have worse consequences.

CONCLUSION: Understanding the factors that influence the success of vaginal delivery after a cesarean section is essential when deciding on the intervention type for the mother in order to avoid complications, therefore more research is needed.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1. MARCO CONCEPTUAL.

La Organización Mundial de la salud (OMS) define el parto normal como aquel en el que el comienzo es espontáneo, tiene un bajo riesgo hasta el alumbramiento, el niño nace entre las 37-42 semanas de gestación, y en el que después de dar a luz la madre y el niño se encuentran en buenas condiciones (1) Otra definición de parto normal es la que establece la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO) según la cual es el trabajo de parto de una gestante que no tiene factores de riesgo y que inicia de forma natural entre la semana 37-42, y después de una evolución fisiológica del proceso de dilatación y parto, termina con el nacimiento de un bebé saludable y sin complicaciones. Este tipo de parto se puede llevar a cabo sin intervención médica innecesaria, siempre y cuando se realice una supervisión cuidadosa y exhaustiva del bienestar de la madre y el bebé durante el trabajo de parto y el alumbramiento. Este tipo de parto se conoce como un parto no intervenido y puede incluir el menor número posible de procedimientos activos (2). Por otro lado, la Federación de Asociaciones de Matronas de España (F.A.M.E.) hace una descripción más globalizada e integral del parto normal: “es el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontáneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo” (3).



Figura 1. Parto Normal (4).

Para que tenga lugar el parto normal debe acontecerse el trabajo de parto previamente, el cual está constituido por una primera fase o *fase latente*, que transcurre desde el final del embarazo hasta el inicio de las contracciones, y por una segunda fase o *fase activa* que está compuesta por tres períodos: un *primer período* donde suceden las contracciones, de diferente intensidad, frecuencia y duración, con las que progresivamente se va produciendo el borramiento y dilatación del cuello uterino hasta la dilatación completa; un *segundo período*, que transcurre desde la dilatación completa hasta la expulsión del feto; y un *tercer período* donde se finaliza la expulsión completa junto con la salida de la placenta, lo que se conoce como alumbramiento (5).

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad recoge también en la Guía de Práctica Clínica sobre Atención al Parto Normal el término de parto normal, donde aboga por la importancia de llevar a cabo un parto sin ningún tipo de intervención, a no ser que esté justificada por una causa que lo requiera, para así evitar una serie de complicaciones que deriven finalmente en un parto distócico (6).

En relación a esto, se conoce como parto eutócico a aquel que no requiere de ninguna intervención para finalizar con éxito por vía vaginal, mientras que el parto distócico es aquél que, por diversos motivos que hacen que se complique el parto, requiera de esas intervenciones que son llevadas a cabo por personal sanitario, ya sean bien por métodos instrumentales (ventosas, fórceps, etc.) o por cesárea (3,6). De esta forma, el parto eutócico es el sinónimo de parto normal, en el que el trascurso del parto tiene lugar con normalidad, mientras que el parto distócico es aquel en el que dentro del trascurso del parto ocurren acontecimientos anómalos donde es necesaria la intervención por parte del personal sanitario (3).

El parto por cesárea se define como la salida del feto mediante incisiones quirúrgicas, realizadas por un profesional sanitario, tanto en la pared abdominal (laparotomía) como en la parte anterior del útero (histerotomía) (7). Este procedimiento tiene lugar cuando hay causas maternas y/o fetales que pongan en compromiso la vida de la madre y del feto (7). Por su parte, el parto vaginal después de cesárea (PVDC) es el proceso de parto para dar a luz al que se somete una mujer mediante trabajo de parto tras haber tenido previamente una cesárea, y el cual puede finalizar con éxito por vía vaginal (8). En definitiva, se recurre a la cesárea ante la imposibilidad de realizar un parto fisiológico o cuando surgen patologías en la madre y/o el feto antes del parto o durante

éste (9).

1.1.1. CONTEXTO HISTÓRICO

El término cesárea procede del término latín *caedere* o *scaere*, que significa cortar, por lo que se puede decir que cuenta con una larga historia en la humanidad donde ya las civilizaciones antiguas hablaban de esta técnica (10,11). No es hasta el año 1500 cuando se habla de la primera intervención por cesárea realizada por *Jacob Nufer*, un suizo que, acostumbrado a castrar cerdos, realizó esta operación con éxito a su mujer embarazada, quedando el niño de 7 meses vivo. Sin embargo, su mujer vivió 72 años, y tras ese primer embarazo dio a luz a 5 hijos más, lo que puede marcar el primer hecho histórico registrado de parto vaginal tras cesárea que en la actualidad cobra validez (10–12).

En el año 1581, *Rousset* publica el primer libro denominado "*Traité Nouveau de L'hystérotomotokie ou L'enfantment cesarien*" ("Nuevo tratado de la histerectomía o parto cesariano") donde se habla sobre la cesárea y donde se encomienda por primera vez esta práctica médica en una mujer viva (12). Sin embargo, *Ambrosio Paré* y *Guillemeau* se opusieron a esta práctica por los elevados riesgos de muerte que habían observado durante su experiencia clínica. Durante los años siguientes numerosos cirujanos y obstetras siguieron oponiéndose a esta práctica por la elevada mortalidad que generaba a nivel materno y neonatal, ya que la práctica se realizaba sin anestesia, y solía realizarse una incisión abdominal fuera de los músculos rectos para proteger la vejiga durante el parto, y el bebé se extraía por el costado de la madre, dejando así la incisión abierta donde se administraba una serie de ungüentos hechos a base de hierbas y se dejaba una cánula de drenaje hacia la vejiga pensando que la causa de la sepsis que se producía era por la salida de los loquios a través de la pared abdominal. No obstante, llegado el siglo XVIII los obstetras se dieron cuenta que esta práctica, pese a su altísima mortalidad, era un reto que deberían experimentar ante la desesperación por encontrar una solución a las complicaciones maternas y/o fetales que se daban durante el embarazo y que en el momento del parto provocaban la muerte de la madre y el niño. Durante esta época se realizaron numerosos intentos de mejora en la práctica, en los cuales destaca la incisión uterina baja, realizada por el inglés *Robert Wallace Johnson*, y la incisión transversa baja realizada por el francés *Theódore Etienne Lauverjat*, donde en cada una de ellas la incidencia de hemorragia por la sección de las venas uterinas y de muerte posteriormente, no hizo viable ésta práctica, creando así mucha polémica. No es hasta principios del siglo

XIX, cuando *Federico Benjamín Oslander*, profesor de la Universidad de Gottinga, establece la posibilidad de disminuir los riesgos de hemorragia e infección disminuían realizando la incisión en la parte baja del útero, por la zona del cérvix, siendo este el antecedente más próximo que hay registrado de incisión cervical baja. Por otro lado, cabe destacar el cirujano español *Alfonso Moreno Ruiz*, quien practicó en Venezuela el primer parto por cesárea en vivo realizada en Latinoamérica, y cuyo resultado no fue exitoso al no sobrevivir la embarazada. Pero, a pesar de los intentos de cesárea realizados para salvar esas vidas siguió siendo una práctica cuya prevalencia de mortalidad era mayor que la de supervivencia (12).

A principios del siglo XIX se comienzan a introducir otros aspectos a tener en cuenta durante la práctica de la cesárea como es la sutura uterina que practica *Wiel* en 1835. Además, otros problemas fundamentales durante la práctica del parto empiezan a tenerse en cuenta casi a mitad de este siglo, como son el manejo del dolor y de la infección. En 1847 el famoso ginecólogo y obstetra inglés, por aquél entonces, *James Young Simpson*, introduce como efectiva la aplicación de cloroformo tras suministrar con éxito ésta sustancia a la esposa de un conocido durante el parto. La abolición del dolor hizo que se generara numerosas controversias a nivel moral y religioso, pero más tarde, en 1853, todo esto cambió cuando el obstetra *John Snow* asistió el parto de la Reina Victoria de Inglaterra y le suministró cloroformo para paliar el dolor durante el parto del príncipe Leopoldo, práctica que la reina aprobó tras la administración del mismo por sus efectos calmantes (12).

En el mismo año de 1847, el famoso obstetra húngaro, *Ignác Fülöp Semmelweis*, puso en marcha su teoría de que la cantidad de infecciones que se producían, y provocaban esa elevada mortalidad, eran a causa de la falta de higiene de manos, por lo que inmediatamente escribió un libro estableciendo un protocolo de lavado de manos y observando así, con el tiempo, una disminución de la misma. Un año después de esto, llegó el gran avance la medicina, cuando el ilustre científico *Louis Pasteur* descubrió la existencia de bacterias y microorganismos que podrían ser la causa de esas infecciones, y que años más tarde aprobaría *Robert Koch* (12).

La introducción de la anestesia y el tratamiento antiséptico del campo operatorio permitieron llevar a cabo operaciones más largas y complejas de manera exitosa, siendo este un importante hito en la evolución de la cirugía durante la segunda mitad del siglo

XIX y el inicio de la era contemporánea. Estos descubrimientos permitieron llevar a cabo operaciones con mayor seguridad y eficacia, y se consideran pilares fundamentales del progreso de la cirugía (12).

Más tarde, en 1882 el ginecólogo alemán *Max Sänger* introdujo con éxito la sutura de plata y seda para cerrar el útero después de una cesárea asociándole este avance significativo en la cirugía obstétrica del siglo XIX donde cerraba por capas eficazmente tanto el útero como la cavidad peritoneal disminuyendo así el riesgo de hemorragia como de infección postoperatoria. Esta técnica llevó a encaminar la operación de cesárea como una técnica más segura para evitar complicaciones postoperatorias, pero aun así el riesgo de peritonitis y de sepsis puerperal seguía estando presente (12).

En relación a esto, se desarrollaron un número de técnicas de cesárea extraperitoneal durante los sucesivos años con el fin de evitar estos problemas y no dañar a la vejiga. No fue hasta 1912 cuando el ginecólogo alemán *Bernhard Krönig* introdujo la operación cervical baja y transperitoneal cuya técnica se basa en la incisión vertical del segmento inferior del útero por vía transperitoneal y la protección de la herida mediante la vejiga al final de la operación. Esta contribución mejoró significativamente la práctica obstétrica y representa un hito en la historia de la medicina y la cirugía que a día de hoy se sigue aprobando (12).

Poco después, en 1926, el inglés *J. Munro-Kerr* introdujo la incisión transversal o semilunar en el útero, en lugar de la incisión vertical en la línea media proporcionando así ventajas con respecto a esta que hacían de esta una nueva técnica mucho más fácil de llevar a cabo, con menor compromiso vascular, más fácil de suturar, y sin necesidad de extraer la vejiga para cubrir la herida. Esta nueva técnica fue mejorada con algunas modificaciones como la incisión transversa en la pared abdominal cerca de la sínfisis del pubis, la exteriorización del útero, y la incisión en T invertida de la pared uterina (12).

