

**Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza****Parto vaginal após cesárea prévia em um hospital de ensino****Vaginal delivery after previous cesarean section in a teaching hospital****Recibido: 30/04/2020****Aprobado: 21/10/2020****Publicado: 03/03/2021****Mariana Torreglosa Ruiz<sup>1</sup>****Elizabeth dos Santos Campos<sup>2</sup>****Patrícia Barbosa Cruz<sup>3</sup>****Mário Sérgio Silva Gomes Caetano<sup>4</sup>****Marina Carvalho Paschoini<sup>5</sup>**

Estudio transversal y retrospectivo, basado en el análisis de todas las historias clínicas de puérperas atendidas en un hospital de enseñanza de Minas Gerais del 1 de enero al 31 de diciembre de 2016, que tuvo como objetivo estimar la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa, y los factores asociados al resultado. Se revisaron 1.157 historiales y, tras la selección, se analizaron 215 historiales de puérperas sometidas a partos vaginales después de una cesárea previa. La tasa de parto vaginal después de una cesárea previa fue del 55,8%, y el resultado se asoció a la ausencia de intercorrencias y/o patologías durante el embarazo; a los embarazos a término, y a haber tenido al menos un parto normal previo. Se observa la necesidad de realizar estudios sobre el tema, dadas las recientes recomendaciones, los factores que hay que dilucidar y los resultados aún contradictorios en relación con el parto vaginal después de una cesárea previa.

**Descriptor:** Cesárea; Parto normal; Parto obstétrico.

Estudo transversal e retrospectivo a partir da análise de todos os prontuários de puérperas assistidas em um hospital de ensino de Minas Gerais, no período de 01 de janeiro a 31 de dezembro de 2016. Seu objetivo foi estimar a taxa de sucesso em parto vaginal após uma cesárea prévia, e os fatores associados ao desfecho. Foram revisados 1.157 prontuários e, após a seleção, foram analisados 215 prontuários de puérperas submetidas a parto vaginal após uma cesárea prévia. A taxa de parto vaginal após cesárea prévia foi de 55,8%, sendo associado ao desfecho a ausência de intercorrências e/ou patologias durante a gestação; gestações a termo, e ter tido pelo menos um parto normal prévio. Constata-se a necessidade de realização de estudos sobre o tema, dada as recomendações recentes, fatores a serem elucidados e resultados ainda contraditórios a respeito do parto vaginal após cesárea prévia.

**Descritores:** Cesárea; Parto normal; Parto obstétrico.

This is a cross-sectional and retrospective study based on the analysis of all medical records of puerperal women assisted at a teaching hospital in the state of Minas Gerais, from January 1 to December 31, 2016. This study aims to estimate the success rate in vaginal delivery after a previous cesarean section, and the factors associated with their outcome. 1,157 medical records were reviewed and, after selection, 215 records of puerperal women submitted to vaginal delivery after a previous cesarean section were analyzed. The rate of vaginal delivery after previous cesarean section was 55.8%. The factors associated with the outcome were mainly absence of complications and/or pathologies during pregnancy, full-term pregnancies, and having had at least one previous vaginal birth. There is a need for studies on the subject, given the recent recommendations, factors to be cleared and still contradictory results regarding vaginal delivery after previous cesarean section.

**Descriptors:** Cesarean section; Natural childbirth; Delivery, Obstetric

1. Enfermera. Especialista en Enfermería Obstétrica y Neonatal. Maestra y Doctora en Enfermería de Salud Pública. Profesora Adjunta del Curso de Pregrado en Enfermería de la Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-5199-7328 E-mail: marianatorreglosa@hotmail.com

2. Estudiante del Curso de Pregrado en Enfermería en la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-4890-6621 E-mail: elizabethcampos96@hotmail.com

3. Médica. Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-3119-7638 E-mail: patricinha-barbosa@hotmail.com

4. Médico. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Maestro en Patología. Profesor Asistente del Curso de Pregrado en Medicina de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0002-6474-3511 E-mail: mscaetano@terra.com.br

5. Médica. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Maestra y Doctora en Medicina Tocoginecológica. Profesora Adjunta del Curso de Pregrado en Medicina de la UFTM, Uberaba, MG, Brasil. ORCID: 0000-0003-2218-4747 E-mail: marinacp@terra.com.br

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda que la tasa de cesáreas sea inferior al 10% y no supere el 15% de todos los partos<sup>1,2</sup>. A pesar de esta recomendación, el 63% de los países extrapolan estas tasas y sólo el 28% tienen tasas inferiores al 10%<sup>3</sup>.

