Guía de Asistencia Práctica

Medicina Perinatal

Parto Vaginal Tras Cesárea

Publicación 2010
Revisión: 2024

Guía de asistencia práctica

Medicina Perinatal

Parto Vaginal tras Cesárea

Publicación 2010
Revisión: 2024

Año de publicación: 2010

Año de revisión: 2024

Autores: Virginia Díaz Miguel, Tatiana Figueras Falcón.

Revisores: Anna Suy Franch, Jorge Burgos San Cristóbal, Fernando Bugatto González, Teresa Cobo Cobo, María de la Calle Fernández-Miranda, Daniel Oros López.

Conflicto de intereses: Todos los participantes declararon explícitamente no estar sometidos a ningún tipo de conflicto de intereses con el contenido de esta GAP. Sus aportaciones han estado exclusivamente basadas en la revisión de la evidencia científica disponible y en su experiencia profesional.

ÍNDICE

1. JUSTIFICACIÓN DE LA GAP 3
2. OBJETIVO 3
3. POBLACIÓN DIANA 3
4. DEFINICIONES 3
5. METODOLOGÍA 4
6. RECOMENDACIONES 4
6.1 Tasa de éxito de parto vaginal 5
6.2 Riesgos y beneficios asociados al intento de parto vaginal tras cesárea vs cesárea programada 5
6.3. Candidatas a intento de parto vaginal 8
6.4 No candidatas a intento de parto vaginal tras cesárea anterior 10
6.5 Coste-efectividad 11
6.6 Momento óptimo para la cesárea programada 11
6.7 Cálculo de la probabilidad de parto vaginal tras cesárea anterior 11
6.8 Manejo del parto en cesárea anterior 12
7. TABLA RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES EXPUESTAS 16
8. ANEXO: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LA PACIENTE EN LA ASISTENCIA AL INTENTO DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR 18
9. ABREVIATURAS 21
10. BIBLIOGRAFÍA 21

1. JUSTIFICACIÓN DE LA GAP

La tasa de cesáreas es un indicador de buena práctica, relacionando una baja tasa con un buen control del embarazo y con una correcta asistencia al parto, con el fin de minimizar la morbimortalidad materna y perinatal asociada.

En España, entre el año 2001 y el 2011 hubo un incremento de 9,5% en la tasa de cesáreas (1), si bien entre el 2010 y el 2018 se observó una discreta disminución en la misma tanto en la práctica pública como en la privada. De forma global, en el año 2010 la tasa de cesáreas en España fue del 25,26% y en el 2018, de un 24,64% (2). Según datos del Ministerio de Sanidad, en 2020, la media total de partos realizados mediante cesárea fue del 24,23%. Esto supone que, en un gran número de mujeres, en los siguientes embarazos la vía de parto plantee múltiples interrogantes.

La tasa de mujeres que intentan un parto vaginal tras una cesárea previa ha ido aumentando de forma progresiva; así mismo, la tasa de éxito de parto vaginal en esta población, también se ha visto incrementada (3).

2. OBJETIVO

Esta Guía de Asistencia Práctica (GAP) tiene como objetivos:

1. Ser una herramienta de consenso nacional tras revisar los riesgos y beneficios del parto vaginal en cesárea anterior en distintos escenarios clínicos.
2. Pretende ser una guía de consulta para aconsejar y manejar a aquellas pacientes que deseen intentar un parto vaginal después de una cesárea anterior de acuerdo con la mejor evidencia disponible.

Las recomendaciones emitidas en la guía no agotan todas las posibilidades ni pretenden sustituir a los protocolos ya existentes en los departamentos y servicios hospitalarios.

3. POBLACIÓN DIANA

Esta GAP incluye como población diana a aquellas mujeres que hayan tenido al menos una cesárea anterior y que estén gestando.

4. DEFINICIONES

Cesárea programada/electiva: es la que se realiza antes del inicio del parto, por razones maternas, fetales o ambas.

Cesárea urgente: es la que se realiza ante circunstancias vitales o accidentales tanto maternas como fetales y pude ser ante o intraparto.

Cesárea primera: aquella que se realiza por primera vez.

Cesárea previa: cuando existe el antecedente de una cesárea anterior.

Cesárea iterativa: es la que se practica sobre una paciente con dos o más cesáreas.

Clasificación de Robson: clasificación de las cesáreas en diez grupos en función de: la historia obstétrica previa, progreso del parto, la categoría del embarazo y la edad gestacional.

Histerotomía segmentaria transversa: incisión paralela al segmento uterino.

Histerotomía segmentaria vertical: incisión perpendicular al segmento uterino.

Tasa de cesáreas: porcentaje que supone el número de procedimientos realizados de parto por cesárea sobre el total de partos atendidos en un tiempo y área determinada.

5. METODOLOGÍA

Esta GAP se ha desarrollado de acuerdo a una adaptación de la metodología aconsejada para la elaboración de Guías de Práctica Clínica por parte del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, descrita en el documento "Procedimiento para la elaboración de GAP SEGO de la Sección de Medicina Perinatal". Los criterios para clasificar la calidad de la evidencia, así como asignar la fuerza de recomendación, se basan en el sistema GRADE.

6. RECOMENDACIONES

No se disponen de estudios randomizados con tamaño suficiente en los que se comparen los resultados maternos y neonatales obtenidos de la cesárea programada frente al intento de parto vaginal. En su defecto, el análisis de propensión supone una herramienta estadística que permite manejar el sesgo de confusión que inevitablemente surgirá en estudios epidemiológicos observacionales y, por lo tanto, posibilita la identificación de los efectos causales, aproximándose a la lograda con los ensayos clínicos aleatorizados. En un análisis de propensión se estimó que, tras una cesárea anterior, haría falta realizar 43 cesáreas electivas para prevenir un resultado neonatal adverso (IC 95% 29-78) y 62 intentos de parto vaginal para evitar un resultado materno adverso (IC 95% 40-138) (4).

Las recomendaciones están basadas en **estudios observacionales**, pero hay que tener en cuenta que la mayoría de estos estudios casos-control o de cohortes se basan en la vía de parto actual y no en la intencionalidad. Es decir, en este tipo de análisis los resultados obtenidos de las pacientes que acabaron en cesárea por un fracaso de intento de parto vaginal se agruparon con los obtenidos de aquellas con una cesárea programada, que es un procedimiento que entraña menor morbilidad, sesgando los datos a favor del intento de parto vaginal. Los resultados obtenidos de las pacientes que se pusieron espontáneamente de parto (pero que tenían programada una cesárea) y parieron se agruparon con los de las mujeres cuyo intento de parto vaginal fue exitoso, igualmente sesgando los resultados.

La mayoría de las pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa son candidatas y se les debe aconsejar y ofertar un intento de parto vaginal (calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte); siendo esta vía segura tanto para la madre como para el feto. Entre un 60-80% de las mujeres que intentan un parto vaginal lo consiguen (5).

La cesárea electiva rutinaria para el segundo parto de una mujer con una cesárea previa transversa baja genera un exceso de morbilidad y mortalidad materna a corto y a largo plazo, así como un alto coste para el sistema sanitario (5) que no se justifica en la mayoría de los casos.

La información y la recomendación que el obstetra aporta a la gestante influye de forma importante en la predisposición de la paciente para el intento de parto vaginal (6,7). El introducir una herramienta de cálculo como sustituto de la palabra del clínico para informar a la paciente acerca de la vía del parto idónea, no ha conseguido disminuir la tasa de cesárea en esta población (8). Recientemente se ha publicado un estudio en el que se compararon las tasas de cesárea electiva por cesárea anterior (Grupo 5 de Robson), intento de parto vaginal, rotura uterina e ingreso en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN) antes y después de implantar un programa de asesoramiento a los sanitarios y a la población (9). Se objetivó un descenso significativo en la tasa de cesáreas electivas y no hubo diferencias en la tasa de parto vaginal tras cesárea, rotura uterina ni ingresos en la UCIN.

6.1 TASA DE ÉXITO DE PARTO VAGINAL

La tasa de éxito en mujeres que intentan parto vaginal es del 60-80 % (4), llegando a un 87-90% (6) si ha existido un parto vaginal previo. La candidata ideal sería aquella con una alta probabilidad de conseguir un parto vaginal tras la cesárea sumada a una baja probabilidad de tener una rotura uterina intraparto (Tabla I).

