

# Parto vaginal después dos cesáreas. ¿Es una práctica segura?

Vaginal delivery after two cesarean sections. Is it a safe practice?

doi: [10.61997/bjm.v14i1.448](https://doi.org/10.61997/bjm.v14i1.448)

Deivys Rodríguez Navarro<sup>1</sup>, Saraima Kendra Guerra Calvo<sup>2</sup>

## RESUMEN

**Introducción:** Una creencia muy extendida es que una madre que ha tenido una cesárea ya no podrá tener un parto vaginal; sin embargo, hay evidencias de que es posible incluso con dos o más cesáreas anteriores. **Objetivo:** Describir los resultados del parto vaginal después de una y dos cesáreas previas en un hospital de atención secundaria de Djibouti. **Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, donde se incluyeron las pacientes con una o dos cesáreas anteriores de más de dos años, en trabajo de parto, sin condición que contraindique el parto transpélvico y que la causa de la cesárea primera no fuese una desproporción céfalo-pélvica. **Resultados:** Todas las pacientes con dos cesáreas previas, y el 96,9 % de aquellas con una cesárea previa, se recibieron con más de 4 cm de dilatación cervical. La mayoría tenía menos de 40 años. Al aplicar el puntaje de Flamm, 18 de las 33 pacientes con una cesárea previa, tenían alta probabilidad de éxito si se proseguía con el parto vaginal. El éxito global con una cesárea previa fue del 78,8 %, y del 87,5 % con el antecedente de dos cesáreas. Se presentaron 8 complicaciones, y 7 de ellas correspondieron a pacientes con una sola cesárea previa. La complicación más frecuente fue la hemorragia postparto inmediato. **Conclusiones:** La frecuencia de parto vaginal exitoso después de una o dos cesáreas fue alta, y parece no haber menor probabilidad de éxito cuando hay antecedentes de dos cesáreas previas. La predicción fue más precisa para el grupo con dos cesáreas previas, aunque en ambos, cuando el puntaje de Flamm fue elevado, el parto vaginal casi siempre fue posible.

**Palabras clave:** Cesárea; Parto transpélvico; Ruptura uterina; Complicaciones obstétricas

## ABSTRACT

**Introduction:** A widely held belief is that a mother who has had a cesarean section will no longer be able to deliver vaginally; however, there is evidence that it is possible even with two or more previous cesarean sections. **Objective:** To describe the results of vaginal delivery after one and two previous cesarean sections in a secondary care hospital in Djibouti. **Methods:** A descriptive, longitudinal study was conducted, which included patients with one or two previous cesarean sections more than two years ago, in labor, with no condition contraindicating transpelvic delivery and whose first cesarean section was not caused by cephalopelvic disproportion. **Results:** All patients with two previous cesarean sections, and 96.9% of those with one previous cesarean section, were delivered with more than 4 cm of cervical dilation. The majority were under 40 years old. When the Flamm score was applied, 18 of the 33 patients with a previous cesarean section had a high probability of success if vaginal delivery was continued. The overall success rate with one previous cesarean section was 78.8%, and 87.5% with a history of two cesarean sections. There were 8 complications, 7 of which occurred in patients with only one previous cesarean section. The most frequent complication was immediate postpartum hemorrhage. **Conclusions:** The frequency of successful vaginal delivery after one or two cesarean sections was high, and there does not seem to be a lower probability of success when there is a history of two previous cesarean sections. The prediction was more accurate for the group with two previous cesarean sections, although in both groups, when the Flamm score was high, vaginal delivery was almost always possible.

**Keywords:** Caesarean section; Delivery; Uterine rupture; Obstetric complications

<sup>1</sup>Médico Especialista en Medicina General Integral y en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Dr. Mario Muñoz Monroy, Cuba. Hospital Mohamed Ahmed Issè, Djibouti. Correspondencia: [rona48338@gmail.com](mailto:rona48338@gmail.com)

<sup>2</sup>Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia. Profesor Instructor. Hospital Piti Fajardo, Cuba. Hospital Mohamed Ahmed Issè, Djibouti.