En resumen, la cirugía cesárea del segmento inferior se convirtió en una técnica menos complicada que las cirugías extra peritoneales, y se consideró la mejor técnica de histerotomía en el siglo XX debido a que generaba mejores resultados para la madre y permitía la realización de una prueba de trabajo de parto (12).

En el periodo comprendido entre 1930 y 1960, la ciencia obstétrica experimentó un avance significativo que marcó el comienzo de una era de importante desarrollo. En 1930, *J. Whitridge Williams* destacó la importancia de realizar la cirugía cesárea durante

el trabajo de parto temprano. Además, la introducción de transfusiones sanguíneas, antibióticos y anestesia más segura contribuyó a reducir las tasas de mortalidad materna a niveles sin precedentes. Durante siglos, la hemorragia y la infección habían sido las principales causas de muerte materna. Con las transfusiones sanguíneas, se pudo tratar la hemorragia de forma directa para prevenir el shock hipovolémico. Los antibióticos, por otro lado, permitieron tratar directamente las infecciones y evitar la muerte en situaciones previamente letales. Y gracias a una anestesia más segura, se pudo llevar a cabo la cirugía cesárea en casos de emergencia (12).

1.1.2. CONTEXTO EPIDEMIOLÓGICO

Según establece la Organización Mundial de la Salud, desde 1985 la tasa de cesáreas ideal establecida por los profesionales sanitarios no debe de superar el 10-15% para así prevenir la morbilidad materna y perinatal que genera. Para ello, es necesaria una adecuada valoración e intervención médica que evite las cesáreas innecesarias que hoy en día están en auge tanto en países desarrollados como subdesarrollados. Esta técnica no está exenta de problemas a corto y largo plazo tanto en la madre como en el niño, hay muchos riesgos de sufrir complicaciones durante la intervención y después de ella. Por ello, siempre y cuando la causa esté justificada, tiene que llevarse a cabo. Por otro lado, aquellas mujeres que tienen un acceso restringido a un seguimiento obstétrico durante el embarazo los riesgos que puede suponer la práctica de la cesárea se acentúan (13).

En el año 2001, se presentó una propuesta de sistema de clasificación para la monitorización de las cesáreas, desarrollada por Robson (Clasificación de Robson). Este sistema clasifica los casos en 10 grupos, basados en 4 conceptos obstétricos: la categoría del embarazo (múltiple o único, presentación fetal), antecedentes obstétricos (nulíparas, multíparas con o sin cicatriz uterina), el progreso del trabajo de parto y el parto (parto espontáneo, parto inducido o cesárea antes del parto), y la edad gestacional al momento del parto. Esta clasificación es necesaria realizarla de forma correcta para cada una de las embarazadas que vayan a dar a luz para evitar así el excesivo número de cesáreas que se practican en la actualidad (14).

A pesar de los esfuerzos realizados por las diversas organizaciones mundiales para detener la epidemia de esta práctica tan consolidada en nuestra sociedad, la tasa de cesáreas no ha dejado de incrementarse. Tal incremento se ha visto reflejado

principalmente en Europa y Latinoamérica, con un 10% mayor con respecto al año 2000. En los últimos años, las tasas de cesáreas entre los distintos continentes siguen siendo muy variables, según Boerma, T. et al (15). En 2015, la media de cesáreas a nivel mundial se encontraba entorno al 21.1%. La tasa de cesáreas en Europa oscilaba en un 26.9%, mientras que se observaron tasas superiores en otros continentes; 27,3% en Europa del este y Asia central, 28.8% en el Este de Asia y Oceanía, 29.6%, en África del norte y oriente medio, 32% en Norteamérica, y un 44.3% Latinoamérica. Por otro lado, se registraron tasas inferiores a la tasa europea con un 18.1% en el sur de Asia, 6.2% en África oriental y meridional, y un 4.1% en África occidental y central. A nivel de la Unión Europea, países como Finlandia, Islandia, Noruega y Países Bajos mantienen tasas más bajas y estables de cesáreas (15).

En 2021 la OMS determinó que los niños que nacían mediante cesárea se situaban a nivel mundial entorno al 20%, y cuya cifra seguirá en ascenso hasta alcanzar en 2030 el 29%. En la actualidad, los datos recogidos por el Instituto Nacional de estadística muestran que casi 400.000 partos que tuvieron lugar en 2020, un 25% de esa cifra fueron cesáreas. Sin embargo, dentro de la Unión Europea, España se encuentra en una posición intermedia con respecto a número de cesáreas que se realizan, quedando por encima Reino Unido, Austria, Luxemburgo, Eslovaquia, Alemania, Malta, Irlanda, Italia, Hungría, Polonia, Bulgaria, Rumanía, y encabezando la lista Chipre con casi un 55% (16).

A nivel nacional, las cifras de parto por cesárea se han ido manteniendo entre los años 2010-2018, encontrándose ésta entorno al 27%. Sin embargo, esto no quiere decir que la cifra sea extrapolable a todas las comunidades autónomas. Existe una gran variabilidad por porcentajes de cesárea entre comunidades: País Vasco (16,4%), Navarra (18%) y Asturias (20,8%) se sitúan entre las que menor número de cesáreas realizan. Las de mayor tasa son Comunidad Valenciana (31,4%), Extremadura (29,5%), Cataluña (29,5%), Melilla (29,3%), Castilla y León (27,67%), Madrid (27,25%), Andalucía (27,05%), Murcia (26,82%), Galicia (25,95%), Castilla- La Mancha (25,93%), Cantabria (25,63%), Islas Baleares (25,25%), Aragón (23,92%), Canarias (23,38%), La Rioja (23,27), y Ceuta (22,22%). A pesar de ello, en todo nuestro país, estamos lejos de cumplir las recomendaciones del porcentaje de cesáreas que establece la OMS. El incremento en de estos niveles ha tenido consecuencias negativas, como un aumento en la morbilidad y mortalidad materna y neonatal, el alargamiento de los tiempos de hospitalización, un aumento en los costes, así como un retraso en el inicio de la lactancia materna, entre otros

efectos (16).

1.2. MARCO TEÓRICO

Como se ha descrito anteriormente la importancia de saber la intervención a la que se somete la embarazada es de suma importancia para evitar la excesiva realización de cesáreas que llevan a complicaciones maternas y neonatales. Para ello es necesario conocer los tipos de cesáreas que existen, cuándo se deben de llevar a cabo y las complicaciones que abarcan.

En cuanto a los tipos de cesárea y sus indicaciones estas se pueden clasificar en 4 grupos (17):

- Cesárea emergente: está indicada en situaciones en las que existe un riesgo vital para la madre y el feto como pueden ser ruptura uterina, prolapso de cordón umbilical, desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa con hemorragia y embolia del líquido amniótico.
- Cesárea urgente: se lleva a cabo como consecuencia de una patología en la madre o en el feto en la que se sospecha que se compromete el bienestar fetal. Puede ser realizada antes o durante el parto, y se recomienda que la finalización del embarazo sea lo antes posible para evitar mayores complicaciones.
- Cesárea en curso de parto: se realiza en casos en los que se indican patologías maternas, fetales o mixtas. Entre las condiciones que se pueden presentar están la desproporción pélvico-fetal, fracaso de la inducción, distocia de dilatación o descenso y parto estacionado. En estos casos no hay un riesgo inminente para la madre o el feto.
- Cesárea electiva: es una intervención programada que se lleva a cabo antes del inicio del parto en mujeres gestantes que presentan una patología materna o fetal que contraindica o desaconseja un parto vaginal. Las condiciones para llevarse a cabo pueden ser presentación de nalgas, transversa u oblicua, macrosomía fetal, cesárea iterativa (< 2 cesáreas previas), riesgo de rotura uterina, placenta previa, infecciones maternas, patología médica materna, prematuridad, crecimiento intrauterino retardado, gestaciones múltiples, cesárea anterior y deseo materno de

nueva cesárea, y cesárea a demanda.

Entre las complicaciones que puede presentar una cesárea, estas se pueden dividir en dos grandes grupos: complicaciones intraoperatorias o quirúrgicas y complicaciones postoperatorias (7).

- Complicaciones intraoperatorias:
 - Laceraciones uterinas del segmento uterino inferior cuando la incisión es transversa.
 - Lesión del uréter: muy poco común. Se suelen dar en reparaciones extensas del útero por laceraciones.
 - Lesión vesical: aumenta en las incisiones transversales. Tiene lugar en más del 10% de las rupturas uterina y entorno al 4% de las histerectomías por cesárea.
 - Lesión intestinal: ocurre en torno al 0,1% de las cesáreas. Los casos que se producen son por las adherencias de los partos anteriores o cirugía intestinal anterior.
 - Atonía uterina: ocurre en gestación múltiple o en el fracaso de la prueba de trabajo de parto cuando la paciente ha pasado un periodo prolongado con oxitocina.
- Complicaciones postoperatorias:
 - Endometritis postparto: es 20 veces más frecuente que en un parto vaginal. Se puede prevenir con profilaxis antibiótica.
 - Infección de herida postoperatoria: el riesgo varía de un 2,5-15%. Si hay corioamnionitis en el momento de la cesárea, aumenta hasta un 20%
 - Dehiscencia de la fascia: Es una emergencia quirúrgica, poco frecuente que afecta al 5% de los pacientes.
 - Infección del tracto urinario: segunda causa de fiebre postcesárea que afecta entorno al 2-16% de las mujeres.
 - Enfermedad tromboembólica: de 0,5-1% de cada 500 mujeres.

- Tromboflebitis pélvica séptica: hasta el 2% de pacientes con endometritis.
- Retorno lento de la función intestinal después de la cirugía como consecuencia de los fármacos durante la operación.

A corto plazo no solo se producen complicaciones postoperatorias en la cesárea, sino también problemas en el estado de salud psicológico que puede llevar a complicaciones graves en la madre como la “depresión post-cesárea” o síndrome de estrés postparto. Otras complicaciones menos graves que pueden derivar de la cesárea son sentimientos de pérdida, fracaso, o miedo a la adaptación posterior y a un correcto vínculo con sus hijos. Además, esta experiencia es relevante a la hora de embarazos posteriores ya que le puede recordar a la madre como una situación traumática que le puede despertar un estado de ansiedad y sentimiento de impotencia (18,19).

En cuanto a las complicaciones postoperatorias de la cesárea a medio plazo la más común es la presencia de incontinencia urinaria. A pesar de ello, esta complicación no tiene mayor gravedad en relación a la incontinencia que se produce en un parto vaginal o eutócico. Sin embargo, a los 2 años de someterse a la intervención no hay diferencias en los resultados de incontinencia dependiendo de la vía y el tipo de parto (20,21). Por otro lado caben destacar complicaciones a largo plazo como anomalías de la inserción de la placenta que, se incrementa con la primera cesárea y, aumenta la incidencia progresivamente con sucesivas cesáreas posteriores (21), así como también las cesáreas pueden influir de forma negativa en embarazos posteriores puesto que pueden llegar a reducir la fertilidad hasta un 10% en comparación con el parto vaginal, dando lugar a un menor número de embarazos o provocar que los intervalos entre embarazos aumenten de 2 a 6 meses, por lo que el tiempo de maternidad se retrasa (22).