Tabla I

Factores favorecedores de parto vaginal	Factores que influyen negativamente en la tasa de éxito
Existencia de un parto vaginal previo (10,11)	Mayor edad materna
Intento de un parto vaginal previo tras parto con cesárea (11)	Índice de masa corporal (IMC) alto (15) y ganancia ponderal excesiva (47)
Cesárea anterior por presentación no cefálica (12)	Peso fetal alto
Inicio de parto espontáneo (13,14)	Edad gestacional por encima de 40 semanas (16)
	Tiempo transcurrido desde la cesárea previa inferior a 18 meses (17)
	Existencia de preeclampsia intraparto (18)
	Inicio de parto inducido o estimulado

6.2 RIESGOS Y BENEFICIOS ASOCIADOS AL INTENTO DE PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA VS CESÁREA PROGRAMADA

El beneficio del intento de parto vaginal se asocia al éxito de conseguir un parto vaginal porque es la situación que menos morbilidad origina.

6.2.3. Beneficios

La paciente evita una cirugía mayor abdominal, tiene menores tasas de hemorragia, tromboembolismo, infección y una recuperación más pronta que las sometidas a una cesárea programada (19,20,21). En aquellas que deseen más embarazos, el riesgo de complicaciones asociadas a múltiples cesáreas como: histerectomía, lesiones intestinales, vesicales, transfusión, infección y alteraciones en la placentación (placenta previa y accreta) será menor (22,23). Las mujeres que tienen un parto vaginal tras una cesárea previa tienen más probabilidades de tener una lactancia materna efectiva que las mujeres con cesárea electiva. Asimismo, las mujeres que finalmente tienen cesárea tras un intento fallido de parto también tienen más probabilidades de amamantar que las mujeres con una cesárea programada (24).

6.2.4. Riesgos maternos

La mayor parte de la morbilidad materna acontece cuando es necesario realizar una cesárea durante un intento de parto vaginal, siendo esta mayor frente a la que pudiera surgir en una cesárea programada (25,26,27). En la tabla II se muestran los riesgos asociados al intento a parto vaginal vs cesárea electiva.

TABLA II

Riesgos maternos asociados a intento de parto vaginal vs cesárea electiva.

Raíces nerviosas	N.º estudios / sujetos	Frecuencia		
		Intento parto vaginal (95% IC)	Cesárea electiva (95%IC)	
Muerte materna	12/402.883	0,004% (0,001-0,015)	0,013% (0,004-0,042)	RR 0,33, 95% IC (0,13-0,88)
Rotura uterina	8/63.4999	0,47% (0,28-0,77)	0,026% (0,009-0,082)	RR 20,7, 95% IC (9,8-44)
Histerectomía	8/402.059	0,17% (0,12-0,26)	0,28% (0,12-0,76)	NS
Hemorragia	6/47.754	Datos insuficientes		
Transfusión	9/401.307	0,9% (0,4-2,0)	1,2% (0,5-2,6)	NS
Infección	22/354.060	4,6% (0,15-13,5)	3,2% (1,3-7,3)	NS
Lesión quirúrgica	4/53.282	Datos insuficientes		

Datos extraidos de Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: New insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010; 115:1267.

- **Rotura uterina:** el riesgo de rotura es bajo; según los datos obtenidos de una revisión sistemática realizada en 2010 (28) el riesgo de rotura para intento de parto vaginal es del 0,47%, frente al 0,026% para la cesárea electiva. Es fundamental documentar el tipo de incisión realizada en la cesárea previa. Si no disponemos de esta información, se debe intentar averiguar la probabilidad de que la histerotomía haya sido segmentaria transversa. Si esta probabilidad es alta, se debe ofrecer una prueba de parto por vía vaginal (29). La mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura (29).
- **Infección**: aunque el riesgo global en ambas vías es similar (30), la tasa de los distintos tipos de infección será la más frecuentemente asociada a cada vía del parto independientemente de la existencia o no de una cesárea anterior. Así, la corioamnionitis se presentará en aquellas pacientes que intenten un parto vaginal y la infección posparto es más frecuente en la cesárea, sobretodo en la realizada durante el trabajo de parto (23). Por otro lado, se objetiva menor tasa de infección en los partos vaginales tras cesárea.
- **Histerectomía obstétrica**: la cesárea electiva en casos de cesárea anterior aumenta el riesgo de complicaciones serias en futuros embarazos. A medida que aumenta el número de cesáreas aumentan los riesgos de acretismo placentario y de lesiones quirúrgicas (31) y con ello el riesgo de tener que realizar una histerectomía obstétrica. En casos de rotura uterina en el contexto de una gestante con una cesárea anterior, el porcentaje de histerectomía se sitúa entre el 14 y el 33% (30).
- **Trauma pélvico**: el propio embarazo en sí mismo ya implica un posible factor de riesgo para este tipo de trauma. No se puede recomendar la realización de una cesárea electiva con el fin de evitar el trauma perineal ya que los riesgos inherentes a la misma no la justificarían.

6.2.5. Riesgos perinatales

- **Mortalidad perinatal y neonatal**: existe un mayor riesgo de mortalidad perinatal asociada al parto vaginal que a la cesárea electiva (0,13% vs 0,05%, p = 0,0024), aunque el riego absoluto es muy bajo (28,30) (Tabla III). Este riesgo está asociado al de rotura uterina, ya que las acidosis metabólicas neonatales severas (definidas como un pH ≤ 7) están presentes en el 33% de las roturas uterinas a término (32). Por otra parte, actualmente no existe suficiente evidencia para valorar los efectos de la vía del parto tras cesárea anterior sobre la encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma o resultados neurológicos a largo plazo (6). Dado que la parálisis cerebral después del parto a término es un evento poco frecuente y que únicamente un pequeño porcentaje se deben a efectos del parto, sería necesario un estudio de grandes dimensiones para realizar un adecuado análisis al respecto.

TABLA III

Morbilidad neonatal en la cesárea electiva frente a intento de parto vaginal en cesárea anterior

Riesgos neonatales	Cesárea electiva tras cesárea anterior (%)	Intento parto vaginal tras cesárea anterior (%)
Muerte fetal anteparto	0,21	0,10
Muerte fetal intraparto	0-0,004	0,01-0,04
Encefalopatía hipoxicoisquémica	0-0,32	0-0,89
Mortalidad perinatal	0,05	0,13
Mortalidad neonatal	0,06	0,11
Ingreso en UCIN	1,5-17,6	0,8-26,2

Datos extraidos de Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. AHRQ Publication No. 10–E003. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

En la tabla IV **se muestran los beneficios y los riesgos del intento de parto vaginal frente a la cesárea electiva**.

TABLA IV

Beneficios y riesgos del intento de parto vaginal frente a la cesárea electiva

	Parto vaginal	Cesárea programada
Ventajas	Mortalidad materna: 0,004%	Rotura uterina: 0,03% Mortalidad perinatal: 0,002%
Inconvenientes	Rotura uterina: 0,32-0,47% Mortalidad perinatal: 0,13%	Mortalidad materna: 0,013%. Mayor tasa de anomalías de la placentación y de lesiones quirúrgicas en futuros embarazos.
Datos insuficientes	Histerectomía, hemorragia, transfusión, infecciones maternas. Encefalopatía hipóxico-isquémica, sepsis, trauma por el parto, resultados neurológicos a largo plazo.	

6.3. CANDIDATAS A INTENTO DE PARTO VAGINAL

Existen numerosas herramientas, normogramas y modelos predictivos que determinan el éxito de un parto vaginal teniendo en cuenta la edad, IMC, raza, peso materno, parto vaginal previo, etc., pero no han demostrado ser útiles clínicamente.

6.3.1. Cesárea previa con incisión segmentaria transversa baja

La mayoría de las pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa son candidatas y se les debe informar y ofrecer un intento de parto vaginal **(calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte).**

Estas pacientes son las que menor riesgo tienen, llegando a una tasa de éxito del 60-80% (4), y al 87-90% si han tenido un parto vaginal previo, con una tasa de rotura uterina del 0,4 al 0,7% (28).

6.3.2. Tipo de incisión uterina previa desconocida

Como ya hemos dicho previamente la mayoría de incisiones desconocidas son transversas bajas (92%) y por lo tanto de bajo riesgo de rotura (29), por lo que estas pacientes también son candidatas a intento de parto vaginal, salvo que la indicación que motivó la cesárea haga pensar lo contrario (por ejemplo en cesáreas realizadas en pretérminos extremos) **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

6.3.3. Incisión vertical baja

La tasa de éxito en estas pacientes es similar al obtenido en las que tienen una incisión segmentaria transversa. Tampoco se ha observado mayor tasa de rotura uterina o morbilidad materno-fetal (33) por lo que se recomendaría un intento de parto vaginal (34).

