

404 **Vanesa Zornoza García**  
**Ángel Luengo Tabernero**  
**Ana Ferrero Viñas**  
**Alfonso Fernández Corona**  
**Celestino González García**

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de León. León. España.

**Correspondencia:**

Dra. V. Zornoza García.  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Complejo Asistencial de León.  
Altos de Nava, s/n. 24003. León. España.  
Correo electrónico: vzornoza@hotmail.com

Fecha de recepción : 29/10/2007.

Aceptado para su publicación: 15/1/2008.

---

## **Modificación en la tasa de cesáreas y sus indicaciones entre 2000 y 2006 en el Hospital de León**

*Changes in the rate of cesarean section and its indications between 2000 and 2006 in Leon Hospital (Spain)*

### **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar cómo ha cambiado el porcentaje de cesáreas entre los años 2000 y 2006 en el Hospital de León y analizar sus indicaciones.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Analizamos 858 cesáreas, 62 partos vaginales con cesárea anterior y 13 en presentación podálica. Incluimos las variables: tipo de parto, indicación, fecha, antecedente de cesárea, presentación podálica, edad materna y gestacional y sexo del neonato.

**Resultados:** La tasa de cesáreas subió del 19,82% al 22,06%. Las indicaciones por cesárea anterior y podálica pasaron del 15,7 y el 15,4% al 24,8 y el 20,2% respectivamente. Los partos vaginales entre mujeres con antecedente de cesárea y presentación podálica bajaron del 42,62 y el 15,71% al 12,6 y el 2,04%, respectivamente. El número de gestantes de 35 años o más en el momento de la cesárea aumentó del 25,1 al 36,8%.

**Conclusiones:** Aumentó la tasa de cesáreas y cambió el porcentaje en sus indicaciones: se incrementó por cesárea anterior y podálica, y disminuyó por distocia.

### **PALABRAS CLAVE**

Cesárea. Parto vaginal. Parto con antecedente de cesárea. Presentación podálica.

### **ABSTRACT**

**Objective:** To determine changes in the percentage of cesarean sections between 2000 and 2006 in Leon Hospital and to analyze the indications for this procedure.

**Material and methods:** We performed an observational, descriptive, retrospective study. A total of 858 cesarean sections, 62 vaginal deliveries after a prior cesarean section, and 13 breech presentation deliveries between 2000 and 2006 were evaluated. The variables analyzed were type of delivery, indication, date, prior cesarean section, breech presentation, maternal and gestational age, and sex of the newborn.

**Results:** The cesarean section rate rose from 19.82% to 22.06%. Indications for prior cesarean section and breech presentation increased from 15.7% and 15.4% to 24.8% and 20.2%, respectively. Vaginal births in women with prior cesarean

section and breech presentation decreased from 42.62% and 15.71% to 12.6% and 2.04%, respectively. Pregnant women older than 35 years at cesarean section increased from 25.1% to 36.8%.

**Conclusions:** The cesarean section rate increased from 2000 to 2006. The percentage of cesarean sections indicated for prior cesarean section and breech presentation increased and while that of procedures indicated for dystocia decreased.

#### KEY WORDS

Cesarean section. Labor. Vaginal delivery after prior cesarean section. Breech presentation.

#### INTRODUCCIÓN

Rousste, en 1581, recomendó por primera vez la cesárea en mujeres vivas y usó el nombre actual de la operación. Las primeras declaraciones fiables acerca de la intervención no aparecieron hasta el siglo XVII. Se empleaba en casos raros y desesperados y, por lo general, resultaba mortal tanto para el feto como para la madre. En 1865, en Gran Bretaña e Irlanda, la tasa de mortalidad materna debida a la cesárea era del 85%. En París, hasta 1876 ninguna madre había sobrevivido a la intervención.

En 1882 Max Sänger introdujo la sutura de la pared abdominal. Hasta entonces no se realizaba por la creencia de que eran superfluas, lesivas y servían de asiento a infecciones graves. A partir de ese momento, disminuyó la mortalidad secundaria a la hemorragia y la peritonitis se convirtió en la principal causa de muerte. El advenimiento de la anestesia, las técnicas quirúrgicas asépticas y la hemoterapia dio como resultado una reducción aún mayor de la tasa de mortalidad<sup>1</sup>.