En Brasil, las cesáreas se caracterizan como un problema de salud pública debido a la alta incidencia de indicaciones inadecuadas y/o injustificables<sup>3,4</sup>. Desde 2009, representan más del 50% de las vías de nacimiento y van en aumento<sup>5</sup>. Datos del Departamento de Informática del Sistema Único de Salud de Brasil (DATASUS) de 2016 muestran que el 55,4% de los partos se completaron por cesárea<sup>6</sup> y la prevalencia de cesáreas realizadas por la salud complementaria alcanza tasas que van del 80 al 90%<sup>7</sup>.

La OMS recomienda, por medio de fuertes evidencias, como medidas para reducir eficazmente estas tasas: centrar la atención en la educación en salud de las mujeres embarazadas, ya que muchas optan por la cesárea debido a percepciones erróneas y al miedo al dolor; indicación de cesárea a través de una segunda opinión (doble indicación); auditoría rigurosa de los casos de pacientes sometidas a cesárea e inserción de los obstetras/enfermeros en la atención obstétrica<sup>1</sup>.

Además, se sugiere que las instituciones adopten estrategias para reducir las cesáreas, como la Clasificación de Robson<sup>8</sup>, que se utiliza para identificar quién debe someterse a cesáreas y sus posibles resultados; y, la calculadora del *C-model*, que consiste en una herramienta para la probabilidad de parto operatorio<sup>9</sup>.

Para intentar controlar la elevada tasa de cesáreas, es necesario evitar que las primíparas, así como a las parturientas que han tenido una sola cesárea anterior, sean sometidas a la cesárea, fomentando el parto vaginal siempre que sea posible<sup>10</sup>.

El parto vaginal después de una cesárea (PVDC) se recomienda encarecidamente para reducir las cesáreas e implica la orientación a las mujeres; la concienciación de los profesionales de la salud; ajustes del sistema de salud y los factores financieros, lo que constituye una estrategia compleja y multifactorial<sup>11</sup>. En Brasil, la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa es del 57%, mientras que la tasa mundial oscila entre el 60% y el 80%<sup>10</sup>.

La evidencia sugiere que el PVDC se asocia con una mayor satisfacción y experiencia positiva con el parto/nacimiento; un tiempo de recuperación posparto más rápido; menor morbilidad y mortalidad materna y neonatal; mayores posibilidades de parto vaginal en el futuro; menores tasas de depresión posparto; mejores tasas de lactancia materna exclusiva y menores tasas de dolor. Los riesgos para el recién nacido y la parturienta relacionados con el PVDC son similares a los de una primípara y la asistencia continua al binomio se asocia con los mejores resultados<sup>12,13</sup>.

Sin embargo, dos estudios de revisión, el primero de un análisis de dos ensayos clínicos que incluían a 320 mujeres<sup>14</sup>, y el segundo que señalaba la ausencia de ensayos clínicos aleatorizados y controlados<sup>15</sup>, advierten de que el PVDC debe ser una opción ante decisiones cuidadosas y cautelosas<sup>14,15</sup>. Por lo tanto, se sugiere una evaluación caso por caso<sup>12,13</sup>.

Dado que la cesárea es un problema de salud pública en Brasil y presenta un crecimiento alarmante, la tasa de éxito del PVDC es en promedio de 60-80% y que, con un seguimiento adecuado, el binomio madre-bebé presenta evidencias positivas descritas, e es conocer las tasas de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital universitario. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo estimar la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa, y los factores asociados con el resultado.

## MÉTODO

Se trata de un estudio no experimental, retrospectivo y de enfoque cuantitativo sobre la prevalencia de partos vaginales tras una cesárea previa en púerperas atendidas en un hospital universitario.

Contextualizando, el hospital es una referencia para la resolución de embarazos de alto riesgo, enfermedades infecciosas en el ciclo gravídico-puerperal, prenatal patológico en las ciudades del Triângulo Sul de Minas Gerais (27 ciudades) y embarazos normales de prenatal realizados en el ambulatorio y en el Distrito I de Uberaba (cerca de 150.000 habitantes) y en todas las ciudades del Triângulo Sul de Minas Gerais que no tienen hospital.