6.3.4. Más de una cesárea previa

Se dispone de dos estudios con un número suficiente de pacientes, en los que se compara el riesgo de rotura uterina en pacientes con más de una cesárea previa: en uno de ellos no se encontraron diferencias (0,9 vs 0,7%) (35), mientras que en el otro se incrementaba el riesgo de 0,9 a 1,8% en las que tenían dos cesáreas previas (36). Los datos demuestran que la tasa de éxito de parto vaginal son similares para aquellas mujeres con una sola cesárea previa y las que tienen más de una (36).

Tras una buena información, una mujer con dos cesáreas segmentarias transversas previas sin complicaciones, con una gestación a término no complicada y sin contraindicaciones para el parto por vía vaginal, puede considerarse candidata al parto por vía vaginal (34), aunque está asociado con un riesgo de rotura uterina más elevado **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

6.3.5. Gestaciones de > 40 semanas

La tasa de éxito de parto vaginal pasadas las 40 semanas disminuye (65-73%) (37,38), pero esto no implica que se recomiende la inducción en la semana (39), ya que se ha visto que aunque la tasa de éxito es mayor, la probabilidad de rotura uterina también lo es (39). El riesgo de rotura uterina reportado tras un intento de parto vaginal difiere según los estudios. Mientras que en uno

no se objetivó diferencias en las tasas de rotura uterina con respecto al intento de parto vaginal con edad gestacional inferior a 40 semanas (1,0 y 1,1%, respectivamente) (40), en otros dos estudios con una n menor sí que se alcanzó una tasa de rotura del 3% (41). La edad gestacional por encima de las semana 40 no contraindica el intento de parto vaginal (35).

6.3.6. Parto gemelar

El parto gemelar por vía vaginal tras una cesárea previa ha sido defendido en varios estudios por ser seguro (no aumenta la mortalidad y morbilidad materna ni fetal) y efectivo (tasa de éxito de entre 69-84%) (5,42), no encontrando diferencias con los datos obtenidos del intento de parto vaginal en gestaciones únicas. Una revisión sistemática y metaanálisis con un total de 8.209 gestaciones gemelares concluyó que no existen diferencias en morbilidad materna y perinatal entre la gestación gemelar y la gestación única en relación al intento de parto vaginal (43). En un estudio retrospecivo multicéntrico de cohortes en el que se incluyeron 236 gemelos con primero en cefálica, se describió una tasa de rotura uterina de 0,8% tras intento de parto vaginal, con una tasa de éxito de parto vaginal del 78% (42). En pacientes con gestación gemelar con una cesárea segmentaria transversa baja previa son candidatas para el intento de parto vaginal siempre y cuando no exista contraindicación para el parto vaginal (44).

Las pacientes con gestación gemelar, con una incisión segmentaria transversa previa y susceptibles de parto, son candidatas a intento de parto vaginal **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

6.3.7. Macrosomía

La sospecha de macrosomía fetal (> 4.000 g) no excluye el intento de parto vaginal (34,45), sino que se deben de tener en cuenta otros factores (la presencia de partos previos, pesos fetales anteriores...). En las pacientes con fetos con pesos > 4.000 g que no han tenido un parto vaginal previo, la tasa de éxito disminuye hasta < 50% (46,47) y alcanza el 63% si han tenido un parto vaginal previo independientemente del peso. La tasa de éxito disminuye también cuando la indicación de la cesárea fue por: DPC (desproporción pélvicocefálica) y NPP (no progresión de parto).

6.3.8. Obesidad

Se ha observado una disminución de la tasa de parto vaginal en mujeres con IMC elevados, aunque esto no supone que esté contraindicado el intento de parto vaginal, teniendo en cuenta que la morbilidad de una cesárea electiva en estas pacientes es mayor (34). Así mismo, una ganancia ponderal mayor de la recomendada por la Institudo de la Medicina (IOM) se correlaciona negativamente con el éxito del parto vaginal en cesárea previa (48).

6.3.9. Diabetes gestacional

La diabetes de forma general (48) y específicamente también la diabetes pregestacional (49) disminuye la tasa de parto por vía vaginal tras cesárea. Por contra, en otro estudio en diabetes gestacional controlada con dieta que publica que la tasa de éxito del intento de parto vaginal tras cesárea entre las mujeres diabéticas gestacionales fue del 70%, en comparación con el 74% de las mujeres no diabéticas, concluyendo que se les debe aconsejar que su patología no disminuye sus probabilidades de tener un parto vaginal existoso tras cesárea (50). En cuanto a la morbilidad materna y fetal, estas son comparables a la población no diabética.

6.3.10. Presentación podálica

La actuación a seguir en mujeres con cesárea previa y presentación podálica con un feto pretérmino debe individualizarse (51), no difiriendo esta de la que, *a priori*, se realice con la gestante sin cesárea previa. La versión cefálica externa no está contraindicada en mujeres con cesárea previa, dado que los resultados son similares a los que se obtienen en gestantes sin cesárea anterior (52,53).

La versión cefálica externa no está contraindicada en gestantes con cesárea previa **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

6.3.11. Parto pretérmino

El parto pretérmino tras cesárea anterior tiene el mismo éxito que el parto a término aunque el riesgo de rotura de útero es algo menor (51).

6.3.12. Periodo intergestacional

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, especialmente la rotura uterina. A menor periodo de tiempo entre cesárea e intento de parto vaginal, mayor tasa de fracaso y mayor riesgo de rotura uterina.

Un estudio con 1.185 mujeres con intento de parto vaginal tras cesárea no encontró ninguna diferencia en la tasa de éxito cuando el intervalo entre los dos partos fue inferior a 19 meses (79% vs 85,5%, p = 0,12) (53). Un estudio con 1.768 mujeres analizó el riesgo de rotura uterina en función de los diferentes intervalos de tiempo. Sus resultados señalan una tasa de rotura uterina que disminuye conforme aumenta el tiempo transcurrido desde la cesárea anterior: < 18 meses: 4,8%, 18-23 meses: 1,9% y > o = 24 meses: 1,3% (54). Se recomienda un periodo entre cesárea e intento de parto vaginal de 18-24 meses tras la primera cesárea (54).

Se debe comunicar a la paciente que hay un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto si este tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

6.3.13. Otros

La histerorrafia de la cesárea en una o dos capas, el tipo de material empleado, la presencia de fiebre en el puerperio de la cesárea o la edad materna han sido estudiados en relación con el riesgo de rotura de la cicatriz uterina durante un parto vaginal tras cesárea, pero los estudios son pequeños y no permiten sacar conclusiones definitivas (34).

6.4 NO CANDIDATAS A INTENTO DE PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA ANTERIOR

Se consideran contraindicaciones para el parto vaginal en cesárea anterior:

- **Cesárea corporal, en T invertida o en J**. La tasa de rotura en las incisiones en T es cinco veces superior que en las incisiones segmentarias transversas (55).
- **Incisiones transmiometriales para la realización de cirugía fetal abierta** (51).
- **Histerotomía o miomectomía con entrada a la cavidad uterina. Se excluye la cesárea segmentaria transversa** (34,56).

- **Rotura uterina previa**. Estas pacientes tienen un riesgo de recurrencia del 6% (35), habiéndose descrito un riesgo medio de rotura uterina de hasta el 10% (57).
- **Contraindicación para parto vaginal (placenta previa)**.

6.5 COSTE - EFECTIVIDAD

El coste – efectividad de este proceso depende del éxito del parto vaginal. En un modelo analítico de decisión, en una hipotética cohorte de 100.000 mujeres que intentaran parto frente a la cesárea electiva, el intento de parto vaginal sería coste efectivo cuando la probabilidad de parto fuera > 47,2% (58).

6.6 MOMENTO ÓPTIMO PARA LA CESÁREA PROGRAMADA

En caso de tener que programar una cesárea electiva en gestantes con una cesárea previa, esta se debe realizar a partir de la semana (39), debido a que prolongar la gestación de la semana 38 a la (39), reduce un 5% (6% vs 1%) la incidencia de morbilidad respiratoria neonatal, beneficio que supera al aumento del 0,05% en el riesgo de muerte fetal anteparto asociado a este retraso (59,60).

En determinadas situaciones como en los casos de una rotura anterior, cesárea clásica o miomectomía previa, es preferible realizar la cesárea antes del inicio de parto espontáneo, lo que puede acontecer antes de la semana (39), con lo que en estas situaciones especiales, se considerará de manera individualizada y basándose en la situación clínica la realización de cesárea electiva en la semana 37-38 (34).

La cesárea electiva, de forma general, no debe realizarse antes de las 39 semanas de gestación **(calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte)**.

