



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.  
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), marzo-abril 2026,  
Volumen 10, Número 2.

[https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2)

# VÍA DEL PARTO Y CARACTERIZACIÓN DE GESTANTES CON CESÁREAS PREVIAS EN UN HOSPITAL DE PERÚ

MODE OF CHILDBIRTH AND CHARACTERISTICS OF  
PREGNANT WOMEN WITH PRIOR CESAREAN SECTIONS  
AT A HOSPITAL IN PERU

**Jenny Mendoza Vilcahuaman**

Universidad Nacional de Huancavelica

**Karina Marisol Delgadillo Carhuallanqui**

Hospital Regional Docente de Medicina Tropical Dr. "Julio César Demarini Caro"

**Gabriela Ordoñez Ccora**

Universidad Nacional de Huancavelica

Huancavelica, Perú

**Cesia Rebeca Zarate Cáceres**

Universidad Nacional de Huancavelica

Huancavelica, Perú

DOI: [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v10i2.23306](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v10i2.23306)

## Vía del parto y caracterización de gestantes con cesáreas previas en un hospital de Perú

**Jenny Mendoza Vilcahuaman<sup>1</sup>**[jenny.mendoza@unh.edu.pe](mailto:jenny.mendoza@unh.edu.pe)<https://orcid.org/0000-0002-1903-1355>Universidad Nacional de Huancavelica  
Huancavelica, Perú**Karina Marisol Delgadillo Carhuallanqui**[kardeca1324@gmail.com](mailto:kardeca1324@gmail.com)<https://orcid.org/0009-0000-5807-6049>Hospital Regional Docente de Medicina Tropical  
Dr. “Julio César Demarini Caro”**Gabriela Ordoñez Ccora**[gabriela.ccora@unh.edu.pe](mailto:gabriela.ccora@unh.edu.pe)<https://orcid.org/0000-0001-6841-7863>Universidad Nacional de Huancavelica  
Huancavelica, Perú**Cesia Rebeca Zarate Cáceres**[Cesia.zarate@unh.edu.pe](mailto:Cesia.zarate@unh.edu.pe)<https://orcid.org/0000-0001-6168-5574>Universidad Nacional de Huancavelica  
Huancavelica, Perú

### RESUMEN

El **objetivo** del estudio fue determinar la vía del parto y caracterización de gestantes con cesáreas previas atendidas en el hospital de La Merced en Chanchamayo, 2022 y 2023. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo y transversal; la muestra fue 543 gestantes con cesáreas previas. **Resultados:** La vía del parto fue por cesárea 87.8% (477) y parto vaginal 12.2% (66). Las características demográficas fueron; eran jóvenes 72.9%, añosas 23.6%, amas de casa 100.0%, de procedencia urbana 63.2% y rural 36.8%. Las características obstétricas; gestaciones pretérmino 12.9%, a término 86.7%, tuvieron anemia 26.7%, con más de seis atenciones prenatales 88.0%, con sobrepeso 16.2%, con obesidad 2.8%, con periodo intergenésico adecuado y largo 98.7%, y con pelvis ginecoide 95.0%. Las indicaciones de la cesárea fueron; cesárea previa 85.1%, preeclampsia 2.9%, desproporción céfalo pélvica 2.4%, oligohidramnios 2.1%, pelvis estrecha 1.6% y macrosomía fetal 1.3%. Las complicaciones maternas perinatales fueron; infección puerperal 8.8% y síndrome de distrés respiratorio 1.3%. **Conclusión:** La principal vía del parto para mujeres con cesárea previa fue la cesárea; eran mujeres jóvenes, amas de casa, con gestaciones a término, con atención prenatal, y la principal indicación fue la cesárea previa.

**Palabras clave:** Cesárea previa, gestantes, característica, complicación.

---

<sup>1</sup> Autor principal

Correspondencia: [jenny.mendoza@unh.edu.pe](mailto:jenny.mendoza@unh.edu.pe)

