

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y
Humanidades, Asunción, Paraguay**

ISSN en línea: 2789-3855, 2026

**Seguridad del parto vaginal después de cesárea:
revisión bibliográfica de riesgos maternos y neonatales**

Safety of vaginal birth after cesarean: a literature review of maternal
and neonatal risks

Nhur Sharaf El Yasin

sharafelyasinnhur@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4145-6073>
Investigadora Independiente
San José – Costa Rica

Paola Cristhina Alegría De Arco

cristalegría41@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1303-8721>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Cristian Andrei Jiménez Solís

cristianandrei.jimenez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5771-8198>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Rebeca Hernández Solano

hersol0612@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-6989-7920>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Gabriel Esteban Arroyo Chacón

gabo261999@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-4453-3278>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Julianne Maynard Carmiol

jmcarmioli@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9155-4924>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5455>


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos



Revista Latinoamericana de
Ciencias Sociales y Humanidades

Artículo recibido: 31 de octubre de 2025.
Aceptado para publicación: 06 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

VOLUMEN VII

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5455>

Seguridad del parto vaginal después de cesárea: revisión bibliográfica de riesgos maternos y neonatales

Safety of vaginal birth after cesarean: a literature review of maternal and neonatal risks

Nhur Sharaf El Yasin

sharafelyasinnhur@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-4145-6073>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Cristian Andrei Jiménez Solís

cristianandrei.jimenez@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-5771-8198>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Rebeca Hernández Solano

hersol0612@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-6989-7920>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Gabriel Esteban Arroyo Chacón

gabo261999@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0008-4453-3278>
Investigador independiente
San José – Costa Rica

Julianne Maynard Carmiol

jmcarmioli@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-9155-4924>
Investigadora independiente
San José – Costa Rica

Paola Cristhina Alegría De Arco

cristalegria41@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0002-1303-8721>
Universidad de Ciencias Médicas
San José – Costa Rica

Artículo recibido: 31 de octubre de 2025. Aceptado para publicación: 06 de marzo de 2026.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

A nivel mundial se ha documentado un incremento sostenido en la tasa de cesáreas y un consecuente interés creciente por el parto vaginal después de cesárea (PVDC) como alternativa obstétrica, en un contexto marcado por la variabilidad en los criterios de selección y la percepción del riesgo materno-fetal. El presente artículo sintetiza la evidencia disponible sobre los criterios de elegibilidad, los predictores de éxito y los desenlaces materno-fetales asociados al intento de trabajo de parto en gestantes con antecedente de cesárea (PPDC). Para ello, se incluyeron guías clínicas, revisiones sistemáticas y estudios observacionales centrados en mujeres con una o más cesáreas previas, evaluando factores clínicos y obstétricos relacionados con el éxito del PVDC. La literatura muestra que hasta el 80% de las mujeres que intentan una PPDC logran un parto vaginal exitoso, con tasas


variables según características como el tipo de incisión uterina, el antecedente de parto vaginal previo, la indicación de la cesárea anterior y las condiciones cervicales al ingreso. Asimismo, el PVDC exitoso se asocia con menor morbimortalidad materna en comparación con la cesárea iterativa, mientras que una PPDC fallida conlleva un mayor riesgo de complicaciones materno-fetales frente a la cesárea electiva programada. Aunque infrecuente, la ruptura uterina constituye la complicación más temida, exigiendo una vigilancia intraparto continua y disponibilidad inmediata de atención quirúrgica. En conclusión, la evidencia respalda el PVDC como una opción segura y beneficiosa en gestantes cuidadosamente seleccionadas, enfatizando la necesidad de la profundización de la investigación con respecto a este abordaje y la concientización del personal médico.

