

PARTO VAGINAL EN CESAREADA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE 4 AÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGURIDAD SOCIAL

Misael J. Lindo, Alberto Paredes, Cecilia Zea, Héctor Cienfuegos, Marissa Limas

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar las características maternas y perinatales, tipo de parto y complicaciones de las gestantes con parto vaginal después de una cesárea anterior. **LUGAR:** Hospital Uldarico Rocca, de Essalud, en el período 2000-2004. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo y descriptivo en 298 gestantes a término con antecedentes de una cesárea previa admitidos al estudio para la prueba de trabajo de parto y parto vaginal. **RESULTADOS:** La tasa de éxito de parto vaginal fue de 54,7% (163 pacientes) con cesárea previa. El 63,2% tenía entre 26 y 35 años de edad. El período intergenésico desde la cesárea previa y el parto vaginal menor a 2 años fue en 8,6% (14 pacientes). El parto eutócico se dio en 90,8% (148 pacientes) y se usó vacuum en 9,2% (15 pacientes). Se estimuló con oxitocina el trabajo de parto en 14,7% (24 pacientes). El peso promedio de los neonatos (RN) fue de 3 406 g y el 4,9% (8 RN) fueron macrosómicos. El 99,4% de los RN tuvo Ápgar ≥ 7 a los 5 minutos. No hubo casos de rotura uterina. **CONCLUSIONES:** El parto vaginal en cesareada anterior en grupo seleccionado de mujeres, se considera seguro y con altas probabilidades de éxito y mínimos riesgos; por lo tanto es una alternativa aceptable para evitar una cesárea repetida electiva en pacientes con cesárea previa.

PALABRAS CLAVE: Prueba de trabajo de parto. Parto vaginal en cesareada anterior. Rotura uterina.

Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 217-222

SUMMARY

OBJECTIVE: To determine the maternal and perinatal characteristics, type of vaginal delivery and complications in patients with vaginal birth after cesarean section (VBAC) at Uldarico Rocca F Hospital, Essalud, from 2002 to 2004. **MATERIAL AND METHODS:** Retrospective and descriptive study in 298 patients at term pregnancy with previous cesarean section who were admitted for trial of labor and vaginal birth. **RESULTS:** The VBAC success rate was 54,7% (163 patients), 63,2% of patients were between 26 to 35 years old. Pregnancy interval after cesarean delivery was less than 2 years in 8,6% (14 patients). Spontaneous natural birth after cesarean delivery was obtained in 90,8% (148 patients) and vacuum delivery was performed in 9,2% (15 patients). Oxytocin was used in 14,7% (24 patients).

Birth weight averaged 3 406 g and 4,9% (8 patients) delivered > 4 000 g neonates; 99,4% of neonates had Apgarscore ≥ 7 at 5 minutes. There was no one case of uterine rupture. **CONCLUSIONS:** The VBAC is considered safe, with high probability of success and minimal risk of uterine rupture; it represents an acceptable alternative to repeat abdominal delivery in women with previous cesarean.

KEY WORDS: Trial of labor. Vaginal birth after cesarean delivery (VBAC). Uterine rupture.

Rev Per Ginecol Obstet 2004; 50: 217-222

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cesárea se ha incrementado en los últimos años. En la literatura norteamericana se menciona que la incidencia fue 5,5% en 1970 y 24,7%, en 1988; un aumento de 1% por año⁽¹⁾. En Latinoamérica, 12 de 19 países estudiados tienen tasas de cesáreas mayores al 15%, con rangos que

Servicio de Ginecoobstetricia del Hospital Uldarico Rocca F, EsSalud, Villa El Salvador, Lima.
Correspondencia: Dr. Misael J. Lindo-Pérez. Av. Victor Castro Iglesias 443, Zona B, Lima 29.
e-mail: mlindoperez@yahoo.es



varían de 16,8 a 40%⁽²⁾. Recientemente, Chile comunica 30%; Cuba, 25% y Argentina, entre 14 y 35%. En el Perú, la frecuencia de cesáreas varía según la institución evaluada; así, en Lima, el Hospital María Auxiliadora registró 14,7% de cesáreas en 1991; la Maternidad de Lima, 17% en 1992; el Hospital G. Almenara de Essalud, 30% en 1992 y el Hospital Rebagliati de Essalud, 35% en 1994^(3,4). En el presente siglo, el Instituto Materno Perinatal (Ex Maternidad de Lima) registró 32,2% en el 2000; el Hospital Nacional Docente San Bartolomé, 24,8% en 2000-2001 y en el HNE Rebagliati M, 54,6% en el 2001. Una de las causas más frecuentes fue la cesárea anterior⁽⁵⁾.