## Mode of childbirth and characteristics of pregnant women with prior cesarean sections at a hospital in Peru

### ABSTRACT

The objective of this study was to determine the delivery method and characteristics of pregnant women with previous cesarean sections treated at La Merced Hospital of Chanchamayo, 2022 and 2023. Methodology: This was an observational, descriptive, and cross-sectional study; the sample consisted of 543 pregnant women with previous cesarean sections. Results: The delivery method was cesarean section in 87.8% (477) and vaginal delivery in 12.2% (66). Demographic characteristics included: 72.9% were young, 23.6% were elderly, 100.0% were housewives, 63.2% were from urban areas, and 36.8% were from rural areas. Obstetric characteristics; Preterm pregnancies accounted for 12.9%, term pregnancies for 86.7%, anemia for 26.7%, more than six prenatal visits for 88.0%, overweight for 16.2%, obesity for 2.8%, adequate and long interpregnancy intervals for 98.7%, and a gynoid pelvis for 95.0%. Indications for cesarean section included: previous cesarean section (85.1%), preeclampsia (2.9%), cephalopelvic disproportion (2.4%), oligohydramnios (2.1%), narrow pelvis (1.6%), and fetal macrosomia (1.3%). Perinatal maternal complications included puerperal infection (8.8%) and respiratory distress syndrome (1.3%). Conclusion: The primary delivery method for women with a previous cesarean section was cesarean delivery. They were young women, housewives, with full-term pregnancies, receiving prenatal care, and the main indication was a previous cesarean section.

**Keywords:** Previous cesarean section, pregnant women, characteristics, complication.

*Artículo recibido 28 febrero 2026  
Aceptado para publicación: 28 marzo 2026*



## INTRODUCCIÓN

La cesárea es un tipo de cirugía mayor obstétrica muy frecuente, implica extraer al bebé por medio de una incisión sobre la pared abdominal y tejidos del útero. Una de las indicaciones más frecuentes de las cesáreas son las cesáreas previas. La proporción de las cesáreas repetidas está en incremento, por lo que es importante realizar una minuciosa monitorización e intervención temprana ante cualquier evento adverso durante el trabajo de parto, esto contribuye con la reducción de morbilidad materna, procedimientos de riesgo y de emergencia asociados a las cesáreas previas (1).

La obstetricia moderna aplica dos vías principales de finalización del embarazo; el parto vaginal y la cesárea abdominal. El primero se sustenta en la expulsión del feto a través del canal del parto, priorizando la fisiología del proceso, el acompañamiento biopsicosocial y el manejo del dolor con técnicas no farmacológicas o analgesia peridural, lo que contribuye en la mejora de los indicadores de satisfacción materna y disminuye la morbilidad por iatrogenia. Por otro lado, la cesárea se define como una intervención quirúrgica mediante laparotomía e histerotomía, indicada ante cualquier compromiso del bienestar materno y fetal; la cesárea electiva o de emergencia, requiere anestesia profunda y un protocolo de recuperación postoperatoria estricto para mitigar riesgos inherentes a la cirugía mayor y asegurar la adecuada cicatrización de los tejidos(2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha postulado que la tasa óptima de cesáreas debe oscilar entre el 5% y el 15% para garantizar una reducción de la morbimortalidad materna y neonatal. No obstante, la tendencia global muestra una desviación significativa de estos parámetros. En el contexto de América Latina, se observa una medicalización excesiva del parto, registrando prevalencias de parto quirúrgico que superan el 40%. Esta disparidad evidencia un desafío de salud pública frente a la recomendación de priorizar la vía vaginal como el método de resolución obstétrica predominante(3).

La decisión de realizar una cesárea electiva en mujeres con cesárea previa, en lugar de ofrecer la opción de intentar un parto vaginal, con el fin de evitar complicaciones obstétricas, no está exenta de riesgos, incluyendo hemorragias, infecciones y lesiones de órganos; y según la evidencia científica, el parto vaginal es exitoso en un porcentaje significativo de casos, especialmente en mujeres con partos vaginales o cesáreas previas. Factores como el historial de partos, indicaciones previas de cesárea, inicio



espontáneo del parto, inducción, índice de masa corporal, edad materna y peso del bebé, influyen en la tasa de éxito del parto vaginal después de una cesárea previa (6-9).

Hoy en día, la evidencia científica derivada de ensayos clínicos sobre comparación de los resultados materno y perinatales del intento de parto vaginal tras cesárea (TOLAC) y la cesárea electiva repetida (ERCS) es muy limitada. Sin embargo, los datos de estudios observacionales sugieren que el éxito del parto por vía vaginal se asocia con la disminución significativa de la morbilidad materna. A pesar de estas ventajas interesantes, existe un doble riesgo crítico; por un lado, el parto vaginal exitoso ofrece el mejor pronóstico, y por el otro, el fracaso del intento de parto que termina en una cesárea de emergencia conlleva a una mayor morbilidad comparándola con la programada, lo que resalta la gran importancia de seleccionar de una manera más estricta y minuciosa a las candidatas para la cesárea (4-6).