Palabras clave: cesárea, parto vaginal, PPDC, PVDC

Abstract

Globally, a sustained increase in cesarean delivery rates has been documented, accompanied by a growing interest in vaginal birth after cesarean (VBAC) as an obstetric alternative, within a context marked by variability in selection criteria and perceptions of maternal–fetal risk. This article synthesizes the available evidence on eligibility criteria, predictors of success, and maternal–fetal outcomes associated with a trial of labor after cesarean (TOLAC) in women with a history of cesarean delivery. To this end, clinical practice guidelines, systematic reviews, and observational studies focusing on women with one or more previous cesarean sections were included, evaluating clinical and obstetric factors related to VBAC success. The literature shows that up to 80% of women who attempt TOLAC achieve a successful vaginal birth, with rates varying according to factors such as the type of uterine incision, history of prior vaginal delivery, indication for the previous cesarean, and cervical status at admission. Furthermore, successful VBAC is associated with lower maternal morbidity and mortality compared with repeat cesarean delivery, whereas failed TOLAC carries a higher risk of maternal–fetal complications than planned elective cesarean delivery. Although infrequent, uterine rupture represents the most feared complication, requiring continuous intrapartum monitoring and immediate availability of surgical care. In conclusion, the evidence supports VBAC as a safe and beneficial option in carefully selected women, highlighting the need for further research into this approach.

Keywords: cesarean section, vaginal birth, TOLAC, VBAC

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Sharaf El Yasin, N., Jiménez Solís, C. A., Hernández Solano, R., Arroyo Chacón, G. E., Maynard Carmiol, J., & Alegría De Arco, P. C. (2026). Seguridad del parto vaginal después de cesárea: revisión bibliográfica de riesgos maternos y neonatales. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 7 (1), 2534 – 2544. <https://doi.org/10.56712/latam.v7i1.5455>

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la obstetricia, la cesárea ha evolucionado desde una intervención de último recurso hasta convertirse en uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentemente realizados. Durante el siglo XX, la premisa “una vez cesárea, siempre cesárea” de Edwin B. Cragin (1916) rigió el abordaje obstétrico a nivel mundial, eliminando la posibilidad de parto vaginal en mujeres con cesárea previa. Dicho paradigma empezó a cuestionarse en la década de 1970 y, posteriormente, en el 1988, el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) planteó la viabilidad del parto vaginal en mujeres con antecedente de cesárea en sus guías (Trojano et al., 2019).

De acuerdo con el American College of Obstetricians and Gynecologists (2019), a raíz de lo anterior se observó un incremento significativo en la tasa de este abordaje, el cual pasó del 5% al 28.3% de partos en múltiparas en un período de 11 años. Paralelamente, la frecuencia global de cesáreas disminuyó transitoriamente del 22.8% al 20% en el mismo lapso. Sin embargo, esta tendencia se asoció con un aumento en la incidencia de complicaciones maternas y neonatales, lo cual condujo al restablecimiento de prácticas más conservadoras a principios del siglo XXI.

Años después, en el 2010, a raíz de las tasas persistentemente elevadas de cesáreas, los Institutos Nacionales de Salud decidieron reincorporar el parto vaginal como opción de manejo en mujeres embarazadas con historia de cesáreas previas, dando inicio a una década de investigación orientada a definir sus beneficios y riesgos, los criterios de inclusión adecuados y los predictores de éxito prenatal e intraparto (ACOG, 2019).

En la actualidad, las cesáreas constituyen el 21% de los nacimientos a nivel global. Esta cifra excede la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual señala que un 10-15% de los partos anuales se realizan por vía alta (Angolile et al., 2023). Según Dodd et al. (2013), en Estados Unidos este porcentaje es del 32.8%, de las cuales cerca de un 28% corresponde a cesáreas electivas, siendo el antecedente de cesárea previa la principal indicación para su realización.

Ahora bien, Attanasio et al. (2018) describen que en los últimos 5 años se ha observado un aumento en el interés por PPDC y PVDC por parte de mujeres gestantes. Sin embargo, pese a este aumento en la demanda, hasta un 90% de las mismas prefieren optar por una cesárea electiva sin intentar el parto por vía vaginal. Esta discrepancia ilustra las diversas barreras que limitan la implementación de la PPDC, incluyendo tanto la percepción de mayor seguridad de la cesárea como la disponibilidad de recursos para su vigilancia. Esta situación, junto con los potenciales beneficios materno-fetales, subraya la importancia de analizar de manera crítica la evidencia.