Se ha observado que las cesáreas pueden tener también complicaciones y consecuencias en los neonatos. Estos tienen tasas de mortalidad más altas y tienden a desarrollar problemas respiratorios, como la taquipnea transitoria, que puede conducir a desarrollar en la infancia y en la edad adulta problemas como el asma. También puede provocar que el recién nacido requiera de dispositivos de soporte ventilatorio para cubrir su función respiratoria. Además, pueden llegar a sufrir una patología traumática durante el nacimiento y se puede ver afectado el contacto inicial piel con piel con la madre, lo que puede perjudicar la lactancia materna. Otras complicaciones que se pueden dar, a pesar de su baja frecuencia son incisiones quirúrgicas accidentales, hemorragia intracraneal y

asfisia. Por lo tanto, se debe de tener en cuenta que las cesáreas pueden tener mayores riesgos para los recién nacidos y se deben de considerar cuidadosamente sus implicaciones a la hora de tomar una decisión (23).

Atendiendo al excesivo número de cesáreas que se producen y los riesgos que estas pueden tener, una opción válida para disminuir su tasa junto con las complicaciones en los sucesivos embarazos es el intento de parto vaginal después de haber tenido una cesárea previa (PVDC). Entorno al 60-80% de las mujeres que se someten a esta prueba resultan en parto vaginal exitoso, pero para ello, las condiciones deben ser las adecuadas y entre las que caben destacar las siguientes: haber tenido una incisión previa transversal baja, haber pasado un período mayor de 18 meses desde que se realizó la cesárea, tener un único antecedente de cesárea, presentar un único embarazo cuya posición del feto se encuentre en posición cefálica, tener este un adecuado peso, entre otros (24,25). Sin embargo, esta práctica no está del todo consolidada en la sociedad actual y la evidencia sobre el éxito que pueda tener varía según los estudios. Se ha sugerido que los aspectos individuales de cada gestante como pueden ser factores maternos, motivo de la indicación de la cesárea anterior, factores relacionados con el embarazo actual y el miedo a realizar un trabajo de parto tras cesárea por parte de los profesionales pueden estar relacionados con el éxito del parto vaginal después de la cesárea (PVDC) (26,27). Por otra parte, se ha visto que el uso de oxitocina durante el trabajo de parto puede influir en la morbilidad materna y neonatal, con una incidencia relevante de fiebre en la embarazada durante el parto, probabilidad de rotura uterina o valores alterados en el pH sanguíneo del cordón umbilical (28,29). De esta forma es conveniente asegurarse de que aquellas mujeres que se van a someterse a trabajo de parto después de cesárea reúnen las condiciones adecuadas para la prueba.

La ruptura uterina es una complicación rara pero grave que está frecuentemente asociada a las mujeres que han tenido un parto vaginal después de cesárea, y que generalmente se produce a lo largo de la línea de la cicatriz del parto por cesárea anterior. El riesgo de que se produzca con el parto vaginal posterior no llega al 1%, mientras que la tasa de riesgo para la cesárea repetida electiva no llega al 0,5%. A pesar de que existe un riesgo de rotura uterina, también es importante tener en cuenta de que sigue siendo bajo, con una tasa de mortalidad en la mujer del 2-16% (30). Entre las complicaciones potenciales que tiene la rotura uterina se encuentran la necesidad de transfusión sanguínea y la histerectomía (31). En definitiva, se piensa que conocer mejor los factores de riesgo

que influyen en el éxito del PVDC y los riesgos que tiene puede ayudar a seleccionar a las mujeres con cesáreas previas candidatas este intento de parto con altas probabilidades de éxito y el menor riesgo de complicaciones, ayudando a su vez a reducir la tasa de cesáreas (32).

1.3. JUSTIFICACIÓN.

Hay estudios que difieren entre sí en cuanto a las complicaciones maternas y neonatales, por lo que resulta difícil para los profesionales decidir la vía de finalización del parto en este grupo de mujeres. Por lo tanto, se hace necesario conocer la tasa de éxito del parto vaginal después de cesárea y describir los factores que pueden reducir dicha tasa para disminuir las complicaciones maternas y neonatales del parto vaginal y, de esta forma, reducir la elevada tasa de cesáreas que se producen a nivel mundial y la morbilidad asociada a dicha intervención.

1.4. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

- **Objetivo general.**

- Analizar los resultados maternos y neonatales en mujeres que se someten a un intento de parto vaginal después de cesárea mediante trabajo de parto.

- **Objetivos específicos.**

- Analizar la tasa de éxito del parto vaginal en mujeres que se someten a trabajo de parto después de cesárea.
- Identificar los factores asociados al éxito del parto vaginal en estas mujeres.
- Comparar los resultados maternos y neonatales según el tipo de parto.
- Determinar las causas que justifican el parto vaginal fallido que finalmente deriva en un parto por cesárea tras someterse a trabajo de parto.

2. MATERIAL Y MÉTODOS.

2.1. ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA.

Para la realización de este estudio se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos (PubMed y Scopus) durante los meses de enero, febrero, marzo y abril de 2023 a través del servicio de bases de datos de la universidad de Jaén.

Los descriptores que se han utilizado para llevar a cabo esta búsqueda han sido: DeCs (“maternal outcome”, “neonatal outcome”, y “vaginal birth after cesarean birth”) y MeSH (“vaginal birth after cesarean birth”).

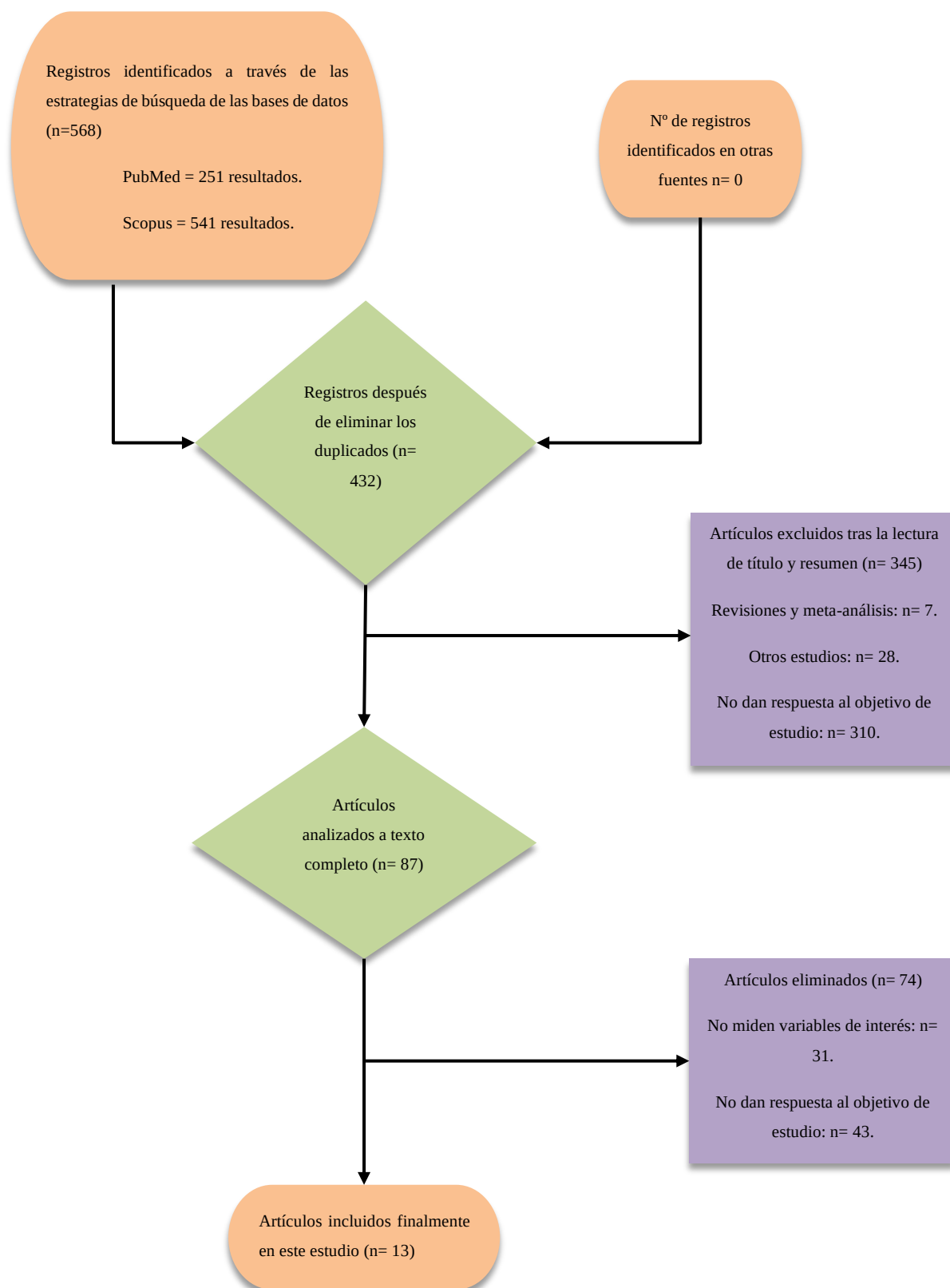
En la base de datos de PubMed se realizó una búsqueda con los descriptores mencionados anteriormente: ((Maternal outcome [Title/Abstract]) AND (Neonatal outcome [Title/Abstract])) AND (Vaginal birth after cesarean birth [Title/Abstract]). Se encontraron un total de 840 artículos, de los que finalmente sólo se revisaron 251 artículos tras acotar la cadena de búsqueda mediante los siguientes filtros aplicados en la base de datos: en los últimos 10 años, humanos, en inglés y español, en mujeres, y en adultos: 19-44 años.

De igual forma, en la base de datos de Scopus se utilizaron los siguientes descriptores: (TITLE-ABS-KEY (maternal AND outcome) AND TITLE-ABS-KEY (neonatal AND outcome) AND TITLE-ABS-KEY (vaginal AND birth AND after AND cesarean AND birth)). Se obtuvieron un total de 968 artículos, de los que finalmente fueron revisados 541 artículos tras aplicar los siguientes filtros en la base de datos: últimos 10 años, humanos, mujeres, artículos, medicina y enfermería, y en inglés y español.