En la actualidad, los riesgos que acompañan a la cesárea han descendido espectacularmente, pero continúa sin tratarse de una operación inocua. Se asocia a una mayor gravedad y número de complicaciones (tanto maternas como fetales) que el parto vaginal. La muerte materna es excepcional, aunque si la comparamos con la del parto, la cesárea electi-

va conlleva un riesgo 3 veces mayor y la cesárea urgente lo eleva 9 veces. La mortalidad perinatal aumenta al doble que en la vía vaginal. A pesar de todo ello, la cesárea es la operación obstétrica que se realiza con mayor frecuencia<sup>2-4</sup>.

En los últimos 40 años hemos asistido a un aumento ininterrumpido en la tasa de cesáreas. Ha pasado del 4 al 15-25% y ha llegado en algunos centros al 50%. La mayor parte de ese aumento ocurrió en el decenio de 1970 a 1980. Dos de las causas que parecen estar contribuyendo a este aumento son el antecedente de cesárea y la presentación podálica<sup>1,5</sup>.

#### Parto vaginal tras cesárea

Durante decenios se consideró que un útero con cicatriz contraindicaba el trabajo de parto por temor a una rotura del órgano. En 1916 Cragin estableció lo que hoy sabemos resulta excesivo: «Con antecedente de cesárea, siempre hacer otra».

En 1978, Merrill y Gibbs comunicaron que se había realizado con seguridad parto vaginal en la Universidad de Texas en el 83% de sus pacientes con antecedente de cesárea. Renovaron el interés por el parto vaginal en una época en que sólo el 2% de las gestantes con cesárea previa se planteaba el parto por esa vía y la tasa de cesáreas aumentaba a una velocidad sin precedente. En 1988, en un esfuerzo por abordar ese incremento, el American College of Obstetricians and Gynecologists<sup>6</sup> (ACOG) recomendó que, en ausencia de contraindicación, se asesorase a una mujer con cesárea previa transversal baja para que intentara el trabajo de parto en un embarazo posterior.

El mayor riesgo del parto vaginal después de una cesárea es la rotura uterina. Se produce en menos del 1% de los casos, aunque comporta una morbilidad materno-fetal del 10-25%. Ni la cesárea iterativa ni la prueba de parto vaginal están exentas de riesgo. La morbilidad materna es siempre mayor cuando fracasa el intento por vía vaginal (20-40%) que en la cesárea electiva, pero siempre es menor en el parto que en la cesárea. Se requiere una adecuada selección de las pacientes para intentar una prueba de parto; han de tenerse en cuenta los criterios de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)<sup>7-9</sup>.

## 406 Parto de nalgas

La presentación podálica supone alrededor del 4% de todos los embarazos a término con feto único. La vía de parto recomendada se evaluó en distintos estudios, tras los resultados del Term Breech Trial en 2000, la Sección de Medicina Perinatal de la SEGO concluyó que la cesárea electiva es mejor que el parto vaginal. La morbimortalidad perinatal y neonatal es menor, sin diferencias en cuanto a la morbilidad materna. No podemos ignorar que la práctica médica y la asistencia al parto han de valorarse en cada situación clínica. Tras estimar las condiciones obstétricas, es factible permitir la evolución del parto vía vaginal, siempre que la paciente, después de una información adecuada, haya firmado el consentimiento<sup>10</sup>.

Una alternativa a la cesárea electiva es la versión externa a partir de la semana 37, con el fin de convertir la presentación podálica en cefálica. Actualmente, la casi totalidad de las presentaciones podálicas se resuelve por vía abdominal. El número de médicos con capacidad para seleccionar y atender el parto por vía vaginal con seguridad ha disminuido notablemente<sup>11</sup>.

### MATERIAL Y MÉTODOS

A la vista del estado actual del problema, nos planteamos los siguientes interrogantes:

- En los últimos años ha aumentado la tasa de cesáreas, ¿se ha reflejado esta tendencia en el Hospital de León (HLEO)?
- Se ha modificado la frecuencia de las indicaciones de cesárea, ¿qué ha ocurrido en nuestro hospital?
- La indicación de cesárea por cesárea anterior parece una de las causas del aumento en la tasa de cesárea, ¿lo es en nuestro hospital?
- Ante presentaciones podálicas, actualmente está indicada la cesárea. Parece otra causa del aumento, ¿coincidimos con estos datos en el HLEO?

