Pedro de la Fuente[a]
Laura de la Fuente[b]

Cesárea a petición de la embarazada

Cesarean section on request

Encuesta de Opinión de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología

[a]Miembro del Comité Científico de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología.
[b]Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Correspondencia:
Dr. P. de la Fuente.
Zeus, 15. Monterrozas. Las Rozas. 28230 Madrid. España.
Correo electrónico: pfuentebitaine@terra.es

Fecha de recepción: 6/2/2007.
Aceptado para su publicación: 13/2/2007.

El 24% de los socios de la SEGO están dispuestos a practicar cesárea programada a una gestante normal y a término que se lo pida; el 93% si es una primípara con feto en presentación de nalgas, y el 81% si se trata de una multípara con feto en presentación de nalgas.

RESUMEN

Objetivo: Conocer la opinión de los socios de la Sociedad Ginecológica Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) sobre la cesárea a petición de la gestante.

Método: En la página web de la SEGO se hicieron 3 preguntas: *1)* si una primigesta normal, a término y con el feto en presentación cefálica le pide que le haga una cesárea programada, ¿se la haría?; *2)* si una primípara normal, a término y con el feto en presentación de nalgas le pide una cesárea programada, ¿se la haría?, y *3)* si una tercigesta normal, con feto en presentación de nalgas y con los dos partos anteriores eutócicos, le pide una cesárea programada, ¿se la haría?
Las preguntas se colgaron en la web en mayo de 2006, y la recogida de las respuestas se realizó el 19 de octubre de 2006. El análisis de los datos se hizo con el método estadístico de la página web.

Resultados: Entraron en la página 1.222 (23%) de los 5.300 socios de la SEGO. A la pregunta n.º 1, el 57,8% respondió no, el 24,8% sí y se abstuvo el 17,4%. A la pregunta n.º 2, el 6,1% contestó no y el 93,8% sí, y no hubo ninguna abstención. A la pregunta n.º 3, el 16,7% respondió no, el 74,5% sí y se abstuvo el 8,8%.
Se comentan los resultados y se valoran las ventajas y los inconvenientes de las cesáreas, así como las repercusiones sanitarias de esta indicación.

PALABRAS CLAVE

Cesárea. Cesárea a petición de la gestante. Cesárea a la demanda.

ABSTRACT

Objetive: To know Spanish Obstetrics and Gynaecology Society (SEGO) members about cesarean section on request.

Method: Three questions appeared on SEGO web: *1)* If a normal primigravid with a term, cephalic presentation foetus ask you for a caesarean section, would you do it?; *2)* If a normal primigravid with a

term, breach presentation foetus ask you for a caesarean section, would you do it?; *3)* If a woman on her normal third pregnancy with two previous vaginal and with a term, breach presentation foetus ask you for a caesarean section, would you do it? Questions were asked in May 2006 and answers were collected 19th October 2006. Data analysis was processed with web page statistic method.

Results: Among the 5300 members of SEGO, 1222 contacted the web page (23%). To question nº 1, 57.8% answered no, 24.8% yes and 17.4% had no answer. To question nº 2, 6.1% answered no, 93.8% yes and there were no abstention. To nº 3 question, 16.7% said no, 74.5% said yes and 8.8% has no opinion.
Results are commented, advantages and disadvantages of caesarean are discussed as well as sanitary consequences of such an indication.

KEY WORDS

Cesarean section. Cesarean on request. Cesarean. Cesarean on demande.

INTRODUCCIÓN

A partir de los años sesenta del siglo pasado se viene produciendo un incremento progresivo de las tasas de cesárea tanto en Europa como en América[1], a pesar de las recomendaciones de las autoridades sanitarias y de la mayoría de las instituciones científicas[2,3]. Este aumento es tan desmesurado que, recientemente, los norteamericanos Agnews y Turner[4] se preguntaron si puede justificarse un 29% de cesáreas. Entre las causas posibles de este incremento, últimamente se presta especial atención a las cesáreas por petición de la embaraza (CPE). Esta indicación ha surgido como consecuencia del papel, cada día más relevante, del principio de autonomía del paciente. Los factores que influyen en la CPE son: miedo al parto, miedo a la episiotomía y su posible repercusión sobre la sexualidad, miedo a la patología del suelo pélvico a medio y largo plazo y miedo a la morbimortalidad intranatal y neonatal; también se argumentan las ventajas que tiene poder programar la fecha del parto, lo que permite organizar mejor su vida familiar y laboral; por último, también influye, en algunos casos, la tendencia a imitar a mujeres famosas en el ámbito de la moda. Entre los médicos pesa mucho el miedo a las demandas médico-legales.