3.2. SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS.

En la búsqueda inicial se obtuvieron un total de 792 artículos entre ambas bases de datos, de los que se descartaron 360 después de eliminar los duplicados, lo que dejó un total de 432 artículos. Después se revisaron los títulos y el contenido de todos ellos, descartando 345 artículos que no estaban relacionados con el tema tratado o eran otro tipo de estudios, dejando así un total de 87 artículos. De estos 87, se descartaron 74, de los cuales 31 no median variables de interés, y 43 no daban respuesta al objetivo de estudio. Finalmente 13 artículos que son los que componen este estudio. (*Figura 2*).

Figura 2. Diagrama de flujo.



3.3. CRITERIOS DE ELIGIBILIDAD.

Criterios de inclusión.

- Artículos en inglés o español sobre mujeres embarazadas programadas para trabajo de parto.
- Que el tipo de estudio fuera prospectivo y/o retrospectivo.
- Que el estudio midiera tanto variables resultado maternas como neonatales.
- Que las mujeres tuvieran un único antecedente de cesárea previa.
- Mujeres con feto único en presentación cefálica.
- Mujeres embarazadas de cualquier edad.

Criterios de exclusión.

- Que las mujeres tuvieran contraindicaciones para el parto vaginal.
- Que las mujeres tuvieran previamente múltiples cesáreas y/o partos vaginales.
- Que las mujeres tuvieran partos prematuros.
- Que las mujeres tuvieran embarazo múltiple.
- Anomalía fetal.

3.4. VARIABLES DE RESULTADO.

En esta revisión narrativa se han tenido en cuenta tanto variables maternas como neonatales. La principal variable materna de interés en este estudio ha sido la rotura uterina, ya que, como se sabe, es una complicación obstétrica poco frecuente, pero potencialmente grave, que aumenta significativamente cuando se intenta el parto vaginal después de una cesárea en comparación con la realización de una segunda cesárea y, que puede poner en peligro tanto la vida de la madre como la del feto (33). Otras variables maternas que se han incluido en este estudio han sido: transfusión de glóbulos rojos, hemorragia postparto, muerte materna, y tiempo de hospitalización.

Por otro lado, la principal variable neonatal medida ha sido la adaptación del feto a la vida extrauterina, medida a través del Test de Apgar, el cual se realiza en los primeros minutos de vida para valorar la condición física del recién nacido y determinar si

requieren atención médica adicional (34). Además, también se han incluido otras variables neonatales como problemas respiratorios, muerte perinatal, admisión en UCI, y duración de la hospitalización.

4. RESULTADOS.

Los detalles de cada uno de los estudios seleccionados para este trabajo se encuentran descritos completamente en la *Tabla 1*.

El número total de participantes que componen cada uno de los estudios varía en función del tiempo de estudio pasando generalmente desde varios años hasta meses, por ello, como se muestra en la Tabla 1, el número de muestra de muchos de los artículos es muy extensa. Debido al tema de elección para este trabajo, la muestra del estudio se compone única y exclusivamente de mujeres. Como se ha descrito anteriormente en los criterios de elegibilidad, se han incluido estudios en los que la edad media de la mujer no se ha tenido en cuenta como criterio de exclusión, no variando mucho en la mayoría, excepto en dos de ellos (35,36). Se llevaron a cabo 3 estudios en Francia (37–39), otros 3 estudios en Israel (35,36,40), y uno en cada uno de los países siguientes: Senegal y Mali (41), Países bajos (42), Estados Unidos(43), Canadá (44), India (45), Turquía (46) y Polonia (47). En 10 artículos se combinó el trabajo de parto espontáneo con la cesárea repetida electiva. En los otros 3 estudios las combinaciones fueron diferentes: en 2 de ellos (39,40) se combinó el trabajo de parto espontáneo con el trabajo de parto inducido, mientras que en el restante (38), se combinó el trabajo de parto inducido con la cesárea repetida electiva. Por otro lado, cinco de los artículos no incluyeron en su estudio la variable neonatal principal (Test de Apgar).

Tabla 1. Resultados.

Autor y año	Tipo de estudio, país, número total de la muestra, y tiempo de la muestra.	Criterios de inclusión y exclusión.	Variables de medida e intervención.	Resultados	Conclusión
1.Kok, N. Ruiter, L. Lindeboom, R. De Groot, C. Pajkrt, E. Mol, B. W <i>et al</i> (37). 2015	Estudio de cohorte prospectivo. Países Bajos Nº total de la muestra: 19.545 mujeres embarazadas con cesárea previa: 15.342 para el grupo de trabajo de parto y 4.203	-C. Inclusión: Mujeres tuvieron un único hijo vivo a término en presentación cefálica y que se sometieron a prueba de trabajo de parto o de cesárea repetitiva electiva después de un parto vaginal previo a término. -C. Exclusión: Embarazos complicados por anomalías congénitas, cesáreas antes de las 39 semanas de gestación y mujeres con inducción del trabajo de parto.	-Maternas: Rotura uterina, transfusión de sangre, hemorragia postparto >1L. -Neonatales: Puntuaje de Apgar bajo (<7 después de 5 min), síndrome de distrés respiratorio, y muerte perinatal. GE: 4.109 mujeres se tuvieron un trabajo de parto. GC: 4.109 mujeres tuvieron una cesárea repetitiva electiva.	-Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetitiva electiva: Hemorragia > 1L (n= 217 vs n= 138, p<0.001), transfusión de glóbulos rojos (n= 16 vs n= 15, p= 1.0), rotura uterina (n=9 vs n= 1, p<0.02). Resultados maternos finales para ambos grupos (P<0.001) y una Odds Ratio 0.6 (0.5-0.8). -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetitiva: Puntuaje de Apgar <7 después de 5 min (n= 101 vs n= 34, p<0.001), síndrome de distrés respiratorio (n= 27 vs n= 45, p= 0.6), muerte perinatal (n= 5 vs n= 1, P= 0.2). Mismos resultados neonatales finales que los maternos.	Para las mujeres con una cesárea previa, la elección de cesárea repetitiva electiva parece ser una opción segura para el embarazo posterior. Intentar un trabajo de parto espontáneo incorpora un poco más de riesgos maternos y neonatales, pero los eventos adversos son principalmente efectos a corto plazo y es posible que no siempre superen el 74% de probabilidad de trabajo de parto exitoso. .

	para la cesárea repetida electiva.				
	Tiempo de la muestra: junio del año 2000-diciembre de 2007.				
2. Kaboré, C. Chaillet, N. Kouanda, S. Bujold, E. Traoré, M. Dumont, A (41). 2016	Estudio observacional prospectivo. Senegal y Mali. Nº total de la muestra: 9712 mujeres con cesárea previa: 8083 para el grupo trabajo de parto y 1629 para el grupo cesárea repetida electiva. Tiempo de la	-C. Inclusión: Mujeres sin parto vaginal previo, con una única cesárea transversa baja previa, feto único en presentación cefálica, con actividad cardíaca positiva antes del inicio del trabajo de parto o cesárea electiva y con peso mayor a 2500 g al momento del parto. -C. Exclusión: Se excluyeron las mujeres con contraindicaciones absolutas para el parto vaginal (por ejemplo, placenta previa,	Maternas: Rotura uterina, hemorragia postparto, transfusión sanguínea, muerte materna. Neonatales: Muerte neonatal antes y después de 24h. GE: 3885 mujeres de bajo riesgo y 4198 mujeres de alto riesgo se sometieron a trabajo de parto vaginal. GC: 895 mujeres de bajo riesgo y 734 de alto riesgo se sometieron a cesárea repetida electiva.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Hemorragia postparto (n= 185 VS n= 9, p= <0.001), rotura uterina (n= 95 VS n= 2, p= 0.005), transfusión sanguínea (n= 84 VS n= 10, p= 0.207), muerte materna (n= 24 VS n= 1, p= 0.222) respectivamente. Compuesto de resultados maternos: [odds ratio (OR) ajustado 1,52; IC del 95 % 1,09–2,13; P = 0,013]. Candidatas de bajo riesgo para trabajo de parto (OR ajustada 0.90; 95% CI 0.55–1.46; P = 0.68). Candidatas de alto riesgo con un parto vaginal fallido (OR ajustada 2.22; 95% CI 1.37–3.58; P = 0.001). - Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: muerte neonatal antes de 24h (n= 44 vs n= 5, p= 0.380) y	A las mujeres con antecedentes de cesárea, cuya indicación no es recurrente y que no tienen contraindicaciones para el parto vaginal, se les debe ofrecer una prueba de trabajo de parto en hospitales donde se disponga de cesárea de emergencia las 24 horas. Seleccionar mujeres de bajo riesgo, menores de 35 años, con al menos una visita prenatal y sin patología diagnosticada durante el embarazo actual reduciría el riesgo de morbilidad materna y perinatal. Si no se cumplen estas condiciones, se debe ofrecer una cesárea antes del inicio del trabajo de parto.

	muestra: de septiembre de 2007- octubre de 2011.	desprendimiento de placenta, presentación anormal. Mujeres mayores de 35 años, sin patología diagnosticada durante el embarazo.		después de 24h (n= 23 vs n= 1, p= 0.208) respectivamente. La mortalidad perinatal en mujeres sometidas a trabajo de parto vs mujeres sometidas a cesárea repetida (OR ajustada 4,53; IC del 95 %: 2,30–9,92; P < 0,001). En mujeres con bajo riesgo para un trabajo de parto la muerte perinatal fue la siguiente (OR ajustado 1,13; IC 95 % 0,75–1,86; P = 0,53) vs mujeres de alto riesgo (OR ajustado 12,22; IC 95 % 2,99-49,94, p < 0,001).	
3. <i>Kalisa, R. Rulisa, S. Van Roosmalen, Jos. van den Akker, Thomas</i> (42). 2017	Estudio de cohorte retrospectivo. Países Bajos. Nº total de la muestra: 435 mujeres embarazadas. Tiempo de la	-C. Inclusión: Mujeres que se sometieron a una cesárea en un embarazo anterior con un bebé único en presentación cefálica en más de 36 semanas de gestación o más en el embarazo. -C. Exclusión: Las mujeres con contraindicaciones absolutas para el parto vaginal en nuestro medio (por ejemplo, embarazo	Maternas: Hemorragia posparto, rotura uterina, transfusión de sangre. Neonatales: Admisiones en UCI, muertes neonatales antes de las 24 h, después de las 24 h y muerte intraparto. GE: 297 mujeres se sometieron a trabajo de parto, de las cuales 163 tuvieron y parto vaginal	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: hemorragia posparto (n = 8; 2,7 %, versus n= 2; 1,4 %: OR ajustado 3,0; IC (0,6–14,5), rotura uterina (n = 5; 1,7 %, versus n= 0; 0 %), transfusión de sangre (n= 2; 0.6% versus n=1; 0%: OR ajustado 0; IC (0.1-8.8) respectivamente. - Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: Ingresos neonatales en UCI (n = 64; 21,5 %, versus n= 35; 25,4 %: OR 0,8; IC (0,5–1,6), muerte neonatal total (n=8, 16,8%, versus n= 4; 7,2%: OR 0.4 (0.2 - 2.3).	En este momento, las mujeres de Rwanda pueden presentarse para una cesárea de emergencia después de un trabajo de parto fallido de los centros de salud que no tienen disponible la cirugía las 24 horas. La morbilidad materna fue mayor en el grupo trabajo de parto, sin embargo, la mortalidad perinatal no difirió. Por ello, para aumentar la seguridad, es conveniente en que la prueba de trabajo de parto se realice en instalaciones con servicio de cirugía las 24 horas, y bajo seguimiento continuo por parte de un profesional capacitado. Sobre todo,