La evidencia científica sugiere que, en gestantes con cesárea previa, el intento de parto vaginal tras cesárea (TOLAC) presenta un perfil de seguridad superior frente a la cesárea electiva repetida (ERCS). En una cohorte guatemalteca, se observó que el 79.9% de las pacientes con antecedentes quirúrgicos finalizaron su gestación mediante una nueva cesárea, de las cuales el 59.4% fueron programadas y el 40.5% se realizaron de forma intraparto, asociándose estas últimas a factores como la atención hospitalaria y la distocia del trabajo de parto. Notablemente, el estudio no reportó variaciones significativas en los resultados clínicos independientemente del momento de la intervención, lo cual constituye una base diagnóstica clave para informar a las pacientes que el pronóstico tras un intento fallido de parto no es inferior al de una cesárea programada(7).

En Brasil, un estudio en una cohorte de 238 pacientes con antecedentes de cesárea reveló una prevalencia de parto vaginal del 16,3%, frente a un 83,7% de parto por vía alta. Al analizar las atenciones prenatales, hubo mayor cobertura en el grupo de parto vaginal en 95,3% en comparación con el grupo de cesárea en 81,2%. Notablemente; además, 38,3% de los partos por cesáreas se justificaron bajo el criterio de "cesárea previa". Concluyen que la indicación de una nueva cesárea basada únicamente en el antecedente de cesárea previa, carece de un sustento clínico alineado con la evidencia científica moderna, sugiriendo una sobreutilización del procedimiento(8).



Este estudio busca describir la vía de parto y caracterizar a las gestantes con antecedentes de cesárea. A través de este análisis, se pretende aportar evidencia que promueva la optimización de los criterios de selección para la prueba de trabajo de parto después de una cesárea (TOLAC), fundamentada en los beneficios clínicos documentados en el corto como y largo plazo que el parto vaginal ofrece para la mujer y niño por nacer en comparación con la cirugía iterativa.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

Este es un estudio se desarrolló bajo un diseño descriptivo, observacional y de corte transversal. La población de estudio consistió en una muestra censal de 543 gestantes con antecedentes de cesárea, asistidas en el Hospital Regional Docente de Medicina Tropical 'Dr. Julio César Demarini Caro' de Chanchamayo, los años 2022-2023. Para la obtención de datos, se usó la técnica de análisis documental, empleando una ficha de recolección estructurada redactada en estricta correspondencia con la matriz de operacionalización de variables. Finalmente, el procesamiento de la información se hizo con la estadística descriptiva para el análisis univariado de los datos.

## **RESULTADOS**

Los resultados del estudio permiten caracteriza la vía de culminación del embarazo y los perfiles principales de las gestantes con antecedente de cesárea atendidas en el Hospital La Merced de Chanchamayo durante el periodo 2022 al 2023. El procesamiento de datos se efectuó mediante estadística descriptiva y análisis univariado.

En la Tabla 1 se observa la distribución por frecuencia de la vía del parto, siendo que el 87.8% de los partos fue por cesárea y el 12.2% fue parto por vía vaginal.

**Tabla N°1 Vía del parto.**

<b>Vía del parto</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (hi)</b>
Cesárea	477	87.8
Vaginal	66	12.2
Total	543	100.0

En la Tabla 2 se observa una distribución de las características demográficas de las gestantes con cesárea previa, los que muestran que son adolescentes 3.5%, jóvenes 72.9%), añosas 23.6%, amas de casa el 100.0%, de procedencia urbana 63.2% y rural 36.8%.

**Tabla N°2 Características demográficas**

<b>Características demográficas</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (hi)</b>
<b>Edad por grupos</b>		
Adolescente	19	3.5
Joven	396	72.9
Añosa	128	23.6
<b>Ocupación</b>		
Ama de casa	543	100.0
Trabaja	0	0.0
<b>Lugar de procedencia</b>		
Urbano	343	63.2
Rural	200	36.8
Total	543	100.0

En la Tabla 3 se observa que las características obstétricas de las gestantes con cesáreas previas fueron; gestaciones pretérmino 12.9%, a término 86.7%, pos término 0.4%, tuvieron anemia 26.7%, con atención prenatal completa 88.0%, con sobrepeso 16.2%, con obesidad 2.8%, con periodo intergenésico corto 1.3% y tenían pelvis ginecoide 95.0%.