El presente artículo propone realizar una revisión exhaustiva de la literatura disponible, con el fin de ofrecer una síntesis actualizada de la evidencia existente.

DESARROLLO

Definiciones

La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires o SOGIBA (2019) define la prueba de parto después de una cesárea (PPDC) o trial of labor after cesarean section (TOLAC) como el intento planificado de trabajo de parto en una mujer embarazada que presenta un antecedente de cesárea. Esto, con la finalidad de alcanzar un parto vaginal después de cesárea (PVDC), conocido en inglés como vaginal birth after cesarean (VBAC). Ante el fracaso de este proceso, identificado en la literatura como prueba de parto fallida (PPF), típicamente se opta por una cesárea de urgencia (CU).

Por otro lado, la cesárea iterativa (CI) se define como la programación de un nacimiento por vía alta previo al inicio de la labor de parto, debido a la presencia de indicaciones para la misma durante el embarazo. Entre estas, la más frecuente es el antecedente de cesárea previa (SOGIBA, 2019).

Selección de candidatas y criterios de inclusión

La realización exitosa de un parto vaginal posterior a cesárea se asocia con múltiples beneficios maternos y fetales, lo cual resalta la importancia de promover su práctica en pacientes cuidadosamente seleccionadas.

En concordancia con las guías del ACOG (2019), el principal beneficio materno del parto vaginal posterior a cesárea se centra alrededor de la prevención de una cirugía abdominal mayor y de las complicaciones inherentes a este tipo de intervención. Por ende, el PVDC implica una movilización temprana y recuperación funcional posparto más rápida. En este sentido, la evidencia ha demostrado una reducción significativa en las tasas de infecciones puerperales (incluyendo corioamnionitis, infección de la herida quirúrgica y endometritis) y eventos tromboembólicos, los cuales representan causas relevantes de complicaciones maternas en el posoperatorio de la cesárea.

Adicionalmente, se ha demostrado que la realización de cesáreas a repetición genera un incremento progresivo del riesgo de complicaciones quirúrgicas y obstétricas, entre ellas la lesión vesical o intestinal, la necesidad de histerectomía periparto, el requerimiento de transfusión sanguínea y una mayor probabilidad de embarazo ectópico (ACOG, 2019). De igual manera, Nggada (2023) postula que el antecedente de múltiples cesáreas se asocia con un riesgo sustancialmente mayor de trastornos de la placentación, tales como placenta previa y placenta accreta.

En cuanto a la perspectiva neonatal, los beneficios del parto vaginal posterior a cesárea incluyen una menor incidencia de taquipnea transitoria del recién nacido y de las lesiones accidentales relacionadas con la incisión uterina durante la cesárea. Asimismo, el parto vaginal favorece una transición fisiológica más adecuada a la vida extrauterina, al asociarse a una mayor probabilidad de realizar la “hora de oro” (Nggada, 2023). Esto presenta implicaciones positivas para el recién nacido, como la fomentación del inicio temprano de la lactancia materna, fortaleciendo el vínculo madre-hijo. Similarmente, garantiza una estabilización cardiorrespiratoria óptima, mejor termorregulación, estabilización glicémica, disminución del estrés neonatal y beneficios inmunes al exponer al recién nacido a la microbiota materna (Sharma, 2017).

Lo anterior resalta la importancia de la educación de las pacientes con respecto a sus opciones y el ofrecimiento de la PPDC y el PVDC. A continuación, se discutirán los diversos criterios de inclusión que se deben valorar durante la selección de candidatas para PPDC y PVDC.

Determinantes maternos

Ahora bien, la evidencia publicada por el ACOG (2019) indica que la mayoría de las gestantes con antecedente de una cesárea previa mediante incisión transversa baja son candidatas para un PVDC. No obstante, la probabilidad de lograr un PVDC exitoso es multifactorial.