	muestra: junio 2013- diciembre 2014.	múltiple, presentación no cefálica, retraso del crecimiento intrauterino, miomectomía previa y herpes genital).	fallido. GC: 138 mujeres se sometieron a cesárea repetida electiva.		destacando la importancia de evitar la primera cesárea mediante una buena práctica clínica, incluyendo la potenciación con oxitocina y el parto vaginal instrumental.
4. Hehir, M. P. Rouse, D. J. Miller, R. S. Ananth, C. V. Wright, J. D. Siddiq, Z. et al (43). 2018	Estudio observacional prospectivo Estados Unidos (EE.UU). Nº total de la muestra: 4.579 mujeres. Tiempo de la muestra: desde 1999 hasta 2002.	-C. Inclusión: Mujeres con 37 semanas de gestación o más. Mujeres con cesárea previa con incisión transversa conocida o desconocida. Mujeres sin gestación anómala, viva, y un único feto. -C. Exclusión: Se excluyeron las mujeres con partos vaginales previos, así como las mujeres que dieron a luz con menos de 37 semanas de gestación.	Maternas: Transfusión de sangre y rotura uterina. Neonatales: Puntajes de Apgar bajos, ingreso en la UCI y soporte ventilatorio. GE: 4.147 mujeres tuvieron un parto vaginal exitoso después de cesárea (90,6%). GC: 432 mujeres se sometieron a parto por cesárea. Ambos grupos divididos en dos tiempos: en menos de 3h (n=4220) y en 3h o más (n= 359).	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Transfusión de sangre (p= 0.02): menos de 3h (n= 46, 1,2%) y 3 horas o más (n= 5, 2,5%) en el trabajo de parto VS menos de 3 horas (n=5, 1,9%) y 3 horas o más (n=5, 3,1%), y rotura o dehiscencia uterina (1.0% [41/4,220] VS 3.1% [11/359], P< 0.01), respectivamente. -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: Puntajes de Apgar bajos (p= 0.09): menos de 3h (n=21 , 0,5%) y 3 horas o más (n=2, 1%) en el trabajo de parto VS menos de 3 horas (n=5, 1,8%) y 3 horas o más (n=3, 1,8%), ingreso en la UCI (p= 0.18): menos de 3h (n= 284 , 7.2%) y 3 horas o más (n= 19, 6,3%) en el trabajo de parto VS menos de 3 horas (n= 41, 15,1%) y 3 horas o más (n= 16, 9,9%) y soporte ventilatorio (p= 0.02): menos de 3h (n= 29 , 0,7%) y 3 horas o más (n= 5, 2,5%) en el trabajo de parto VS menos de 3 horas (n= 6, 2,2%) y 3 horas o más (n= 3, 1,2%),	Se encontró que incluso con una segunda etapa prolongada, un gran número de mujeres logró un parto vaginal con éxito. Dado que el riesgo de resultados maternos adversos es más común a medida que se prolonga la segunda etapa, las mujeres que se someten a trabajo de parto después de una cesárea con una segunda etapa prolongada deben someterse a una estrecha observación de la frecuencia cardíaca fetal, signos vitales maternos y síntomas sugestivos de ruptura uterina. Aunque los resultados neonatales fueron similares en función de la duración de la segunda etapa, una limitación importante de este estudio es que se realizó en centros académicos más grandes y se debe tener cuidado al extrapolar estos hallazgos a otros entornos

				respectivamente.	hospitalarios.
5. Gobillot, S. Ghenassia, A. Coston, A. L. Gillois, P. Equy, V. Michy, T. et al (38). 2018	Estudio observacional retrospectivo. Francia. Nº total de la muestra: 433 mujeres embarazadas. Tiempo de la muestra: enero de 2013- marzo de 2017.	-C. Inclusión: Se incluyeron parturientas con un único parto por cesárea anterior de más de 37 semanas de gestación y a las que no se les indujo un parto espontáneo y no tuvieron contraindicación para trabajo de parto posteriormente en el siguiente parto como una incisión uterina previa, placenta previa o una pelvimetría anormal con presentación de nalgas. -C. Exclusión: Mujeres con múltiples embarazos prematuros, así como aquellas sometidos a inducción del trabajo de parto por muerte fetal o terminación de embarazo, fueron excluidas del estudio.	Maternas: Rotura uterina, transfusión de sangre, hemorragia posparto, Tiempo de hospitalización (días). Neonatales: Ingreso a unidad de cuidados intensivos, APGAR < 7 a los 5 minutos. GE: 248 mujeres tuvieron un trabajo de parto inducido. GC: 165 mujeres tuvieron un parto por cesárea.	- Maternos en grupo sometido a trabajo inducido de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Rotura uterina (n= 8 VS n= 0, p<0.049), periodo de hospitalización (n= 4,2 VS n= 4,65, p<0.001). Los demás resultados maternos no presentaron diferencias significativas. -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto inducido versus grupo sometido a cesárea repetida: no presentaron diferencias significativas.	La inducción del trabajo de parto con infusión oxitócica en mujeres con cicatriz de útero y un cuello uterino maduro no conlleva más riesgo de cesárea durante el trabajo de parto que el espontáneo inicio del trabajo de parto: para tales mujeres, la tasa de éxito de TOLAC fue superior al 80% en nuestro estudio. Sin embargo, la morbilidad materna y especialmente el riesgo de ruptura uterina no son menores. Por eso, es fundamental informar previamente a la mujer sobre la tasa de éxito de TOLAC, en cuanto a los factores de riesgo bien conocidos, y sobre los riesgos de ruptura uterina.

6. <i>Young, C. B. Liu, S. Muraca, G. M. Sabr, Y. Pressey, T. Liston, R. M. Joseph, K. S</i> (44). 2018	Estudio de cohorte retrospectivo. Canadá. Nº total de la muestra: 197.540 mujeres embarazadas. Tiempo de la muestra: abril de 2003- marzo de 2015.	-C. Inclusión: Mujeres con un parto por cesárea anterior (asegurándose de que todas las mujeres tuvieran solo 1 parto por cesárea anterior) y, en el embarazo actual, un parto único a las 37 a 43 semanas de gestación. -C. Exclusión: No mencionados.	Maternas: Morbilidad y mortalidad materna (Rotura uterina, muerte, transfusión de sangre). Neonatales: Mortalidad y morbilidad neonatal (Muerte neonatal, Ventilación asistida, Síndrome de dificultad respiratoria. GE: 58.704 mujeres se sometieron a trabajo de parto tras cesárea previa. GC: 138.836 mujeres tuvieron cesárea repetida electiva.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto (exitoso/fallido, respectivamente) versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Morbilidad y mortalidad materna; ((n= 209; 7.14%: (RR ajustado 0,57, IC del 95 % 0,45 - 0,73) y ((n= 420; 14.3%: RR ajustado 2,58, IC del 95 % 2,25 a 2,95)) VS (n= 784; 5.65%: RR ajustado 1.00). -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto (exitoso/fallido, respectivamente) versus grupo sometido a cesárea repetida: ((n= 420; 15.0%: OR ajustado 1.08; IC (0.97- 1.21)) y ((n= 737; 26.6%: OR ajustado 1.88; IC (1.72 - 2.05)) VS (n= 1.903; 14.5%: OR ajustado 1.00)	Tanto el aumento relativo de las tasas de morbilidad y mortalidad maternas y neonatales graves después del intento de parto vaginal después del parto por cesárea en comparación con la repetición de la cesárea electiva deben sopesarse cuidadosamente antes de tomar una decisión sobre si el riesgo es alto o no. Además, las mujeres que planean familias numerosas deben ser conscientes de los riesgos de la placentación mórbida en embarazos posteriores, ya que dichos riesgos aumentan con los partos por cesárea repetidos. La toma de decisiones también puede verse afectada por el deseo de parto vaginal. Los proveedores de atención médica deben ayudar a las mujeres a contextualizar mejor los riesgos para que puedan tomar decisiones informadas y personalizadas.
7. <i>Levin, G. Meyer, R. Mor, N. Yagel, S. David, M.</i>	Estudio de cohorte retrospectivo.	-C. Inclusión: Mujeres ≤ 21 años de edad en su segundo parto, que se	Maternas: Hemorragia postparto. Rotura uterina.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Hemorragia postparto (n= 5, 5% VS n=1, 5%, P=1.0). Ocurrieron dos casos de rotura uterina en	Se demostró que el trabajo de parto en adolescentes está asociado con una alta tasa de éxito. La consejería de las mujeres adolescentes, antes de la

Yinon, Y. Rottenstreich, A (36). 2020	Israel. Nº total de la muestra: 167 mujeres con antecedentes de parto por cesárea. Tiempo de la muestra: 2007-2019.	sometieron a cesárea con cirugía transversa baja en su parto anterior. -C. Exclusión: No incisión uterina transversa baja, que tuvieran gestación multifetal y que fuera un feto demasiado grande o con anomalías genéticas.	Neonatales: Admisión a UCI, Prueba de Apgar al minuto y a los 5 min. GE: 117 mujeres se sometieron a trabajo de parto. En general, 97/117 (83%) tuvieron un parto vaginal exitoso. GC: 50 se sometieron a cesárea repetida electiva.	el grupo que eligió cesárea repetida electiva, mientras que ninguno se encontró en las participantes que se sometieron a prueba de trabajo de parto. -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto exitoso versus trabajo de parto fallido: Ingreso en UCI (n= 4, 4% VS n= 4, 20%, % P= 0.02) y test de Apgar al minuto <7 (n= 5, 4% VS n= 5, 20%, P< 0.04) y a los 5 minutos (n= 2, 2% VS n= 2, 10%, p=0.13).	prueba de trabajo de parto, debe tener en cuenta la estimación del peso fetal que resultó ser asociado independientemente con un parto vaginal tras cesárea previa.
8. Vecchioli, A. Cordier, A. Chantry, A. Benachi, A. Monier, I (39). 2020	Estudio observacional retrospectivo. Francia. Nº total de la muestra: 339 mujeres.	-C. Inclusión: Mujeres con antecedentes de un parto por cesárea y un feto único vivo en presentación cefálica nacido a las 37 semanas de gestación o más. -C. Exclusión: Partos prematuros <37 semanas de gestación, embarazos múltiples, mortinatos e interrupciones	Maternas: Rotura uterina, hemorragia posparto, estancia hospitalaria materna 6 días. Neonatales: Puntuación de Apgar < 7 a los 5 minutos. GE: 228 mujeres se sometieron a trabajo de parto espontáneo. GC: 111 mujeres se	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a parto inducido: Rotura uterina (n=5/228, 2,2% VS n=4/111, 3,6%, p = 0.48), Hemorragia posparto (n= 24/228, 10,5% VS n= 8/111, 7,2%, P= 0.33), estancia hospitalaria materna 6 días (n= 20/228, 9% VS n= 43/111, 39,1%, p<0,01) -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: Puntuación de Apgar < 7 a los 5 minutos (n= 3/228, 1,3% VS n= 1/111, 0,9%, P=1.00).	La inducción del trabajo de parto entre las mujeres con un parto por cesárea anterior se asoció con un mayor riesgo de resultados perinatales adversos. Además, se estimó que el riesgo de ruptura uterina era alto, incluso en el caso de trabajo de parto espontáneo, destacando que la administración de oxitocina durante el trabajo de parto en mujeres con cicatriz uterina debe usarse con precaución y solo si es necesario.