## INTRODUCCIÓN

En 1916, Craigin, citado por Carroll CS, et al,<sup>1</sup> declaró "una vez cesárea, siempre cesárea", considerándose en ese momento una ley. En esa época la cesárea era corpórea, no existían los antibióticos ni las transfusiones, la morbimortalidad materno-fetal y los riesgos posteriores de una probable rotura uterina eran elevados.

Durante la década de 1980 se efectuaron múltiples estudios que pretendían demostrar que el parto vaginal es posible después de la cesárea, y la conclusión fue que efectivamente el riesgo era mínimo y el parto después de la cesárea podía llevarse a cabo siempre y cuando la cicatriz uterina fuera transversa baja.<sup>1,2</sup>

Las mujeres con dos cesáreas anteriores también pueden optar a un parto vaginal, y cada vez existen más estudios que avalan que existe relativa seguridad en estos partos. La tasa de rotura uterina es algo mayor, aunque no significativa. Podría aceptarse un parto vaginal en mujeres con dos cesáreas anteriores individualizando el caso, y sabiendo las indicaciones estrictas que desencadenaron las cesáreas anteriores.<sup>3,4</sup>

Una investigación publicada por la Sociedad Británica de Obstetricia y Ginecología en 2010,<sup>5</sup> concluyó que tener tres o más cesáreas no debería ser un impedimento para intentar un parto vaginal. La investigación demostró que las mujeres que han tenido tres cesáreas o más, e intentan un parto vaginal, tienen tasas similares de éxito que las mujeres que solo tienen una cesárea anterior, y los riesgos son los mismos que si se opta por una cesárea programada.

La complicación más grave al decidir un parto vaginal con una cesárea anterior, es la rotura uterina. Esta complicación puede generar un sangrado masivo, y obliga a extraer al feto de manera emergente. Si bien esta complicación puede ser grave, su incidencia es realmente muy baja.<sup>6-8</sup> Por ello, es muy recomendable que la primera opción de una mujer con una cesárea sea intentar un parto por vía vaginal, teniendo en cuenta las complicaciones de repetidas cesáreas.

Hay otros factores a tener en cuenta cuando ya se ha realizado una cesárea, como las adherencias peritoneales, que pueden producir dolor, y dificultar técnicamente las siguientes intervenciones, con mayor riesgo de lesionar la vejiga o el intestino. También está la posibilidad del acretismo placentario, que surge cuando la placenta se introduce dentro de la zona de la cicatriz e invade las capas profundas del útero. Como resultado pueden darse hemorragias internas de diversa gravedad.<sup>9</sup>

De igual modo, las mujeres con dos cesáreas anteriores también pueden optar a un parto vaginal. Aunque es

relativamente poca la evidencia, parece que con el parto vaginal después de varias cesáreas, no se incrementan las complicaciones materno-fetales.<sup>7,10</sup>

Este trabajo compara los resultados del parto vaginal después de una y dos cesáreas previas en un hospital de atención secundaria. Aunque se realiza en la práctica en Djibouti, no existen estudios que muestren cuál es la evolución de las pacientes sometidas a un parto vaginal después de la cesárea, especialmente múltiple.

## MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal, en el Hospital Mohamed Ahmed Issè, de la República de Djibouti, durante el año 2022. Se incluyeron las pacientes con una o dos cesáreas anteriores que acudieron en trabajo de parto. El universo estuvo conformado por 41 pacientes, 33 de ellas con una cesárea anterior y ocho con dos cesáreas anteriores.

### Criterios de inclusión

- Más de dos años de la última cesárea.
- Pacientes recibidas en trabajo de parto.