El índice de masa corporal (IMC) elevado ha demostrado de manera consistente el ser un factor predictor de fracaso del parto vaginal posterior a cesárea. Diversos estudios han evidenciado que el incremento progresivo del IMC se correlaciona con una disminución en las tasas de PVDC, así como con una mayor incidencia de distocias del trabajo de parto y necesidad de intervenciones obstétricas. De acuerdo con el ACOG (2019), aproximadamente el 85% de las mujeres con IMC dentro de rangos normales (18.5–24.9 kg/m²) logran un PVDC exitoso; proporción que se reduce significativamente hasta el 61% en gestantes con obesidad mórbida (IMC > 40 kg/m²).

A pesar de esta asociación, la obesidad no debe considerarse una contraindicación absoluta para el intento de la PPDC. La evaluación de estas pacientes debe integrar otros factores clínicos relevantes. Asimismo, resulta fundamental considerar que la obesidad constituye por sí misma un factor de riesgo en el contexto quirúrgico, asociándose a un aumento en la incidencia de complicaciones intra- y postoperatorias (ACOG, 2019).

Otro elemento que considerar es la edad materna, cuyo aumento es inversamente proporcional a la viabilidad del PVDC. Similarmente, diversos estudios observacionales han identificado una mayor expectativa del éxito del PVDC en mujeres caucásicas (78%) en comparación a mujeres de raza negra o asiática (70%). Sin embargo, estas disparidades no deben atribuirse a un origen exclusivamente biológico. Es esencial considerar el papel jugado por factores estructurales y sociales, como lo son la violencia obstétrica y las barreras de acceso a los recursos necesarios (Trojano et al., 2019).

Finalmente, se debe valorar cuidadosamente la seguridad del intento de una PPDC en pacientes con antecedentes patológicos relevantes. En este contexto, Trojano et al. (2019) recomienda la precaución en embarazadas diabéticas, a raíz de la asociación de esta patología a macrosomía fetal y partos traumáticos. De igual forma, las malformaciones müllerianas y uterinas pueden representar una limitación para el éxito del PVDC, ya que se han vinculado a tasas significativamente más elevadas de fracaso (hasta un 62.4%). Es esencial recalcar que este último aspecto ha sido insuficientemente profundizado en la literatura, enfatizando la necesidad de mayor investigación.

Periodo intergenésico

Este se define como el tiempo transcurrido entre el nacimiento del producto de la gestación y el inicio del próximo embarazo. Desde un punto de vista fisiopatológico, un intervalo intergenésico de longitud adecuada optimiza el proceso de cicatrización y de remodelación miometrial a nivel de la cicatriz uterina. Esto es fundamental para garantizar la integridad uterina durante el trabajo de parto y prevenir desgarros o rupturas secundarios a la intensidad o frecuencia de las contracciones. Tradicionalmente, se considera que un periodo intergenésico <18 meses se asocia a mayor riesgo de ruptura uterina (Trojano et al., 2019).

Indicación de cesárea previa

Un aspecto fundamental mencionado es el riesgo de recurrencia de la indicación de la cesárea previa. Por ejemplo, la literatura indica que eventos como la inducción fallida, prolongación de fase latente, labor estacionada o paro en el descenso de la cabeza fetal constituyen escenarios clínicos con potencial de repetición en gestaciones consecuentes, por lo que deben valorarse previo al intento del PVDC. Por otro lado, el distrés fetal, preeclampsia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta o malpresentación fetal se consideran no recurrentes y no deben excluir la posibilidad de una PPDC (ACOG, 2019; Trojano et al., 2019).

Número de cesáreas previas y antecedente de parto vaginal

Contrario a la percepción general, Trojano et al. (2019) indican que aquellas mujeres con antecedente de dos cesáreas mediante incisión transversa baja no se excluyen automáticamente para un PVDC. Esto, ya que la evidencia demuestra tasas de éxito de PVDC comparables a aquellas con una sola cesárea. Pese a ello, es relevante destacar que un porcentaje importante de estas pacientes han tenido un parto vaginal exitoso previo a las cesáreas, antecedente que se reconoce como un factor predictor de éxito para esta modalidad.