La CPE es una indicación nueva a la que el obstetra no está habituado pero que constituye una realidad tanto en los países desarrollados como en los en vías de desarrollo[5]; su incidencia varía desde el 7,7% de todas las cesáreas de Escocia[6] hasta el 26,8% de las del oeste de Australia[7]; además, la tendencia va en aumento. Según la National Hospital Discharge Survey, en 1991 el 1,34% de todas las cesáreas primarias fueron a petición de la embarazada y en 2004 el porcentaje se elevó al 5,03%[8]. No obstante, hay que señalar que la verdadera incidencia es difícil de establecer dado que no todos utilizan la misma definición y hay matices, como los antecedentes obstétricos y el tipo de presentación, que todas las estadísticas no tienen en cuenta.

La aceptación de esta nueva indicación por parte de los médicos varía de unos países a otros. Entre los años 2001 y 2002, el 46% de los obstetras norteamericanos, el 7% de los de la República Irlandesa, el 2% de los noruegos y el 1,4% de los holandeses[9-12] manifiestan estar dispuestos a satisfacer la voluntad de las mujeres que piden una cesárea. En esta encuesta se pretende conocer la opinión de los socios de la Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología (SEGO) sobre este controvertido tema.

MÉTODO

En mayo del 2006 en la página web de la SEGO, a la que sólo tienen acceso los socios y dispone de un sistema que no permite contestar más de una vez a cada socio, se colgaron las siguientes preguntas:

1. Si una gestante de las siguientes características: primigesta, con un embarazo normal, feto único en presentación cefálica, a término, sin ninguna complicación y bien informada sobre las ventajas e inconvenientes de la cesárea, le pide una cesárea programada, ¿usted se la haría?

2. Si una gestante de las siguientes características: primípara, con un embarazo normal, en presentación podálica, a término y sin ninguna complicación, le pide una cesárea programada, ¿usted se la

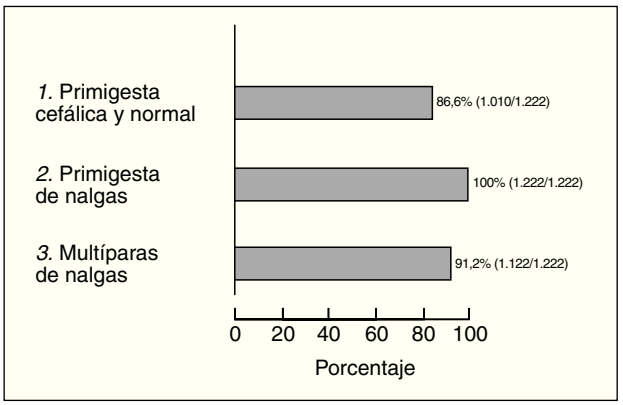

Figura 1. *Encuesta de la SEGO. Respuesta a los 3 supuestos planteados en las 3 preguntas.*

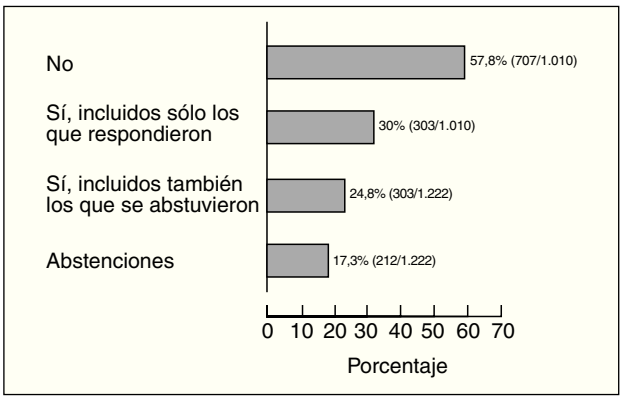

Figura 2. *Encuesta de la SEGO. Si una gestante de las siguientes características: primigesta, con un embarazo normal, feto único en presentación cefálica, a término, sin ninguna complicación y bien informada sobre las ventajas e inconvenientes de la cesárea, le pide una cesárea programada, ¿usted se la haría?*

haría?

3. Si una gestante de las siguientes características: tercigesta, con dos partos anteriores en presentación cefálica, con recién nacidos de 3.150 y 3.200 g, respectivamente, con un embarazo normal, un feto único en presentación podálica, a término y sin ninguna complicación, le pide una cesárea programada, ¿usted se la haría?

La recogida de los resultados de las respuestas a la encuesta se realizó el 19 de octubre de 2006 y se hizo con el método estadístico del que dispone la página web.

