Artículo original
Ginecol Obstet Mex 2025; 93 (10): 397-405.

https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.322

Desenlaces en el parto después de dos cesáreas en una serie de casos

Birth outcomes after two cesarean sections in a case series.

Fátima María Guzmán Guevara,[1] José Roberto Moreno Jiménez,[2] José Arnulfo López Pulgarín[3]

Resumen

OBJETIVO: Describir los hallazgos en las madres y sus neonatos en una serie de 21 casos de parto después de dos cesáreas.
MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional, transversal y retrospectivo efectuado en pacientes embarazadas, a término, con antecedente de dos cesáreas, atendidas por el grupo médico privado Nacer Humano de Guadalajara, Jalisco, entre los años 2014 y 2022. Todas las participantes recibieron atención prenatal adecuada y, durante el seguimiento, se verificó que cumplieran con las condiciones clínicas necesarias para intentar el parto de forma segura. Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar).
RESULTADOS: Se incluyeron 21 casos de parto después de dos cesáreas. Los límites de edad de las madres fueron 24 y 40 años, con una media de 33.2 años. El intervalo transcurrido entre la última cesárea y el parto fue de 57.8 meses. Hubo porcentajes muy bajos de inductoconducción, bloqueo epidural o fórceps. No hubo casos de ruptura o dehiscencia uterina. En 8 de 21 pacientes había el antecedente de al menos un parto previo.
CONCLUSIONES: En la muestra estudiada el parto fue viable en pacientes con dos cesáreas previas. No se observaron rupturas uterinas. El asesoramiento adecuado a las pacientes es decisivo para lograr el parto con antecedente de cesárea. Sin duda hacen falta más estudios prospectivos en virtud de que se trata de una opción que podría disminuir la tasa global de cesáreas y la morbilidad quirúrgica asociada.

PALABRAS CLAVE: Atención prenatal; embarazo; cesáreas; morbilidad; asesoramiento; prueba de trabajo de parto; rotura uterina; recién nacidos.

Abstract

OBJECTIVE: To describe the findings in mothers and their newborns in a series of 21 cases of delivery after two cesarean sections.
MATERIALS AND METHODS: This observational, cross-sectional, retrospective study was conducted on pregnant patients at term with a history of two C-sections who were treated by the private medical group Nacer Humano in Guadalajara, Jalisco, between 2014 and 2022. All participants received adequate prenatal care, and during follow-up, it was verified that they met the necessary clinical conditions to safely attempt delivery. Absolute and relative frequencies were calculated for qualitative variables, and measures of central tendency and dispersion (mean and standard deviation) were estimated for quantitative variables.
RESULTS: Twenty-one cases of vaginal delivery after two cesarean sections were included. The mothers' ages ranged from 24 to 40 years, with an average age of 33.2 years. The interval between the last C-section and delivery was 57.8 months. There were very low percentages of induction, conduction, epidural block, or forceps delivery. There were no cases of uterine rupture or dehiscence. Eight of the patients had a history of at least one previous delivery.

[1] Ginecoobstetra, fundadora de Nacer humano, Guadalajara, Jalisco.
[2] Ginecoobstetra, Centro Nacer humano, Guadalajara, Jalisco.
[3] Medico Intensivista, profesor del Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara, Jalisco.

ORCID
https://orcid.org/0009-0002-7889-0544
https://orcid.org/0000-0003-2439-3569

Recibido: junio 2025

Aceptado: julio 2025

Correspondencia
Fátima María Guzmán Guevara
dra.fatima@nacerhumano.com

Este artículo debe citarse como: Guzmán-Guevara FM, Moreno-Jiménez JR, López-Pulgarín JA. Desenlaces en el parto después de dos cesáreas en una serie de casos de México. Ginecol Obstet Mex 2025; (10): 397-405.

CONCLUSIONS: Delivery was viable in patients with two previous C-sections. No uterine ruptures were observed. Adequately counseling patients is crucial to achieving successful deliveries in patients with a history of cesarean sections. Further prospective studies are undoubtedly needed, as this option could reduce the overall C-section rate and associated surgical morbidity.

KEYWORDS: Prenatal care; Pregnancy; Cesarean sections; Morbidity; Counseling; Trial of labor; Uterine rupture; Newborns.

ANTECEDENTES

En las últimas décadas, la tasa de cesáreas ha experimentado un aumento constante en todo el mundo,[1] convirtiéndose en un problema de salud pública en muchas regiones hasta superar el 50% de los nacimientos en algunos países americanos.[2] Si bien en un inicio se justificó por una reducción en la morbilidad y mortalidad materna y perinatal,[3] este incremento en las cesáreas iterativas se ha asociado con una mayor morbilidad, sobre todo hemorragia obstétrica y otras complicaciones maternas y perinatales a largo plazo.[4] De hecho, la Organización Mundial de la Salud sugiere que un porcentaje superior al 10 al 15% no se justifica.[2]

En respuesta a esta tendencia, el parto después de cesárea y la prueba de trabajo de parto se han promovido como una alternativa viable para muchas mujeres.[5] Este enfoque aporta la posibilidad de lograr el nacimiento por parto, lo que no solo responde a la preferencia de la paciente, sino que además se asocia con un menor riesgo de complicaciones en embarazos futuros; así, se contribuye a reducir la tasa global de cesáreas a nivel poblacional.[6]

Aunque la prueba de trabajo de parto después de una cesárea previa es una práctica debidamente establecida y respaldada por diversas guías nacionales e internacionales,[3,5,7] la opción de un parto después de dos cesáreas sigue siendo objeto de discusión y no se ofrece a todas las pacientes.[8,9] Una de las principales preocupaciones radica en el posible aumento del riesgo de complicaciones, sobre todo la ruptura uterina.[4]

La evidencia existente acerca del parto después de dos cesáreas exhibe hallazgos variados. Algunos estudios sugieren que el riesgo de ruptura uterina en pacientes con dos o más cesáreas no difiere, significativamente, del observado en quienes han tenido una sola cesárea (0.92% comparado con 0.68%).[1] Las tasas de éxito reportadas van del 53.6 al 86.2%.[10-13] Los estudios recientes indican que podría no estar asociado con un mayor riesgo para la madre y el neonato.[8] Por ejemplo, un estudio encontró una tasa de éxito del 76.1% sin asociación con hemorragia o ruptura uterina[13] y otro reportó un 68% de éxito sin diferencias en admisiones a la unidad de cuidados intensivos neonatales (o puntuaciones Apgar bajas.[8] A pesar de ello, otras investigaciones han señalado un aumento en el riesgo de histerectomía obstétrica y transfusión sanguínea.[14] También se ha observado un mayor riesgo de endometritis-sepsis neonatal, mayor estancia hospitalaria, y una proporción más alta de neonatos con Apgar menor de 7 y admisiones a la unidad de cuidados intensivos en el grupo de parto después de dos cesáreas en comparación con el grupo de cesárea electiva o cuando sólo tienen una cesárea previa.[12]

https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.322

En virtud de la escasez de estudios comparativos que guíen la decisión entre el parto después de dos cesáreas y la cesárea electiva, la falta de documentación de estos procedimientos en el contexto local y la importancia de ofrecer una consejería adecuada y basada en evidencia,[9] resulta fundamental documentar las experiencias clínicas. Por lo anterior el objetivo del estudio fue: describir los hallazgos en las madres y sus neonatos en una serie de 21 casos de parto después de dos cesáreas atendidos por nuestro grupo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional, transversal y retrospectivo efectuado en pacientes embarazadas, a término, con antecedente de dos cesáreas, atendidas por el grupo médico privado Nacer Humano de Guadalajara, Jalisco, entre los años 2014 y 2022. *Criterios de inclusión:* pacientes con solicitud voluntaria de una prueba de trabajo de parto y haber logrado con éxito el parto. *Criterios de exclusión:* pacientes con contraindicaciones médicas absolutas para el trabajo de parto: antecedentes de incisión uterina corporal, condiciones obstétricas de alto riesgo o enfermedades activas.

Todas las participantes recibieron atención prenatal adecuada y, durante el seguimiento, se verificó que cumplieran con las condiciones clínicas necesarias para intentar el parto de forma segura. El consentimiento informado se obtuvo antes del inicio del trabajo de parto y la atención médica intraparto se efectuó con apego a los lineamientos clínicos recomendados para minimizar los riesgos maternos y perinatales.[15]

La información se recabó retrospectivamente, a partir de los expedientes clínicos; solo se seleccionaron los casos en los que se logró un parto exitoso. *Variables de estudio:* datos de la madre, obstétricos y neonatales. El análisis estadístico se procesó en el programa Microsoft Excel 365.

Para las variables cualitativas se calcularon frecuencias absolutas y relativas; para las variables cuantitativas se estimaron medidas de tendencia central y dispersión (media y desviación estándar). Puesto que el diseño del estudio fue descriptivo, no se aplicaron pruebas estadísticas inferenciales.

RESULTADOS

Se incluyeron 21 casos de parto después de dos cesáreas. Las principales características clínicas y obstétricas de las participantes se resumen en el **Cuadro 1.** Los límites de edad de las madres fueron 24 y 40 años, con una media de 33.2 años. Al término del embarazo, el peso de las madres se ubicó entre los 61 y 90.7 kg, con una media de 71.1 kg.

En referencia a los antecedentes obstétricos: 11 pacientes cursaban el tercer embarazo, 8 el cuarto, una el quinto y una más el sexto. Todas las participantes tenían antecedente de dos cesáreas. 8 de las 21 pacientes habían tenido, al menos, un parto previo y 3 tenían antecedente de un aborto. Todas las cesáreas previas se hicieron mediante incisión tipo Kerr (transversal baja). Todos los embarazos llegaron a término, a una media de 39.4 semanas (límites 38 y 41.5 semanas). No se reportaron casos de macrosomía neonatal con recién nacidos de más de 4000 g. El peso promedio al nacer fue de 3511 ± 293 g. El intervalo interparto promedio definido como

Cuadro 1. Características generales de las pacientes

Variables	Media ± DE	Límites
Edad	33.2 ± 4.1 años	24 y 40
Peso al final del embarazo	71.1 ± 8.9 kg	61 y 90.7
Embarazos	3.6 ± 0.8	3.0 y 6.0
Periodo interparto	57.8 ± 38.7 meses	18 y 180
Peso del neonato	3511 ± 293 g	2900 y 3900
Semanas de embarazo	39.4 ± 0.98 semanas	38 y 41.5

el tiempo entre la última cesárea y el parto fue de 57.8 ± 38.7 meses, con límites de 18 y 180 meses.

Las indicaciones de las cesáreas previas se muestran en la **Figura 1.** En 14 de las 21 pacientes la segunda cesárea se indicó solo por el antecedente de una previa. También se identificaron indicaciones con justificación médica: rotura prematura de membranas, oligohidramnios, sospecha de macrosomía, intervalo intergestacional corto, distocia de parto e inducción fallida. Se registraron, además, indicaciones controvertidas como: placenta madura, circular de cordón y desproporción cefalopélvica. También se identificaron casos de cesárea electiva solicitada por la paciente, quienes en embarazos subsecuentes optaron por intentar el parto.

El **Cuadro 2** muestra un resumen general de los desenlaces obstétricos. En la mayoría de los casos las intervenciones se limitaron al mínimo necesario para garantizar la seguridad materno-fetal, con porcentajes muy bajos de inductoconducción, anestesia epidural o fórceps. No se registraron casos de ruptura ni dehiscencia uterina.

En 8 de las 21 pacientes se identificó el antecedente de al menos un parto. Las complicaciones

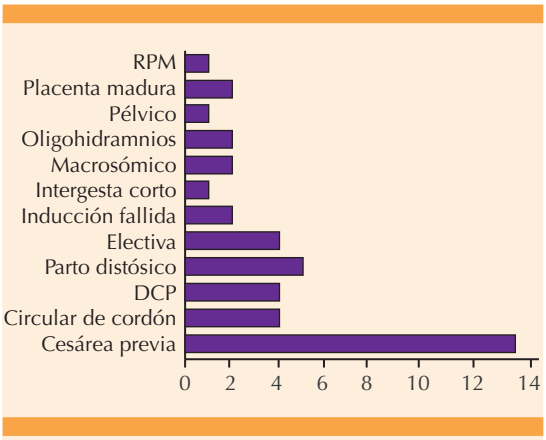


Figura 1. Indicaciones de las cesáreas previas.

Cuadro 2. Resumen de los desenlaces del parto

Variables	Cantidad de pacientes
Pacientes con partos previos	8 de 21
Dos cesáreas previas	21
Abortos previos	3 de 21
Incisión tipo Kerr previa	21
Indicación de misoprostol	0
Indicación de oxitocina	1 de 21
Bloqueo epidural	7 de 21
Aplicación de forceps	1 de 21
Ruptura o dehiscencia uterina	0
Complicaciones de la madre*	2 de 21
Complicaciones en el feto	0
Parto en agua	6 de 21
Parto en casa	2 de 21

* Una paciente con atonía uterina resuelta médicamente y otra con hematoma vulvar tratado con drenaje quirúrgico.

maternas reportadas incluyeron: un caso de atonía uterina, resuelto con tratamiento médico con oxitócicos y un hematoma vulvar que requirió drenaje quirúrgico. En 6 de 21 nacimientos fueron partos en agua, incluidos dos partos en casa en pacientes con antecedente de parto previo y tras haber otorgado su consentimiento informado.

DISCUSIÓN

Cuando se hace referencia a pacientes con dos cesáreas previas, la elección entre la prueba de trabajo de parto o la cesárea electiva de repetición no siempre está basada en evidencia sólida.[1] Gran parte de los estudios al respecto son retrospectivos y, a menudo, carecen de la potencia estadística necesaria para identificar diferencias en desenlaces poco comunes, como la ruptura uterina.[9] En este contexto de evidencia limitada, las guías de práctica clínica adquieren un papel fundamental al orientar la toma de decisiones médicas y ofrecer marcos de referencia seguros y éticos para la atención médica de estas

https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.322

pacientes. En el **Cuadro 3** se expone un análisis comparativo de tres de las más importantes.

Al comparar la bibliografía, las tasas de éxito del parto después de dos cesáreas varían del 53.6% hasta el 86.2%.[1,8-12] Un estudio retrospectivo efectuado en Israel reportó una tasa de éxito notablemente alta del 86.2%, atribuido este porcentaje elevado a un protocolo estricto que no incluye inducción ni conducción del trabajo de parto, y solo permite la prueba de trabajo de parto en pacientes con incisiones uterinas transversales bajas previas y un parto previo.[11] En contraparte, un estudio alemán encontró una tasa de éxito del 55%, con un 35% de partos espontáneos y 19.8% asistidos.[4] Este estudio considera que su tasa de éxito es realista porque no se limitó a pacientes con antecedente de parto previo. Algunos autores argumentan que estos protocolos solo pueden llevarse a cabo en países desarrollados; sin embargo, un grupo de investigadores de la República Democrática del Congo documentó una tasa de parto después de dos cesáreas del 76.1%, considerada alta para un entorno con recursos limitados.[13]

Como se observa en la **Figura 1**, llama la atención que una proporción importante de las segundas cesáreas se indicaron solo por el antecedente de cesárea previa, sin otra indicación médica asociada, a pesar de que las Guías de Práctica Clínica actuales permiten la prueba de trabajo de parto en pacientes que deseen tener un parto después de cesárea en casos seleccionados. También se identificaron indicaciones médicamente justificadas, como la rotura prematura de membranas, oligohidramnios, sospecha de macrosomía, intervalo intergestacional corto, distocia de parto e inducción fallida. Asimismo, se registraron indicaciones controvertidas como: placenta madura, circular de cordón y desproporción cefalopélvica, esta última especialmente relevante si se considera que estas pacientes lograron, después, un parto. Por último, se iden-

Cuadro 3. Resumen de las principales Guías de práctica clínica respecto al parto después de dos cesáreas (PVD2C)

	GPC MX	ACOG	RCOG
Indicaciones	Antecedente de dos o más cesáreas transversas sin complicaciones ni contraindicación obstétrica	Pacientes con dos cesáreas transversas bajas. Los datos del riesgo de las pacientes con más de dos cesáreas son limitados	Pacientes con antecedente de dos o más cesáreas segmentarias bajas
Tasas de éxito	73% (Landon, 2006)*	Similar al PVDC (60-80%)	Similar al PVDC (62-75%)
Riesgo de ruptura uterina	0.9% (Landon, 2006)*	0.9-3.7%	1.36%
Otros riesgos del PVD2C vs PVDC	Hemotransfusión, histerectomia	Reporta cierto aumento en el riesgo de morbilidad entre mujeres con PVD2C, aunque la diferencia absoluta es pequeña	Histerectomia (56/10 000 contra 19/10 000). Hemotransfusión (1.99 *vs* 1.21%).
Otras observaciones	Debe informarse los riesgos	La probabilidad de PVDC se puede obtener usando la calculadora de la ACOG (disponible en la web) que ha sido validada en mujeres con antecedente de 2 cesáreas[19]	Se debe dar asesoramiento por parte de un obstetra senior sobre riesgos y probabilidad individual de éxito. El trabajo de parto debe llevarse a cabo en un centro con experiencia adecuada y el acceso inmediato a la cesárea

*No se menciona directamente en la guía, pero se toma la bibliografía citada como referencia.

tificaron casos de cesárea electiva solicitada por la paciente, quienes en embarazos subsecuentes optaron por intentar el parto.

El estudio aquí publicado no tuvo como objetivo evaluar la tasa de éxito porque no se incluyeron ni analizaron los casos en los que, por razones médicas o por decisión informada de la paciente, se optó por la cesárea electiva en lugar de intentar el parto. Por tanto, los desenlaces deben interpretarse como una descripción de casos exitosos, y no como una evaluación de la eficacia comparativa entre estas dos opciones de atención obstétrica.

Un hallazgo decisivo de esta serie de casos es la ausencia de ruptura o dehiscencia uterina, considerada la complicación más grave asociada al parto después de dos cesáreas. La bibliografía reporta tasas variables de ruptura uterina en pacientes que intentan una prueba de trabajo de parto con antecedente de dos cesáreas. Los estudios clásicos han comparado este riesgo con el de las cesáreas electivas y han encontrado una tasa de ruptura uterina de 0.03% en cesáreas programadas, en comparación con 1.76% en casos de parto, lo que representa un riesgo significativamente mayor, con un OR de 29.1 (IC95%: 3.4-246.3).[16]

La bibliografía reciente cita tasas de ruptura uterina completa entre 0.14 y 1.6%.[1,8,11-13] Incluso, en un estudio publicado en 2024 no se documentaron casos de ruptura uterina completa, aunque sí se identificaron tres casos de ruptura incompleta (3.3%), sin que se observara afectación en los desenlaces neonatales. Estos hallazgos sugieren que, aunque la ruptura uterina constituye una complicación grave, su incidencia es baja en relación con el total de casos de parto después de dos cesáreas, y en situaciones de ruptura parcial o incompleta, es posible una atención oportuna sin que necesariamente se traduzca en morbilidad y mortalidad materna o fetal.[4]

En esta investigación todas las cesáreas previas fueron de incisión tipo Kerr o transversal baja, lo que es relevante porque este tipo de incisiones uterinas son las más seguras para una prueba de trabajo de parto subsecuente, a diferencia de las incisiones clásicas o en forma de J o T.[17]

La bibliografía reciente muestra desenlaces diversos en cuanto a morbilidad materna. Un estudio publicado en 2024 reportó que las pacientes del grupo del parto después de dos cesáreas tuvieron una estancia hospitalaria significativamente más corta, con tasas de complicaciones maternas generales comparables con las del grupo de cesárea electiva (13.2 en comparación con 16.2%).[4] De manera similar, otro estudio informó la falta de diferencias significativas en la incidencia de complicaciones graves: hemorragia posparto, necesidad de transfusión sanguínea, infección, histerectomía o lesiones vesicales e intestinales entre uno y otro grupo.[8] En contraste, otra investigación reportó un mayor riesgo de endometritis o sepsis postnatal (10.3%), así como una estancia hospitalaria más prolongada (2.4 días) en el grupo del parto después de dos cesáreas.[12] En conjunto, estos hallazgos reflejan una variabilidad en los resultados que podría estar relacionada con factores clínicos, institucionales y metodológicos, lo que refuerza la importancia de llevar a cabo estudios adicionales que permitan delimitar mejor los perfiles de riesgo y beneficio del parto después de dos cesáreas.

Los estudios revisados muestran que los desenlaces neonatales del parto después de dos cesáreas son comparables con los de la cesárea electiva. Gran parte de las investigaciones no reportan diferencias significativas en los puntajes de Apgar a los 5 minutos ni en la mortalidad neonatal.[1,4] Sin embargo, ciertos ensayos han identificado mayores tasas de Apgar menor de 7 y de admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales,[12] mientras que otros reportan resultados contrarios, con mayor frecuencia de admisiones a cuidados intensivos neonatales y peores desenlaces com-

https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.322

puestos en el grupo de la cesárea electiva.[11] Lo que sí parece consistente es que los casos de prueba de trabajo de parto fallida se asocian con un aumento en los eventos adversos neonatales,[11] lo que subraya la importancia de una adecuada selección de pacientes idóneas y una vigilancia estrecha durante el trabajo de parto.

La serie aquí informada registró un caso de atonía uterina resuelto con tratamiento médico y un hematoma vulvar que requirió drenaje quirúrgico como únicas complicaciones maternas y no se reportaron complicaciones perinatales. Si bien en la bibliografía se describen tasas más altas de eventos adversos en casos de parto después de dos cesáreas, nuestra experiencia sugiere que, con una adecuada selección de pacientes y vigilancia obstétrica, la prueba de trabajo de parto puede practicarse de manera segura, minimizando los riesgos para la madre y el recién nacido. Es importante resaltar cómo la comunicación y el consentimiento informado son decisivos, sobre todo cuando las pacientes rechazan la atención convencional recomendada.[18]

Si se hace referencia a los factores predictivos de éxito en la serie aquí publicada, el antecedente de al menos un parto previo (8 de 21 pacientes) puede favorecer el éxito en el parto después de dos cesáreas. Este es un factor consistentemente reconocido en la bibliografía.[8,9,11,13] Hay estudios que señalan al índice de masa corporal menor de 30 previo al embarazo como un factor predictor del éxito de parto después de cesárea,[4,19] aunque no contamos con este dato en nuestros casos, podemos apreciar variabilidad importante en el peso de la madre al término, lo que sugiere que este dato por sí solo no debería ser un criterio excluyente para ofrecer una prueba de trabajo de parto, sobre todo si se consideran de forma integral otros factores clínicos favorables. De igual manera, un mayor peso del neonato al nacer se asocia con el fracaso de la prueba de trabajo de parto,[4] aunque en este estudio no hubo neonatos con macrosomía.

En contraste con el enfoque de intervención mínima durante el trabajo de parto, algunas fuentes discuten la posibilidad de inductoconducción. Hay artículos en los que se sugiere que la inducción o conducción se asocian con una mayor probabilidad de prueba de trabajo de parto fallida, [8,9] mientras otras informan que la indicación de oxitocina facilitó el parto después de dos cesáreas sin aumentar el riesgo de morbilidad materna o neonatal.[13] Una revisión sistemática identificó que existe muy baja certeza en la evidencia disponible respecto de si las intervenciones para la inducción del trabajo de parto, farmacológicas o no, influyen de manera significativa en las tasas de parto con cesáreas previas o en el riesgo de ruptura uterina.[20] No obstante, las tasas de ruptura reportadas permanecen dentro de los límites clínicos aceptables y equivalentes a lo informado en la bibliografía, lo que podría respaldar la seguridad de la oxitocina en casos seleccionados.

Ciertos estudios advierten que un intervalo interparto corto es un factor de riesgo independiente para la ruptura uterina. En uno de ellos se fija como punto de corte los 15 meses con un OR de 3.05 (IC95%: 1.36-6.87),[21] mientras que en otro se toman 18 meses con un OR de 3.0 (IC95% 1.3-7.2).[22] En el estudio aquí informado el intervalo entre la última cesárea y el parto fue de al menos 18 meses en todos los casos, tiempo que se encuentra por encima del intervalo interparto de riesgo elevado.

En relación con la vigilancia de la cicatriz uterina como predictor de ruptura, persiste una discusión en la bibliografía respecto de su utilidad clínica. Un estudio sugiere que un grosor miometrial residual menor a 2.8 mm podría considerarse un factor de riesgo, y no sería recomendable intentar un parto en esos casos.[23] Algunos autores argumentan que la medición ecográfica del grosor del segmento uterino inferior carece de sentido biológico y clínico, debido a la naturaleza fibrosa del tejido cicatricial, lo que limita

su capacidad para predecir una ruptura uterina de manera confiable.[24] También es importante señalar que, aunque en estudios observacionales previos han identificado cierta correlación entre el grosor de la cicatriz y el riesgo de ruptura, un ensayo clínico efectuado en el 2022 fue insuficiente para establecer conclusiones definitivas, por lo que el propio autor hace hincapié en la necesidad de más investigación en este campo.[25] Ante la falta de consenso y de evidencia robusta que respalde la aplicación clínica de esta medición, en lo que aquí se comunica se optó por no utilizar el grosor del segmento uterino como criterio de inclusión o exclusión, dando prioridad en su lugar a una evaluación integral del contexto obstétrico y de la voluntad informada de las pacientes.

En 6 de los 21 nacimientos aquí reportados se efectuaron en agua, incluidos dos partos en casa en pacientes con antecedente de parto previo y luego de haber otorgado su consentimiento informado. La evidencia disponible sugiere que el parto en agua no incrementa la morbilidad materna ni neonatal cuando se lleva a cabo en condiciones adecuadas de control y selección.[26] Si bien no es una práctica que se promueva de forma generalizada en mujeres con antecedente de dos cesáreas, consideramos que, en casos cuidadosamente seleccionados y con una asesoría individualizada, puede ser una opción segura y respetuosa para quienes expresan esta preferencia.

CONCLUSIONES

Lo encontrado en este estudio respalda la viabilidad del parto después de dos cesáreas en pacientes seleccionadas, debidamente informadas y motivadas. No se observaron rupturas uterinas, lo que coincide con la asentado en la bibliografía. Si bien los hallazgos son prometedores, es decisivo reconocer que el tamaño reducido de la muestra limita la posibilidad de generalizar los resultados y disminuye la capacidad para identificar eventos poco frecuentes. Además, la naturaleza retrospectiva del estudio implica dependencia de la calidad de los registros clínicos, así como la posibilidad de omisiones en variables no registradas que podrían actuar como factores de confusión. Estas observaciones subrayan la importancia de una asesoría adecuada y la necesidad de más estudios prospectivos pues se trata de una opción que podría reducir la tasa global de cesáreas y la morbilidad quirúrgica asociada.

REFERENCIAS

1. De Leo R, La Gamba DA, Manzoni P, et al. Vaginal birth after two previous cesarean sections versus elective repeated cesarean: a retrospective study. Am J Perinatol 2020; 37 (S 02): S84-S88. https://doi.org/10.1055/s-0040-1714344
2. Instituto Mexicano de Seguro social. Guía de Práctica Clínica para la Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea México. https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/048GER.pdf
3. Secretaria de Salud. Parto después de una cesárea, 2013. https://www.herramientasparteria.cisc.org.mx/documentos/oficiales/GuiasPracticaClinica/Evidencia_Recomendaciones/GER_cesarea.pdf
4. Denjean S, Reis D, Bräuer M, et al. Trial of labour after two caesarean sections (TOLA2C) and risk of uterine rupture, a retrospective single centre study. BMC Pregnancy Childbirth 2024; 24 (1): 576. https://doi.org/10.1186/s12884-024-06763-x
5. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean delivery. ACOG Practice Bulletin No. 205. Obstet Gynecol 2019; 133 (2): e110-127. https://sci-hub.se/10.1097/AOG.0000000000003078
6. Martínez-Villafaña E, Zetuna-Bagatella JZ, Quesnel García-Benítez CA. Factores asociados con el éxito de una prueba de trabajo de parto después de cesárea sin antecedente de parto. Ginecol Obstet México 2023; 91 (7): 493-98. https://doi.org/10.24245/gom.v91i7.8735
7. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth after previous caesarean birth. Green-top Guideline No. 45. Published online October 2015. https://www.rcog.org.uk/media/kpkjwd5h/gtg_45.pdf
8. Horgan R, Hossain S, Fulginiti A, et al. Trial of labor after two cesarean sections: A retrospective case-control study. J Obstet Gynaecol Res 2022; 48 (10): 2528-2533. https://doi.org/10.1111/jog.15351
9. Sargent J, Savitsky L, Dissanayake M, et al. Gestational weight gain during pregnancy as an important factor influencing a successful trial of labor following two previous cesareans. Am J Perinatol 2019; 36 (06): 588-93. https://doi.org/10.1055/s-0038-1670679

https://doi.org/10.24245/gom.v93i10.322

10. Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2) -a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. BJOG 2010; 117 (1): 5-19. https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2009.02351.x
11. Rotem R, Hirsch A, Sela HY, Grisaru-Granovsky S, et al. Maternal and neonatal outcomes following trial of labor after two previous cesareans: a retrospective cohort study. Reprod Sci 2021; 28 (4): 1092-1100. https://doi.org/10.1007/s43032-020-00378-1
12. McMullan JC, Creswell L, Frazer M, et al. Trial of labour following two previous caesarean sections -A UK cohort study. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2024; 298: 182-186. https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2024.05.020
13. Maroyi R, Nyakio O, Buhendwa C, et al. Experience on trial of labor and vaginal delivery after two previous cesarean sections: A cohort study from a limited-resource setting. Int J Gynecol Obstet 2023; 162 (1): 266-72. https://doi.org/10.1002/ijgo.14665
14. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. Risk of uterine rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. Obstet Gynecol 2006; 108 (1): 12-20. https://sci-hub.se/10.1097/01.AOG.0000224694.32531.f3
15. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5432289&fecha=07/04/2016#gsc.tab=0
16. Macones GA, Cahill A, Pare 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 (4): 1223-28. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2004.12.082
17. Miller ES, Grobman WA. Obstetric outcomes associated with induction of labor after 2 prior cesarean deliveries. Am J Obstet Gynecol 2015; 213 (1): 89.e1-89.e5. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2015.02.003
18. Jenkinson B, Kruske S, Stapleton H, Beckmann M, et al. Maternity care plans: A retrospective review of a process aiming to support women who decline standard care. Women Birth 2015; 28 (4): 303-309. https://doi.10.1016/j.wombi.2015.05.003
19. Metz TD, Allshouse AA, Faucett AM, Grobman WA. Validation of a vaginal birth after cesarean delivery prediction model in women with two prior cesarean deliveries. Obstet Gynecol 2015; 125 (4): 948-52. https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000744
20. Wingert A, Hartling L, Sebastianski M, et al. Clinical interventions that influence vaginal birth after cesarean delivery rates: Systematic review & meta-analysis. BMC Pregnancy Childbirth 2019; 19 (1): 529. https://doi.org/10.1186/s12884-019-2689-5
21. DeFranco EA, Stamilio DM, Boslaugh SE, et al. A short interpregnancy interval is a risk factor for preterm birth and its recurrence. Am J Obstet Gynecol 2007; 197 (3): 264.e1-6. https://sci-hub.se/10.1016/j.ajog.2007.06.042
22. Bujold E, Gauthier RJ. Risk of uterine rupture associated with an interdelivery interval between 18 and 24 months. Obstet Gynecol 2010; 115 (5): 1003-1006. https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181d992fb
23. Tanos V, Toney ZA. Uterine scar rupture - Prediction, prevention, diagnosis, and management. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2019; 59: 115-131. https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.01.009
24. Ragusa A, Svelato A. Search for a predictive relationship between ultrasound thickness of the lower uterine segment and rupture of the uterus in women with a prior cesarean delivery does not make biological sense. Am J Obstet Gynecol 2022; 226 (2): 283-84. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.09.026
25. Rozenberg P, Sénat MV, Deruelle P, et al. Evaluation of the usefulness of ultrasound measurement of the lower uterine segment before delivery of women with a prior cesarean delivery: a randomized trial. Am J Obstet Gynecol 2022; 226 (2): 253.e1-253.e9. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.08.005
26. McKinney JA, Vilchez G, Jowers A, et al. Water birth: a systematic review and meta-analysis of maternal and neonatal outcomes. Am J Obstet Gynecol 2024; 230 (3): S961-S979.e33. https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.08.034

Las adscripciones de los autores de los artículos son, de manera muy significativa, el respaldo de la seriedad, basada en la experiencia de quienes escriben. El hecho de desempeñarse en una institución de enseñanza, de atención hospitalaria, gubernamental o de investigación no describe la experiencia de nadie. Lo que más se acerca a ello es la declaración de la especialidad acreditada junto con el cargo ocupado en un servicio o una dirección. Cuando solo se menciona el nombre de la institución hospitalaria ello puede prestarse a interpretaciones muy diversas: efectivamente, labora en un gran centro hospitalario, pero se desempeña en funciones estrictamente administrativas, ajenas al tema de la investigación, estrictamente clínico.