Incisión uterina

Como se mencionó previamente, la incisión uterina con el perfil de seguridad más favorable para el intento de una PPDC y un PVDC es la transversa baja, dado que esta presenta la menor tasa de ruptura uterina asociada. Similarmente, se contraindica esta práctica en pacientes con incisiones verticales bajas o altas, debido al riesgo significativamente elevado de dicha complicación (ACOG, 2019).

Edad gestacional y número de fetos

Si bien se considera que una edad gestacional >40 semanas se asocia a menor tasa de éxito en el PVDC, el ACOG (2019) establece que este hallazgo aislado no justifica la exclusión del PVDC como modalidad de manejo. Similar a múltiples criterios, la prolongación de la gestación debe interpretarse de manera integral y se debe evitar la toma de decisiones basadas exclusivamente en este parámetro.

Por otro lado, diversos estudios han demostrado desenlaces similares en pacientes con gestaciones múltiples versus embarazos únicos. Lo previo, bajo la condición de que el feto principal, definido como aquel que se encuentra más cercano al orificio cervical, se encuentre en presentación cefálica. También se sugiere la presencia de un neonatólogo en la sala de partos, por su innegable experiencia en reanimación fetal (Trojano et al., 2019).

Peso fetal estimado

Históricamente, el peso fetal estimado ha desempeñado un papel relevante en la determinación de la vía del parto. En la práctica clínica tradicional, se ha considerado que un peso al nacer ≥ 4 kg se asocia con un mayor riesgo de fracaso del PVDC, debido al incremento en la probabilidad de distocia de hombros, desgarros perineales severos y ruptura uterina. No obstante, la literatura disponible evidencia que la estimación ecográfica del peso fetal en el tercer trimestre presenta un poder predictivo limitado para la macrosomía, por lo que no debería constituir una contraindicación absoluta para el intento de una PPDC (Trojano et al., 2019).

Presentación fetal

La evidencia postulada por Trojano et al. (2019) sugiere que las embarazadas candidatas a PVDC con fetos en presentación no cefálica exhiben probabilidades de éxito en el parto vaginal comparables a las de mujeres sin antecedente de cesárea en condiciones similares. No obstante, la consideración del PVDC en este contexto exige una valoración exhaustiva de los criterios de selección y la contemplación de factores maternos, fetales e institucionales. Adicionalmente, debe tomarse en cuenta la experiencia del equipo obstétrico con este tipo de partos y la disponibilidad de recursos para una intervención quirúrgica inmediata en caso de ser necesaria.

Calculadoras de riesgo

Afortunadamente, se dispone de calculadoras predictoras de riesgo destinadas a orientar la elección de la vía de parto. Entre ellas destaca el modelo de Flamm-Gieger (Tabla 1), el cual considera variables como la edad materna, historia de parto vaginal, indicación de cesárea(s) previa(s) y características cervicales al momento de la admisión (borramiento y dilatación). Específicamente, esta herramienta proporciona una estimación de la probabilidad de éxito de un PVDC a partir de los datos ingresados por el usuario, y puede constituir un recurso útil en la toma de decisiones clínicas (Nggada, 2023).

Tabla 1

Modelo Flamm-Gieger para la valoración de seguridad del PVDC

Variable	Puntuación
Edad materna <40 años	2
Parto vaginal antes y después de la(s) cesárea(s)	4
Parto vaginal después de la(s) cesárea(s)	2
Parto vaginal antes de la(s) cesárea(s)	1
No presenta antecedente de parto vaginal previo	0
Primera cesárea realizada por causas distintas a fallo de progreso	1
Cérvix con borramiento >75% a la admisión	2
Cérvix con borramiento de 25-75% a la admisión	1
Cérvix con borramiento <25% a la admisión	0
Cérvix dilatado \geq 4 cm a la admisión	1

Fuente: elaboración propia.