**Tabla N°3 Características obstétricas**

<b>Características obstétricas</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (hi)</b>
<b>Edad Gestacional</b>		
Pretérmino	70	12.9
A término	471	86.7
Post término	2	0.4
<b>Anemia</b>		

No	398	73.3
Si	145	26.7
<b>Atención prenatal completa</b>		
No	65	12.0
Si	478	88.0
<b>Sobrepeso</b>		
No	455	83.8
Si	88	16.2
<b>Obesidad</b>		
No	528	97.2
Si	15	2.8
<b>Periodo intergenésico corto</b>		
No	536	98.7
Si	7	1.3
<b>Pelvis Ginecoide</b>		
No	27	5.0
Si	516	95.0
Total	543	100.0

En la Tabla 4 se observa que el 11.0% de las gestantes con cesárea previa presentaron complicaciones maternas perinatales en el parto y posparto y estas fueron; infección materna puerperal 8.8%, el síndrome de distrés respiratorio neonatal 1.3% y la hemorragia materna en el 0.9%.



**Tabla N°4 Complicaciones maternas perinatales**

<b>Complicaciones materno perinatales</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (hi)</b>
Infección puerperal	48	8.8
Síndrome de distrés respiratorio	7	1.3
Hemorragia	5	0.9
Asfixia neonatal	0	0.0
Sepsis neonatal	0	0.0
Total	543	100.0

En la Tabla 5 se observa que del total de gestantes con cesárea previa 100% (543), tuvieron parto por cesare 87.8% (477), y las indicaciones fueron; cesárea previa 85.1%, preeclampsia 2.9%, desproporción céfalo pélvica 2.4%, oligohidramnios 2.1%, pelvis estrecha 1.6%, macrosomía fetal 1.3%, presentación podálica 1.3%, sufrimiento fetal agudo 1.3%, inminencia de rotura uterina 0.8%, desprendimiento prematuro de placenta 0.6% y hepatitis B 0.6%.

**Tabla N°5 Indicación de la cesárea**

<b>Indicación de cesárea</b>	<b>Frecuencia (fi)</b>	<b>Porcentaje (hi)</b>
Cesárea previa	406	85.1
Preeclampsia	14	2.9
Desproporción céfalo pélvica	11	2.4
Oligohidramnios	10	2.1
Pelvis estrecha	8	1.6
Macrosomía fetal	6	1.3
Presentación podálica	6	1.3
Sufrimiento fetal agudo	6	1.3
Inminencia de rotura uterina	4	0.8
Desprendimiento prematuro de placenta	3	0.6
Hepatitis B	3	0.6
Total	477	100.0



## Discusión de resultados

Los hallazgos del presente estudio revelan una alta prevalencia de la cesárea repetida, con una tasa del 87,8% frente a un reducido 12,2% de partos vaginales. Esta tendencia guarda una similitud parcial con los resultados reportados por Tesfahun et al. (9), Qu et al.(10) y Ayachi et al. (11), quienes registraron tasas de éxito en el parto vaginal tras cesárea (PVDC) del 35,1%, 29,6% y 37,0%, respectivamente; destacando, además, que la implementación del PVDC logró reducir la incidencia global de cesáreas en un 3,1% según Qu et al.(12). Sin embargo, los resultados del estudio presentan una discrepancia significativa con la evidencia internacional de centros de alta complejidad; donde investigaciones como las de Lazarou et al.(13) y Ybaseta et al.(14) reportan una predominancia del parto vaginal con un 70,1% y 79,0%, respectivamente. En sintonía, Mi et al. (15) y Nguo et al. (16) demostraron que la viabilidad de la prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa alcanza niveles de éxito del 76,5% y 76,1%, con márgenes de reconversión a cesárea de apenas el 23,5% y 23,9%. Asimismo, Qu et al. (10) documentaron una tasa de éxito del PVDC del 88,2% dentro de un grupo seleccionado.