El incremento ha sido atribuido a la menor frecuencia del parto instrumentado, a una menor frecuencia de atención del parto podálico por vía vaginal, al uso generalizado de la monitorización electrónica en la vigilancia fetal, a la premisa de Cragin "una vez cesárea, siempre cesárea", pero principalmente por la renuencia de los ginecoobstetras de monitorizar obstétricamente el trabajo de parto en una cesárea anterior^(1,6,7).

Debido al mayor porcentaje de cesáreas repetidas de manera electiva, se ha recomendado una prueba de trabajo de parto cuando hay cesárea previa, para aminorar la tasa global de estas operaciones⁽⁸⁾. El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) recomienda someter a todos los casos con cesárea previa a intento de parto vaginal, salvo que exista alguna de las siguientes circunstancias: que persista la indicación anterior, que la cesárea fuese corporal o desconocida, que el feto pese 4 000 gramos o más, que no se pueda monitorizar el parto y la falta de un anestesiólogo y un neonatólogo⁽⁹⁾.

La seguridad y eficacia de una prueba de trabajo de parto y parto vaginal después de una cesárea están bien documentadas^(1,8,10) y varios estudios han incluido a pacientes con antecedentes de más de una cesárea^(11,12).

El riesgo más temido al someter a trabajo de parto a una paciente con antecedente de una cesárea es la rotura uterina, la cual ha sido definida como un defecto que implica el grueso entero de la pared uterina, incluyendo el peritoneo sobrepuesto, con la salida del contenido intrauterino hacia la cavidad abdominopelviana, que requiere intervención operatoria, pero puede ocurrir en menos del 1%^(13,14).

El objetivo del presente trabajo fue investigar el manejo que se da a la gestante con el antecedente de ser cesareada anterior en el Hospital Uldarico Rocca Fernández, de Essalud, Lima, determinando cuáles son sus características, cuántas son sometidas a una prueba de trabajo de parto y cuál es su resultado, así como las características y complicaciones maternas y sus productos; finalmente, revisar información actual basada en la evidencia con respecto a la paciente gestante cesareada anterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, desde el 1 de abril de 2000 al 31 de marzo de 2004, se revisó el Libro de Partos del Servicio de Obstetricia del Hospital Uldarico Rocca Fernández (HURF), Essalud de Villa El Salvador, Lima. Durante este lapso, hubo 7 779 partos, de los cuales 1 699 (21,8%) fueron por cesárea; 298 pacientes con el antecedente de cesareada anterior cumplieron con los requisitos para prueba de trabajo de parto vaginal con monitoreo fetal continuo: 1) cicatriz uterina transversa segmentaria baja; 2) feto único en cefálico; 3) gestación a término (37 a 41 semanas) por ecografía del primer trimestre; 4) pelvis ginecoide; e, 5) inicio de trabajo de parto espontáneo. Un total de 163 (54,7%) tuvo parto vaginal. Se revisó las historias clínicas respectivas y se analizó las siguientes variables maternas: Edad, paridad (incluida gestación actual), periodo intergenésico, tipo de parto vaginal y uso o no de oxitocina y complicaciones del parto vaginal; así como las variables del recién nacido: sexo, peso, Ápgar al minuto y a los 5 minutos.

Los datos recolectados en ficha específica fueron procesados en el software para análisis estadístico SPSS v. 12,0 y transcritos los resultados al procesador de textos Word-XP.

RESULTADOS

En el HURF, del 1 de abril de 2000 al 31 de mayo de 2004, se registró 7 779 partos, entre los que 298 gestantes cumplieron los requisitos para prueba de parto vaginal; 163 (54,7%) terminaron con éxito en parto vaginal y 135 (45,3%), en cesárea iterativa. El motivo de la cesárea iterativa en las gestantes que fracasaron en la prueba de parto vaginal fue: sufrimiento fetal agudo, 53 casos (39,2%); trabajo de par-



to disfuncional, 42 (31,1%); desproporción cefalopélvica, 37 (27,5%) y sólo 3 (2,2%), por inminencia de rotura uterina, la cual no fue comprobada.

Las características de las gestantes (163) que terminaron en parto vaginal fueron: edad promedio, 29,5 años, distribuidos en grupos etarios; el mayor número de casos fue de 103 (63,2%) en el grupo etario de 26 a 35 años; y el grupo de alto riesgo de 36 a 41 años, sólo 22 casos (13,5%). La edad gestacional fue en todas a término por ecografía del primer trimestre, el promedio fue 39,06 semanas (Tabla 1).