RESULTADOS

Las respuestas a las 3 preguntas formuladas fueron contestadas por 1.222 de los 5.300 socios que tiene la SEGO, aunque el número de socios que contestó a las 3 preguntas fue diferente (fig. 1).

A la primera pregunta respondieron 1.010 socios y 212 se abstuvieron. Contestaron sí el 24,8% de los 1.222 que entraron en la página y el 30,3% de los que respondieron dijeron sí a esta pregunta (fig. 2). A la segunda pregunta respondieron 1.222 socios; el 93,8% dijo sí (fig. 3). A la tercera pregunta respondieron 1.114 y se abstuvieron 108 socios; de los que respondieron, el 81,69% dijo sí (fig. 4).

COMENTARIOS

En primer lugar, cabe señalar que el número de socios que ha contestado a cada una de las 3 preguntas es diferente: a la número 1 respondieron 1.010 socios, a la número 2, 1.222, y a la número 3, 1.114. Esta diferencia se puede interpretar como expresión de la distinta posición en cada uno de los problemas que plantean las preguntas; parece razonable suponer que mientras el supuesto planteado en la pregunta número 2 no les suscitó ninguna duda, el supuesto número 1 les planteó dudas y, posiblemente, ésta fue la razón por la que el 17% (212) optó por no responder. Según este razonamiento, el supuesto número 3 les planteó también dudas, aunque muchas menos que el de la primera pregunta: dudaron 108 (8,8%).

El porcentaje de asociados que aceptaron realizar cesárea a petición de la mujer en el caso de un embarazo normal, entre los que contestaron a esta pregunta, fue del 30% (303/1.010). Este porcentaje no debe tomarse como bueno porque, en realidad, los que abrieron la página se encontraron con las 3 preguntas y no todos contestaron a las tres. Por esta razón, el porcentaje real hay que calcularlo entre los 1.222 que entraron en la página y contestaron sí, no o se abstuvieron. De esta forma, respondió sí el 24,8% (303/1.222). La única referencia que hemos encontrado sobre esta cuestión en España es la publicada recientemente en un estudio europeo[13]; se-

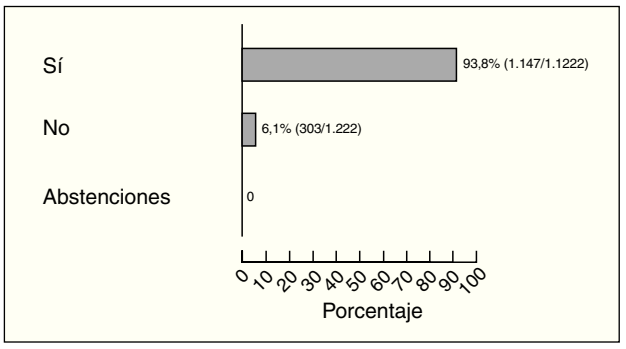

Figura 3. *Encuesta de la SEGO. Si una primípara normal, a término y con el feto en presentación de nalgas le pide una cesárea, ¿usted se la haría?*

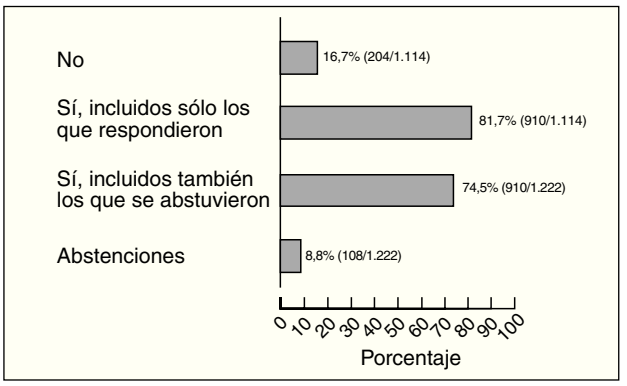

Figura 4. *Encuesta de la SEGO. Si una gestante de las siguientes características: tercigesta, dos partos anteriores en presentación cefálica, con recién nacidos de 3.150 y 3.200 g, respectivamente, con un embarazo normal, feto único en presentación podálica, a término, sin ninguna complicación y bien informada sobre las ventajas e inconvenientes de la cesárea, le pide una cesárea programada, ¿usted se la haría?*