	Tiempo de la muestra: 2013-2016.	del embarazo, presentación no cefálica, sin antecedentes de parto por cesárea, antecedentes de cirugía uterina. Mujeres con parto por cesárea electiva para el embarazo actual.	sometieron a parto inducido.		
9. <i>Levin, G. Mankuta, D. Yossef, E. Yahalomy, S. Z. Meyer, R. Elchalal, U et al</i> (35). 2020	Estudio de caso-control retrospectivo. Israel. Nº total de la muestra: 335 Tiempo de la muestra: 2006-2017.	-C. Inclusión: Mujeres quienes se sometieron previamente a una cesárea con cirugía transversa en su anterior parto. -C. Exclusión: Los criterios de exclusión fueron haber tenido una incisión transversa uterina, embarazos múltiples, gestación múltiple, y anomalías fetales.	Maternas: Hemorragia posparto, estancia hospitalaria, rotura uterina. Neonatales: Apgar <7 al minuto, Apgar <8 a los 5 minutos, ingreso en UCIN. GE: 61 se sometieron a trabajo de parto. En general, 38/61 (62,3 %) tuvieron un TOLAC exitoso. GC: 274 mujeres se sometieron a cesárea repetida electiva.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto exitoso versus grupo sometido a trabajo de parto que resultó fallido: Hemorragia postparto (n= 1/38, 2,6% VS n= 1/23, 4,3%, P= 0.71), rotura uterina (n= 0/38, 0% VS n= 2/23, 8.6%, p= 0.06), tiempo de hospitalización de las parturientas (n= 4/38, 3-5% VS n= 5/23, 5-6%, p=0.04). -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto exitoso versus grupo sometido a trabajo de parto que resultó fallido: Apgar <7 al minuto (n= 2/38, 5,2% VS n= 4/23, 17,4%, p= 0.12), Apgar <8 a los 5 minutos (n= 1/38, 2,6% VS n= 2/23, 8,3%, p=0.28), ingreso en UCI (n= 1/38, 2,6% VS n= 1/23, 4,3%, p=0.71).	En conclusión, una prueba de trabajo después de una cesárea previa en mujeres mayores que nunca dieron a luz por vía vaginal se asoció con una tasa de éxito moderada. El asesoramiento a las mujeres antes de la prueba de trabajo de parto debe tener en cuenta la indicación de cesárea en el parto por cesárea anterior y la diferencia estimada de peso al nacer entre partos, que se encontró que se asociaron de forma independiente con las tasas de parto vaginal tras cesárea. Además, se deben reconocer las tasas considerables de ruptura uterina y parto operatorio.
10.	Estudio de	-C. Inclusión:	Maternas:	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto	Se encontró que la tasa de éxito del

Jagannathan, S. Sunil, H. M. Nalligounder, P (45). 2021	cohorte prospectivo. India. Nº total de la muestra: 211 mujeres. Tiempo de la muestra: diciembre 2013-diciembre 2014.	Mujeres con una cesárea transversa inferior previa, feto único en presentación cefálica, y con pelvis clínicamente adecuada. -C. Exclusión: Mujeres con más de una cesárea, cicatriz de cesárea clásica, miomectomía previa, presentación anómala e intervalo entre partos inferior a 2 años.	Rotura uterina. Neonatales: Distrés respiratorio, Puntuaciones de Apgar al final de los 5 minutos Admisiones en la UCIN. GE: 119 mujeres se sometieron a trabajo de parto. El 47,9% tuvo un parto vaginal exitoso. GC: 92 mujeres se sometieron a cesárea repetida electiva.	versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Rotura uterina (n= 1/119, 0,8% VS n= 0/92, 0%). -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: Test de Apgar a los 5 minutos <7 (n= 6/119, 5% VS n= 5/92, 5,4%) y >7 (n= 113/119, 95% VS n= 87/92, 94,6%), distrés respiratorio (n= 6/119, 5% VS n= 4/92, 4,3%). Test de Apgar a los 5 minutos como en el ingreso en UCI (P=0.899). Morbilidad y mortalidad neonatal grave (p = 0,814).	parto vaginal después de cesárea fue del 47,9 % en la muestra del estudio. Esta diferencia puede deberse al cambio en las características de la población obstétrica, la aceptación y perseverancia de las mujeres para someterse a TOLAC y su fortaleza mental para soportar el trabajo de parto. También depende de los recursos del hospital, la experiencia y la disponibilidad del obstetra, así como del asesoramiento y apoyo a la paciente durante el embarazo y el trabajo de parto. No existe un riesgo estadísticamente significativo de complicaciones maternas y perinatales. Esto podría deberse a la intervención y el parto tempranos. Por lo tanto, se considera que el VBAC es seguro sin un riesgo significativo de complicaciones maternas y perinatales cuando se realiza en un centro de atención terciaria siguiendo las pautas del hospital.
11. İzbudak, G. Tozkr, E. Cogendez, E.	Estudio de cohorte retrospectivo.	-C. Inclusión: Mujeres con una edad gestacional de 37 a 41	Maternas: Rotura uterina, transfusión sanguínea, hemorragia	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: Rotura uterina (n= 1/195, 0,5% VS n= 0/228, 0%,	Los países en desarrollo como este tienen una alta tasa de cesáreas. El mundo en constante cambio, y la

Uzun, F. Eser, S. K (46) 2021	Turquía.	semanas, con incisión transversa del segmento uterino inferior, con dimensiones pélvicas adecuadas, sin antecedente de otra cicatriz uterina o ruptura en condiciones normales de paritorio, y con un período de más de al menos 24 meses después de un parto por cesárea anterior.	postparto	p=0.233), Transfusión sanguínea (n= 6/195, 3,1% VS n= 1/228, 0,4%, p=0.052), Hemorragia postparto (n= 9/195, 4,6% VS n= 5/228, 2,2%, p= 0.132),	practica también necesita cambiar para mejor. Aunque todavía es imposible predecir el éxito de trabajo de parto después de una cesárea, los resultados maternos y perinatales de nuestro estudio muestran que el parto vaginal después de cesárea es un modo confiable de parto en caso de la creación de entornos seguros y la selección meticulosa de los candidatos. Para poder evitar el aumento de las tasas de cesáreas, se cree que la opción de parto vaginal debería ofrecerse con más frecuencia para las pacientes apropiadas seleccionadas.
	Nº total de la muestra: 676 mujeres se sometieron a trabajo de parto. Tiempo de la muestra: noviembre de 2015- mayo de 2017.	-C. Exclusión: Pacientes con una incisión previa en el útero, antecedentes de cirugía uterina, antecedentes de ruptura uterina previa, complicaciones médicas u obstétricas para el parto vaginal, anomalía fetal, embarazos múltiples, placenta previa, y desprendimiento de placenta.	Neonatales: Ingreso a la UCI, dificultad respiratoria. GE: 195 mujeres se sometieron a trabajo de parto. De estos, 141 tuvieron un parto vaginal exitoso (72,3%), mientras que 54 no. GC: 228 mujeres se sometieron a cesárea repetida electiva. .	-Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: con respecto a la admisión a la UCIN, dificultad respiratoria (p > 0,05).	

12. Rudzinski, P. Lopuszynska, I. Pieniak, K. Stelmach, D. Kacperczyk-Bartnik, J. Romejko-Wolniewicz, E (47). 2022	Estudio de cohorte retrospectivo. Polonia. Nº total de la muestra: 355 mujeres embarazadas. Tiempo de la muestra: enero de 2018-diciembre de 2018.	-C. Inclusión: Mujeres después de una cesárea previa y sin partos vaginales previos que dieron a luz un único parto vivo. -C. Exclusión: Se excluyeron del estudio los partos operativos, los partos por cesárea de emergencia, los partos fallidos o las inducciones del trabajo de parto.	Maternas: Hemorragia postparto > 1 L, rotura uterina y transfusión de sangre posparto. Neonatales: Ventilación mecánica, admisión en la UCI, duración de la hospitalización. GE: 121 mujeres se sometieron a trabajo de parto. GC: 234 mujeres se someten a cesárea repetida electiva.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida electiva: hemorragia postparto <1L (n= 2/121, 1,7% VS n= 0/234, 0%, p= 0.049) Transfusión de sangre posparto (n= 3/121, 2,5% VS n= 2/234, 0,9%, p= 0.218), y rotura uterina (p < 0,001). -Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a cesárea repetida: Ventilación mecánica (n= 0/121, 0% VS n= 5/234, 2,1%, p= 0.105), admisión en la UCI (n= 2/121, 1,7% VS n= 3/234, 1,3%, p=0.779). Duración de la hospitalización (n= 4,8/121, 2,58% VS n= 5,6/234, 1,88%, p<0.001)	Este estudio muestra que las mujeres que se sometieron a parto vaginal tenían más probabilidades pérdida de hemorragia postparto y ruptura uterina en comparación con la cohorte de cesárea repetida. También muestra que las mujeres del grupo estudio tenían más probabilidades de parto prematuro y postérmino. Los recién nacidos de mujeres del grupo de cesárea repetida eran más grandes, más propensos a perder >10 % de su peso al nacer y permanecer hospitalizados por más tiempo. En ambas cohortes, los resultados neonatales y maternos fueron raros (la mayoría representaron menos del 10 % en la población estudiada). Este estudio proporciona información útil acerca de la toma de decisiones sobre el modo de parto para los profesionales y las mujeres después de una cesárea previa.
13. Meyer, R. Levin, G (40).	Estudio de cohorte retrospectivo.	-C. Inclusión: Mujeres que no tuvieron un parto vaginal previo, con un feto único vivo en	Maternas: Rotura uterina, hemorragia posparto, duración de la estancia >4 días.	- Maternos en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a inducción del trabajo de parto: Rotura uterina (n= 11/933, 1,2% VS n= 3/89, 3,4%, p= 0.115) Hemorragia posparto (n=	La inducción del trabajo de parto a las 39 semanas de gestación en mujeres sometidas a trabajo de parto sin parto vaginal previo no se asocia con