### Criterios de exclusión

- La cesárea anterior se debió a una desproporción céfalo-pélvica.
- Otras contraindicaciones para el parto transpélvico actual.

Los casos se incluyeron de forma consecutiva, durante todos los meses del año en estudio. Las variables incluyeron los aspectos requeridos para establecer el puntaje de Flamm<sup>4</sup> (edad materna, parto vaginal antes y/o después de la cesárea, grado de dilatación cervical), el cual se empleó como elemento de comparación entre los grupos con una o dos cesáreas previas. Además, se estudiaron las complicaciones que aparecieron durante el trabajo de parto en las pacientes de ambos grupos. Los datos se obtuvieron de las historias clínicas y se compilaron y presentaron resumidos como frecuencias absolutas y relativas de las variables.

En todos los casos se obtuvo el consentimiento de la paciente para proseguir con el parto vaginal y para utilizar la información proporcionada exclusivamente para los fines de la investigación, preservando la privacidad de los datos personales.

## RESULTADOS

La tabla 1 muestra los principales aspectos tenidos en cuenta para calcular el puntaje de Flamm. Todas las pacientes con dos cesáreas previas, y el 96,9 % de aquellas con una cesárea previa, se recibieron con más de 4 cm de dilatación cervical. Además, en la mayoría de los casos de ambos grupos, la

edad materna fue menor de 40 años, con 87,8 y 87,5 %, respectivamente. Ambos elementos favorecen el éxito del parto vaginal.

**Tabla 1.** Características de las pacientes según los criterios del Puntaje de Flamm, con una o dos cesáreas previas.

Características	Una cesárea N=33	%	Dos cesáreas N=8	%
Edad materna <40 años	29	87,8	7	87,5
Parto vaginal antes y después de la cesárea	5	15,1	1	12,5
Parto vaginal antes de la cesárea	9	27,2	4	50,0
Parto vaginal después de la cesárea	11	33,3	1	12,5
Sin parto vaginal previo	10	30,3	2	25,0
Dilatación cervical al ingreso $\geq 4$ cm	32	96,9	8	100

**Fuente:** Historias clínicas

**Nota:** Las frecuencias relativas corresponden al total de cada grupo.

La tabla 2 muestra el número de pacientes con una cesárea previa, que lograron un parto exitoso, en relación con la predicción del puntaje de Flamm. Al aplicar dicha herramienta, 18 de las 33 pacientes tenían alta probabilidad de éxito si se proseguía con el parto vaginal, y finalmente, de ellas, en el 88,9 % (16 pacientes) se logró. Para las 12 pacientes con puntaje entre 6 y 7 (probabilidad media), el parto exitoso se logró en el 77,7 %. Dos de las tres pacientes con puntaje de 2 o menos, lograron el parto exitoso, a pesar de que las probabilidades eran bajas.

**Tabla 2.** Predicción de éxito del puntaje de Flamm en relación con los resultados para pacientes con una cesárea previa (n=33).

Predicción de Flamm	Predicción	Parto exitoso	%
Puntajes de 0 – 2	3	2	66,7
Puntajes de 6 – 7	12	8	66,7
Puntajes de 8 – 10	18	16	88,9
Total	33	26	78,8

**Fuente:** Historias clínicas

**Nota:** Los porcentajes reflejan la proporción de casos con parto exitoso para cada categoría del puntaje.

En el caso de las pacientes con dos cesáreas previas, la predicción del puntaje fue mucho más precisa. Todas las

mujeres con puntaje de 8 a 10 (buen pronóstico) lograron un parto vaginal exitoso; asimismo, de las dos con puntaje intermedio, una lo logró y otra no. Globalmente, el parto vaginal fue exitoso en el 87,5 % de las pacientes con el antecedente de dos cesáreas previas, superior al 78,8 % obtenido con las que tenían solamente una cesárea anterior.

**Tabla 3.** Predicción de éxito del puntaje de Flamm en relación con los resultados para pacientes con dos cesáreas previas (n=8).