6.7 CÁLCULO DE LA PROBABILIDAD DE PARTO VAGINAL TRAS CESÁREA ANTERIOR

Existen calculadoras para predecir la probabilidad de éxito de parto vaginal en pacientes con cesárea anterior. Se trata de una herramienta cuyo objetivo es complementar la información que el clínico aporta a la paciente con respecto a los riesgos y beneficios de un intento de parto vaginal o de una cesárea electiva, en función de las características de la gestante y sin sustituir la opinión del especialista ni invalidar la evidencia disponible.

No exiten ensayos clínicos al respecto, pero sí estudios observacionales que estiman que, en mujeres con cesárea anterior, la morbilidad maternofetal asociada al intento de parto vaginal es equivalente a la de la cesárea electiva, cuando la probabilidad de parto vaginal supera el 60-70%; y de igual manera, esta se vería incrementada tras intento de parto vaginal cuando la probabilidad estimada de parto vaginal fuese inferior al 60-70% (60-62).

Las calculadoras disponibles han sido desarrolladas mediante modelos de regresión logística; sin embargo, ninguna ha demostrado disminuir la morbilidad materna de forma general ni específicamente según factores de riesgo para, por ejemplo, la rotura uterina. Tampoco han sido validadas en gestaciones múltiples.

Los modelos empleados para calcular el riesgo en la primera visita del control prenatal pueden ser útiles para identificar mujeres con muy alta o muy baja probabilidad de parto vaginal, aunque no incorporan aquellos factores que puedan ir surgiendo a lo largo de la gestación. Uno de es-

tos modelos actualizado recientemente ha conseguido una capacidad predictiva general bastante buena, con un área bajo la curva de 0,75 (95% IC 0,74-0,77) con una y con dos cesáreas previas (62,63).

Recientemente se ha publicado un modelo que aún está pendiente de validación externa, que se implementaría en el momento del ingreso al parto y que aumentaría discretamente la capacidad predictiva (área bajo la curva 0,782 vs. 0,75) (64).

Existen modelos de toma de decisiones centrados en la paciente cuyo objetivo es reducir la morbilidad perinatal y materna en este grupo de gestantes. Se han publicado los resultados del estudio PRISMA, un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico en el que se incluyó un total de más de 20.000 pacientes con cesárea anterior. En el grupo de intervención se empleó una calculadora de probabilidad de parto vaginal, asesoramiento individualizado y medición ecográfica del grosor del segmento inferior, consiguiéndose en este grupo una reducción de la morbilidad perinatal (OR 0,72, 95% IC 0,52-0,99) y materna mayor (OR 0,54, 95% IC 0,33-0,89), sin objetivar diferencias con respecto al grupo de no intervención en relación a la tasa de intento de parto vaginal, cesárea intraparto, parto vaginal y rotura uterina (65).

La implantación de un modelo de predicción mediante calculadora puede disminuir la tasa de cesáreas en este grupo de gestantes al aumentar el intento de parto vaginal ya que la probabilidad de éxito es mayor a la esperada sin el uso de las calculadoras (66). Por el contrario, en caso de obtener una baja probabilidad de parto vaginal, debido a que los modelos de los que se dispone en la actualidad tienen un bajo valor predictivo negativo, no se justifica que se desaconseje el intento de parto vaginal a una paciente que desee el mismo (67).

6.8 MANEJO DEL PARTO EN CESÁREA ANTERIOR

6.8.1. Inducción del parto

La inducción de estas pacientes es un procedimiento válido, siempre que exista una indicación médica materna y/o fetal clara que justifique finalizar la gestación antes del inicio espontáneo del trabajo de parto y se debe informar a la paciente acerca de los riesgos y beneficios (34).

Si bien la inducción del parto, por sí sola, no parece que influya en el éxito de finalizar mediante parto vaginal, en un metaanálisis en el que se incluyeron más de 48.000 pacientes, la tasa de parto vaginal fue estadísticamente inferior en el grupo de inducción frente al grupo de inicio espontáneo del trabajo de parto (68). En un estudio de más de 12.000 gestantes con gestaciones únicas y una cesárea previa transversa baja, la tasa de éxito vaginal fue superior en las que se indujeron en semana 39 vs aquellas en las que se optó por un manejo expectante (73,8 vs 61,3%, OR 1,31, 95% 1,03-1,67) (69). El factor que más influye en el éxito del parto vaginal tras cesárea es haber tenido un parto vaginal previamente (70) no habiéndose objetivado diferencias entre haber tenido una o dos cesáreas previas (71). Al igual que en gestantes sin antecedentes de cesárea anterior, las condiciones cervicales favorables (test de Bishop ≥ 6) aumentan la tasa de éxito de parto vaginal.

6.8.1.1. Método de inducción y riesgo de rotura uterina

Aunque la evidencia disponible sugiere que la inducción del parto aumenta el riesgo de rotura uterina frente al inicio espontáneo, este riesgo va a estar condicionado por varios factores. Con ello, los factores que favorecen la rotura uterina son el no tener un parto vaginal previo, las condiciones cervicales desfavorables y la maduración cervical, especialmente mediante el uso de prostaglandinas E1.

En la actualidad no existen datos suficientes que indiquen que la inducción mediante oxitocina esté directamente asociada al aumento del riesgo de rotura uterina y es por ello por lo que no está contraindicado su uso (34). Aunque no se ha establecido un protocolo óptimo de dosificación de la oxitocina, en base a la evidencia disponible se recomienda extremar las precauciones cuando la dosis exceda las 20 mU/min, ante mayor riesgo de rotura uterina (72).

En un estudio multicéntrico prospectivo de 33.699 pacientes con una o más cesáreas previas se observó que la inducción del parto vs el inicio espontáneo aumentaba el riesgo de rotura uterina (4), difiriendo esta en función del método de inducción. La tasa de rotura uterina tras inicio espontáneo del trabajo de parto fue de 0,4%. Esta asciende a 1,1% cuando la inducción fue mediante oxitocina, 0,9% tras maduración cervical con métodos mecánicos (con o sin oxitocina) y 1,4% si se emplearon prostaglandinas (con o sin oxitocina).

Otros dos estudios en el que se incluyeron los datos de alrededor de 20.000 primíparas con una cesárea previa, se objetivó que el riesgo de rotura aumentaba de forma significativa en el caso de las inducciones mediante prostaglandinas; por el contrario, la tasa de rotura fue la misma en el parto inducido sin prostaglandinas que en el parto de inicio espontáneo (34,73).

Por otro lado, también existe evidencia que afirma que el uso de prostaglandina E2 (dinoprostona a dosis bajas para la maduración cervical) es una opción segura en estos casos, con un aumento no apreciable en la tasa de rotura uterina o mortalidad maternofetal con respecto al inicio espontáneo (calidad de la evidencia alta-moderada) (74,75). Así mismo, el National Institute for Health and Care Excellence (NICE) y la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) apoyan el uso de prostaglandinas en esta población (76) aunque solo en circunstancias especiales y tras exponer la información adecuada (77).

Aunque el número de estudios publicados es pequeño, se ha podido observar que la prostaglandina E1 (misoprostol) se asocia con un riesgo de rotura uterina muy elevada, con tasas descritas de hasta el 18% (78) (calidad de la evidencia alta). Por ello, distintas sociedades, entre las que se encuentra la SOGC, afirman que no debe utilizarse en las mujeres con cesárea previa (28,79,67). La maduración cervical con sonda de Foley puede realizarse con seguridad en las mujeres con cesárea previa (calidad de la evidenca moderada). La experiencia con otros procedimientos mecánicos para la maduración cervical como el balón de Cook es reducida y por el momento no permite extraer conclusiones (80).

Ante la indicación de finalizar la gestación por causa materna y/o fetal y en ausencia de contraindicación para un intento de parto vaginal, se informará a la paciente acerca de la idoneidad de la inducción del trabajo de parto en el ámbito hospitalario.

En base a las distintas guías y recomendaciones basadas en la evidencia disponible se podrían realizar distintas conclusiones, sin obviar que diversos autores, como en una revisión Cochrane (81), sugieren que no hay suficiente evidencia para determinar cuál es el método más seguro para inducir una cesárea anterior.

Si las condiciones cervicales son favorables, se procederá a la amniotomía y posteriormente se administrará oxitocina si procediese según evolución del parto. En caso de condiciones cervicales desfavorables, previamente se realizará maduración cervical mediante método mecánico (catéter-balón) (34,51). Tanto la amniotomía (82) como la maduración cervical tiene como objetivo acortar el periodo de dilatación y con ello minimizar el riesgo de rotura uterina.

La inducción del parto en la mujer con una cesárea anterior solo se debe realizar ante la existencia de una indicación médica justificada **(calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte)**.