gún este estudio sólo el 15% de los obstetras españoles estaría dispuesto a realizar una cesárea a requerimiento de la paciente en una gestante normal. Es posible que estos resultados, tan diferentes de los nuestros, se deban, entre otras causas, a la diferencia de fechas en las que se realizaron ambos trabajos y a sus metodologías. El trabajo europeo se hizo entre 2001 y 2002, mientras que el nuestro fue en 2006; es evidente que en los 4 años transcurridos la aptitud de algunos obstetras puede haber cambiado. En lo que concierne a la metodología, hay que tener en cuenta que fue muy diferente. En el trabajo europeo se nombró un coordinador para cada país y en el caso de España no fue un especialista en obstetricia y ginecología; este coordinador seleccionó 16 centros, de los cuales el 75% accedió a participar. En cada uno de estos centros se nombró un coordinador local y éste distribuyó las encuestas entre 410 obstetras del personal, y de éstos, 328 (80%) respondieron. Por otro lado, en el trabajo no se especifican los criterios de selección de los centros ni para los obstetras del *staff*. Por último, es posible que un porcentaje no despreciable de los obstetras que intervinieron no fuesen socios de la SEGO, con lo cual las poblaciones de los dos trabajos no son iguales. Nuestra encuesta fue más abierta, ya que la selección la hicieron los propios socios, que de forma espontánea decidieron contestar; el número en nuestra encuesta es mucho mayor y representa al 23% (1.222/5.300) de los socios de la SEGO. No obstante, creemos que las diferencias entre las dos encuestas se deben más al cambio de aptitud de los ginecólogos en los últimos años que a las diferencias metodológicas. En las publicaciones recientes encontramos el mismo fenómeno. En los Países Bajos, en 2001, las CPE suponían el 1,4%, mientras que en el 2004 se elevó al 17%[8,10]; en Noruega, del 2% en 2002 pasaron al 7,6% en 2003[14,15]. En una encuesta realizada en el Reino Unido, el 60% de los socios del Royal Collage of Obstetricians and Gynecologists encuestados está dispuesto a realizar una cesárea sin indicación médica y admite haber cambiado de criterio recientemente[16].

Posibles beneficios de la cesárea a petición de la gestante

Los partidarios de la cesárea sin causa médica a petición de la mujer esgrimen los siguientes argumentos:

Respeto al principio de autonomía. El principio de autonomía de la paciente es un derecho reconocido al cual la embarazada puede recurrir, más aún si está bien informada de las ventajas y los inconvenientes del parto por cesárea; esta razón es la más importante en la mayoría de los países europeos y está presente en el 30-80% de los casos[13]. Wagner[17] argumenta que el embarazo no es una enfermedad y que el parto vaginal es la consecuencia lógica

que la pareja debe asumir. Es evidente que la mujer tiene derecho a elegir su forma de parir, pero no es menos cierto que una indicación no médica no debe ser nunca impuesta; por otro lado, la decisión de la paciente puede entrañar riesgos reales para ella y para su hijo; en estos casos, es lícito que el médico intente persuadir y cambiar la elección de la mujer.

La influencia del parto vaginal en la afección del suelo pélvico. La posible prevención con la cesárea programada, aunque ha sido una cuestión muy debatida: los trabajos más recientes parecen confirmar el papel protector de la cesárea sobre todo cuando se realiza sin previo trabajo de parto[18-20]. También se atribuye al parto vaginal una influencia negativa sobre las relaciones sexuales, hecho que no se ha demostrado en trabajos bien diseñados. Otras de las ventajas de la cesárea programada es evitar las cesáreas urgentes intraparto, la episiotomía y el parto vaginal instrumental.

Disminución de la mortalidad fetal y la morbilidad neonatal. El menor número de muertes fetales a término inesperadas[21] es un hecho que también se ha señalado como posible justificación de cesárea sin indicación médica. Fretts et al[22] encontraron una mortalidad fetal de 1,9/1.000 nacidos vivos entre las semanas 37 y 41 de gestación, que aumentó paulatinamente desde el 1,3 al 4,6 en cada semana de gestación; teniendo en cuenta estos resultados, Hankins et al[23] estimaron que, interrumpiendo la gestación en la semana 39, se podrían prevenir 2 muertes fetales por cada 1.000 nacidos vivos. Los beneficios no son tan claros cuando la cesárea se practica entre las semanas 37 y 38; el número de nacidos muertos se reduce un poco pero aumentan las muertes neonatales, con un aumento global de la mortalidad perinatal[24]. En relación con la morbilidad neonatal, recientemente se han publicado resultados en los que se señala la menor incidencia, en el parto por cesárea, de algunas afecciones neonatales tan graves como la parálisis braquial o encefalopatía neonatal[23,24]. Estos sorprendentes resultados se han obtenido en estudios retrospectivos y no está claro cuál será la evolución a largo plazo; se impone realizar trabajos prospectivos que confirmen estos resultados. Es evidente que la cesárea programada evita el sufrimiento fetal intraparto y sus posibles consecuencias. Aunque el número de encefalopatías y de hemorragias intracraneales disminuya, dado que solamente alrededor del 4% de las parálisis cerebrales tienen su origen durante el parto, la repercusión global de la cesárea programada sobre la incidencia de esta grave complicación es mínima, como lo demuestra el hecho de que el aumento del número de cesáreas no ha disminuido la incidencia de parálisis cerebral en las últimas décadas[25].