Con respecto a la interpretación de los resultados (Tabla 2), se observa que, a mayor puntaje alcanzado en el cuestionario, mayor es la probabilidad de un parto vaginal después de cesárea exitosa. Los resultados se expresan como el porcentaje estimado de mujeres que lograrán un PVDC exitoso en relación con el puntaje alcanzado, lo que permite una interpretación cuantitativa del riesgo. No obstante, el cuestionario no debe interpretarse como una herramienta determinante, sino como un instrumento de apoyo, facilitando la estratificación del riesgo y el asesoramiento individualizado de la paciente (Nggada, 2023).

Tabla 2

Interpretación de resultados del Modelo Flamm-Gieger

Puntaje obtenido	Porcentaje (%) proyectado de mujeres con PVDC exitoso
0-2	49
3	60
4	67
5	77
6	89
7	93
8-10	95

Fuente: elaboración propia.

Contraindicaciones

A continuación, se presentan las contraindicaciones absolutas para el PVDC (Tabla 3) de acuerdo con lo indicado por Nggada (2023), las cuales corresponden a escenarios en los que la evidencia disponible no respalda el intento de PPDC, debido al riesgo significativo asociado. A diferencia de las contraindicaciones relativas, las cuales permiten la realización de este abordaje bajo condiciones específicas y según el criterio del equipo médico, las contraindicaciones absolutas corresponden a circunstancias en las cuales los riesgos superan a los beneficios y no se debe optar por esta modalidad de manejo.

Tabla 3

Contraindicaciones absolutas del parto vaginal después de la cesárea

Antecedente de ruptura uterina previa
Incisión uterina vertical baja o alta
Incisión uterina horizontal alta
Placenta previa
Vasa previa
Falta de voluntad materna

Fuente: elaboración propia.

Consideraciones durante el parto

Si bien el parto vaginal después de cesárea representa una opción segura y beneficiosa en pacientes seleccionadas, este requiere una atención individualizada y minuciosa durante el trabajo de parto con el fin de reducir la morbilidad materno-fetal.

Una vez confirmada la elegibilidad de la paciente para el PVDC, tras una revisión integral de su expediente clínico y embarazo en curso, este debe intentarse únicamente en centros con disponibilidad inmediata de quirófanos y anestesia, ante la eventual necesidad de una cesárea de emergencia. Similarmente, la literatura disponible sugiere obtener un acceso intravenoso y la determinación de grupo sanguíneo y factor RH al momento del ingreso. Lo anterior, para disponer de esta información en el evento de una hemorragia significativa que requiera transfusión (Nggada, 2023).

Asimismo, el ACOG (2019) recomienda el monitoreo fetal externo continuó con la finalidad de garantizar el bienestar fetal. En cuanto a otras modalidades de monitorización, como el catéter de presión intrauterino o el electrodo de cabeza fetal, la evidencia disponible indica que no son de uso rutinario, dado que no se asocian con una mejoría en los desenlaces materno-fetales y pueden implicar un mayor riesgo al tratarse de procedimientos invasivos.

Con respecto a la conducción o inducción del parto, diversos estudios sugieren que estas intervenciones incrementan el riesgo de ruptura uterina al aumentar la frecuencia e intensidad de las contracciones. En consecuencia, se favorece el inicio espontáneo de la mecánica uterina y se reserva la intervención farmacológica o mecánica para casos seleccionados de bajo riesgo donde se considere clínicamente necesaria. En particular, no se recomienda el uso de prostaglandinas, dado que su administración se asocia con un mayor riesgo de ruptura uterina en comparación con otros métodos (Nggada, 2023).

En el contexto del embarazo múltiple, la evidencia publicada por Nggada (2023) sugiere que el parto vaginal después de cesárea puede considerarse una opción viable siempre que el feto más cercano al cérvix se encuentre en presentación cefálica y no existan otras contraindicaciones obstétricas. No obstante, diversos estudios han demostrado que el riesgo de ruptura uterina en gestantes con embarazo múltiple es superior al observado en mujeres con gestaciones únicas sometidas a un intento de trabajo de parto, lo que exige una evaluación cuidadosa del riesgo materno-fetal y un seguimiento intraparto estrecho.