A partir de aquí formulamos nuestra hipótesis: la tasa de cesáreas en el Complejo Asistencial de León ha ido aumentando en los últimos años y dos de las posibles causas son la cesárea anterior y la presentación podálica.

Para analizar esta hipótesis determinamos los siguientes objetivos:

1. Realizar una cuantificación del número de cesáreas realizadas durante los años 2000 y 2006 en el HLEO.
2. Describir y analizar las siguientes variables en las cesáreas: causa, mes y año de intervención, prematuridad, añosidad materna y sexo del recién nacido.
3. Cuantificar y analizar el tipo de parto después de una cesárea.
4. Cuantificar y analizar el tipo de parto en fetos con presentación podálica.

Dados nuestros objetivos, se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo.

El HLEO es un hospital público de nivel III con 795 camas, depende de la Gerencia Regional de Salud de la Conserjería de Sanidad y Bienestar Social de la Junta de Castilla y León, presta atención especializada a la población del Área de Salud de León (351.086 personas) y es centro de referencia para el Área de Salud del Bierzo.

### Material bibliográfico

El material bibliográfico se extrajo de una revisión amplia de la literatura científica, sobre todo del período comprendido entre 1999 y 2007. La última búsqueda bibliográfica se efectuó en junio de 2007. Se utilizaron como fuentes de documentación: manuales de obstetricia y ginecología; revistas médicas; guías de práctica clínica de la SEGO y del Servicio de Obstetricia y Ginecología del HLEO; base de datos MEDLINE; y la búsqueda se realizó por las palabras clave «tasa de cesárea», «indicaciones de cesárea», «cirugía de la cesárea», «complicaciones de cesárea», «parto vaginal con cesárea anterior», «cesárea en presentación podálica», «parto vaginal en podálica».

### Selección de la muestra

Los criterios de inclusión fueron: parto mediante cesárea, parto vaginal eutócico o instrumental con antecedente de cesárea, parto vaginal eutócico en

presentación podálica, realización de la intervención durante los años 2000 y 2006. Los criterios de exclusión fueron: parto vaginal sin antecedente de cesárea, parto vaginal en presentación cefálica y parto vaginal en gemelar.

### Recogida de datos

Se revisaron las historias clínicas de las pacientes con parto por cesárea, parto vaginal con cesárea anterior y parto vaginal en presentación podálica en el período 2000-2006, según la información aportada por el Registro de Partos del Servicio de Obstetricia de nuestro hospital. Se recogieron los datos de filiación y las variables clínicas y se realizó una base de datos con el programa estadístico SPSS.

### Variables clínicas utilizadas

1. Tipo de parto: cesárea o vía vaginal; en este último caso diferenciamos eutócico o instrumental (ventosa, fórceps y espátulas).

2. Indicación de cesárea: agrupadas en 6 indicaciones principales:

- Riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF).
- Presentación podálica.
- Hemorragias obstétricas: desprendimiento prematuro de placenta normoinserta, placenta previa y hemorragias de tercer trimestre.
- Distocias: no progresión de parto, fracaso de inducción, desproporción pélvico-cefálica, distocia de rotación y prueba de parto fallida.
- Cirugía uterina anterior: cesáreas y cualquier intervención en la que se haya accedido a la cavidad uterina.
- Miscelánea: primípara añosa, fiebre materna intraparto, interés fetal por técnicas de reproducción asistida, enfermedad materna (como prevención de la infección del feto en el canal del parto y como prevención del empeoramiento materno) y gestación múltiple.

3. Edad materna: se dividió a las gestantes en menores de 35 años y aquellas de 35 años o más, sobre la base de la consideración de que la edad

materna avanzada tiene un impacto negativo en la fertilidad y morbimortalidad maternoperinatal.

4. Fecha de parto: mes y año de asistencia.
5. Antecedente de cesárea.
6. Presentación fetal: podálica y otras.
7. Sexo del recién nacido: se excluyeron de esta valoración los gemelares.
8. Edad gestacional del recién nacido: prematuros y a término.

### Análisis estadístico

Se utilizaron los programa SPSS versión 13.0 y Microsoft Office versión 2003 para los análisis estadísticos descriptivos y univariante. Se estimaron para cada una de las variables cualitativas las proporciones de cada una de las categorías. Para el estudio de la asociación estadística entre las variables se utilizó la prueba de la  $\chi^2$  de Pearson.

### RESULTADOS

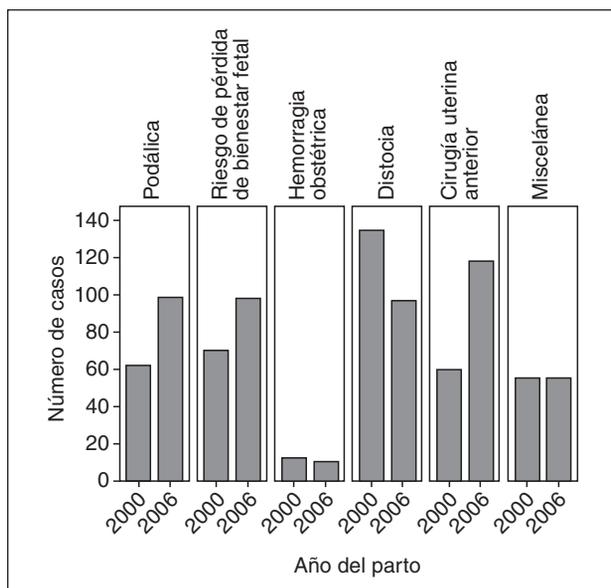
Se estudió el total de los 1.932 partos ocurridos durante el año 2000 en el HLEO, de los cuales analizamos: 383 casos de cesárea, 44 partos vaginales tras cesárea y 11 partos vaginales en presentación podálica.

Asimismo, de los 2.153 partos atendidos durante el año 2006: 475 casos de cesárea, 18 partos vaginales tras cesárea y 2 partos vaginales en presentación podálica.

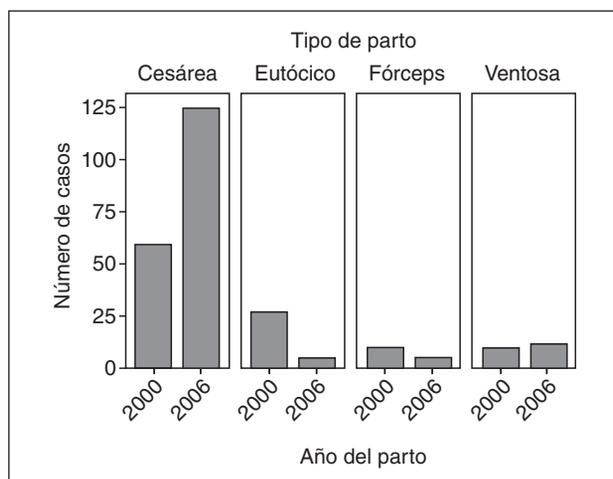
La tasa de cesáreas del año 2000 fue del 19,82 frente al 22,06% en el año 2006. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre las principales causas de las cesáreas en el año 2000 frente al 2006 (fig.1).

Se observó distocia en el 35,2 frente al 20,4%; RPBF en el 16,2 frente al 20,8%; cirugía uterina previa en el 15,7 frente al 24,8%; presentación del feto en podálica en el 15,4 frente al 20,2%; hemorragia obstétrica en el 3,1 frente al 2,1%, y miscelánea en el 14,4 frente al 11,6%.

Las causas de distocia fueron: no progresión de parto, el 54,07 (73 casos) frente al 47,42% (46 casos); desproporción cefalopélvica, el 22,96 (31 casos) frente al 15,46% (15 casos), y fracaso de inducción, el 6,6% (9 casos) frente al 14,43% (14 casos).

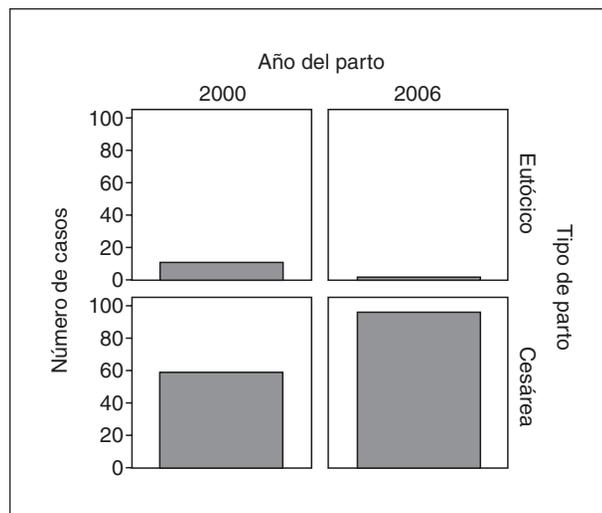


**Figura 1.** Indicaciones de la cesárea en 2000 y 2006 en el Hospital de León.



**Figura 2.** Actuación obstétrica con el antecedente de cesárea en 2000 y 2006 en el Hospital de León.

En cuanto a la edad de las gestantes en el momento del parto, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ): el 25,1% tenía más de 35 años en 2000 frente al 36,8% en 2006.



**Figura 3.** Actuación obstétrica ante la presentación podálica en 2000 y 2006 en el Hospital de León.

Entre los recién nacidos hubo un 90,1% de nacidos a término en 2000 frente al 91,2% en 2006, sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

Respecto al sexo del neonato, tampoco encontramos ninguna diferencia: el 51,5% fueron varones en 2000 frente al 51,3% en 2006.

Al analizar el número de cesáreas por meses del año, observamos que el mayor porcentaje de intervenciones en el año 2000 ocurrió en el mes de octubre (12,4%) frente al mes de agosto en el año 2006 (12,2%), y el menor en el mes de abril de 2000 (6,7%) frente a septiembre de 2006 (6,5%).

En 2000, el 5,33% (103 casos) de los casos presentaba el antecedente de cesárea y el 6,59% (142 casos) en 2006. La diferencia en el tipo de parto en 2000 frente a 2006 fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): partos eutócicos, el 25,24 frente al 2,8%; partos mediante fórceps, el 8,7 frente al 2,8%; partos mediante ventosa, el 8,7 frente al 7%, y cesáreas, el 57,35 frente al 87,3% (fig. 2).

El porcentaje de presentación podálica durante el año 2000 fue del 3,6 (70 casos) frente al 4,55% (98 casos) en 2006; la diferencia en el tipo de parto en esos años también fue estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ): cesáreas, el 84,28 frente al 97,95%, y partos vaginales eutócicos, el 15,71 frente al 2,04% (fig. 3).

## DISCUSIÓN

En España, el porcentaje de cesáreas se elevó del 19,8% en 1997 al 21,7% en 2000. Las diferencias regionales fueron notables: el País Vasco y Navarra ocupaban las posiciones de menor uso de esta práctica, con tasas del 14,6 y 17%, respectivamente, mientras que Valencia mantenía la posición de mayor porcentaje con un 25,4% en el año 2000<sup>12</sup>.

Según la base nacional de datos perinatales (a partir de centros de la red sanitaria pública), en 2000, el 19,05% de los partos fueron atendidos mediante cesárea, dato comparable con el obtenido en nuestro hospital (19,82%). Fueron electivas el 32,97% e intraparto el 67,03% (datos similares obtenidos en el mismo año en León): distocia, el 41,95%; RPBF, el 28,17%; cesárea anterior, el 14,58%, y presentación podálica, el 15,30%.

Las últimas cifras con las que contamos en esta base de datos son las referentes al año 2004. La tasa aumentó al 20,89%, número semejante al de la mayoría de países (29,1% en EE.UU.). Se aproxima al 22,06% de nuestro estudio referente al año 2006<sup>13</sup>.

En la actualidad, existe una importante preocupación por este ascenso. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que la cesárea no debería suponer más del 10-15% del total de partos y pretende conseguirlo para el año 2010. En un intento por frenar este problema y conseguir el propósito que plantea, diversos hospitales han ideado estrategias para disminuir sus cesáreas sin aumentar la morbimortalidad materno-fetal. Para ello, el primer paso consiste en conocer cuáles son las distintas indicaciones de cesárea y protocolizar la actuación obstétrica<sup>14</sup>.