Disminuyen los problemas médico-legales. En casi todo el mundo, pero de una forma especial en España, la sociedad, incluidas las autoridades que imparten la justicia, se ha aceptado la idea de que la mayoría de las complicaciones del parto, si no todas, se pueden evitar con la cesárea; esto hace que en nuestro país no haya ninguna sentencia que condene a un médico por haber hecho una cesárea y sí por no haberla hecho o por haberla hecho tarde según el criterio del que administra la justicia. Es evidente que, en este sentido, la cesárea programada a petición de la paciente evita muchos problemas médico-legales. En todas las encuestas realizadas al respecto el temor a los problemas médico-legales se señala como uno de los argumentos de mayor peso en la decisión de asentir al requerimiento de la mujer[13-15].

Posibilidad de programar el nacimiento. La incertidumbre del día y la hora de comienzo del parto crea en la mujer causa zozobra e incertidumbre; la programación de la cesárea le evita este nerviosismo y le permite programar su actividad familiar y laboral, así como preparar el aspecto social del nacimiento, que para muchas mujeres es muy importante.

Riesgos potenciales de la cesárea a petición de la embarazada

En contra de la CPE se argumentan muchas razones, entre las que cabe señalar las siguientes:

Primum non nocere. La máxima *primum non nocere* es el argumento señalado por todos los detractores, a la cabeza de los cuales está la FIGO[26]. La cesárea es un procedimiento quirúrgico y como tal puede tener complicaciones a corto y largo plazo, como las consecutivas a la anestesia, lesiones de vejiga, asas intestinales y vasos, infección, tromboem-

bolia y una mayor posibilidad de reingreso. La incidencia de reingresos puede ser el doble que en el parto vaginal[27]. Allen et al[28] comparan la morbilidad de los partos vaginales, a término y de comienzo espontáneo, con la de las cesáreas electivas; la única diferencia que encuentran es una mayor incidencia de puerperio febril en el grupo de cesáreas.

Mortalidad materna. La mortalidad materna por cesárea se ha estimado siempre mayor que la del parto vaginal. En una revisión realizada en el Reino Unido con 391 muertes maternas en el período 2000-2002, las muertes en cesáreas electivas se multiplicaron por un factor de 2,8 en comparación con el parto vaginal[29]. Más recientemente, en la National Institutes of Health Conference[30] se presentó una estadística del estado de Massachusetts en la que la mortalidad materna en la cesárea programada era más baja que en el parto vaginal. El número de casos era solamente de 31, por lo que no tenía significación estadística. Sacar conclusiones válidas es realmente difícil debido a que, tanto en las cesáreas programadas como en las intraparto, las indicaciones son muy variadas y, por tanto, difícilmente comparables; algo similar sucede con los partos vaginales.

Morbilidad neonatal. Se ha señalado una mayor incidencia de distrés respiratorio y de reanimaciones[31], así como mayor porcentaje de ingresos en cuidados neonatológicos[32]. También es mayor el porcentaje de recién nacidos que requieren cuidados neonatales. Según Kolás et al[33], el 5,2% de los nacidos por parto vaginal con comienzo espontáneo ingresaron en cuidados intensivos frente al 9,8% de los nacidos por cesárea electiva a término.

Menos complicaciones a largo plazo. En las cesáreas se han descrito también complicaciones a largo plazo: mayor porcentaje de esterilidad secundaria[34], aumento del riesgo de embarazo ectópico y de abortos en el embarazo siguiente[35], mayor incidencia de placenta previa, placenta ácreta y *abruptio placentae*[36] y mayor riesgo de muerte fetal inesperada[37]. Muchos de estos riesgos pueden atenuarse con la cesárea programada. La complicación más frecuente en los embarazos con cesárea previa es la dehiscencia de la cicatriz y la rotura uterina. La incidencia de dehiscencia es imposible de establecer debido a que muchas de ellas pasan inadvertidas. En varios estudios multicéntricos la incidencia de rotura uterina en mujeres con cesárea anterior oscila entre el 1,1%, cuando en el parto se administraron prostaglandinas u oxitocina, y el 0,22%[38-40]; en las que tienen más de una cesárea, el riesgo es mayor[41].