El estudio se realizó a partir del análisis de todas las historias clínicas de puérperas que fueron atendidas en las unidades de Alojamiento Conjunto, considerando el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2016.

Los dos investigadores fueron capacitados y calibrados por el investigador principal (profesor) y los datos se recogieron de septiembre a diciembre de 2018.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación con Seres Humanos (CEP) de la UFTM, con el dictamen número 2.496.650, del 16 de febrero de 2018. Así, todo su desarrollo se ha guiado y orientado por las Directrices y Normas Reglamentarias para la Investigación con seres humanos, contenidas en la Resolución 466/12/CNS/MS.

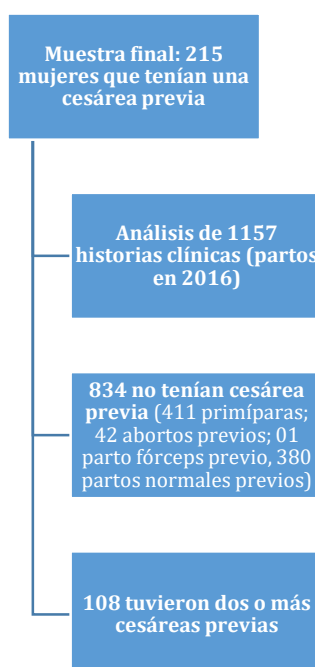
Se utilizó un instrumento propio para la recogida de datos, que contenía variables sociodemográficas y obstétricas, probado mediante un estudio piloto. Los datos recogidos se almacenaron en una hoja de cálculo de *Excel*®, con la técnica de doble digitación y tras la validación del banco.

Los datos se importaron en el *Statistical Package for the Social Sciences* (versión 23), inicialmente, el análisis se realizó mediante estadística descriptiva simple y los datos se describieron y presentaron en tablas. Para verificar la asociación entre las variables y la ocurrencia de PVDC, se utilizó la prueba exacta de Fisher. Se consideraron resultados significativos de  $p \leq 0,05$ . Para verificar la asociación real entre las variables y la ocurrencia del PVDC, se realizó una regresión lineal múltiple.

## RESULTADOS

Se revisaron 1.157 historias clínicas, de las cuales se seleccionaron 215, que correspondieron al 18,6% de todos los partos del periodo y compusieron la muestra final del estudio (Figura 1).

**Figura 1.** Selección de historias clínicas para el análisis de mujeres sometidas a cesárea en 2016, Hospital de Clínicas de UFTM, Uberaba-MG, 2019.



De las 215 embarazadas con cesárea previa, se observó que la edad media fue de  $26,3 \pm 6,1$ , con un rango de 16 a 42 años. De ellas, el 3,7% tenía menos de 19 años y el 11,2% tenía 35 años o más. En cuanto al color, el 42,3% se declaró blanca, el 37,7% negra, el 12,1% parda, y en el 7,9% de las historias clínicas no había información. La mayoría de las participantes eran solteras (65,1%) y vivían en el municipio de Uberaba (66%).

Cuando se verificaron los antecedentes de enfermedades de las participantes, el 8,8% tenía algún tipo de enfermedad antes del embarazo. Sin embargo, el 47,9% de los embarazos presentaron alguna patología o enfermedades intercurrentes como: síndromes hipertensivos (17,6%); hipotiroidismo (12,9%); retrovirus (6,5%); diabetes (4,6%) y lesiones por VPH (4,6%).

Cabe destacar que el 89,8% de las embarazadas tuvo al menos una cita prenatal, con una media de  $7,0 \pm 2,7$ , que osciló entre una y 18 citas, el 59,1% tuvo seis o más citas y el 47,4% tuvo el prenatal en el ambulatorio del hospital.

La edad gestacional osciló entre 21 y 43 semanas, siendo el 74,9% a término (de 37 a 41 semanas y 6 días); el 21,9% prematuros (menos de 37 semanas) y el 1,4% de embarazos con edad gestacional superior a 42 semanas (postérmino). De los medicamentos utilizados para la conducción/inducción del parto, el 33,8% de las embarazadas utilizaron oxitocina y el 0,5% misoprostol.

El número medio de embarazos fue de  $2,9 \pm 1,4$ , oscilando entre dos y ocho embarazos; de ellos, el 34,9% tuvo un parto normal, el 17,8% tuvo abortos y el 0,5% requirió el uso de fórceps previamente.

De las 215 historias clínicas analizadas, 120 (55,8%) gestantes tuvieron como resultado un parto vaginal; de ellas, dos con parto operatorio, a fórceps (0,9%) y 95 fueron sometidas a cesárea (44,2%).

Para verificar la asociación entre las variables sociodemográficas y obstétricas, se consideraron los resultados de los partos normales o por cesárea después de una cesárea anterior. No fue posible comparar los datos con el parto con fórceps debido a su baja prevalencia en la muestra (Tabla 1).

**Tabla 1.** Asociación del resultado del parto vaginal después de una cesárea (PVDC) con variables sociodemográficas y obstétricas, Uberaba, MG, 2019.

Variables	Parto normal (n=118)	% PVDC	Cesárea (n=95)	% PCPC	p
Edad > 35 años	14	6,5	10	4,7	0,830
Edad < 35 años	104	48,8	85	39,9	
Edad < 19 años	4	1,9	4	1,9	1,000
Edad > 19 años	114	53,5	91	42,7	
Blanca	44	22,4	46	23,5	0,060
No blanca	67	34,2	39	19,9	
Vive con pareja	29	15,0	25	13,0	0,748
No vive con pareja	79	40,9	60	31,1	
Con enfermedad previa	10	4,9	9	4,4	0,812
Sin enfermedad previa	103	50,7	81	39,9	
Patología/enfermedad intercurrente en el embarazo	49	23,4	52	24,9	<b>0,038</b>
Sin patología/ enfermedad intercurrente	68	32,5	40	19,1	
Realizó prenatal (PN)	103	50,5	88	43,1	0,391
No realizó prenatal	9	4,4	4	2,0	
6 citas o + de PN	66	36,5	59	32,6	1,000
Menos de 6 citas de PN	29	16,0	27	14,9	
Parto prematuro	19	9,1	27	12,9	<b>0,030</b>
Embarazo a término	97	46,4	66	31,6	
Parto inducido	46	21,8	25	11,8	0,078
Parto espontáneo	72	34,1	68	32,2	
Parto normal previo	50	23,7	25	11,8	<b>0,014</b>
Ningún parto normal previo	66	31,3	70	33,2	

Para verificar la asociación real de las variables y la ocurrencia de PVDC, se realizó una regresión lineal múltiple. Se colocaron en el modelo las variables que presentaron significación estadística en el análisis univariado (Tabla 1) con  $p < 0,05$ : ausencia de patologías/intercurrencias en el embarazo; embarazo a término; y, experiencia de parto normal previo.

Cuando se analizan las variables mediante el modelo lineal múltiple, se observa que la ausencia de patología/enfermedades intercurrentes durante el embarazo y haber tenido parto previo en el embarazo anterior fueron estadísticamente significativos, actuando ambas variables como factor protector de la aparición de una nueva cesárea y aumentando las posibilidades de éxito del PVDC, como se muestra en la Tabla 2.

**Tabla 2.** Modelo de regresión lineal múltiple entre el resultado del parto vaginal después de una cesárea previa (PVDC) asociado a variables obstétricas, Uberaba, MG, 2019.

Variable	Coficiente	(IC 95%)	p
Ausencia de patología/enfermedad intercurrente en el embarazo	-0,150	(-0,284) - (-0,014)	<b>0,031</b>
Embarazo a término	0,168	(-0,018) - 0,311	0,080
Parto normal previo	0,122	0,035 - 0,313	<b>0,015</b>

## DISCUSIÓN

La tasa de éxito de PVDC en la muestra del estudio fue del 55,8% (54,9% - parto normal). Esta tasa fue inferior a los resultados de los estudios realizados en Canadá<sup>16</sup>, China<sup>17</sup> y Colombia<sup>18</sup>, donde las tasas de éxito alcanzaron entre el 75 y el 85%<sup>16-18</sup>, pero fue superior a las obtenidas en los Países Bajos y la República Checa<sup>19,20</sup> con valores del 46% y el 24% respectivamente.

La edad promedio de las mujeres que tuvieron una cesárea previa fue similar al grupo de edad de las puérperas incluidas en un estudio colombiano<sup>18</sup>. Sin embargo, fue inferior a la edad encontrada en los estudios que evaluaban la tasa de éxito de PVDC, que osciló entre los 31 y los 35 años<sup>17,20,21</sup>. En este caso, la edad no se asoció con las tasas de éxito de PVDC; sin embargo, los estudios muestran tasas de éxito más altas en mujeres jóvenes<sup>12,16,18</sup> y el riesgo de cesáreas recurrentes en mujeres mayores de 35 años<sup>12,22</sup>.

La mayoría de las mujeres se declararon blancas y solteras, pero no hubo asociación de estas variables con la ocurrencia de PVDC. Sin embargo, en otros estudios, hubo una asociación de mujeres no blancas con mayores tasas de cesáreas recurrentes<sup>12,18,22</sup>.

Predominan las mujeres con embarazos sin patologías y/o interurrencias y con mayores tasas de éxito para PVDC. Del mismo modo, un estudio señaló que la ausencia de comorbilidades es un buen factor de éxito para PVDC<sup>22</sup>. De las que tenían enfermedades intercurrentes o patologías, los síndromes hipertensivos eran más frecuentes. Los casos de preeclampsia son factores que se asocian a la reducción de la probabilidad de éxito de PVDC<sup>12,18</sup>.

La mayoría de los embarazos estaban a término en el momento del ingreso para el parto y la edad gestacional mostró significación estadística en el análisis univariado. Los estudios muestran resultados contradictorios respecto a la edad gestacional. Se encontró mayores tasas de éxito asociadas a una edad gestacional igual o superior a las 39 semanas<sup>16,18,21</sup> sin embargo, se observó menores probabilidades de PVDC en embarazos de más de 40 semanas<sup>12</sup>. Un estudio chino descubrió que los embarazos de menos de 39 semanas se asociaban a tasas más altas de PVDC<sup>17</sup>.

No hubo diferencias significativas entre las mujeres ingresadas por parto espontáneo e inducido en la muestra del estudio; y la oxitocina fue el fármaco más utilizado para inducir/conducir el parto. Un estudio canadiense descubrió que las prostaglandinas fueron el fármaco más utilizado en la inducción del parto<sup>16</sup>; sin embargo, las pruebas indican que la inducción con oxitocina para el PVDC es la menos arriesgada, aunque se recomienda precaución<sup>23</sup>. Los estudios han demostrado una asociación entre: inicio del parto espontáneo,

mayor dilatación cervical en el momento del ingreso, mayores puntuaciones de Bishop y mejores tasas de éxito de PVDC<sup>12,16-18</sup>.

Dos mujeres fueron sometidas a un parto vaginal operatorio (0,9%), y si se añade a los partos vaginales, la tasa de éxito del parto vaginal tras una cesárea aumenta al 55,8%. Un estudio americano observó resultados similares entre los partos vaginales operatorios y las cesáreas recurrentes después de una cesárea previa para la salud y la seguridad materna y neonatal<sup>24</sup>, siendo una posible elección en estos casos.

Hubo un predominio de mujeres secundíparas y el 34,9% tuvo un parto normal previo, lo que se asoció con tasas más altas de éxito del PVDC. El estudio mostró una asociación entre PVDC entre las mujeres multíparas, con más de un parto previo<sup>18</sup>, y al igual que en la muestra, el haber tenido un parto vaginal previo se asoció con una mayor probabilidad de PVDC<sup>12,17</sup>.

Aunque no era el objetivo del estudio, las investigaciones apuntan a una mayor probabilidad de PVDC en mujeres con mantenimiento de peso e IMC adecuado durante el embarazo<sup>12,16,17,21</sup>, membranas amnióticas intactas en el momento del ingreso<sup>17,18</sup>; sin analgesia durante el parto<sup>17</sup>; peso fetal inferior a 4000 gramos<sup>12,17</sup> y, con experiencia previa de PVDC<sup>12</sup>. Así, el PVDC es una búsqueda compleja y multifactorial.

## CONCLUSIÓN

La tasa de PVDC fue del 55,8% (54,9% parto normal), asociándose al resultado la ausencia de enfermedades intercurrentes y/o patologías durante la gestación; embarazos a término, y haber tenido al menos un parto normal previo.

Este estudio presenta como limitaciones la utilización de datos secundarios, que pueden llevar a ignorar los datos y no permitir la profundización de informaciones y el método adoptado, ya que al ser un estudio con diseño transversal, con respecto a la validez externa, los datos no se pueden generalizar a otras realidades y no se pueden establecer relaciones causales. A su vez, aporta un retrato de la realidad del PVDC durante un año y de la institución hospitalaria en la región.

Por lo tanto, es necesario realizar estudios sobre el tema, dadas las recientes recomendaciones, los factores que hay que dilucidar y los resultados aún contradictorios en relación con el PVDC.

## REFERENCIAS

1. World Health Organization. WHO recommendations non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2018 [citado en 23 abr 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275377/9789241550338-eng.pdf?ua=1>
2. Organização Mundial da Saúde. Declaração da OMS sobre taxas de cesárea [Internet]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2015 [citado en 19 feb 2020]. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO\\_RHR\\_15.02\\_por.pdf?sequence=3](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf?sequence=3)
3. Boerma T, Ronsmans C, Melesse DY, Barros AJD, Barros IC, Juan L, et al. Global epidemiology of use and disparities in caesarean sections. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado en 20 ene 2021]; 392(10155):1341-8. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31928-7
4. Occhi GM, Franco Netto TL, Neri MA, Rodrigues EAB, Fernandes ALV. Strategic measures to reduce the caesarean section rate in Brazil. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado en 20 ene 2021]; 392(10155):1290-1. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)32407-3
5. Domingues RMSM, Dias MAB, Nakamura-Pereira M, Torres JA, D'Orsi E, Pereira APE, et al. Process of decision-making regarding the mode of birth in Brazil: from the initial preference of women to the final mode of birth. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2014 [citado en 20 ene 2021]; 30(Supl 1):S101-S116. DOI: 10.1590/0102-311X00105113

6. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Distribuição de nascimentos segundo tipo de parto [Internet]. Brasília, DF: DATASUS; 2019 [citado en 19 feb 2020]. Disponible en: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
7. Torres JA, Domingues RMSM, Sandall J, Hartz Z, Gama SGN, Filha MMT, et al. Caesarean section and neonatal outcomes in private hospitals in Brazil: comparative study of two different perinatal models of care. *Cad Saúde Públ.* [Internet]. 2014 [citado en 20 ene 2021]; 30(Suppl 1): S220-S231. DOI: 10.1590/0102-311X00129813
8. Robson MS. Classification of caesarean sections. *Fetal Matern Med Rev.* [Internet]. 2001 [citado en 20 ene 2021]; 12(1):23-39. DOI: 10.1017/S0965539501000122
9. Souza JP, Betran AP, Dumont A, De Mucio B, Pickens CMG, Deneaux-Tharaux C, et al. A global reference for caesarean section rates (C-model): a multicountry cross-sectional study. *BJOG* [Internet]. 2016 [citado en 20 ene 2021]; 123:427-36. DOI: 10.1111/1471-0528.13509.
10. Madi JM, Deon J, Rombaldi RL, Araújo BF, Rombaldi MC, Santos MB. Impacto do parto vaginal após uma cesárea prévia sobre os resultados perinatais. *Rev Bras Ginecol Obstet.* [Internet]. 2013 [citado en 20 ene 2021]; 35(11):516-22. DOI: 10.1590/S0100-72032013001100007
11. Betran AP, Lemmermann M, Kindgon C, Mohidlin A, Opiyo N, Torloni MR. Interventions to reduce unnecessary caesarean sections in healthy women and babies. *Lancet* [Internet]. 2018 [citado en 20 ene 2021]; 392(100155):1358-68. DOI: 10.1016/S0140-6736(18)31927-5
12. Rezai S, Labine M, Gottimukkala S, Karp S, Sainvil L, Isidore G, Henderson CE. Trial of labor after cesarean section (VBAC) versus repeat cesarean section: a review. *Obstet Gynecol Int J.* [Internet]. 2016 [citado en 20 ene 2021]; 4(6):00135. DOI:10.15406/ogij.2016.04.00135
13. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* [Internet]. 2019 [citado en 06 feb 2020]; 133(2):e110-27. Disponible en: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-bulletin/articles/2019/02/vaginal-birth-after-cesarean-delivery>
14. Dodd JM, Crowther CA, Huertas E, Guise JM, Horey D. Planned elective repeated caesarean section versus planned vaginal birth for women with a previous caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2013 [citado en 20 ene 2021]; 12:CD004224. DOI: 10.1002/14651858.CD004224.pub3
15. Dodd JM, Crowther CA, Grivell RM, Deussen AR. Elective repeated caesarean section versus induction of labour for women with a caesarean birth. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet]. 2017 [citado en 20 ene 2021]; 7:CD004906. DOI: 10.1002/14651858.CD004906.pub5.
16. Alavifard S, Meier K, Shulman Y, Tomlinson G, D'Souza R. Derivation and validation of a model predicting the likelihood of vaginal birth following labour induction. *BMC Pregnancy Childbirth* [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 19:130. DOI: 10.1186/s12884-019-2232-8
17. Li YX, Bai Z, Long DJ, Wang HB, Wu YF, Reilly KH, et al. Predicting the success of vaginal birth after caesarean delivery: a retrospective cohort study in China. *BMJ Open* [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 9:e027807. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-027807
18. Fonseca JE, Rodriguez JL, Salazan DM. Validation of a predictive model of successful vaginal birth after cesarean section. *Colomb Med.* [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 50(1):13-21. DOI: 10.25100/cm.v50i1.2521
19. Vankan E, Schoorel E, Kuijk SV, Nijhuis J, Hermens R, Scheepers H. On behalf of the SIMPLE study group. The effect of the use of a decision aid with individual risk estimation on the mode of delivery after a caesarean section: a prospective cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 14(9):e0222499. DOI: 10.1371/journal.pone.0222499
20. Rusavy Z, Francova E, Paymora L, Ismail KM, Kalis V. Timing of cesarean and its impact on labor duration and genital tract trauma at the first subsequent vaginal birth: a retrospective

cohort study. BMC Pregnancy Childbirth [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 19:207. DOI:10.1186/s12884-019-2359-7

21. Ryan G, Doherty KCO, Devane D, McAuliffe, Morrison J. Questionnaire survey on women's views after a first caesarean delivery in two tertiary centres in Ireland and their preference for involvement in a future randomised trial on mode of birth. BMJ Open [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 9:e031766. DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031766

22. Jeffries E, Falcone-Wharton A, Daggy J, Edmonds BT. Examining the impact of the vaginal birth after cesarean risk calculator estimation on trial of labor after cesarean counseling. MDM Policy Pract. [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]. 4(1):2381468319850830. DOI: 10.1177/2381468319850830

23. Ministério da Saúde (Br). Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana [Internet]. Brasília, DF: CONITEC; 2016 [citado en 23 abr 2020]. (Relatório de recomendação. Protocolo; 179). Disponible en: [http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio\\_Diretrizes-Cesariana\\_final.pdf](http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2016/Relatorio_Diretrizes-Cesariana_final.pdf)

24. Krizman E, Grzebielski P, Antony KM, Sampene E, Shanaham M, Irutegoyema JI, et al. Operative vaginal delivery is a safe option in women undergoing a trial labor after cesarean. Am J Perinatol Rep. [Internet]. 2019 [citado en 20 ene 2021]; 9:e190-4. DOI: 10.1055/s-0039-1692482

**Editora Asociada:** Vania Del Arco Paschoal

#### CONTRIBUCIONES

**Elizabeth dos Santos Campos** y **Patrícia Barbosa Cruz** contribuyeron a la recogida de datos y a la redacción. **Mariana Torreglosa Ruiz** y **Marina Carvalho Paschoini** participaron en la concepción del proyecto, el análisis e interpretación de los datos, la redacción y la revisión. **Mário Sérgio Silva Gomes Caetano** participó en la revisión.

#### Como citar este artículo (Vancouver)

Ruiz MT, Campos ES, Cruz PB, Caetano MSSG, Paschoini MC. Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza. REFACS [Internet]. 2021 [citado en *insertar el día, mes y año de acceso*]; 9(Supl. 1):292-299. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*

#### Como citar este artículo (ABNT)

RUIZ, M T.; CAMPOS, E. dos S.; CRUZ, P. B.; CAETANO, MA. S. S. G.; PASCHOINI, M. C. Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza. REFACS, Uberaba, MG, v. 9, p. 292-299, 2021. Supl. 1. DOI: *insertar el link de DOI*. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*.

#### Como citar este artículo (APA)

Ruiz, M.T., Campos, E.S., Cruz, P.B., Caetano, M.S.S.G., & Paschoini, M.C. (2021). Parto vaginal después de una cesárea previa en un hospital de enseñanza. REFACS, 9(Supl. 1), 292-299. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