Chaillet y Dumont<sup>15</sup> introdujeron auditorías, sesiones, solicitud de una segunda opinión y mejora en la conducción del parto. Con ello se consiguió reducir un 19% las cesáreas debidas a distocias, cesárea anterior, riesgo de pérdida de bienestar fetal y elección materna. En Europa, se publicaron trabajos donde se demostró el éxito de este tipo de protocolos. En Italia, uno de los países de Europa con tasa más alta de cesárea, Zanetta presentó una disminución del 26% al 12%. En España, en 2001, el Hospital La Inmaculada de Almería consiguió una disminución del 2%, reduciendo el número de inducciones de parto, realizando versiones externas en presentación podálica y aumentando el número de partos vaginales con cesárea anterior<sup>15,16</sup>.

El parto vaginal después de una cesárea se admitió como un método seguro y práctico para reducir la tasa global de cesáreas. El ACOG adoptó medidas restrictivas en 1999 para disminuir la tasa de cesárea por esta indicación. Logró pasar del 24% en 1996 al 13% en 2002, sin diferencias en la mortalidad neonatal o materna. La SEGO establece como indicador de calidad asistencial una tasa superior al 40% de partos vaginales en mujeres con cesárea previa<sup>17,18</sup>.

En los últimos años ha cobrado cada vez más importancia el papel que el paciente debe ocupar en el proceso de diagnóstico y tratamiento. Debe ser partícipe en la toma de decisiones, guiado por la información que le aporta el médico, que debe dejar de ser paternalista y pedirla opinión del enfermo, quien hará constancia de su elección mediante la firma de un consentimiento. El deseo de la paciente, que no tiene en cuenta la mayor morbimortalidad que acompaña a una cesárea, es causa de un incremento en el número de éstas. En el HLEO se comenzó a utilizar el consentimiento informado para «parto vaginal tras cesárea» a partir del año 2003<sup>19,20</sup>.

Las razones aportadas por las gestantes que desean terminar el embarazo mediante cesárea son, entre otras, la creencia de poder evitar un mal resultado perinatal y complicaciones del suelo pélvico, tanto incontinencia urinaria como fecal. Con una adecuada información sobre los riesgos significativos de la intervención, las complicaciones en futuras gestaciones, las alternativas posibles y los beneficios de un parto vaginal, podríamos conseguir una disminución de las cesáreas realizadas sin indicación médica. Podemos apuntar el simple hecho de que el tiempo de estancia hospitalaria se reduce a 36 h, frente a los 5 días que permanecen de media tras una cesárea en el HLEO<sup>21-23</sup>.

Respecto a la presentación podálica, la versión externa parece ser la única vía para disminuir estas cesáreas, procedimiento que no se realiza en nuestro hospital. La seguridad de la versión ha sido un tema controvertido. En los estudios realizados a partir de 1980, la muerte fetal relacionada con este procedimiento es muy infrecuente. La mayoría de los trabajos encuentra que es una técnica segura desde el punto de vista fetal y materno. Una revisión de 20 estudios indica que el porcentaje de éxitos tras una versión cefálica externa varía del 35 al 86% (media

410 58%), favorecido por el uso de tocolíticos. Tras una versión exitosa, el riesgo de cesárea intraparto es del 27%, dos veces mayor que el riesgo que pueda tener una presentación cefálica<sup>24-27</sup>.

Sobre la base de estos datos, en el HLEO nos planteamos la posibilidad de un protocolo de actuación obstétrica encaminado a conseguir los objetivos de la OMS.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham GF, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Gilstrap III LC, Wenstrom KD. *Obstetricia de Williams*. 22ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana, 2006. cap. 25-26.
2. Escudero Fernández M. Current problems of cesarean section. *An R Acad Nac Med (Madr)*. 2001;118:715-36.
3. Duarte G, Coltro PS, Bedone RV, Nogueira AA, Gelonezzi GM, Franco IJ. Trends in the modes of delivery and their impact on perinatal mortality rates. *Rev Saude Publica*. 2004;38:379-84.
4. Taylor LK, Simpson JM, Roberts CL, Olive EC, Henderson-Smart DJ. Risk of complications in a second pregnancy following caesarean section in the first pregnancy: a population-based study. *Med J Aust*. 2005;183:515-9.
5. Villar J, Valladares E, Wojdyla D, Zavaleta N, Carroli G, Velasco A, et al. Caesarean delivery rates and pregnancy outcomes: the 2005 WHO global survey on maternal and perinatal health in Latin America. *Lancet*. 2006;367:1819-29.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Obstetric Practice. Vaginal birth after previous cesarean delivery. *Int J Gynecol Obstet*. 1999;66:197-204.
7. Zinberg S. Vaginal delivery after previous cesarean delivery: a continuing controversy. *Clin Obstet Gynecol*. 2001;44:561-70.
8. Guise JM, Berlin M, McDonagh M, Osterweil P, Chan B, Helfand M. Safety of vaginal birth after cesarean: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2004;103:420-9.
9. Tripathi JB, Doshi HU, Kotdawala PJ. Vaginal birth after one caesarean section: analysis of indicators of success. *J Indian Med Assoc*. 2006;104:113-5.
10. 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 randomised multicentre trial. *Lancet*. 2000;356:1375-83.
11. Hutton EK, Kaufman K, Hodnett E, Amankwah K, Hewson SA, McKay D, et al. External cephalic version beginning at 34 weeks' gestation versus 37 weeks' gestation: a randomized multicenter trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;189:245-54.
12. Diferencias en actividad obstétrica y tasa de cesáreas. [Accedido el 14 Mar 2007.] Disponible en: [www.msc.es/informae-nualsns](http://www.msc.es/informae-nualsns)
13. González-González NL, Medina V, Jiménez A, Gómez Arias J, Ruano A, Perales A, et al. Base de datos perinatales nacionales 2004. *Prog Obstet Ginecol*. 2006;49:645-55.
14. Reus E, Margarit M, Rodríguez A, Méndez JR, Vígner J, García M, et al. ¿Podemos reducir el número de cesáreas? *Ginecol Clin*. 2002;3:8-19.
15. Chaillet N, Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. *Birth*. 2007;34:53-64.
16. Aceituno L, Segura MH, Quesada J, Rodríguez-Zarauz R, Ruíz-Martínez E, Barqueros AI, et al. Resultados de la aplicación de un protocolo para disminuir la tasa de cesáreas. *Prog Obstet Ginecol*. 2003;46:430-40.
17. Gonen R, Nisenblat V, Barak S, Tamir A, Ohel G. Results of a well-defined protocol for a trial of labor after prior cesarean delivery. *Obstet Gynecol*. 2006;107:240-5.
18. SEGO. Indicadores de Calidad Asistencial en Ginecología y Obstetricia, 1999. Disponible en: [www.sego.es](http://www.sego.es)
19. Bergholt T, Ostberg B, Legarth J, Weber T. Danish obstetricians' personal preference and general attitude to elective caesarean section on maternal request: a nation-wide postal survey. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83:262-6.
20. Nisenblat V, Barak S, Griness OB, Degani S, Ohel G, Gonen R. Maternal Complications Associated with cesarean deliveries. *Obstet Gynecol*. 2006;108:21.
21. Resnik R. Can a 29% cesarean delivery rate possibly be justified? *Obstet Gynecol*. 2006;107:752-3.
22. Usha Kiran TS, Jayawickrama NS. Who is responsible for the rising caesarean section rate? *J Obstet Gynaecol*. 2002;22:363-5.
23. Ben-Meir A, Schenker JG, Ezra Y. Cesarean section upon request: is it appropriate for everybody? *J Perinat Med*. 2005;33:106-11.
24. Lojaco A, Donarini G, Valcamonico A, Soregaroli M, Frusca T. External cephalic version for breech presentation at term: an effective procedure to reduce the caesarean section rate. *Minerva Ginecol*. 2003;55:519-24.
25. Hutton EK, Hofmeyr GJ. External cephalic version for breech presentation before term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;1:CD000084.
26. Impey L, Pandit M. Tocolysis for repeat external cephalic version in breech presentation at term: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *BJOG*. 2005;112:627-31.
27. Chan LY, Tang JL, Tsoi KF, Fok WY, Chan LW, Lau TK. Intrapartum caesarean delivery after successful external cephalic version: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2004;104:155-60.