Por otro lado, el intento de parto vaginal después de cesárea en gestaciones con fetos pretérmino se ha asociado con una menor probabilidad de éxito y con un incremento en los desenlaces perinatales adversos, particularmente en comparación con gestaciones a término. En este escenario, la inmadurez fetal y la mayor frecuencia de intervenciones obstétricas pueden contribuir a resultados menos

favorables, por lo que la valoración individualizada y la consideración de la cesárea como vía de parto deben formar parte del proceso de toma de decisiones clínicas (Nggada, 2023).

Por último, se ha postulado que la analgesia espinal o epidural constituyen un mayor riesgo de distocia del parto en pacientes sometidas a una PPDC. A pesar de lo anterior, un estudio retrospectivo postulado por Grisaru-Granovsky et al. (2018) valoró 7149 partos vaginales después de cesárea y encontró que las mujeres que recibieron analgesia neuroaxial asociaban una mayor probabilidad de alcanzar un parto vaginal, por lo que puede considerarse una herramienta segura y beneficiosa en estas pacientes al evitar el agotamiento materno y fomentar de esta manera la progresión de la maduración cervical.

Desenlaces

Según el ACOG (2019), aproximadamente el 60-80% de las mujeres que se someten a una PPDC lograrán un parto vaginal exitoso. Como se ha descrito a lo largo de esta publicación, esta probabilidad varía en función de diversas variables clínicas y sociodemográficas. A modo de ejemplo, se estima que al menos el 89 % de las gestantes cuya cesárea previa fue secundaria a una indicación no recurrente alcanzan un PVDC, mientras que esta proporción desciende a alrededor del 60% en aquellas con indicaciones recurrentes (Nggada, 2023).

Similarmente, Nggada (2023) reitera que el antecedente de parto vaginal previo es el predictor positivo de mayor peso para el PVDC, con probabilidades de desenlace favorable que alcanzan el 90%. Lo anterior, dado que este antecedente comprueba la presencia de una relación feto-pélvica adecuada, una contractilidad uterina eficaz y una respuesta cervical óptima.

Estos hallazgos, junto con los beneficios materno-fetales previamente expuestos, refuerzan la pertinencia de considerar el PVDC como una alternativa segura y eficaz.

Complicaciones materno-fetales

Pese a los múltiples beneficios del PVDC, este conlleva riesgos potenciales que exigen una adecuada preparación del equipo de salud encargado de la atención del parto. Entre las complicaciones descritas, la más temida es la ruptura uterina, cuya incidencia oscila entre 0.5-1% de los casos y varía según diversas características obstétricas. La literatura disponible describe que la ruptura uterina inminente puede manifestarse como dolor abdominal severo acompañado de un aumento en frecuencia o intensidad de las contracciones. Una vez establecida la ruptura, el signo de mayor sensibilidad tiende a ser una bradicardia fetal sostenida asociada a un cese abrupto de la actividad contráctil. Otros signos, como el sangrado vaginal o la pérdida de la estación fetal, pueden presentarse, aunque con menor frecuencia (Nggada, 2023).

Entre los riesgos maternos adicionales asociados al intento de PVDC, Nggada (2023) describe un aumento en la tasa de cesárea de emergencia, estimada entre el 25 y el 28%, así como una mayor probabilidad de requerir intervención instrumental (39%) y de desarrollar desgarros perineales de cuarto grado (5%). Desde la perspectiva fetal, la evidencia disponible señala un riesgo discretamente superior de encefalopatía hipóxico-isquémica (0.08%) y de muerte fetal perinatal (0.04%). Estos hallazgos destacan algunos de los beneficios de la cesárea electiva y programada, entre los que se incluyen la reducción de la necesidad de cesárea urgente y una incidencia prácticamente despreciable de ruptura uterina (<0.02%).

Adicionalmente, la cesárea planificada permite la realización concomitante de esterilización quirúrgica en mujeres con paridad satisfecha y se ha asociado con una disminución del riesgo a largo plazo de disfunciones del piso pélvico, como la incontinencia urinaria y el prolapso (Varlas et al., 2021). En

términos de desenlaces neonatales, este abordaje se vincula con menores tasas de encefalopatía hipóxico-isquémica y de mortalidad fetal perinatal en comparación al PVDC (Nggada, 2023).