Predicción de Flamm	Predicción	Parto exitoso	%
Puntajes de 0 – 2	0	0	0
Puntajes de 6 – 7	2	1	50,0
Puntajes de 8 – 10	6	6	100,0
Total	8	7	87,5

**Fuente:** Historias clínicas

**Nota:** Los porcentajes reflejan la proporción de casos con parto exitoso para cada categoría del puntaje.

Las complicaciones presentadas durante el seguimiento del parto, para ambos grupos, se muestran en la tabla 4. En total, se presentaron 8 complicaciones, y 7 de ella correspondieron a pacientes con una sola cesárea previa. La complicación más frecuente fue la hemorragia postparto inmediato, presente el 4 pacientes; 3 de ellas del grupo con una cesárea previa. La rotura uterina solamente se reportó en una paciente de esta serie.

**Tabla 4.** Complicaciones presentadas en el seguimiento del parto.

Complicaciones	Una cesárea	Dos cesáreas	Total
Hemorragia posparto inmediato	3	1	4
Instrumentaciones	2	0	2
Rotura uterina	1	0	1
Total	7	1	8

**Fuente:** Historias clínicas

## DISCUSIÓN

La frecuencia de realización de cesáreas se ha incrementado de manera alarmante en las últimas décadas. La misma oscila entre un 21 y un 50 % en diferentes países.<sup>11-13</sup> Aunque la cesárea electiva se considera en la actualidad una intervención quirúrgica segura, el índice de complicaciones se eleva cuando se trata de pacientes obesas, fumadoras o

con más de una cesárea previa.<sup>14</sup> De ahí que la práctica de recomendar el parto vaginal después de la realización de una o más cesáreas, en pacientes que cumplan determinados criterios, tenga cada vez más adeptos.

En un estudio multicéntrico realizado en Italia, que incluyó 300 pacientes con cesáreas previas, se logró un parto vaginal exitoso en el 74,7 %, sin diferencias significativas respecto al número de cesáreas anteriores. Estos autores identificaron como factores favorecedores del éxito, el antecedente de un parto vaginal y la conducción del parto con oxitocina.<sup>15</sup> Por otro lado, en Etiopía, Girma Y, et al,<sup>16</sup> reportaron un 41 % de éxito del parto vaginal en 416 mujeres con cesáreas previas. Un estudio descriptivo realizado en Nigeria en un periodo de 5 años, reportó un éxito de parto vaginal después de la cesárea de un 66,9 %. La complicación más frecuente fue la retención placentaria y no se reportó mortalidad materna.<sup>17</sup> Los protocolos para la toma de decisión y las condiciones de las instituciones y sistemas de salud, pueden ser algunas de las razones de la disparidad de estas cifras en diferentes reportes.<sup>18,19</sup>

De Leo R, et al,<sup>20</sup> comparan los resultados materno fetales entre dos grupos de pacientes que teniendo el antecedente de dos cesáreas previas, escogieron el parto vaginal o una nueva cesárea. El índice de éxito fue del 76,1 %. Los autores no encontraron diferencias respecto al puntaje de Apgar, sin embargo, el parto vaginal favoreció una menor estadía hospitalaria y un mayor peso al nacer.

Flamm BL y Geiger AM,<sup>4</sup> publicaron en 1997 una investigación donde propusieron un sistema de puntuación para predecir la probabilidad de parto vaginal en pacientes sometidas a un trabajo de parto después de una cesárea, utilizando factores conocidos al momento del ingreso al hospital. El puntaje de Flamm sigue siendo una herramienta útil que permite evaluar una serie de parámetros que nos brindan información relacionada con la predicción y probabilidad de un parto vaginal exitoso. No obstante, otros scores como el cervical de Bishop y el de TOLAC han sido ampliamente aplicados y validados en estudios experimentales.<sup>21</sup> Otros autores, han desarrollado sus propios nomogramas basados en series de casos locales, como el expuesto por Yun-Xiu Li, et al, en China.<sup>22</sup>