Año 2022	Israel.	presentación de vértice, con una incisión uterina transversa baja previa.	Neonatales: Apgar 1 minuto <5 Apgar 5 minutos <7 Ingreso en unidad de UCI, Ventilación mecánica. Duración de la estancia >6 días. GE: 933 mujeres se sometieron a trabajo de parto. De estas, 497 tuvieron un parto vaginal exitoso y 256 una cesárea no planificada. El resto de mujeres fueron atendidas con parto instrumental.	42/933, 4,5% VS n= 7/89, 8,1%, p= 0.135) Duración de la estancia >4 días (n= 50/933, 5,4% VS n= 8/89, 9%, p= 0.157), - Neonatales en grupo sometido a trabajo de parto versus grupo sometido a inducción del trabajo de parto: Apgar 1 minuto <5 (n= 8/933, 0,9% VS n= 2/89, 2,2%, p=0.214), Apgar 5 minutos <7 (n= 2/933, 0,2% VS n= 0/89, 0%, p> 0.99). Ingreso en unidad de UCI (n= 14/933, 1,5% VS n= 2/89, 2,2%, p= 0.643), Ventilación mecánica (n= 3/933, 0,3% VS n= 1/89, 1,1%, p= 0.306). Duración de la estancia >6 días (n= 37/933, 4% VS n= 7/89, 7,9%, p= 0.083).	mejores resultados neonatales en comparación con el trabajo de parto espontáneo. Sin embargo, puede estar asociado con un aumento de los resultados maternos adversos. Las mujeres que se someten a una inducción del trabajo de parto por indicación médica después de una cesárea deben ser conscientes del aumento de los riesgos maternos relacionados con la inducción
	Nº total de la muestra: 1022 mujeres embarazadas Tiempo de la muestra: marzo de 2011- enero de 2021.	-C. Exclusión: Mujeres con más de una cesárea previa.	GC: 89 mujeres se sometieron a inducción de parto a las 39 semanas, de las cuales 43 tuvieron un parto vaginal exitoso, y 31 una cesárea no planificada. El resto de mujeres fueron atendidas con parto instrumental		

5. DISCUSIÓN.

Esta revisión narrativa ha tenido como objetivo analizar estudios tanto prospectivos como retrospectivos con el fin de observar los resultados maternos y neonatales en mujeres que tras un primer parto por cesárea se han sometido a parto vaginal en su segundo parto. Los resultados presentes en este estudio deben considerarse de forma comedida ya que hay que tener en cuenta las limitaciones presentes, entre las que destaca principalmente la gran heterogeneidad entre cada uno de los estudios seleccionados y la limitación de la búsqueda a dos bases de datos, dejando otras bases de datos que podrían ser de interés.

La mayoría de los estudios muestran que el parto vaginal puede tener complicaciones como la rotura uterina y otras que aumentan el riesgo de enfermedad neonatal, mientras que la cesárea tiene una mayor morbilidad y mortalidad materna, como la hemorragia postparto y la necesidad de transfusión. En general, la morbilidad y mortalidad materna son menores en el parto vaginal que en la cesárea electiva, aunque pueden aumentar en caso de que el parto vaginal no resulte exitoso.

En relación a lo anterior, la mayoría de los artículos presentes en este estudio reflejan una tasa de éxito media de parto vaginal tras cesárea, ya que parte de la muestra inicial que se sometió a esta intervención acabó en un parto por cesárea tras sufrir un parto vaginal fallido, refiriendo así que los riesgos que puede sufrir la mujer tras éste pueden llegar a ser incluso mayores que los riesgos tras una cesárea. De esta forma, Young, C. B. et al (44) establece que las mujeres que tuvieron un parto vaginal exitoso después del parto por cesárea tenían tasas significativamente más bajas de morbilidad y mortalidad materna grave, mientras que las mujeres con un parto vaginal fallido después de un parto por cesárea tuvieron tasas sustancialmente más altas. Del mismo modo, estos resultados son establecidos para la morbilidad y mortalidad neonatal grave según indica en su estudio C, Kaboré et al (41).

Por otro lado, los estudios incluidos en este trabajo que combinaron el trabajo de parto espontáneo y el trabajo de parto inducido mediante el uso de oxitocina, muestran un aumento del número de cesáreas (38–40). Otro de los efectos adversos maternos que puede generar el uso de oxitocina en el parto es la fiebre postparto, la cual se encuentra presente en el estudio realizado por Gobillot, S et al (38). Sin embargo, sólo en uno de los tres artículos que utilizaron este método, se encontraron diferencias significativas para los resultados adversos maternos en el periodo de tiempo de hospitalización y rotura uterina, pero no para los resultados adversos

neonatales (38), mientras que en otro solo se encontraron diferencias significativas de un grupo con respecto a otro en la estancia hospitalaria materna (39). Para el otro estudio, no se encontraron diferencias significativas para ninguna de las variables maternas y neonatales medidas (40). La variabilidad de resultados maternos entre estos estudios puede deberse principalmente a las diferentes combinaciones entre los grupos estudio y control, así como al número reducido de la muestra y de la tasa de éxito final del parto, no siendo esto así para la homogeneidad de los resultados neonatales, en los cuales no hubo diferencias significativas a pesar del uso de oxitocina para la inducción.

En cuanto a los artículos restantes, estos realizaron el estudio comparando en el grupo estudio y control el trabajo de parto espontáneo con la cesárea repetida electiva, respectivamente. No obstante, parte de la muestra incluida en el grupo estudio se redujo tras tener un parto vaginal fallido.

En las variables resultado maternas de estos artículos, todos midieron la variable rotura uterina, sin encontrar cuatro de ellos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (36,41,45,46), mientras que los otros seis sí encontraron diferencias significativas (35,37,42–44,47). En cuanto a la hemorragia postparto y la necesidad de transfusión sanguínea, siete de los artículos midieron ambas variables. De los artículos que midieron la hemorragia postparto sólo dos reportaron diferencias significativas entre las mujeres sometidas a trabajo de parto, en comparación con las sometidas a cesárea repetida electiva (37,47). Para la necesidad de transfusión sanguínea sólo un artículo reportó diferencias significativas entre ambos grupos (43). Este último resultado está relacionado con el aumento de la duración en más de 3h de la segunda etapa del parto. En cuanto al periodo de hospitalización materna, de los cuatro artículos que midieron la variable, solo en uno de ellos, resultó haber diferencias significativas entre ambos grupos (35). Este resultado está relacionado con la edad materna de más de 40 años entre las mujeres que componen este estudio, ya que la estancia hospitalaria aumenta tras un parto, y más concretamente en un parto vaginal en mujeres de esta edad que no han tenido un parto vaginal previo. Por último, sólo un estudio midió la mortalidad materna, no encontrando diferencias significativas entre los grupos estudio y control (41).

En cuanto a las variables neonatales, sólo cinco midieron la adaptación del feto a la vida extrauterina mediante el Test de Apgar. De estos, para el Test de Apgar <7 al minuto sólo dos encontraron diferencias significativas entre los grupos, concluyendo así que las mujeres

sometidas a trabajo de parto tienen más riesgo de que el recién nacido tenga problemas al nacer (36,37), mientras que otros dos artículos concluyen que los resultados no varían de un grupo con respecto a otro (35,43). Para el Test de Apgar <7 a los cinco minutos, cuatro artículos no encontraron diferencias significativas entre los resultados (35,36,43,45), mientras que otro artículo sí encontró diferencias significativas (37). Por ello, se puede concluir que no hay una mejor o peor adaptación del feto a la vida extrauterina en función del tipo de parto y del tiempo de medida en el Test de Apgar. Así mismo, de los seis estudios que midieron problemas respiratorios en los recién nacidos, sólo el llevado a cabo por Hehir, M. P et al. (43) encontró diferencias significativas entre el grupo estudio y control, concluyendo que hay más riesgos de morbilidad neonatal cuando la duración de la segunda etapa del parto se excede en 3h, pero que las diferencias entre los grupos son más significativas en la segunda etapa de parto de menos de 3h por un mayor número de partos durante esta etapa. Por otro lado, en cuanto a la mortalidad perinatal, de los cuatro estudios que la midieron, sólo el llevado a cabo por Kaboré, C et al (41) encontró diferencias significativas entre los grupos concluyendo que esta diferencia era más significativa entre las mujeres que tenían riesgo para someterse a trabajo de parto que las que no. Por ende, de los siete artículos que midieron el ingreso en la unidad de cuidados intensivos, solo el llevado a cabo por Levin, G. Meyer, R et al (36), encontró diferencias significativas en cuanto a este resultado. Por último, en cuanto al tiempo de hospitalización neonatal, solo un estudio midió esta variable que resultó ser estadísticamente significativa entre el grupo sometido a trabajo de parto y el estudio que se sometió a cesárea repetida electiva, y cuya conclusión fue que los recién nacidos por cesárea repetida electiva tenían más probabilidades de perder un 10% de peso al nacer y a permanecer más tiempo hospitalizados (Rudzinski, P. et al) (47).

A pesar de haber una comparación entre los mismos grupos de estudio y control en estos diez artículos, los resultados varían en función del número de la muestra, el tipo de estudio, el tiempo de estudio que se ha empleado cada uno, y las variables maternas y neonatales intrínsecas que pueden afectar a los resultados, tales como, la edad materna, el índice de masa corporal de la gestante y el feto, la aparición de enfermedades y complicaciones durante el embarazo y el parto, la etnia de la mujer, y los hábitos de vida saludables que hayan llevado durante el embarazo.

Limitaciones del estudio.

El estudio presenta algunas limitaciones que es importante tener en cuenta. En primer lugar, solo se incluyeron artículos en inglés o español en los últimos 10 años, lo que podría haber dejado fuera información relevante en otros idiomas y otros años. En segundo lugar, cabe destacar la falta de estudios con los criterios de inclusión seleccionados y el acceso limitado a algunos de ellos. Es importante señalar que los estudios seleccionados presentan diferencias en cuanto al número de participantes, lugar del estudio, población elegida, duración, tipos de abordaje durante el parto y diferentes variables de medida a tener en cuenta tanto en la gestante como en el recién nacido, lo que puede limitar la comparabilidad de los resultados. Además, la búsqueda solo se llevó a cabo en las bases de datos PubMed y Scopus, pudiendo quedar en otras bases de datos artículos de interés para este estudio. Por último, es necesario tener en cuenta que los estudios incluidos en esta revisión narrativa incluyeron a mujeres gestantes de todas las edades por lo que este podría ser un factor que afecta a la variabilidad de los resultados de un estudio con respecto a otro.