La segunda pregunta (primípara con feto en presentación de nalgas) corresponde a las cesáreas catalogadas en el grupo 6 según la clasificación de Robson[42]. Esta clasificación permite comparar resultados de diferentes trabajos. La respuesta a la pregunta 2 fue casi unánime: contestó sí el 93,8% (1.147/1.222). Es evidente que la respuesta a este supuesto plantea pocas dudas a los socios de la SEGO, no sólo por el alto porcentaje de respuestas afirmativas sino por el número de socios que contestaron, porcentaje muy parecido al 92% publicado por Pante[32]. Después del trabajo de Hannah et al[43], la conducta en el parto de nalgas a término ha cambiado de forma radical, aunque últimamente hay algunas publicaciones que critican este trabajo[44] y otras preconizan el parto vaginal cuando se da una serie de condiciones[45]. Recientemente, el Americam College of Obstetricians and Gynecologists, aunque admite la posibilidad del parto vaginal en la presentación de nalgas a término, recomienda informar a la pacientes de los riesgos de este tipo de parto[46]. Dado el estado de la opinión científica sobre el parto de nalgas, la respuesta afirmativa de los socios parece plenamente justificada.

El supuesto de la tercera pregunta planteó más dudas, como lo demuestra el hecho de que respondieran sí el 81,69% de los que contestaron a esta pregunta (910/1.114) y el 74,44% de los que entraron en la página (910/1.222). Este supuesto no corresponde exactamente al grupo 7 de la clasificación de Robson[42] porque en éste se incluye a todas las multíparas con presentación de nalgas, aunque tengan el antecedente de una cesárea. En este grupo, que aunque diferente se asemeja bastante al de nuestra pregunta número 3, el porcentaje de cesáreas según Pante[32] fue del 67%.

Las preguntas números 2 y 3 plantean menos problemas al obstetra porque existe una presentación anómala que entraña un riesgo potencial para el feto; algo parecido sucede con la petición de la cesárea en mujeres con el antecedente de una cesárea, pero la problemática de la cesárea anterior será tratada en una futura encuesta.

426 Implicaciones de la cesárea a petición de la embarazada en los recursos sanitarios

Como sucede con la cesárea en general, da la impresión de que la CPE seguirá aumentando. Esto puede crear problemas sanitarios importantes. En la cesárea la estancia hospitalaria es, cuando menos, el doble que la de un parto vaginal. Si se incrementa el porcentaje de cesáreas aumentarán las necesidades de recursos hospitalarios, lo que puede provocar un desajuste entre las necesidades de camas hospitalarias y de unidades de recuperación postanestesia y las existentes. Además, como con las cesáreas aumenta el número de complicaciones en el puerperio, las estancias hospitalarias se incrementarían aún más.

Los Centers for Medicaid Services[47] estiman el costo de la cesárea, en EE.UU., en 14.690 dólares y el del parto vaginal en 12.146 dólares. En este país, en 2004 se calcula que hubo 4,1 millones de nacimientos de los cuales 1,2 millones fueron cesáreas[48], lo que representa alrededor de 2.500 millones de dólares. En España no existen datos para hacer este cálculo, pero la diferencia entre el costo del parto vaginal y el parto por cesárea debe ser igual o mayor.

Otro aspecto negativo de la cesárea, más aun en primíparas, es el incremento de cesáreas en el parto siguiente. En la mayoría de los países occidentales la tasa de cesáreas en mujeres con cesárea anterior es de alrededor del 50%; aunque en algunos centros se aplican protocolos que han logrado disminuir este porcentaje, las gestantes con cesárea anterior son embarazadas de riesgo en las que la posibilidad de otro parto con cesárea es muy elevada.

La cesárea a petición de la embarazada sin ningún problema médico es un fenómeno social que plantea problemas en al ámbito sanitario. Los obstetras se enfrentan a una nueva indicación que, aunque para algunos es inaceptable, es cada vez más aceptada, a pesar de admitir que los riesgos de la cesárea son mayores que los del parto vaginal[49]. La CPE debe considerarse y respetarse atendiendo al principio de autonomía de la embarazada pero el médico tiene la obligación de explicarle de forma exhaustiva las ventajas y los inconvenientes en su caso concreto. Tenemos la obligación de transmitir a la sociedad que la cesárea no es la solución de todos los problemas obstétricos y sociales a los que las mujeres de nuestro tiempo tienen que enfrentarse. La cesárea es una intervención que ha salvado muchas vidas de madres e hijos, pero no debemos de pensar que la obstetricia moderna se reduce solamente a esta intervención. La situación que vivimos con la cesárea, en cierto modo, recuerda a la vivida durante finales del siglo XVIII, el siglo XIX y la primera mitad del XX, que hizo decir al alemán Roe, en 1789: «Parece que la naturaleza hubiera abandonado su función del parto al fórceps del tocólogo».

BIBLIOGRAFÍA

1. Fuente de la P, Haya FJ. Parto quirúrgico. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1992. p. 61-6.
2. Gleicher N. Cesarean section rates in the United Status. The short-term failure of the National Consensus Development Conference in 1980. JAMA. 1984;252:3273-6.
3. Taffel SM, Placket PJ, Liss T. Trends in the Untited States caesarean section rate and reasons for the 1980-85 rise. Am Public Health Assoc. 1987;77:955-9.
4. Agnews G, Turner M. Can a 29% caesarean delivery rate possibly be justified? Obstet Gynecol. 2006;108:452.
5. Chigbu CO, Ezeonme IV, Iloabachie GC. Cesarean section on request in a developing country. Int J Gynaecol Obstet. 2006; December 20.
6. Wilkinson C, Mc Ilwaine G, Boulton-Jones C, Cole S. Is a rising caesarean section rate ivetable? Br J Obstet Gynaecol. 1998;105:45-52.

7. Quinlivan JA, Petersen RW, Nichols CN. Patient preference the leading indication for elective caesarean section in public patients-results of a 2-year prospective audit in a teaching hospital. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 1999;39:207-14.
8. Gossman GL, Joesch JM, Tanfer K. Trends in maternal request caesarean delivery from 1991 to 2004. Obstet Gynecol. 2006;108:1506-16.
9. Gabbe Gs, Holzman GB. Obstetrisian's choce of delivery. Lancet. 2001;357:722.
10. Mc Murgan P, Coulter-Smith S, O´Donovan P. A national confidential survey of obstetrician's personal preferences regarding mode of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;97:17-9.
11. Backe B, Salvesen KA, Swiggun O. Norwgan obstetrisian prefer vaginal rute of delivery. Lancet. 2002;359:629.
12. Does van der J, Roosmalen van J. Obstetrisian's choice of delivery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2001;99:139.
13. Habiba M, Kaminski M, Da Frê M, Marsal K, Bleker O, Librero J, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians´ attitudes in eight European countries. BJOG. 2006;113:647-56.
14. Kwee A, Cohlen J, Kanhai H. Cesarean section on request: a survey in The Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2004;113:186-90.
15. Kolás T, Hoffos D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, et al. Indications for cesarean delivery in Norway. Am J Obstet Gybecol. 2003;188:864-70.
16. Cotzias CS, Paterson-Brown S, Fisk M. Obstetricians say yes to maternal request for elective caesarean cection: a survey of current opinion. Eur J Obstet Gynaecol. 2001;97:15-6.
17. Wagner M. Choosing caesarean section. Lancet. 2000; 356:1677-80.
18. Rortveit G, Daltveit AK, Hannestad YS, Hunskaar S. Urinary incontinence after vaginal delivery or caesarean section. N Engl J Med. 2003;348:9000-7.
19. Groutz A, Rimon E, Peled S, Gold R, Pauzner D, Lessing JB, et al. Cesarean section: does it prevent The development of postpartum stress urinary incontinence? A pros pective study of 363 women one year after their first delivery. Neurouro Urodyn. 2004;23:2-6.
20. Viktrup L, Rortveit G, Lose G. Risk of stress urinary incontinence twelve years after the first pregnancy and delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:244-54.
21. Feldman GB, Freiman JA. Prophylactic caesarean section at term? N Engl J Med. 1985;312:1265-7.
22. Fretts RC, Elkin EB, Myers ER, Heffner LJ. Should older women antepartum testing to prevent unexplained stillbirth. Obstet Gynecol. 2004;104;56-64.
23. Hankins GD, Clark SM, Munn MB. Cesarean section on request at 39 weeks: impact on shoulder dystocia, fetal trauma, neonatal encephalophathy, and intrauterine fetal demise. Semin Perinatol. 2006;30:276-87.
24. NIH State-of-the-Science Conference: Cesarean Delivery on Maternal Request. Bethesda: National Institutes of Health; 2006. p. 1-115.
25. Clark SL, Hankins GD. Temporal and demographic trends in cerebral palsy-fact and fiction. Am J Obstet Gynecol. 2003;188:628-33.
26. FIGO Committee for de Ethical Aspects of Human Reproction and Women´s Health. Ethical aspects regarding caesarean delivery for non-dedical rehaznos. Int J Obst Gynecol. 1999; 317:317-22.
27. Liu S, Heaman M, Joseph KS, Liston RM, Huang L, Sauve R, et al. Risk of maternal postpartum readmission associated with mode of delivery. Obstet Gynecol. 2005;105:836-42.
28. Allen VM, O'Connell CM, Liston RM, Baskett TF. Maternal morbidity associated with cesarean delivery without labor compared with spontaneous onset of labor at term. Obstet Gynecol. 2003;102:477-82.
29. Lewis G. Why Mothers Die 2000-2002. The Sixth Report of the Confidential Enquiries Into Maternal Deaths in the United Kingdom. London: RCOG Press, 2004.
30. Berger M, Sachs BP. Maternal mortality with cesarean delivery in Massachusetts (1995-2003) and a rewiew of the literature. En: NIH State-of-Science Conference: Cesarean Delivery on Maternal Request. Bethesda: US Department of Health and Human Services National Institutes of Health; 2006. p. 37-9.
31. Fogelson NS, Menard MK, Hulsey T, Ebeling M. Neonatal impact of elective repeat caesarean delivery at term: a comment on patient choice caesarean delivery. Am J Obstet Gynecol. 2005;192:1433-6.
32. Pante LA. Public Health Inplication of Cesarean on Demand. Obstet Gynecol. 2006;61:807-15.
33. Kolás T, Saugstad OD, Daltveit AK, Nilsen ST, Oian P. Planned cesarean versus planned vaginal delivery at tem: Comparison of newborn infant outcomes. Obstet Gynecol. 2006.195:1538-43.
34. Krebs L, Langhoff-Roos J. Elective cesarean delivery for term breech. Obstet Gynecol. 2003;101;690-6.
35. Hemminki E. Impact of caesarean section on future pregnancy- a review of cohort studies. Paediatr Perinat Epidemiol. 1996;10:366-79.
36. Hemminki E, Merilainen J. Long-term effects of caesarean section: ectopic pregnancy and placental problems. Am J Obstet Gynecol. 1996;174:1569-74.
37. Smith GCS, Dobbie R. Caesarean section and risk of unexplained stillbirth in subsequent pregnancy. Lancet. 2003; 362:1779-84.
38. Kwee A, Bots ML, Visser GH, Bruinse HW. Obstetric management and outcome of pregnancy in women with a history of caesarean section in the Netherlands. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2007;132:171-6.
39. Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, Spong CY, Leindecker S, Varner MW, et al. Maternal and perinatal outcomes associated

with a trial of labor after prior cesarean delivery. N Engl J Med. 2004;351:25-81.

40. Turner MJ, Agnew G, Langan H. Uterine rupture and after a previous low transverse caesarean section. BJOG. 2006;113:729-32.
41. Landon MB, Spoong CY, Thom E, Hauth JC, Bloom SL, Varner MW, et al. Risk of rupture with a trial of labor in women with multiple and single prior cesarean delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:12-20.
42. Robson MS. Can we reduce the caesarean section rate? Best Pract Res Clinc Obstet Gynaecol. 2001;15:179-94.
43. Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, Hodnett ED, Saigal S, Willan AR. Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentric trial. Term Breech Trial Collaborative Group. Lancet. 2000;356:1375-83.
44. Glezerman M. Five years to the breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. Am J Obstet Gynecol. 2006;194:20-5.
45. Doyle NM, Riggs JW, Ramin SM, Sosa MA, Gilsharp LC 3rd. Outcomes of term vaginal breech delivery. Am J Perinatol. 2005;22:325-8.
46. ACOG Committee Opinion n.º 340. Mode of term singleton breech delivery. Obstet Gynecol. 2006;108:235-7.
47. Jiang HJ, Elixhauser A, Nicholas J, Steiner C, Reyes C, Bieman AS. Care of women in US hospitals, 2000 HCUP fact book number 3. AHRQ publication n.º 02-0044 [citado 12 Ene 2007]. Disponible en: http://www.ahrq.gov/data/hcup/factbk3/factbk3.htm
48. Hamilton BE, Martin JA, Ventura SJ. Prelimirary Data for 2004 [citado 12 Ene 2007]. Disponible en: http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr54/nvsr54
49. Bettes BA, Coleman VH, Zinberg S, Spong CY, POrtnoy B, DeVoto E, et al. Cesarean delibery on Maternal request: Obstetrician-Gynecologists' Konowledge, Perception, and Practice Patterns. Obstet Gynecol. 2007;109:57-66.