Las características demográficas de las gestantes con antecedentes de cesárea atendidas en la institución revelan una distribución generacional donde las pacientes jóvenes constituyen el estrato predominante con un 72,9%, seguidas de las añosas 23,6% y, en proporción menor la adolescente 3,5%. En cuanto a la ocupación y el entorno geográfico, se observó una homogeneidad absoluta en la dedicación a las labores domésticas 100,0% y con una prevalencia de procedencia urbana en el 63,2%. Los estudios revisados internacionales identifican a la juventud materna como un factor demográfico recurrente, resultado que se alinean con lo reportado por Tesfahun et al.(9) y Ybaseta et al. (14), quienes sitúan el grueso de la población en sus 20 a 30 años, alcanzando una frecuencia del 80,0%. Asimismo, Singh et al. (17) identificaron que el 42,4% de su muestra se ubicaba en el rango de los 26 a 30 años. Sobre la residencia de las gestantes, en contraste con la presente investigación, Ybaseta et al. (14) registraron una marcada predominancia de procedencia rural 81,0% y un nivel educativo concentrado en la instrucción secundaria 62,0%. Estas características muestran evidencia de un perfil de gestante joven y dedicada al hogar. La identificación de estas variables resulta fundamental para la praxis obstétrica; los profesionales de la salud deben integrar estos determinantes sociales y demográficos al diseñar estrategias de manejo



para pacientes con cicatriz uterina previa, optimizando así la calidad de la atención prenatal y el pronóstico del parto.

Las características obstétricas de las gestantes con cesáreas previas fueron; gestaciones pretérmino 12,9%, a término 86,7%, con anemia el 26,7%, con atención prenatal completa 88,0%, con sobrepeso 16,2%, con periodo intergenésico corto 1,3%, y con pelvis ginecoide 95,0%. Otros estudios hallaron características obstétricas como; Mendoza et al(17), el 62,5% tuvo periodo intergenésico adecuado, el 69,0% con atención prenatal adecuada y el 84,5% con pelvis ginecoide; y Gold et al(18), halló periodos intergenésicos largos entre partos, secundíparas y edad gestacional a término. Por tanto, existe una convergencia significativa en la literatura científica respecto a la importancia del control gestacional; todos los estudios analizados concuerdan en que una mayoría de gestantes superior al 60,0% recibió una atención prenatal completa y adecuada. Esta homogeneidad en los datos subraya que el adecuado seguimiento clínico es una constante en el manejo de pacientes con antecedente de cesárea, independientemente del contexto del estudio.

La complicación materna perinatal de las cesáreas con cesárea previas se cuantificó en un 11,0%, desglosándose específicamente en infección puerperal en el 8,8%, síndrome de distrés respiratorio 1,3% y hemorragias 0,9%. Estas cifras guardan una correlación clínica con la evidencia presentada por por Qiu et al(19), hallaron rotura uterina, asfixia neonatal y la muerte perinatal; Wu et al(20), mostraron rotura uterina en 70,5%, hemorragia posparto 2,7% y asfixia neonatal en el 9,4%; Mendoza et al(17), hallaron que un 64,5% con anemia moderada y severa, rotura uterina en el 10,5% y atonía uterina en 5,0%; un 15,0% con Apgar bajo, un 11,0% asfixia neonatal y 9,0% síndrome de insuficiencia respiratoria; e Ybaseta et al(14), hallaron hemorragia post parto y el síndrome de distrés respiratorio. A la luz de esta evidencia, se deduce que el espectro de complicaciones más recurrente comprende la patología infecciosa y hemorrágica en la madre, junto con la morbilidad respiratoria en el recién nacido; por consiguiente, se postula que la promoción del parto vaginal después de una cesárea debe constituirse como una directriz clínica prioritaria para mitigar estos riesgos iatrogénicos y optimizar los resultados perinatales.



Las indicaciones de mayor frecuencia para la cesárea de gestantes con cesáreas previas incluían; cesárea previa en el 85,1%, seguida por la preeclampsia 2,9%, la desproporción céfalo-pélvica 2,4%, el oligohidramnios 2,1% y la pelvis estrecha 1,6%, mientras que la macrosomía, la presentación podálica y el sufrimiento fetal agudo representaron, cada uno, el 1,3%. Esta distribución difiere sustancialmente de la casuística internacional donde Tesfahun et al.(9) y Saraya et al. (21) identificaron al sufrimiento fetal en 38,9% y 27,5% respectivamente y al fracaso en la progresión del trabajo de parto en 32,1% y 22,5% como los principales disparadores de la intervención; asimismo, Singh et al. (22) destacaron el periodo intergenésico corto en un 15,1% y Barrera et al. (23) reportaron una incidencia comparativa del 50,2% para la cesárea iterativa. La prevalencia crítica de la cesárea previa como indicación primaria en la institución de estudio constituye un hallazgo preocupante que exacerba el riesgo de morbilidad materno y perinatal, subrayando la urgencia de implementar protocolos clínicos basados en la evidencia que prioricen la viabilidad del parto vaginal y optimicen los resultados en salud reproductiva.