Sin embargo, tal como se expuso en el apartado introductorio, la cesárea (particularmente a repetición) implica riesgos inherentes que también deben ser cuidadosamente considerados en el proceso de toma de decisiones clínicas.

CONCLUSIONES

En conclusión, la literatura actual respalda al parto vaginal después de cesárea como una alternativa segura y beneficiosa en las candidatas correctas, con tasas de éxito globales que oscilan entre el 60-90%. Diversos factores clínicos y obstétricos, como el antecedente de parto vaginal, la indicación de la cesárea previa, las condiciones cervicales al ingreso y el inicio espontáneo del trabajo de parto desempeñan un papel importante en la probabilidad de un desenlace favorable. Específicamente, un PVDC exitoso implica menor morbimortalidad materno-fetal en comparación con la cesárea a repetición, así como con beneficios adicionales a corto y largo plazo.

No obstante, es fundamental reconocer que una PPDC fallida se asocia con una mayor tasa de implicaciones negativas en comparación con la cesárea electiva programada, particularmente en relación con la ruptura uterina y la cesárea de emergencia.

Finalmente, la toma de decisiones en torno al PVDC debe incluir un enfoque centrado en la paciente, que promueva la participación de la mujer en la elección de la vía de parto y respete su autonomía.

REFERENCIAS

American College of Obstetrics and Gynecology. (2019). Practice Bulletin No. 205: Vaginal Birth After Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 133(2), 110-127. https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2019/02000/acog_practice_bulletin_no__205__vaginal_birth.40.aspx

Angolile, C.M., Max, B.L., Mushemba, M. y Mashauri H.L. (2023). Global increased cesarean section rates and public health implications: A call to action. *Health Sci. Rep*, 6, 1274. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/hsr2.1274>

Attanasio, L.B., Kozhimannil, K.B. y Kjerulff, K.H. (2018). Women's preference for vaginal birth after a first delivery by cesarean. *Birth*, 46(1), 51-60. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6348143/>

Dodd, J.M., Crowther, C.A., Huertas, E., Guise, J.M. y Horey, D. (2013). Planned elective repeat caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12 (CD004224), 1-27. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004224.pub3/full>

Grisaru-Granovsky, S., Bas-Lando, M., Drukker, L., Haouzi, F., Farkash, R., Samueloff, A. y Ioscovich, A. (2018). Epidural analgesia at trial of labor after cesarean (PPDC): a significant adjunct to successful vaginal birth after cesarean (PVDC). *Journal of Perinatal Medicine*, 46 (3), 261-269. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/jpm-2016-0382/html>

Nggada, B.J. (2023). Vaginal Birth after Cesarean (PVDC). *IntechOpen*, 2. <https://www.intechopen.com/chapters/85872#>

Sharma, D. (2017). Golden hour of neonatal life: Need of the hour. *Matern health, neonatol and perinatal*, 3(16), 1-21. <https://link.springer.com/article/10.1186/s40748-017-0057-x#citeas>

Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. (12-14 de junio de 2019). Parto Vaginal después de una Cesárea. Congreso Internacional de Obstetricia y Ginecología, Buenos Aires, Argentina. https://www.sogiba.org.ar/images/Parto_Vaginal_despues_de_una_Cesarea_SOGIBA%202019.pdf

Trojano, G., Damiani, G.R., Olivieri, C., Villa, M., Malvasi, A., Alfonso, R., Loverro, M. y Cicinelli, E. (2019). PVDC: antenatal predictors of success. *Acta Biomed*, 90(3), 300-309. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7233729/>

Varlas, V.N., Rhazi, Y., Bors, R.G., Penes, O. y Radavoi, D. (2021). The urological complications of vaginal birth after cesarean (PVDC) - a literature review. *J Med Life*, 14(4), 443-447 <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8485385/>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons 