

250 E. Rodríguez-Vega
A. Escudero
M. Gaite
M.T. Suárez

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Central de Asturias. Centro Universitario. Oviedo. España.

Correspondencia:

Dra. E. Rodríguez-Vega.
Celestino Villamil, s/n. 33006 Oviedo. España.
Correo electrónico: erodriguezv@hcas.sespa.es

Fecha de recepción: 10/7/02
Aceptado para su publicación: 18/3/03

Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados

Birth route after anterior cesarean section: associated factors

E. Rodríguez-Vega, A. Escudero, M. Gaite, M.T. Suárez. *Vía de parto tras cesárea anterior: factores asociados.*

RESUMEN

Objetivo: Analizar si la vía de parto después de una cesárea está condicionada por el motivo de la cesárea previa, y si la vía vaginal comporta mayor número de complicaciones para la madre o el feto.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 143 pacientes con cesárea previa y sin partos vaginales que dieron a luz en nuestro servicio en un período de 5 años.

Resultados: Hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar el tipo de parto con la indicación de la cesárea previa: un 100% de cesáreas con cesárea previa por primiparidad añosa; un 82,1% con desproporción pelvifetal; un 41,4% con riesgo de pérdida de bienestar fetal, y un 27,8% con presentación de nalgas.

Conclusiones: La cesárea previa influye de forma decisiva en la probabilidad de tener un parto vaginal ulterior. Por otro lado, la vía vaginal no conlleva más complicaciones para la madre o para el feto.

PALABRAS CLAVE

Cesárea. Cesárea previa. Parto vaginal.

SUMMARY

Objectives: To determine whether the cause of previous cesarean section influences the type of subsequent delivery and whether the vaginal route produces a greater number of fetal and/or maternal complications.

Material and methods: We performed a retrospective study of 143 patients with previous cesarean sections and without vaginal deliveries who subsequently gave birth in our service over a 5-year period.

Results: Statistically significant differences were found when the type of delivery was compared with the cause of previous cesarean sections: when these were performed for advanced maternal age, fetopelvic incompatibility, fetal distress and breech presentation, the percentages of repeat cesarian section were 100%, 82.1%, 41.4% and 27.8% respectively.

Conclusions: The cause of previous cesarean influences the probability of subsequent vaginal delivery. Vaginal delivery does not produce a greater number of maternal and/or fetal complications.

KEY WORDS

Cesarean section. Previous cesarean section. Vaginal delivery.

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la tasa de cesáreas se ha incrementado en todos los países del mundo, y en Latinoamérica es la más elevada¹. En Europa y en los EE.UU. se ha pasado de un 5% en 1970 a un 30% en 1990, lo que supone un aumento de un 500%^{2,3}. En la actualidad el índice de cesáreas en los países occidentales oscila entre el 10 y el 25%⁴.

La vía de parto después de una cesárea ha sido un tema controvertido durante mucho tiempo y todavía plantea bastante discusión. En 1916 Cragin⁵ preconizó la teoría de «una cesárea, siempre cesárea» que se siguió defendiendo hasta los primeros años de la década de los setenta⁶. Los argumentos que justificaban esta actuación se basaban en la creencia de que la cesárea repetida disminuía la morbilidad maternofetal con respecto al parto vaginal, ya que el riesgo quirúrgico era mínimo por los avances en las técnicas anestésicas y por el uso de antibióticos más eficaces⁷.

En años recientes esta tendencia ha ido cambiando gradualmente debido a los mejores cuidados médicos, con una vigilancia maternofetal más adecuada tanto en el embarazo como intraparto, y al abandono de la incisión vertical uterina en el curso de la cesárea⁸. En este sentido, en estudios que han comparado la cesárea iterativa con los partos vaginales tras cesárea previa, se ha hallado que hay menor morbilidad materna con la vía vaginal, ya que se registran menos casos de fiebre, infecciones posparto, necesidad de transfusiones y menor estancia hospitalaria, sin aumentar la morbilidad perinatal⁹.

Por otra parte, hay que tener en cuenta que la posibilidad de éxito de la vía vaginal en las gestantes con una cesárea anterior dependerá de la co-

rrecta selección de las pacientes candidatas a una prueba de parto^{10,11}. Esto supone llevar a cabo una minuciosa evaluación tanto de la indicación de la cesárea previa y del tipo de incisión uterina practicada como de la presentación y del peso fetal estimado en el embarazo actual. También es importante, para conseguir mejores resultados, partir de una puntuación favorable en el test de Bishop y hacer una valoración de todos los posibles riesgos.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, llevamos a cabo el siguiente estudio con el objetivo de valorar si la vía de parto tras una cesárea está condicionada por la indicación de la cesárea previa y si la vía vaginal comporta mayor número de complicaciones para la madre o el feto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo sobre gestantes que dieron a luz en el Hospital Central de Asturias de Oviedo, en el período comprendido entre febrero de 1995 y enero de 1999, con los siguientes criterios de inclusión: haberse practicado una cesárea anterior en nuestro hospital, para conocer exactamente las circunstancias de esa primera indicación, y no haber tenido partos vaginales previos, para que toda la muestra partiera de las mismas condiciones y evitar el posible sesgo de que partos eutócicos anteriores favorecieran la indicación de una prueba de parto. El tamaño de la muestra fue de 143 pacientes.

Se analizaron las siguientes variables con respecto al embarazo anterior: indicación de la cesárea y peso del recién nacido (RN). En el embarazo actual: edad materna, enfermedad obstétrica o médica asociada, edad de gestación en el momento del parto, así como el inicio del mismo (cesárea electiva iterativa, cuando se repitió la misma indicación de la primera [nalgas, edad avanzada, desproporción pelvifetal, enfermedad obstétrica o materna con cérvix desfavorable], inducción, espontáneo), empleo de anestesia epidural, tipo de parto (cesárea, vaginal: eutócico o instrumental), complicaciones intraparto y existencia o no de dehiscencia de histerotomía. En cuanto al RN, se analizaron el peso y la puntuación en el test de Apgar.

Se llevó a cabo un estudio descriptivo de todas las variables y se comparó el tipo de parto con to-

252 das las demás. En el tratamiento estadístico se utilizó la prueba de la χ^2 para la comparación de las variables cualitativas y el análisis de la varianza para la comparación de medias. Los resultados cuantitativos se expresaron en media $\pm$ desviación estándar (DE). Se utilizó el paquete informático SPSS+ 7.5. Finalmente, se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$.

RESULTADOS

El peso medio del RN anterior fue de $3.299,4 \pm 451$ g con un rango de 400-4.502 g. La cesárea del feto de menor peso se debió a un desprendimiento prematuro de placenta normoinserta (DPPNI) a las 27 semanas de gestación. El resto de las indicaciones de la cesárea previa se exponen en la tabla 1, siendo la más frecuente la de primípara de nalgas.

En cuanto a las variables analizadas en el embarazo a estudio encontramos una edad media materna de $31,3 \pm 5,3$ años con un rango de 17-42 años. Al comparar el tipo de parto con la edad materna encontramos que la edad de las gestantes con cesáreas electivas iterativas era más elevada ($33,3 \pm 4,9$ años) y la de aquellas en las que se practicaban cesáreas repetidas por otra causa era menor ($28,9 \pm 4,9$ años), con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,0021$). El 16,8% de la muestra ($n = 24$) presentó algún tipo de enfermedad materna durante el embarazo, como infecciones, hipertensión arterial (HTA) o diabetes. El 23,1% de las embarazadas ($n = 33$) tuvo alguna complicación obstétrica en el curso de la gestación, destacando 11 casos de estados hipertensivos del embarazo, nueve de amenaza de aborto o parto prematuro y 5 casos de crecimiento intrauterino retardado (CIR).

Tabla 1. Indicaciones de la cesárea previa

	n	%
Primípara de nalgas	36	(25,1)
RPBF	29	(20,3)
Desproporción pelvifetal	28	(19,6)
Fracaso de inducción	18	(12,6)
Enfermedad obstétrica	14	(9,8)
Primípara añosa	3	(2,1)
Otras	15	(10,6)

RPBF: riesgo de pérdida de bienestar fetal.

La edad gestacional media en el momento del parto fue de $39,2 \pm 4,6$ semanas, con un rango de 32-42 semanas. El 80% del total dio a luz entre las 38 y las 40 semanas y el 6,3% ($n = 9$) alcanzó las 41 semanas. Con respecto a la forma de inicio del parto, encontramos que un 37,1% ($n = 53$) fue cesáreas electivas iterativas. En el resto de las gestantes (62,9%; $n = 90$) se intentó realizar una prueba de parto, de las que 27 terminaron en cesárea (18,9%). Es decir, la tasa global de cesáreas fue del 56% ($n = 80$), mientras que el 44% ($n = 63$) dio a luz por vía vaginal. Entre los partos vaginales, un 62% fue eutócico ($n = 39$) y un 38%, instrumental ($n = 24$).

Se registraron complicaciones intraparto en 13 pacientes del total de la muestra (9,3%), y 10 de ellas pertenecían al grupo de pacientes que repitieron cesárea como tipo de parto (un 12,5% de las mismas). Las complicaciones fueron: síndrome adhesional en 4 casos, desgarro de uno de los ángulos uterinos en otros cuatro, una lesión vesical con fístula vesicouterina y una atonía uterina. Entre las pacientes que dieron a luz por vía vaginal ($n = 63$) sólo hubo tres complicaciones (4,8%): dos desgarros vaginoperineales y otro con hematoma disecante que precisó transfusión. Al comparar los resultados entre las dos formas de parto no encontramos diferencias estadísticamente significativas.

La dehiscencia de la cicatriz uterina previa se observó en 4 casos (el 2,8% del total), y todos estaban en el grupo en que se repitió la cesárea (el 5% de las mismas). Sin embargo, al comparar con la vía vaginal, donde no se registró ningún caso, no encontramos diferencias significativas. Tampoco se produjo ninguna rotura catastrófica de útero en toda la muestra.

El peso medio de los RN fue de 3.196 ± 857 g. Al comparar por grupos, según el tipo de parto, obtuvimos mayor peso en los niños nacidos mediante cesáreas electivas iterativas, 3.496 ± 1.048 g, y menor en los nacidos por parto eutócico, 2.953 ± 663 g ($p = 0,016$). Se registró un test de Apgar > 7 en el primer minuto en el 95,8% del total de la muestra ($n = 137$). Al comparar el tipo de parto con dicho test encontramos menor Apgar en las cesáreas repetidas intraparto ($8,3 \pm 1,2$) y mayor Apgar en los partos eutócicos ($8,8 \pm 0,7$), con diferencias casi significativas ($p = 0,082$).

Cuando comparamos la indicación de la cesárea previa con el tipo de parto actual, observamos que

cuando la indicación de la cesárea era ser primípara de nalgas ($n = 36$), el 72,2% dio a luz por vía vaginal ($n = 26$), mientras que si era por riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) ($n = 29$), el 58,6% dio a luz por vía vaginal ($n = 17$). Sin embargo, si el motivo de la cesárea había sido una desproporción pelvifetal ($n = 28$), el 82,1% ($n = 23$) repetía otra cesárea, electiva o en el transcurso de la prueba de parto. Cuando la indicación de cesárea previa había sido la edad avanzada, al 100% se le programó una segunda cesárea. En el resto de las indicaciones (33%; $n = 47$) en que la primera cesárea se había hecho por enfermedad obstétrica o materna, sólo el 32% ($n = 15$) dio a luz vaginalmente. Estas diferencias son estadísticamente significativas, con una $p = 0,0004$. Se especifican los datos con más detalle en la figura 1.

En la comparación del tipo de parto con la presencia de enfermedad médica en el embarazo actual, observamos que el 18,7% ($n = 15$) de las cesáreas repetidas padecían una afección frente al 11,1% de las que dieron a luz por vía vaginal ($n = 7$), sin diferencias estadísticamente significativas. Con respecto a la enfermedad obstétrica, ésta ocurrió en el 26,2% de las segundas cesáreas ($n = 21$) y en el 15,9% ($n = 10$) de los partos vaginales ($p = 0,05$).

Al comparar la variable del inicio de parto (inducción o espontáneo) con la forma de finalizarlo, una vez eliminadas las cesáreas electivas, se obtuvo

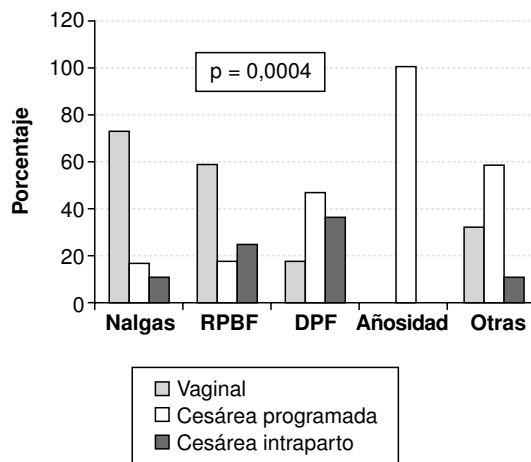


Figura 1. Tipo de parto actual según la causa de la cesárea previa. RPBF: riesgo de pérdida de bienestar fetal; DPF: desproporción pelvifetal.

que el inicio espontáneo de éste ($n = 54$) se asociaba con más frecuencia con partos por vía vaginal (79%), frente al 56% cuando había sido inducido ($n = 9$), diferencias estadísticamente casi significativas ($p = 0,054$) (fig. 2).

DISCUSIÓN

El incremento que ha experimentado el índice de cesáreas en las últimas décadas en todos los países del mundo condiciona en gran medida la forma de terminar el parto en los siguientes embarazos de estas pacientes. Hay que tener en cuenta que la cesárea es un procedimiento de cirugía mayor, por lo que una indicación inadecuada de ésta conlleva un aumento de la morbilidad materno-fetal y un mayor gasto económico sanitario¹¹. Por tanto, es fundamental el rigor y la exactitud a la hora de decidir una cesárea, ya que además de ser determinante para la futura vía de parto^{12,13} también se ha descrito una asociación entre las cesáreas anteriores y la placenta previa en los embarazos futuros, lo que aumentaría el número de complicaciones¹⁴. Por estos motivos, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG), hace unos años, ya recomendaba una tasa de cesáreas no superior del 15% para el año 2000¹⁵. El porcentaje de cesáreas en nuestro hospital, en 1998, fue del 20%.

Estudios recientes¹⁶ indican que el 70% de las mujeres con una cesárea previa podrá dar a luz por vía vaginal sin problemas, siempre que se lleve a ca-

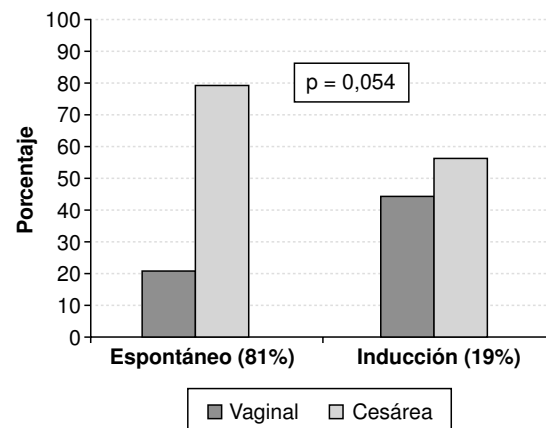


Figura 2. Tipo de parto actual según su inicio.

254 bo una prueba de parto. Sin embargo, otros autores¹⁷, al comparar los resultados entre la prueba de parto y la cesárea electiva iterativa, encuentran una mayor tasa de complicaciones, como rotura uterina¹⁸, histerectomías obstétricas y más lesiones operativas en las pacientes en que la prueba de parto resultó fallida. Por tanto, una vez que nos encontramos con el antecedente de una cesárea previa, la correcta selección de las pacientes para indicar un parto de prueba aumenta la probabilidad de éxito de la vía vaginal, que para muchos autores oscila entre el 50 y el 80%^{7,10,11,19}.

Para indicar una prueba de parto, una vez que se han rechazado las contraindicaciones, es fundamental individualizar cada caso y sopesar múltiples factores para tratar de conseguir el mayor éxito y la menor morbilidad materno-fetal posible. De todas formas, con el antecedente de una sola cicatriz en el segmento uterino inferior y con condiciones favorables siempre se aconseja el intento de un parto vaginal, pues sus beneficios son evidentes²⁰. Una vez tomada la decisión del parto de prueba en gestantes con una cesárea anterior, hay que realizar un registro riguroso con monitorización continua intra-parto, ya que se trata de partos de alto riesgo^{21,22}. Además, para comprobar una adecuada progresión de la dilatación, deben seguirse los mismos criterios que para una nulípara en el caso de que no haya antecedentes de parto vaginal, como ocurría en las pacientes de nuestro estudio.

El mayor argumento contra el uso de la oxitocina en la inducción de parto, en casos de cesárea previa, es el posible riesgo de rotura uterina y sus consecuencias materno-fetales. Sin embargo, en varias series⁷ se ha demostrado que la oxitocina puede ser segura con cicatrices uterinas²³ y que la rotura del útero es más probable cuando se aplica en la fase latente del parto, pero no en la fase activa. Es decir, que el riesgo no aumentaría si el parto comienza de forma espontánea y se aplica cuando la dilatación cervical es franca¹². Así, nosotros conseguimos un 79% de partos vaginales cuando utilizamos la oxitocina como estimulación frente a un 56% cuando la usamos como pauta de inducción. Incluso algunos trabajos²⁴, que analizan los factores clínicos y no clínicos que influyen en la forma de desarrollarse el parto tras cesárea, dicen que el test de Bishop previo es el mejor predictor de cómo terminará.

La utilización de anestesia epidural no está contraindicada en estas pacientes, ya que no sólo no enmascara los signos de rotura uterina, sino que permite revisar la cicatriz uterina en el posparto inmediato y posibilita la vía abdominal rápida en caso de una supuesta rotura de útero o ante la necesidad de una cesárea. En nuestro estudio no se obtuvieron datos concluyentes, ya que la anestesia epidural se utilizó en un número muy reducido de casos, pues entonces no se empleaba de forma sistemática en la atención al parto.

Con respecto a las complicaciones que pueden surgir en un parto tras cesárea previa, la más grave sería la rotura catastrófica del útero, que con una incisión clásica o en T puede llegar al 9% de los casos²⁵, pero con una histerotomía transversa baja no llega al 1%¹⁹. En nuestra serie no tuvimos ningún caso de rotura uterina y todas las cicatrices previas habían sido transversas bajas. Muchos autores^{2,26,27} están de acuerdo en que el parto vaginal tras una cesárea no incrementa la rotura uterina y que, si ésta ocurriera, siempre que se trate de forma adecuada, tampoco tendría que aumentar el riesgo materno-fetal. En cuanto a la incidencia de dehiscencia de cicatriz sin repercusión materno-fetal, ésta se cifra entre el 0,5 y el 2%¹⁹. Nosotros encontramos un 2,8% de casos y todos ellos ocurrieron en pacientes en las que se llevó a cabo una segunda cesárea.

Por otra parte, hay que reconocer que, ante un parto vaginal con el antecedente de una cesárea anterior, se tiende a incrementar la extracción instrumental de los fetos para abreviar el expulsivo. Así, algunos autores²⁸, que consiguen un 80% de partos vaginales, refieren que casi la mitad de ellos se llevaron a cabo con ventosa o fórceps. En nuestro estudio tuvimos un 63% de partos eutócicos y un 38% de instrumentales.

En la revisión de las publicaciones españolas sobre este asunto, León et al²⁹ refieren un 39,3% de partos vaginales tras cesárea anterior, mientras que Bedoya et al³⁰ encontraron un 45,7%, y Martínez-Alonso et al³¹ un 50,5%. En nuestro trabajo la tasa global de partos vaginales en la muestra analizada fue similar (44%). Esta baja cifra, con respecto a otros autores extranjeros, puede deberse, por una parte, a que en el estudio no incluimos a pacientes con partos vaginales previos, es decir, todas eran primíparas, y por otra, a que el 66% de las segundas cesáreas fueron electivas, sin haber intentado una prueba de parto. Sin embar-

go, en un reciente artículo sobre 4.663 casos se ha descrito un 68% de cesáreas electivas iterativas y del 32% restante, a las que se les sometió a una prueba de parto, un 56% fue partos vaginales, lo que representó sólo el 18% de la muestra total³², tasa mucho más baja que la obtenida en nuestros resultados.

La probabilidad de tener un parto por vía vaginal tras una cesárea dependerá de la indicación de esa intervención previa. Así, cuando se lleve a cabo por una desproporción pelvifetal (DPF), hay menos posibilidad de un parto vaginal posterior que si la indicación fuera por presentación de nalgas³³. En nuestro estudio el porcentaje de segunda cesárea fue mayor cuando la indicación había sido por DPF, añoridad o presencia de afección obstétrica, ya que estos procesos pueden repetirse en nuevas gestaciones. Sin embargo, algunos autores como Holt et al³⁴ encuentran hasta un 33% de éxitos para la vía vaginal cuando la cesárea previa fue por macrosomía, DPF, parto prolongado, diabetes, enfermedades médicas crónicas o problemas placentarios.

Otro factor que se debe tener en cuenta, en los tiempos actuales de la medicina defensiva, es la va-

loración de pactar con la paciente la vía de parto tras una cesárea previa³⁵. Algunos estudios indican que el 40-50% de las mujeres renunciarían a una prueba de parto a favor de una cesárea iterativa por varias razones, como las experiencias negativas en partos previos, el miedo al parto vaginal, la preocupación por el bienestar fetal y la creencia de que la cesárea electiva es más segura³⁶. Por tanto, deben discutirse los riesgos potenciales y los beneficios con la paciente y llegar a una decisión individualizada en cada caso¹⁵.

Con todo lo dicho se concluye que no existen más complicaciones para la madre ni para el feto en la vía vaginal, después de una cesárea con incisión transversa baja, y que la causa de la cesárea previa influye de forma decisiva en la mayor o menor probabilidad de tener un parto vaginal ulterior. Sin embargo, aunque muchas de estas pacientes podrían ser candidatas a tener un parto vaginal exitoso, hoy día, por muchos de los motivos comentados, es poco probable que se aplique el parto vaginal universalmente a todas las mujeres con cesárea anterior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belitzky R, Theverin F, Marinho E, Tenzer S. El nacimiento por cesárea en instituciones latino americanas. Aproximación a su diagnóstico de situación. Documento de trabajo 1160. Montevideo: CLAP, 1988.
2. Weinstein D, Benshushan A, Ezra Y, Rojansky N. Vaginal birth after cesarean section: current opinion. *Int J Gynecol Obstet* 1996;53:1-10.
3. Eskew PN Jr, Saywell RM Jr, Zollinger TW, Emer BK, Oser H. Trends in the frequency of cesarean delivery. A 21-year experience, 1970-1990. *J Reprod Med* 1994;39:809-17.
4. Paul RH, Phelan JP, Yeh S. Trial of labor in the patient with a prior cesarean birth. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:297-304.
5. Cragin EB. Conservatism in obstetrics. *N Y Med J* 1916;104:1-3.
6. Flamm BL. Once a cesarean, always a controversy. *Obstet Gynecol* 1997;90:312-5.
7. Stone J, Lockwood OJ, Berkowitz GS, Lynch L, Álvarez M, Lapinski RH, et al. Morbidity of failed labor in patients with prior cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1992;167:1513-7.
8. Rosen MG, Dickinson JC, Westhoff CL. Vaginal birth after cesarean: A meta-analysis of morbidity and mortality. *Obstet Gynecol* 1991;77:465-70.
9. Flamm BL, Goings JR, Liu Y, Wolde-Tsadik G. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: a prospective multicenter study. *Obstet Gynecol* 1994;83:927-32.
10. Jakobi P, Weissman A, Peretz BA, Hucherman I. Evaluation of prognostic factors for vaginal delivery after cesarean section. *J Reprod Med* 1993;38:729-33.
11. Scott JR. Avoiding labor problems during vaginal birth after cesarean delivery. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40:533-41.
12. Horestein JM, Phelan JP. Previous cesarean section: the risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151:564-9.
13. Riva HL, Teich JC. Vaginal delivery after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1961;81:501-10.
14. Ananth CV, Smulian JC, Vintzileos AM. The association of placenta previa with history of cesarean delivery and abortion: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:1071-8.

- 256 15. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee on Practice Bulletins. Obstetrics and Gynecology. Vaginal birth after previous cesarean delivery. ACOG. Practice Bulletin n.º 2. Washington: American College of Obstetricians and Gynecologists, 1998.
16. Committee on Obstetric Practice. Vaginal delivery after a previous cesarean birth. ACOG Committee Opinion n.º 143; October, 1994.
17. McMahon MJ, Luther ER, Bowes WA Jr, Olshan AF. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *N Engl J Med* 1996;335:689-95.
18. Lyndon-Rochelle M, Holt VL, Easterling TR, Martin DP. Risk of uterine rupture during labor among women with a prior cesarean. *N Engl J Med* 2001;345:3-8.
19. Maternal Fetal Medicine Committee. Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada. Policy statement: vaginal birth after previous cesarean birth. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1997;19:1425-8.
20. Vergara F, Abel F, Álvarez D, Coll C, Cuadrado C, González-Merlo J, et al. Consideraciones éticas sobre la cesárea. Comisión de bioética de la SEGO. *Prog Obstet Ginecol* 2001;44:46-55.
21. Thacker SB, Stroup DF, Peterson HB. Efficacy and safety of intrapartum electronic fetal monitoring: an update. *Obstet Gynecol* 1995;86:613-20.
22. Usandizaga JA. La cesárea en la conducta obstétrica actual. *Cienc Ginecol* 2001;1:39-48.
23. Usandizaga M, Alomar A, Gibert MJ, Manzano MJ, Tuban A. Inducción del parto en pacientes con cesárea anterior. 219 casos en cinco años. *Actual Obstet Ginecol* 1994;6:246-52.
24. Lehmann M, Hedelin G, Sorgue C, Gollner JL, Grall C, Channi A, Collin D. Predictive factors of the delivery method in women with cesarean section scars. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1999;28:358-68.
25. Pridjian G. Labor after prior cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1992;35:445-56.
26. Martin JN Jr, Perry KG Jr, Roberts WE, Meydrech EF. The case for trial of labor in the patient with a prior low segment vertical cesarean incision. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:144-8.
27. Gibbs CE. Planned vaginal delivery following cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1980;23:507-15.
28. Jongen VH, Halfwerk MG, Brouwer WK. Vaginal delivery after previous cesarean section for the failure of second stage of labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1079-81.
29. León Sisniega C, Duyos JA. Estudio estadístico del parto vaginal post-cesárea anterior. *Toko-Gin Pract* 1973;171-8.
30. Bedoya C, Bartha JL, Marín JM, Carrasco A, González M, Sánchez Ramos J. Parto vaginal después de cesárea. Influencia en la fase del parto en la que se realizó la cesárea. *Prog Obstet Ginecol* 1993;36:166-9.
31. Martínez-Alonso M, Nadal G, Valverde J, Melero A, Pereira I, Torres JM. Evolución del parto en gestantes con cesárea anterior. *Clin Invest Gin Obst* 1999;26:420-3.
32. Stone C, Halliday J, Lumley J, Brennecke S. Vaginal births after cesarean (VBAC): a population study. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2000;14:340-8.
33. Clark SL, Eglinton GS, Beall M, Phelan JP. Effect of indication for previous cesarean section on subsequent delivery outcome in patients undergoing a trial of labor. *J Reprod Med* 1984;29:22-5.
34. Holt VL, Mueller BA. Attempt and success rates for vaginal birth after caesarean section in relation to complications of the previous pregnancy. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1997;11:63-72.
35. Hall MH. When a woman asks for a caesarean section. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987;294:201-2.
36. Mould TA, Chong S, Spencer JA, Gallivan S. Women's involvement with the decision preceding their caesarean section and their degree of satisfaction. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:1074-7.