## CONCLUSIONES

En el hospital La Merced de Chanchamayo, la vía de parto en pacientes con antecedentes quirúrgicos fue principalmente por cesárea en un 87.8%, incidencia que eleva sustancialmente el riesgo de morbilidad materno y perinatal. El perfil demográfico, caracterizado por gestantes jóvenes y dedicadas a labores domésticas, subraya la necesidad de integrar estos factores en la vigilancia prenatal y la psicoprofilaxis obstétrica como estrategias de prevención de la intervención quirúrgica iterativa. Clínicamente, la prevalencia de gestaciones a término, con control prenatal exhaustivo, periodos intergenésicos adecuados y una configuración de pelvis ginecoide, constituye un escenario óptimo para la viabilidad del parto vaginal. No obstante, la persistencia de complicaciones como la infección puerperal, la hemorragia y el síndrome de distrés respiratorio neonatal exige un monitoreo riguroso para reducir las tasas de morbilidad y mortalidad del binomio madre e hijo. Resulta particularmente crítico que la cesárea previa tenga como indicación principal a la cesárea previa en 85,1%, superando a causas médicas como la preeclampsia, la desproporción céfalo-pélvica, el oligohidramnios y otras distocias; la indicación de la cesárea por antecedente refleja una práctica clínica que requiere ser reevaluada mediante protocolos que favorezcan el éxito del parto vaginal tras una cesárea.



## Agradecimientos

Nuestro agradecimiento al personal de obstetricia y de estadística del hospital La Merced de Chanchamayo quienes nos apoyaron con facilitar todos los datos disponibles de las mujeres que fueron parte de la muestra de estudio.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Rana DrYK, Patel DrAJ, Sharma DrP, Thakkar DrC. Repeat cesarean section: Its indications and impact on maternal morbidity. *International Journal of Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 2024 Sep 1;8(5):168–71. doi:10.33545/gynae.2024.v8.i5c.1523
2. Clínica Las Condes. Tipos de parto [Internet]. 2017 [cited 2026 Feb 27]. p. 1–2. Available from: <https://www.clinicalascondes.cl/BLOG/Listado/Ginecologia/parto-tipos-y-formas-de-dar-a-luz/#:~:text=Parto%20natural%2C%20parto%20vaginal%20y>
3. Organización Mundial de la Salud. OMS [Internet]. 2015 [cited 2023 Sep 22]. p. 1. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. Available from: <https://www.who.int/es/publications/i/item/WHO-RHR-15.02>
4. Ryan G, Duggan J, Finnegan catherine, Morrison J. National Clinical Practice Guideline – Vaginal Birth After Caesarean Section [Internet]. Reino Unido; 2023 Jan. Report. Available from: <https://www.rcpi.ie/faculties/obstetricians-and-gynaecologists/national-clinical-guidelines-in->
5. Dy J, DeMeester S, Lipworth H, Barrett J. No. 382-Trial of Labour After Caesarean. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*. 2019 Jul;41(7):992–1011. doi:10.1016/j.jogc.2018.11.008
6. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Birth After Previous Caesarean Birth. Reino Unido; 2015. Report.
7. Harrison MS, Garces A, Figueroa L, Westcott J, Hambidge M, Krebs NF. The association of timing of repeat cesarean with outcomes among a cohort of Guatemalan women with a history of prior cesarean birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 20;21(1):516. doi:10.1186/s12884-021-04000-3
8. De Souza ACS, Ferrari RAP, Sodr e TM, Miranda LL, Begale IS, Bernardy CCF. Fatores que influenciam a via de parto em mulheres com cesárea anterior / Factors that influence the labor