La administración de oxitocina no se considera una contraindicación en el parto de la mujer con cesárea previa, ya que no se ha encontrado asociación entre su uso y el aumento de la frecuencia de rotura uterina (31,34) **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

El misoprostol se asocia con una elevada tasa de rotura uterina. Por ello, su uso está contraindicado en mujeres con cesárea anterior **(calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte)**.

6.8.2. Analgesia

La analgesia epidural no está contraindicada (31,34). De hecho, la tasa de éxito del parto vaginal tras cesárea puede ser mayor si se utiliza epidural que en aquellos casos en que no se emplea (73% vs 50%) (2), probablemente por un mejor control de estos partos. Por ello, su uso no tiene por qué enmascarar los síntomas de una rotura uterina (83), ya que el signo más común de rotura es la alteración en el registro cardiotocográfico (84).

La analgesia epidural debe formar parte del intento de parto vaginal en la mujer con cesárea previa (calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte).

6.8.3. Control del parto

Dado que el signo más común de rotura es la alteración de la frecuencia cardíaca fetal en el registro cardiotocográfico (84), que aparece hasta en el 55-87% (85) de los casos, se recomienda la monitorización fetal continua **(calidad de la evidencia moderada, nivel de recomendación fuerte)**.

No es necesario el uso rutinario de un catéter de presión interna en todas las mujeres con cesárea anterior **(calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte)**.

De hecho no ayuda a predecir la rotura uterina (86). Su uso estaría recomendado para mejorar el manejo de la perfusión de oxitocina en el contexto de una mejor valoración de la presión intrauterina. El uso de catéter interno no ha demostrado disminuir la tasa de parto instrumental ni resultados neonatales adversos (87).

La evidencia actual sugiere que el progreso del parto es similar al de las pacientes sin cesárea anterior; por ello, el diagnóstico de fracaso de inducción, de parto estacionado o desproporción cefalopélvica, no ha de ser diferente (88,89,90).

Las indicaciones de parto instrumental, sus contraindiaciones y procedimiento no difieren de las pacientes sin cesárea previa (91).

6.8.4. Examen digital de la cicatriz uterina

Después de un parto por vía vaginal en una mujer con cesárea previa no es necesario el examen digital de la cicatriz uterina de forma rutinaria (31,92). El examen únicamente es aconsejable en casos en los que existan signos o síntomas de rotura uterina (41). Las razones que se arguyen son:

la falta de sensibilidad de la técnica, la posible yatrogenia de la misma y que la actitud diagnóstica no varía tras el diagnóstico de una rotura uterina asintomática (93).

Después de un parto por vía vaginal en una mujer con cesárea previa no es necesario el examen digital de la cicatriz uterina de forma rutinaria **(calidad de la evidencia baja, nivel de recomendación fuerte)**.

6.8.5. Recursos recomendados

El parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible la realización de una cesárea urgente (94), incluyendo equipamiento y personal (obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano) (34) **(calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte)**.

El parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible la realización de una cesárea urgente (94), incluyendo equipamiento y personal (obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano) (34) (calidad de la evidencia alta, nivel de recomendación fuerte).

El intento de parto por vía vaginal en una mujer con cesárea previa debe tener un control adecuado, preferentemente con atención profesional continua para detectar precozmente una rotura de útero (31,95). Se debe anotar frecuentemente el progreso del parto, ya que un parto prolongado está asociado con un mayor riesgo de rotura uterina (31).

La paciente debe ser informada (preferiblemente en el primer trimestre) de la posibilidad de intento de parto vaginal en cesárea anterior (se adjunta ejemplo de documento informativo para la paciente, Anexo 1) (34). Se recomienda registrar (31) la información facilitada y la actitud a seguir en relación a la atención al parto.

7. TABLA RESUMEN DE LAS RECOMENDACIONES EXPUESTAS

Recomendaciones Grado A (existe una buena evidencia)	
La mayoría de las pacientes con una cesárea segmentaria transversa previa son candidatas y se les debe aconsejar y ofertar un intento de parto vaginal.	Calidad de la evidencia: alta Nivel de recomendación: fuerte
El misoprostol no debe utilizarse para la maduración cervical en estas mujeres con cesárea anterior o cirugía uterina previa.	Calidad de la evidencia: alta Nivel de recomendación: fuerte
La analgesia epidural debe formar parte del proceso en el intento de parto vaginal.	Calidad de la evidencia: alta Nivel de recomendación: fuerte
La cesárea electiva no debe realizarse antes de la semana 39 de gestación.	Calidad de la evidencia: alta Nivel de recomendación: fuerte
Recomendaciones Grado B (existe moderada evidencia)	
Las pacientes en las que se desconozca el tipo de incisión previa son candidatas a intento de parto vaginal, excepto en aquellas en las que haya una alta sospecha clínica de una incisión clásica: cesárea en pretermino extremo.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Las mujeres candidatas a parto vaginal tras cesárea deben de ser informadas del aumento de los riesgos y de los beneficios maternos quegenera el parto vaginal.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Tras una buena información, una mujer con dos cesáreas segmentarias transversas previas sin complicaciones, con una gestación a término no complicada y sin contraindicaciones para el parto por vía vaginal, puede considerarse candidata al parto por vía vaginal, aunque está asociado con un riesgo de rotura uterina más elevado.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Las pacientes con gestación gemelar, con una incisión segmentaria transversa previa y susceptibles de parto son candidatas a intento de parto vaginal.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
La versión cefálica externa no está contraindicada en gestantes con cesárea previa.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Se debe comunicar a la paciente que hay un mayor riesgo de rotura uterina durante el parto, si este tiene lugar antes de 18 meses de la cesárea anterior.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Aquellas pacientes con gran riesgo de rotura uterina (incisión clásica, T invertida, rotura uterina previa, cirugía transmiometrial para cirugía fetal abierta, histerotomía o miomectomía con entrada a cavidad, no son candidatas a intento de parto vaginal.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Tanto el uso de oxitocina como de prostaglandinas E2 se asocian a un mayor riesgo de rotura uterina. Por ello, la inducción del parto en la mujer con una cesárea anterior debe estar indicada.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
La analgesia epidural no está contraindicada en el parto de la mujer con cesárea previa.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte

No es necesario el uso rutinario de un catéter de presión interna en todas las mujeres con cesárea anterior.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Se recomienda la monitorización fetal continua.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
El parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible realizar una cesárea urgente y donde estén disponibles obstetra, anestesista, pediatra y personal de quirófano.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
La estimulación con oxitocina no está contraindicada en el parto de la mujer con cesárea previa.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
El parto debe ocurrir en un centro en el que sea posible la realización de una cesárea urgente.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
El intento de parto por vía vaginal en una mujer con cesárea previa debe tener un control adecuado, preferentemente con atención profesional continua.	Calidad de la evidencia: alta/moderada Nivel de recomendación: fuerte
Recomendaciones Grado C (Recomendación basada en panel de expertos o consenso)	
La diabetes gestacional, la macrosomía o la presentación podálica no son una contraindicación para el parto por vía vaginal después de una cesárea, aunque debido a la escasez de información se debe actuar con prudencia.	Calidad de la evidencia: baja. Nivel de recomendación: fuerte.
Después de un parto vaginal en una mujer con cesárea previa no es necesario el examen digital de la cicatriz uterina de forma rutinaria.	Calidad de la evidencia: baja. Nivel de recomendación: fuerte.
La documentación sobre la información y decisión final debe quedar registrada en la historia.	Calidad de la evidencia: baja. Nivel de recomendación: fuerte.

Fuentes de información consultadas
American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Practice Bulletin Number 205. Vaginal Birth After Cesarean Delivery (2019)
Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Green-top guideline on birth after previous caesarean birth (2015).
European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG). Position statement on caesarean section in Europe (2017).
SOGC. Clinical practice guideline for vaginal birth after previous Caesarean birth (2005)
Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG). Delivery of the fetus at caesarean section (2024).
Metz T. Choosing the route of delivery after cesarean birth. Revisión Junio 2024 en UpToDate. Disponible en www.uptodate.com

8. ANEXO: DOCUMENTO DE INFORMACIÓN ESPECÍFICA PARA LA PACIENTE EN LA ASISTENCIA AL INTENTO DE PARTO VAGINAL CON CESÁREA ANTERIOR.

OPCIONES DE PARTO TRAS CESÁREA PREVIA

Esta información es para mujeres que han tenido una cesárea previa y desean conocer las opciones de parto que tienen en caso de tener otro bebé.

¿Cuáles son las opciones de parto tras una cesárea?