6. CONCLUSIÓN.

- El éxito asociado tras el intento de parto vaginal en mujeres que en primer parto tuvieron una cesárea es moderado en este estudio.
- Se ha visto que las mujeres que finalmente han tenido un parto vaginal exitoso han sufrido menores complicaciones maternas que aquellas que se sometieron a cesárea repetida electiva. Sin embargo, en comparación con las que tuvieron un trabajo de parto exitoso, aquellas mujeres que tuvieron un parto vaginal fallido tenían más probabilidades de sufrir peores complicaciones maternas.
- Por otro lado, la inducción al parto es un factor predisponente para, derivar en un parto vaginal fallido, seguido de cesárea y, provocar complicaciones maternas. No obstante, se ha visto que estos resultados no son extrapolables a los resultados neonatales.
- Se deberían de realizar un mayor número de estudios futuros que incluyan un tamaño de muestra adecuado e intervenciones más similares y adaptados a cada tipo de paciente para comprender mejor los resultados maternos y neonatales en mujeres que se someten

a trabajo de parto tras una cesárea previa.

7. BIBLIOGRAFÍA.

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: una guía práctica. Departamento de investigación y salud reproductiva. Ginebra: 1996.
2. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Recomendaciones sobre la asistencia al parto. [Internet]. Madrid.; Available from: <https://www.uv.es/jjsanton/Parto/08SEGOasistenciaparto.pdf>
3. FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. Barcelona. 2007; Available from: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/iniciativa-al-parto-normal.pdf>
4. Clinica-americas.com. Obstetricia. Parto normal. [Internet]. Clínica Américas Zarar. 2016. Available from: <https://clinica-americas.com/especialidades/obstetricia/index.php?especialidad=parto>.
5. Andina E. Trabajo de parto y parto normal. Guía de práctica y procedimientos. Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá. Argentina; 2002. 21(2).
6. Ministerio de Sanidad y Consumo; Observatorio de Salud de la Mujer y del Sistema Nacional de Salud. Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2008.
7. Espinoza Beatriz, Fritz Alan, Ulloa Julio, Moreno Diego. Operación Cesárea. Facultad de Medicina-UPV.
8. Bălălău OD, Bacalbaşa N, Olaru OG, Pleş L, Stănescu DA. Vaginal birth after cesarean section – literature review and modern guidelines. Journal of Clinical and Investigative Surgery [Internet]. 2020 May 20; 5(1): 13–7. Available from: <https://www.e-repository.org/jcis/5.1/13.17.pdf>
9. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Cesarean section. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Nov 1; 25(6): 987–92.

10. Lugones Botell M. La cesárea en la historia. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*. 2001; 27(1): 53–6.
11. Gargantilla Madera P. Manual de historia de la medicina. [Internet]. 2009. Available from: www.librosmaravillosos.com
12. Sarduy Nápoles MR, Molina Peñate LL, Tapia Llody G, Medina Arencibia C, Chiong Hernández D de la C. La cesárea como la más antigua de las operaciones. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología* [Internet]. 2018; 44(2). Available from: https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES
13. Declaración de la OMS sobre la tasa de cesáreas. World Health Organization. 2015.
14. Aguilar Redondo R, Manrique Fuentes G, Aisa Denaroso LM, Delgado Martínez L, González Acosta V, Aceituno Velasco L. Uso de la clasificación de Robson en un Hospital Comarcal de España para reducir la tasa de cesáreas. *Rev chil obstet ginecol*. 2016; 81(2): 99–104.
15. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros FC, Juan L, et al. Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. *Lancet Publishing Group*; 2018. Vol. 392. p. 1341–8.
16. Instituto de Salud Carlos III. Boletín epidemiológico semanal. Ministerio de Ciencia e Innovación Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica [Internet]. 2023; 31(1). Available from: <http://publicaciones.isciii.es>
17. Hospital Clínic, Hospital San Joan de Deu, Universitat de Barcelona. Protocolo: Cesárea. Centre de Medicina Fetal i Neonatal de Barcelona [Internet]. Available from: www.medicinafetalbarcelona.org
18. Olza I, Leahy-Warren P, Benyamini Y, Kazmierczak M, Karlsdottir SI, Spyridou A, et al. Women’s psychological experiences of physiological childbirth: A meta-synthesis. *BMJ Open*. 2018 Oct 1; 8(10).
19. aesmatronas.com. Secuelas psicopatológicas de las cesáreas [Internet]. 2017. Available from: https://aesmatronas.com/wp-content/uploads/2017/12/26_SECUELAS.pdf

20. Cuerva González MJ, López Carpintero N, de la Calle Fernández M, Usandizaga R, González A. Incontinencia urinaria y fecal posparto en gestación gemelar según vía y tipo de parto. *Ginecol Obstet Mex*. 2011; 79(9): 540–6.
21. Schnapp C, Sepúlveda E, Robert JA. Operación cesárea. *Revista médica clínica, Las Condes*. 2014; 25(6): 987–92.
22. Gurol-Urganci I, Bou-Antoun S, Lim CP, Cromwell DA, Mahmood TA, Templeton A, et al. Impact of Caesarean section on subsequent fertility: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction (Oxford, England)*. 2013. Vol. 28 p. 1943–52.
23. Spong CY, Berghella V, Wenstrom KD, Mercer BM, Saade GR. Preventing the First Cesarean Delivery: Summary of a Joint Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development, Society for Maternal-Fetal Medicine, and American College of Obstetricians and Gynecologists Workshop. *Obstet Gynecol*. 2012; 120(5): 1181–93.
24. Hernández-Espinosa CJ. La epidemia de cesáreas como limitante del parto humanizado. *Revista Médicas UIS*. 2019 May 10; 32(1): 9–12.
25. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, Peipert JF, Macones G. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. *Am J Obstet Gynecol*. 2003 Mar 1; 188(3): 824–30.
26. Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal Birth After Cesarean: An Effective Method to Reduce Cesarean. *Clin Obstet Gynecol [Internet]*. 2015; 58(2): 309–19. Available from: www.clinicalobgyn.com
27. Guise JM, Anna Denman M, Emeis C, Marshall N, Walker M, Fu R, et al. Vaginal Birth After Cesarean New Insights on Maternal and Neonatal Outcomes [Internet]. *Obstet Gynecol*. 2010. Vol. 115. Available from: <http://hcupnet.ahrq.gov/>.
28. Zhang H, Liu H, Luo S, Gu W. Oxytocin use in trial of labor after cesarean and its relationship with risk of uterine rupture in women with one previous cesarean section: a meta-analysis of observational studies. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 1; 21(1).
29. Ravasia DJ, Wood SL, Pollard JK. Uterine rupture during induced trial of labor among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol*. 2000; 183(5): 1176–9.

30. Grivell RM, Barreto MP, Dodd JM. The Influence of Intrapartum Factors on Risk of Uterine Rupture and Successful Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Clinics in Perinatology*. 2011. Vol. 38. p. 265–75.
31. Hidalgo-Lopezosa P, Hidalgo-Maestre M. Riesgo de rotura uterina en el parto vaginal tras cesárea: revisión sistemática. *Enferm Clin*. 2017 Jan 1; 27(1): 28–39.
32. Koppes DM, Van Hees MSF, Koenders VM, Oudijk MA, Bekker MN, Franssen MTM, et al. Nationwide implementation of a decision aid on vaginal birth after cesarean: A before and after cohort study. *J Perinat Med*. 2021 Sep 1; 49(7): 783–90.
33. ACOG Practice Bulletin No. 184: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2017.
34. Casey BM, McIntire D. D., Leveno K. J. The New England Journal of Medicine. The continuing value of the apgar score for the assessment of newborn infants. [Internet]. *N Engl J Med*. 2001. Vol. 344 Available from: www.nejm.org
35. Levin G, Mankuta D, Yossef E, Yahalomy SZ, Meyer R, Elchalal U, et al. Trial of labor after cesarean in older women who never delivered vaginally. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2020 Feb 1; 245: 89–93.
36. Levin G, Meyer R, Mor N, Yagel S, David M, Yinon Y, et al. Trial of Labor After Cesarean in Adolescents – A Multicenter Study. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2020 Aug 1; 33(4): 398–402.
37. Kok N, Ruiter L, Lindeboom R, De Groot C, Pajkrt E, Mol BW, et al. Elective repeat cesarean delivery compared with trial of labor after a prior cesarean delivery: A propensity score analysis. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*. 2015 Dec 1; 195: 214–8.
38. Gobillot S, Ghenassia A, Coston AL, Gillois P, Equy V, Michy T, et al. Obstetric outcomes associated with induction of labour after caesarean section. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2018 Dec 1; 47(10): 539–43.
39. Vecchioli E, Cordier AG, Chantry A, Benachi A, Monier I. Maternal and neonatal outcomes associated with induction of labor after one previous cesarean delivery: A French retrospective study. *PLoS One*. 2020 Aug 1; 15(8).

40. Meyer R, Levin G. Maternal and perinatal outcome of induction at 39 weeks versus expectant management in labor after cesarean section. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2022 Nov 1; 159(2): 480–6.
41. Kaboré C, Chaillet NKS, Bujold E, Traoré M, Dumont A. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labour after previous caesarean section in sub-Saharan countries. Vol. 123, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. Blackwell Publishing Ltd; 2016. p. 2156.
42. Kalisa R, Rulisa S, van Roosmalen J, van den Akker T. Maternal and perinatal outcome after previous caesarean section in rural Rwanda. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Aug 25; 17(1).
43. Hehir MP, Rouse DJ, Miller RS, Ananth C V., Wright JD, Siddiq Z, et al. Second-stage duration and outcomes among women who labored after a prior cesarean delivery. *Obstetrics and Gynecology*. 2018; 131(3): 514–22.
44. Young CB, Liu S, Muraca GM, Sabr Y, Pressey T, Liston RM, et al. Mode of delivery after a previous cesarean birth, and associated maternal and neonatal morbidity. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)* [Internet]. 2018 May 7; 190(18). Available from: www.cmaj.ca/lookup/suppl/doi:10.1503/cmaj.170371/-/DC1.
45. Jagannathan SP, Sunil HM, Nalligounder P. A comparative study of fetomaternal outcome of elective cesarean and vaginal birth after cesarean section in a tertiary care center in South India. *Journal of SAFOG*. 2021 Sep 1; 13(5): 283–7.
46. İzbudak G, Tozkır E, Cogendez E, Uzun F, Eser SK. Comparison of maternal-neonatal results of vaginal birth after cesarean and elective repeat cesarean delivery. *Ginekol Pol*. 2021 Oct 1; 92(4): 306–11.
47. Rudzinski P, Lopuszynska I, Pieniak K, Stelmach D, Kacperczyk-Bartnik J, Romejko-Wolniewicz E. Feeding Practices, Maternal and Neonatal Outcomes in Vaginal Birth after Cesarean and Elective Repeat Cesarean Delivery. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jul 1; 19(13): 76–96.