Uno de los trabajos más extensos sobre este tema fue publicado por Cahil A, et al,<sup>5</sup> que incluyó datos de 25 000 pacientes con al menos una cesárea anterior atendidas en 17 hospitales de Estados Unidos durante 4 años. Las 89 mujeres que con tres o más cesáreas anteriores, intentaron un parto vaginal, tuvieron las mismas posibilidades de lograrlo que las que solo tenían una o dos cesáreas anteriores. En ningún caso se reportaron complicaciones graves.

Más recientemente, Fruscalzo A, et al,<sup>7</sup> resumieron en un meta análisis los resultados del parto vaginal después de tres o más cesáreas. El porcentaje promedio de éxito fue del 67 %, mayor cuando existía el antecedente de un parto vaginal, cuando se utilizó oxitocina, prostaglandinas o anestesia epidural. En esta revisión sistemática, la frecuencia de rotura uterina fue del 1 %.

La hemorragia constituyó la complicación más frecuente en el presente estudio. Similares resultados reportaron Sahin S, et al,<sup>21</sup> en un estudio realizado en Turquía, aunque la frecuencia de aparición fue menor. La rotura uterina constituye, sin dudas, la complicación más temida. Aunque su frecuencia oscila entre el 0,9 % y el 3,7 %, parece existir un ligero incremento del riesgo cuando el parto se induce con oxitocina, e incluso más si se emplean prostaglandinas.<sup>21</sup> El mayor riesgo de histerectomía vinculado a la rotura uterina en el parto vaginal después de una cesárea, se equipara con el riesgo de histerectomía en futuros embarazos vinculados a trastornos adherenciales placentarios (placenta previa, acretismo placentario) y a las complicaciones quirúrgicas de la cesárea iterada.

En general, las pacientes con buena evolución del trabajo de parto, y que son adecuadamente monitorizadas, tienen mejores resultados en términos de complicaciones, tanto maternas como fetales. Sin embargo, las potenciales candidatas para un parto después de al menos una cesárea, deben ser seleccionadas siguiendo rigurosos criterios.<sup>23,24</sup>

Las mujeres con cesáreas previas deben ser adecuadamente informadas de los riesgos y posibilidades de éxito de un eventual parto vaginal. Davis D, et al,<sup>25</sup> enfatizan en el rol de las parteras en escenarios donde la atención obstétrica es apoyada por este tipo de personal, pues llegan a ser más cercanas y escuchadas que los propios obstetras.

Para eliminar las barreras del parto vaginal después de la cesárea, se deben considerar estrategias apropiadas que incluyan el establecimiento de centros de asesoramiento especializados, políticas de incentivos basadas en el desempeño, desarrollo cultural y promoción del parto natural, promoción de la cultura del trabajo en equipo, toma de decisiones compartida, mejora del conocimiento y las habilidades de los proveedores de atención materna e implementación de pautas clínicas.<sup>26</sup>

## CONCLUSIONES

La frecuencia de parto vaginal exitoso después de una o dos cesáreas fue alta, y parece no haber menor probabilidad de éxito cuando hay antecedentes de dos cesáreas previas. La predicción fue más precisa para el grupo con dos cesáreas previas, aunque en ambos, cuando el puntaje de Flamm fue elevado, el parto vaginal casi siempre fue posible. La

complicación más frecuente fue la hemorragia.