- path in women with previous cesárea. *Brazilian Journal of Development*. 2021 Nov 10;7(11):103669–88. doi:10.34117/bjdv7n11-135
9. Tesfahun TD, Awoke AM, Kefale MM, Balcha WF, Nega AT, Gezahegn TW, et al. Factors associated with successful vaginal birth after one lower uterine transverse cesarean section delivery. *Sci Rep*. 2023 May 31;13(1):8871. doi:10.1038/s41598-023-36027-1
  10. Qu ZQ, Yang MH, Du MY, Ma C, Tao YP, Chen Z, et al. [Outcome of vaginal birth after cesarean section in women with advanced maternal age]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2017 Aug 25;52(8):521–5. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2017.08.004 PubMed PMID: 28851168.
  11. Ayachi A, Derouich S, Morjene I, Mkaouer L, Mnaser D, Mourali M. [Predictors of birth outcomes related to women with a previous caesarean section: experience of a Motherhood Center, Bizerte]. *Pan Afr Med J*. 2016;25:76. doi:10.11604/pamj.2016.25.76.9164 PubMed PMID: 28292039.
  12. Qu ZQ, Ma RM, Xiao H, Tian YQ, Li BL, Liang K, et al. [The outcome of trial of labor after cesarean section]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2016 Oct 25;51(10):748–53. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2016.10.008 PubMed PMID: 27788742.
  13. Lazarou A, Oestergaard M, Netzl J, Siedentopf JP, Henrich W. Vaginal birth after cesarean (VBAC): fear it or dare it? An evaluation of potential risk factors. *J Perinat Med*. 2021 Sep 27;49(7):773–82. doi:10.1515/jpm-2020-0222
  14. Ybaseta-Soto G, Quijandía-Tataje C, Ybaseta-Soto M. Parto vaginal en gestantes con cesárea previa en un hospital general del Perú. *Revista Médica Panacea*. 2020 Mar 10;9(1):4–12. doi:10.35563/rmp.v9i1.290
  15. Mi Y, Qu P, Guo N, Bai R, Gao J, Ma Z, et al. Evaluation of factors that predict the success rate of trial of labor after the cesarean section. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Dec 24;21(1):527. doi:10.1186/s12884-021-04004-z
  16. Guo N, Bai RM, Qu PF, Huang P, He YP, Wang CL, et al. [Influencing factors and antenatal assessment of the vaginal birth after cesarean section]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2019 Jun 25;54(6):369–74. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-567x.2019.06.003 PubMed PMID: 31262120.



17. Mendoza-Vilcahuaman J, Villca-Vargas RJ, Romero-Parejas PE, Muñoz-De La Torre RJ, Cárdenas-Pineda L, Guerra-Olivares T. Minor option for vaginal delivery in repeat cesarean sections: characterization study. *Ginecol Obstet Mex.* 2022 Apr 1;90(4):342–7. doi:10.24245/gom.v90i4.7281
18. Gold Zamir Y, Peled T, Hochler H, Sela HY, Weiss A, Lipschuetz M, et al. Trial of labor after 2 previous cesareans: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2024 Apr;6(4):101209. doi:10.1016/j.ajogmf.2023.101209
19. Qiu L, Zhu J, Lu X. The safety of trial of labor after cesarean section (TOLAC) versus elective repeat cesarean section (ERCS): a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine.* 2023 Dec 31;36(1). doi:10.1080/14767058.2023.2214831
20. Wu SW, Lu YZ, Wang SS, Dong XJ, Fang JH, He D, et al. [Analysis of factors affecting vaginal birth after cesarean]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi.* 2016 Aug 25;51(8):576–80. doi:10.3760/cma.j.issn.0529-567X.2016.08.005 PubMed PMID: 27561935.
21. Saraya YS, Alashkar AH, Ali MA, Rajab AM, Saquib N. Indications and rate of first cesarean delivery in central region's maternity and children hospital. *Saudi Med J.* 2019 Dec;40(12):1251–5. doi:10.15537/smj.2019.12.24736
22. Singh R, Rehman A, Rabbani Ismaili OM, Vishlux P. Fetomaternal outcomes in patients undergoing cesarean after previous 1 or more cesarean section at Government Medical College, Saharanpur. *Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol.* 2025 Jun 26;14(7):2195–9. doi:10.18203/2320-1770.ijrcog20251965
23. Barrena Neyra M, Quispesaravia Ildelfonso P, Flores Noriega M, Leon Rabanal C. Frecuencia e indicaciones del parto por cesárea en un hospital docente de Lima, Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia.* 2020 Jun 11;66(2). doi:10.31403/rpgo.v66i2246