Si ya has tenido una cesárea, puede que te preguntes cómo parir la próxima vez. Planear un parto vaginal tras una cesárea o elegir una cesárea programada (cesárea electiva tras cesárea anterior) tiene sus beneficios y sus riesgos.

Cuando se están considerando las opciones, tus embarazos previos y tu historial médico son factores importantes para tener en cuenta. Se deben valorar:

- El motivo por el que tuviste una cesárea.
- Si ya habías tenido un parto vaginal previo.
- Si hubo complicaciones durante la cesárea o durante la recuperación
- El tipo de incisión (corte) que se hizo en tu útero (matriz).
- Cómo te sientes acerca de tu parto previo.
- Si el embarazo actual ha evolucionado sin complicaciones o si ha existido algún problema.
- Cuántos bebés esperas tener en el futuro; los riesgos aumentan con cada cesárea, así que si planeas tener más bebés se debería evitar otra cesárea si es posible.

Para ayudarte a decidir, tu médico comentará contigo tus opciones de parto durante el embarazo, idealmente antes de la semana 28.

¿Qué es un parto vaginal tras cesárea?

Es el término utilizado para aquella mujer que da a luz vaginalmente, habiendo tenido una cesárea en el pasado. El parto por vía vaginal incluye el parto normal (eutócico) y el parto instrumental (asistido con fórceps o ventosa).

¿Qué es una cesárea electiva tras cesárea anterior?

Se trata de programar el parto mediante cesárea cuando ya has tenido una cesárea previa. Normalmente se programará a partir de la semana 39 del embarazo, porque los recién nacidos mediante cesárea en fechas anteriores tienen más probabilidad de necesitar ingresar en la Unidad de Neonatos para ayudarlos con su respiración.

¿Qué ocurre si he tenido más de una cesárea?

Si estás considerando un parto vaginal pero has tenido más de una cesárea, deberías valorar con tu médico los riesgos potenciales, los beneficios y la tasa de éxito en tu situación individual.

¿Cuáles son mis oportunidades de tener un parto vaginal con éxito?

Tras una cesárea previa, tres de cada cuatro mujeres con un embarazo de curso normal que se ponen de parto de forma espontánea darán a luz por vía vaginal.

Algunos factores hacen que el parto vaginal sea más probable, entre ellos:

- Un parto vaginal previo, particularmente si es un parto vaginal tras una cesárea; después de haber tenido un parto vaginal, bien sea antes o después de una cesárea, entre 8 y 9 mujeres de 10 tendrán otro parto vaginal.
- El inicio espontáneo del parto.
- Si existe sobrepeso antes del embarazo.

¿Cuáles son las ventajas de tener un parto vaginal?

El parto vaginal tras cesárea tiene menos complicaciones que la cesárea programada tras cesárea anterior:

- Más posibilidad de tener parto vaginal en futuros embarazos.
- La recuperación es probablemente más rápida, podrás volver más rápido a tus actividades diarias.
- Tu estancia hospitalaria será más corta.
- Es más probable que puedas tener un contacto piel-con-piel con tu bebé inmediatamente tras el nacimiento.
- Evitarás los riesgos de una intervención quirúrgica.
- Es menos probable que tu bebé tenga problemas respiratorios iniciales.

¿Cuáles son las desventajas de un parto vaginal tras cesárea?

- Puede que tengas una cesárea de urgencia durante el parto. Esto ocurre en 25 de cada 100 mujeres. Ocurre con un poco más de frecuencia que si fuera tu primer parto, cuando la posibilidad de cesárea urgente es de 20 de cada 100 mujeres. Una cesárea urgente conlleva más riesgos que una cesárea programada, si bien estos difieren mucho según las circunstancias. Los motivos más frecuentes para una cesárea son el enlentecimiento del progreso de parto y la preocupación sobre el bienestar de tu bebé.
- Aunque la probababilidad de necesitar una transfusión sanguínea es baja, esta es ligeramente mayor comparada con mujeres que eligen una segunda cesárea programada.
- La cicatriz de tu útero puede abrirse o romperse. Esto ocurre en una de cada 200 mujeres y prácticamente siempre ocurre cuando ya se ha iniciado el trabajo de parto. Este riesgo aumenta de 2 a 3 veces si el parto es inducido. Si hubiera algún indicio de esta complicación, tu bebé nacería mediante cesárea urgente. Son raras otras consecuencias serias para ti o tu bebé. Si tu parto es atendido en un centro capacitado para resolver los imprevistos durante el mismo, el riesgo de que ocurra un problema grave es muy bajo.
- Los riesgos serios para tu bebé como daño cerebral o muerte fetal son mayores que en una cesárea programada, pero igualmente frecuentes que si se tratara de tu primer parto (0,08-0,1%).

¿Cuándo no es aconsejable un parto vaginal tras una cesárea?

El parto vaginal tras una cesárea es una opción aconsejable para la mayoría de las mujeres, pero no es aconsejable si:

- Has tenido tres o más cesáreas previas.
- Tu útero se rompió durante un parto previo.
- Tu cesárea previa fue “clásica”, es decir, que involucró la parte superior del útero.
- Tienes otras complicaciones del embarazo que requieren una cesárea programada (p.e.: placenta previa).

¿Cuáles son las ventajas de una cesárea programada tras una cesárea?

- Existe un menor riesgo de rotura de la cicatriz uterina (2 de 1.000).
- Evita los riesgos del parto y los raros riesgos serios para tu bebé (2 de cada 1.000 casos).
- Conocerás la fecha de tu parto. Sin embargo, una de cada 10 mujeres se ponen de parto antes de esa fecha y en alguna ocasión esa fecha hay que cambiarla por otras razones.

¿Cuáles son las desventajas de una cesárea programada tras cesárea previa?

- Una cesárea repetida normalmente lleva más tiempo quirúrgico que la primera cesárea por el tejido cicatricial. Además, este tejido cicatricial puede hacer la operación más dificultosa y se pueden dañar el intestino o la vejiga.
- Puedes tener una infección de la herida que tardará varias semanas en curar.
- Puedes necesitar una transfusión sanguínea.
- Tienes mayor riesgo de desarrollar una trombosis (tapón por un coágulo de sangre) en las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolismo pulmonar).
- Puedes tener un periodo de recuperación más largo y necesitar ayuda extra en casa. Puede que no puedas conducir hasta pasadas 6 semanas tras el parto.
- Tienes más probabilidades de requerir una cesárea programada en futuros embarazos. Cuantas más cesáreas, más tejido cicatricial. Esto aumenta la posibilidad de que la placenta crezca dentro de la cicatriz, haciendo más difícil su expulsión (alumbramiento) en futuras gestaciones (placenta accreta o percreta). Esto conlleva una hemorragia que puede requerir la extirpación del útero (histerectomía). Todos los riesgos serios aumentan con cada cesárea que tengas.
- La piel de tu bebé puede ser cortada al realizar la incisión en el útero. Esto ocurre en 2 de cada 100 cesáreas, pero normalmente cura sin más complicaciones.
- Los problemas respiratorios para tu bebé son bastantes más comunes tras una cesárea, pero normalmente no duran mucho. Entre 4 y 5 de cada 100 bebés nacidos por cesárea programada a partir de la semana 39 de gestación tienen problemas respiratorios comparados con los 2 a 3 recién nacidos en un parto vaginal tras cesárea anteriores. Hay mayor riesgo si tu cesárea programada se realiza antes de la semana 39 (6 de cada 100 bebés en la semana 38).

¿Qué ocurre si me pongo de parto habiendo decidido tener un parto vaginal tras cesárea previa?

Una vez comienzas con contracciones regulares, es aconsejable monitorizar de forma continua el latido cardiaco de tu bebé. Esto nos asegura el bienestar de tu bebé, ya que la alteración en el patrón de su frecuencia cardiaca puede ser un signo precoz de problemas con tu cicatriz de cesárea previa.

Puedes elegir distintas opciones para aliviar el dolor, incluida la epidural.

¿Qué ocurre si decido una cesárea programada y me pongo de parto?

Esto va a depender de las circunstancias clínicas y del centro hospitalario al que acudas. En algunas ocasiones puede que se te realice una cesárea de urgencia si se ha iniciado el parto, pero es probable que en otras situaciones pueda ser más seguro para ti y tu bebé el tener un parto vaginal. Todo esto será comentado contigo por el personal de Maternidad.

Puntos clave

- Si estás sana, tanto el parto vaginal como la cesárea programada son opciones seguras con pocos riesgos. Generalmente se te recomendará el intento de parto vaginal.