Debe individualizarse el riesgo cuando se intente el parto vaginal después de una o varias cesáreas, con especial atención a las razones que llevaron a su realización. Las ventajas del parto vaginal justifican esta práctica.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Carroll CS Sr, Magann EF, Chauhan SP, Klausner CK, Morrison JC. Vaginal birth after cesarean section versus elective repeat cesarean delivery: weight-based outcomes. *Am J Obstet Gynecol*. 2003; 188:1516-20; discussion 1520-2. doi: [10.1067/mob.2003.472](https://doi.org/10.1067/mob.2003.472)
- Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal Medicine. Practice Bulletin No. 169: Multifetal Gestations: Twin, Triplet, and Higher-Order Multifetal Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2016; 128:e131. Reaffirmed 2019. doi: [10.1097/aog.0000000000001709](https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001709)
- den KB, Denman MA, Emeis CL, McDonagh MS, Fu R, Janik RK, et al. Trial of labor and vaginal delivery rates in women with a prior cesarean. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012; 41: 583-98. doi: [10.1111/j.1552-6909.2012.01388.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01388.x)
- Flamm BL, Geiger AM. Vaginal birth after cesarean delivery: an admission scoring system. *Obstet Gynecol*. 1997; 90(6):907-10. doi: [10.1016/s0029-7844\(97\)00531-0](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(97)00531-0)
- Cahill AG, Tuuli M, Odibo AO, Stamilio DM, Macones GA. Vaginal birth after cesarean for women with three or more prior cesareans: assessing safety and success. *BJOG*. 2010; 117(4):422-7. doi: [10.1111/j.1471-0528.2010.02498.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02498.x)
- Arusi TT, Zewdu Asefa D, Gutulo MG, Gensa Geta T. Predictors of Uterine Rupture After One Previous Cesarean Section: An Unmatched Case-Control Study. *Int J Womens Health*. 2023; 15:1491-1500. doi: [10.2147/IJWH](https://doi.org/10.2147/IJWH)
- Fruscalzo A, Rossetti E, Londero AP. Trial of Labor after Three or More Previous Cesarean Sections: Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2023; 227(2):96-105. doi: [10.1055/a-1965-4125](https://doi.org/10.1055/a-1965-4125)
- Flis W, Socha MW, Wartęga M, Cudnik R. Unexpected Uterine Rupture-A Case Report, Review of the Literature and Clinical Suggestions. *J Clin Med*. 2023; 12(10):3532. doi: [10.3390/jcm12103532](https://doi.org/10.3390/jcm12103532)
- Macones GA, Peipert J, Nelson DB, Odibo A, Stevens EJ, Stamilio DM, et al. Maternal complications with vaginal birth after cesarean delivery: a multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 193(5):1656-62. doi: [10.1016/j.ajog.2005.04.002](https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.04.002)
- Horgan R, Hossain S, Fulginiti A, Patras A, Massaro R, Abuhamad AZ, et al. Trial of labor after two cesarean sections: A retrospective case-control study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2022; 48(10):2528-33. doi: [10.1111/jog.15351](https://doi.org/10.1111/jog.15351)
- Charitou A, Charos D, Vamenou I, Vivilaki VG. Maternal and neonatal outcomes for women giving birth after previous cesarean. *Eur J Midwifery*. 2019; 3:8. doi: [10.18332/ejm/108297](https://doi.org/10.18332/ejm/108297)
- Wu Y, Kataria Y, Wang Z, Ming WK, Ellervik C. Factors associated with successful vaginal birth after a cesarean section: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019 Oct; 19(1):360. doi: [10.1186/s12884-019-2517-y](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2517-y)
- Denham SH, Humphrey T, deLabrusse C, Dougall N. Mode of birth after caesarean section: individual prediction scores using Scottish population data. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2019; 19(1):84. doi: [10.1186/s12884-019-2226-6](https://doi.org/10.1186/s12884-019-2226-6)
- arsson C, Djuvfelt E, Lindam A, Tunón K, Nordin P. Surgical complications after caesarean section: A population-based cohort study. *PLoS One*. 2021; 16(10):e0258222. doi: [10.1371/journal.pone.0258222](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258222)
- Familiari A, Neri C, Caruso A, Airoidi C, Barone-Adesi F, Zanconato G, Bolomini G, Presti F. Vaginal birth after cesarean section: a multicentre study on prognostic factors and feasibility. *Arch Gynecol Obstet*. 2020; 301(2):509-15. doi: [10.1007/s00404-020-05454-0](https://doi.org/10.1007/s00404-020-05454-0)
- Girma Y, Menlkalew Z, Destaw A. Vaginal delivery after caesarean section and its associated factors in Mizan Tepi University Teaching Hospital, Southwest Ethiopia. *Heliyon*. 2021; 7(11):e08276. doi: [10.1016/j.heliyon.2021.e08276](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e08276)
- Shehu CE, Chapa AM, Mbakwe MN, Panti AA. Vaginal birth after caesarean section (VBAC): a 5-year review. *Eur J Pharm Med Res*. 2019; 6(8):59-64. Disponible en: [https://www.ejpmr.com/home/abstract\\_id/5436](https://www.ejpmr.com/home/abstract_id/5436)
- Nisa, M. Hassan, L. Trend of vaginal delivery after one previous caesarean section in a tertiary care hospital. *Pakistan J. Med. Res*. 2004; 43.
- Tsai HT, Wu CH. Vaginal birth after cesarean section-The world trend and local experience in Taiwan. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2017; 56(1):41-5. doi: [10.1016/j.tjog.2016.03.007](https://doi.org/10.1016/j.tjog.2016.03.007)
- De Leo R, La Gamba DA, Manzoni P, De Lorenzi R, Torresan S, Franchi M, 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. doi: [10.1055/s-0040-1714344](https://doi.org/10.1055/s-0040-1714344)
- Sahin S, Ozkaya E, Eroglu M, Sanverdi I, Celik Z, Cakiroglu A. Predictors of successful vaginal birth after a cesarean in women with a previous single cesarean delivery. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2022; 26(5):1594-600. doi: [10.26355/eurrev\\_202203\\_28226](https://doi.org/10.26355/eurrev_202203_28226)
- 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*.

- 2019; 9(5):e027807. doi: [10.1136/bmjopen-2018-027807](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027807)
23. Bălălaşu OD, Bacalbaşa N, Olaru OG, Pleş L, Stănescu DA. Vaginal birth after cesarean section – literature review and modern guidelines. *J Clin Invest Surg*. 2020; 5(1): 13-17. doi: [10.25083/2559.5555/5.1/13.17](https://doi.org/10.25083/2559.5555/5.1/13.17)
24. Lin J, Hou Y, Ke Y, Zeng W, Gu W. Establishment and validation of a prediction model for vaginal delivery after cesarean and its pregnancy outcomes-Based on a prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 242:114-21. doi: [10.1016/j.ejogrb.2019.09.015](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.09.015)
25. Davis D, S Homer C, Clack D, Turkmani S, Foureur M. Choosing vaginal birth after caesarean section: Motivating factors. *Midwifery*. 2020; 88:102766. doi: [10.1016/j.midw.2020.102766](https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102766)
26. Firoozi M, Tara F, Ahanchian MR, Latifnejad Roudsari R. Health Care System Barriers to Vaginal Birth after Cesarean Section: A Qualitative Study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2020; 25(3):202-11. doi: [10.4103/ijnmr.IJNMR\\_150\\_19](https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_150_19)

### Conflictos de intereses

Ninguno declarado por los autores

### Autoría

- Deivys Rodríguez Navarro: Conceptualización, ideas, formulación o evolución de los objetivos y metas generales de la investigación, curación de datos, análisis formal, adquisición de fondos, recursos, supervisión, validación, visualización, redacción, revisión y edición.
- Saraima Kendra Guerra Calvo: Conceptualización, ideas, formulación o evolución de los objetivos y metas generales de la investigación, curación de datos, adquisición de fondos, visualización, redacción.

**Recibido:** 9 octubre 2024

**Aceptado:** 3 noviembre 2024