- 3 de cada 4 mujeres que han tenido una cesárea previa con un embarazo de curso normal y se ponen de parto espontáneamente tienen un parto vaginal.
- 9 de cada 10 mujeres tienen un parto vaginal tras cesárea con éxito si han tenido un parto previo. El parto vaginal es el que menos complicaciones tiene.
- Dar a luz por vía vaginal tiene pequeños riesgos para ti y para tu bebé, pero si tienes un parto vaginal, los futuros partos tendrán menos complicaciones y menos riesgos para ti y tu bebé.
- Tener una cesárea tras cesárea previa hace que tengas más probabilidad de complicaciones que tras la primera cesárea que te realizaron; además aumenta la probabilidad de que los futuros embarazos sean más complicados.
- La mayoría de las mujeres que tienen una cesárea programada tras cesárea previa se recuperan bien y tienen niños sanos, pero necesitan más tiempo para volver a la normalidad tras el parto.

9. ABREVIATURAS

DIEAPV: Documento de información específica para la paciente en la asistencia al intento de parto vaginal con cesárea anterior
DPC: desproporción pélvicocefálica
IC: intervalo de confianza
IMC: índice de masa corporal
IOM: Institudo de la Medicina
NE: nivel de evidencia
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
NPP: no progresión de parto
SOGC: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada
UCIN: unidades de cuidados intensivos neonatales

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Subdirección General de Información Sanitaria e Innovación. Registro de altas hospitalarias del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de los hospitales del Sistema Nacional de Salud. Disponible en: http://icmbd.es.
2. Indicadores hospitalarios. Actividad-Evolución 2010-2018. Información estadística de hospitales. Estadística de Centros Sanitarios de Atención Especializada. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
3. Bruno AM, Allshouse AA, Metz TD. Trends in Attempted and Successful Trial of Labor After Cesarean Delivery in the United States From 2010 to 2020. Am J Obstet Gynecol 2023;141:173-5.
4. Gilbert SA, Grobman WA, Landon MB, et al. Elective repeat cesarean deliver compared with spontaneous trial of labour after a prior cesarean delivery: a propensity score analysis. Am J Obstet Gynecol 2012;206:311.e1
5. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. N Engl J Med 2004;351:2581-9.
6. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginalbirth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:164-74.
7. Bernstein SN, Matalon-Grazi S, Rosenn BM. Trial of labor versus repeat cesarean: are patients making an informed decision? Am J Obstet Gynecol 2012;207:204.e
8. Kuppermann M, Kaimal AJ, Blat C, et al. Effect of a patient-Centered DecisionSupport Tool on Rates of Trial of Labor After Previous Cesarean Delivery. The PROCEED Randomized Clinical Trial. JAMA 2020;323(21):2151-2159
9. Miazga E, Reed C, Tunde-Byass, M, Cipolla A, et al. Decreasing Cesarean Delivery Rates Using a Trial of Labour After Cesarean (TOLAC) Bundle. JOGC 2020:1111-1115.
10. Caughey AB, Shipp TD, Repke JT, Zelop C, Cohen A, Lieherman E. Trial of labor after cesarean delivery: the effect of previous vaginal delivery. Am J Obstet Gynecol 1998;179:938-41.
11. Eden KB, Mconagh M, Denman MA, et al. New insights on vaginal birth after cesarean: Can it be predicted? Obstet Gynecol 2010;116:96.
12. Bedoya C, Bartha JL, Rodriguez I, Fontan I, Bedoya JM, Sanchez-Ramos J. A trial of labor after cesarean section in patients with or without a prior vaginal delivery. Int J Gynaecol Obstet 1992;39:285-9.

13. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU Cesarean Registry: factors affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1016-2.
14. Sims EJ, Newman RB, Hulsey TC. Vaginal birth after cesarean: to induce or not to induce. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1122-4.
15. Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, Tocce K, Stone JL. Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2005;106:741-6.
16. Zelop CM, Shipp TD, Cohen A, Repke JT, Lieberman E. Trial of labor after 40 weeks' gestation in women with prior cesarean. Obstet Gynecol 2001;97:391-3.
17. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery intervalbetween 18 and 24 months. Obstet Gynecol 2010;115: 1000-6.
18. Srinivas SK, Stamilio DM, Stevens EJ, Peipert JF, Odibo AO, Macones GA. Safety and success of vaginal birth after cesarean delivery in patients with preeclampsia. Am J Perinatol 2006;23:145-52.
19. Curtin SC, Gregory KD, Korst LM, Uddin SF. Maternal morbidity for vaginal and cesarean deliveries, according to previous cesarean history: new data from the birth certificate, 2013. Natl Vital Stat Rep 2015;64(4):1-13.
20. Clark SL, Hankins GD. Temporal and demographic trends in cerebral palsy-fact and fiction. Am J Obstet Gynecol 2003;188:628-33.
21. Scheller JM, Nelson KB. Does cesarean delivery prevent cerebral palsy or other neurologic problems of childhood? Obstet Gynecol 1994;83:624-30.
22. Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006;107:1226-32.
23. Nisenblat V, Barak S, Griness OB, Degani S, Ohel G, Gonen R. Maternal complications associated with multiple cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2006;108:21-6.
24. Regan J, Thompson A, DeFranco E. The influence of mode of delivery on breastfeeding initiation in women with a prior cesarean delivery: a population-based study. Breastfeed Med 2013;8(2):181-6.
25. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: how risky is it? I. Maternal morbidity. Am J Obstet Gynecol 2001;184:1365,71;discussion 1371-3.
26. Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. Am J Obstet Gynecol 2005;193:1656-62.
27. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. N Engl J Med 1996;335:689-95.
28. Guise JM, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, et al. Vaginal birth after cesarean: new insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality;2010.
29. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can. 2005;27: 164-74.
30. Guise JM, Denman MA, Emeis C, et al. Vaginal birth after cesarean: New insights on maternal and neonatal outcomes. Obstet Gynecol 2010;115:1267.
31. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth After Previous Caesarean Birth: Green-Top Guideline No. 45. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2015. Disponible en: http://www.rcog.uk/women'shealth/clinical-guideance/birth-after-previous-caesarean-birth-green-top45
32. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med 2004;351: 2581-9.
33. Lydon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean delivery. N Engl J Med 2001;345: 3-8.
34. American College of Obstetricians and Gynecologistis Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. Obtet Gynecol 2019;133:e110.
35. Landon MB, Spong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. Obstet Gynecol 2006;108:12-20.
36. Macones GA, Cahill A, Pare E, Stamilio DM, Ratcliffe S, Stevens E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option? Am J Obstet Gynecol 2005;192:1223,8;discussion 1228-9.
37. Yeh S. Huang X, Pheland JP. Post-term pregnancy after previous cesarean section. J Reprod Med 1984;29:41-4.
38. Callahan C, Chescheir N, Steiner BD. Safety and efficacy of attempted vaginal birth after cesarean beyond the estimated date of delivery. J Reprod Med 1999;44:606-10.
39. Bujold E, Gauthier RJ. Should we allow a trial of labor after a previous cesarean for dystocia in the second stage of labor? Obstet Gynecol 2001;98:652-5.
40. Coassolo KM, Stamilio DM, Paré E, et al. Safety and efficacy of vaginal birth after cesarean attemps at or beyond 40 weeks of gestation. Obstet Gynecol 2020;106:700.
41. Kiran TS, Chui YK, Bethel J, Bhal PS. Is gestational age an independent variable affecting uterine scar rupture rates? Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2006;126:68-71.
42. Hochler H, Tevet A, Barg M, et al. Trial of Labor of vertex-nonvertex twins following a previous cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol MFM 2022;4:100640.
43. Kabiri D, Masarwy R, Schachter-Safrai N, et al. Trial of labor after cesarean delivery in twin gestations: systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol 2019;220(4):336-347.
44. Multiferal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies: ACOG Practice Bulletin, Number 231. Obstet Gynecol 2021;137;e145.
45. Macrosomia: ACOG Practice Bulletin, Number 216. Obstet Gynecol 2020;135:e18,Reaffirmed 2023.
46. Elkousy MA, Sammel M, Stevens E, et al. The effect of birth weight on vaginal birth after cesarean delivery success rates. Am J Obstet Gynecol 2003;188:824.
47. Flamm BL, Goings JR. Vaginal birth after cesarean section: is suspected fetal macrosomia a contraindication? Obstet Gynecol 1989;74:694.
48. Regan J, Keup C, Wolfe K, et al. Vaginal birth after ce-

sarean success in high-risk women: a population-based study. J Perinatol 2015;35:252.
49. Dharan VB, Srinivas SK, Parry S, et al. Pregestational diabetes: a risk factor for vaginal birth after cesarean section failure? Am J Perinatol 2010;27:265.
50. Marchiano D, Elkousy M, Stevens E, Peipert J, Macones G. Diet-controlled gestational diabetes mellitus does not influence the success rates for vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2004;190(3):790-6.
51. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth: No. 155. J Obstet Gynaecol Can 2005;27:164-74.
52. Flamm BL, Fried MW, Lonky NM, Giles WS. External cephalic version after previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1991;165:370-2.
53. Sela HY, Fiegenberg T, Ben-Meir A, Elchalal U, Ezra Y. Safety and efficacy of external cephalic version for women with a previous cesarean delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2009;142:111-4.
54. Huang WH, Nakashima DK, Rumney PJ, Keegan KA, Chan K. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002;99:41-4.
55. Sabol B, Denman MA, Guise JM. Vaginal birth after cesarean: an effective method to reduce cesarean. Clin Obstet Gynecol 2015;58:309.
56. Wilson RD, Lemerand K, Johnson MP, et al. Reproductive outcomes in subsequent pregnancies after a pregnancy complicated by open maternal-fetal surgery (1996-2007). Am J Obstet Gynecol 2010;203:209.
57. Sugai S, Yamanwaki K, Haino K, et al. Incidence of Recurrent Uterine Rupture: A Systematic Review and Meta-analysis. Obstet Gynecol 2023;142:1365.
58. Gilbert SA, Grobman WA, Landon MB, et al. Lifetime cost-effectiveness of trial of labor after cesarean in the United States. Value Health 2013;16:953.
59. Spong CY, Mercer BM, D'alton M, et al. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. Obstet Gynecol 2011;118:323.
60. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG committee opinion no. 561: Nonmedically indicated early-term deliveries. Obstet Gynecol 2013;121:911. Reaffirmed 2017.
61. Grobman WA, Lai Y, Landon MB, et al. Can a prediction model for vaginal birth after cesarean also predict the probabilit of morbidity related to a trial of labor? Am J Obstet Gynecol 2009;200:56.e
62. Grobman WA, Sandoval G, Rice MM, et al. Prediction of vaginal birth after cesarean delivery in term gestations: a calculator without raxce and ethnicity. Am J Obstet Gynecol 2021;225:664,e1.
63. Goodman LH, Allshouse AA, Bruno AM, Metz TD. Validation of a Vaginal Birth After Cesarean Delivery Prediction Model Without Race and Ethnicity in Individuals With Two Prior Cesarean Deliveries. Obstet Gynecol 2024;144(2):256-258.
64. Grobman WA, Sandoval GJ, Rice MM, et al. Prediction of vaginal birth after cesarean using information at admission for delivery: a calculator without race or ethnicity. Am J Obstet Gynecol 2024;230:S804.
65. Chaillet N, Masse B, Grobman WA, et al. Perinatal morbidity among women with a previous caesarean delivery (PRISMA trial): a cluster-randomised trial. Lancet 2024;403:44.
66. Lipschuetz M, Guedalia J, Rottenstreich A, et al. Prediction of vaginal birth after cesarean deliveries using machine learning. Am J Obstet Gynecol 2020 Jun;222(6):613.e1-613.e12.
67. Eden KB, McDonagh M, Denman MA, et al. New insights on vaginal birth after cesarean: Can it be predicted? Obstet Gynecol 2010;116:96.
68. 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;221:11.
69. Palatnik A, Grobman WA. Induction of labor versus expectant management women with a prior cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2015;212:358.
70. Grobman WA, Gilbert S, Landon MB, et al. Outcomes of induction of labor after o prior cesarean. Obstet Gynecol 2007;109:26.
71. Miller ES, Grobman WA. Obtetric outcomes associated with induction of labor at 2 prior cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol 2015;213:89e.
72. Cahill AG, Waterman BM, Stamilio DM, et al. Higher maximum doses of oxytocin are associated with an unacceptably high risk for uterine rupture in patients attempting vaginal birth after cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008;199:32.e
73. Al-Zirqi I, Stray-Pedersen B, Forsén L, Vangen S. Uterine rupture after previous caesarean section. BJOG 2010;117(7):809-20.
74. Schmitz T, Pourcelot AG, Moutafoff C, Biran V, Sibony O, Oury JF. Cervical ripening with low-dose prostaglandins in planned vaginal birth after cesarean. PLoS One 2013;8:e80903.
75. Haas J, Barzilay E, Chayen B, Lebovitz O, Yinon Y, MazakiTovi S, et al. Safety of low-dose prostaglandin E2 induction in grandmultiparous women with previous cesarean delivery. J Matern Fetal Neonatal Med 2014;27:445-8.
76. NICE Guidance. Inducing labour. Clinical guideline CG70. July 2008. Disponible en: http://www.nice.org.uk/guidane/cg70/chapter/1-Guidance#fn.footnote_3
77. Society of Obstetricians and Gynaecolosgists of Canada. SOGC clinical practice guidelines. Guidelines for vaginal birth after previous caesarean birth. February 2005. Int J Gynaecol Obstt 2005;89:319.
78. Blanchette HA, Nayak S, Erasmus S. Comparison of the safety and efficacy of intravaginal misoprostol (prostaglandin E1) with that of dinoprostone (prostaglandin E2) for cervical ripening and induction of labor in a community hospital. Am J Obstet Gynecol 1999;180:1551-9.
79. American College of Obstetricians and Gynecologists. Induction of labor for vaginal birth after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2002;99:679-80. 25.
80. Pennell CE, Henderson JJ, O'Neill MJ, McCleery S, Doherty DA, Dickinson JE. Induction of labour in nulliparous women with an unfavourable cervix: a randomised controlled trial comparing double and single balloon catheters and PGE2 gel. BJOG 2009;116:1443-52.
81. West HM, Jozwiak M, Dodd JM. Methods of term labour induction for women with a previous caesarean section. Cochrane Database Syst Rev 2017;6(6):CD009792.
82. De Vivo, Carbone L, Saccone G, et al. Early amniotomy after cervical ripening for induction of labor: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Am J Obstet Gynecol 2020;222-320.

83. Goumalatsos G, Varma R. Vaginal birth after caesarean section: a practical evidencebased approach. Obstet Gynaecol Reprod 2009;19: 178-86. 19.
84. Ridgeway JJ, Weyrich DL, Benedetti TJ. Fetal heart rate changes associated with uterine rupture. Obstet Gynecol 2004;103:506-12.
85. Guise JM, McDonagh MS, Osterweil P, Nygren P, Chan BKS, Helfand M. Systematic review of the incidence and consequences of uterine rupture in women with previous caesarean section. BMJ 2004;329:1-7.
86. Devoe LD, Croom CS, Youssef AA, Murray C. The prediction of "controlled" uterine rupture by the use of intrauterine pressure catheters. Obstet Gynecol 1992;80:626-9.
87. Hautakangas T, Uotila J, Huhtala H, Palomaki O. Intrauterine versus external tocodynamometry in monitoring labour: a randomised controlled clinical trial. BJOG 2020;127:1677.
88. Grantz KL, González-Quintero V, Troendle J, et al. Labor patterns in women attempting vaginal birth after cesarean with normal neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2015;213:226.e1
89. Graseck AS, Odibo AO, Tuuli M, et al. Normal first stage of labor in women undergoing trial of labor after cesarean delivery. Obstet Gynecol 2012;119:732.
90. Hehir MP, Rouse DJ, Miller RS, et al. Second-Stage Duration and Outcomes Among Women Who Labored After a Prior Cesarean Delivery. Obstet Gynecol 2018;131:514.
91. Son M, Roy A, Grobman WA. Attempted operative vaginal delivery vs repeat cesarean in the second stage among women undergoing a trial of labor after cesarean delivery. Am J Obstet Gyncol 2017;216:407.e1.
92. Cahill AG, Macones GA. Vaginal birth after cesarean delivery: evidence-based practice.Clin Obstet Gynecol 2007;50:518-25.
93. Kaplan B, Royburt M, Pedel Y, Hirst M, Hod M, Ovadia Y, Neri A. Routine revision ofuterine scar after prior cesarean section. Acta Obstet Gynecol Scand 1994;73:473-5.
94. Leung AS, Farmer RM, Leung EK, Medearis AL, Paul RH. Risk factors associated with uterine rupture during trial of labor after cesarean delivery: a case-control study. Am J Obstet Gynecol 1993;168:1358-63.
95. New Zealand Guidelines Group (NZGG). Care of Women with Breech Presentation or Previous Caesarean Birth: Best Practice Evidence-Based Guideline. Wellington: New Zealand Guidelines Group