En cuanto a la paridad de las gestantes (incluida la gestación actual), 117 casos (71,8%) de cesareadas anteriores que tuvieron parto vaginal habían tenido sólo un hijo previamente, mientras que las multiparas en conjunto sumaban 46 casos (28,2%). El período intergenésico fue de 18 a 24 meses en 14 casos (8,6%), y de más de 48 meses, en 83 (50,9%).

De las 163 gestantes que tuvieron un parto vaginal, en 48 casos fue eutócico (90,8%) y en 15 casos (9,2), distócico con vacuum; el trabajo de parto requirió estimulación con oxitocina en 24 casos (14,7%) y en el resto, 139 casos (85,3%), no fue necesaria.

Las complicaciones que se presentaron fueron: 3 casos con desgarro vaginal amplio (1,8%), 2 de los cuales requirieron transfusión sanguínea (GRE) por

Tabla 2. Complicaciones del parto vaginal en cesárea anterior

Complicaciones	n	%
• Desgarro vaginal	3	1,8
• Anemia aguda	3	1,8
• Atonía uterina	2	1,2
• Endometritis	2	1,2
• Distocia de hombros	2	1,2
• Sin complicaciones	151	92,8
Total	163	100,0

anemia aguda; 2 casos con atonía uterina, (1,2%) controlada con oxitócicos y misoprostrol intrarrectal, uno de ellos requirió transfusión sanguínea (GRE) por anemia aguda; 2 casos (1,2%) de endometritis puerperal, controlada con antibióticos y legrado uterino. No hubo complicaciones en 151 casos (92,8%); tampoco hubo casos de rotura uterina ni dehiscencia de cicatriz anterior (Tabla 2).

En cuanto al estado de los recién nacidos (Tabla 3), no hubo diferencia significativa en cuanto al sexo. El peso promedio de los RN fue 3 406,7 g, el mayor

Tabla 1. Edad materna, paridad (incluido gestación actual) y periodo intergenésico

VARIABLES MATERNAS	PROMEDIO	n	%
• Edad (años)	29,5		
– 20-25		38	23,3
– 26-35		103	63,2
– 36-41		22	13,5
Total		163	100,0
• Paridad (incluido gestación actual)	2,4		
– 2		117	71,8
– 3-4		40	24,5
– 5		6	3,7
Total		163	100,0
• Periodo intergenésico			
– 18 a 24 meses		14	8,6
– 25 a 36 meses		29	17,8
– 37 a 48 meses		37	22,7
– Mayor de 48 meses		83	50,9
Total		163	100,0

Tabla 6. Características del recién nacido

VARIABLES DEL RECIÉN NACIDO	N	%
• Sexo		
– Femenino	82	50,3
– Masculino	81	49,7
Total	163	100,0
• Peso (promedio: 3 406,7 g)		
– Menor de 2 500 g	2	1,2
– De 2 500 a 2 999 g	29	17,8
– De 3 000 a 3 999 g	124	76,1
– De 4 000 a 4 550 g	8	4,9
Total	163	100,0
• Puntaje de Ápgar al 1'		
– 7-10	151	92,6
– 4-6	8	4,9
– 1-3	4	2,5
Total	163	100,0
• Puntaje de Ápgar a los 5'		
– 7-10	162	99,4
– 4-6	1	0,6
– 1-3	0	0,0
Total	163	100,0



número de casos (124; 76,1%) estuvo entre 3 000 y 3 999 g; hubo 8 casos (4,9%) de RN macrosómicos, entre 4 000 y 4 550 g. El último caso llegó en la fase activa del trabajo de parto (dilatación > 6), requirió oxitocina y se usó vacuum. En cuanto al puntaje Ápgar del RN al primer minuto, hubo 151 casos (92,6%) con Ápgar 7 a 10; 8 casos (4,9%) con asfixia moderada (4 a 6); 4 casos (2,5%) con asfixia severa. Luego de la reanimación neonatal respectiva, a los 5 minutos, casi todos (162 casos, 99,4%) tuvieron Ápgar 7 a 10 y sólo un caso, Ápgar 4 a 6. Este último fue un recién nacido varón, con peso de 3 550 g, que nació en un parto con distocia de hombros, en el que se estimuló con oxitocina y se empleó vacuum.

DISCUSIÓN

Uno de los problemas de mayor controversia en Obstetricia es el manejo de la cesareada anterior^(1,8,14,15). Por el riesgo de la rotura uterina a partir de la cicatriz previa, en la época que se realizaba solamente la cesárea clásica, se justificó la frase de Cragin “después de una cesárea, siempre cesárea”⁽⁷⁾. La práctica del parto vaginal después de una cesárea previa aparece tempranamente, en 1980 en EE UU, en pacientes con antecedentes de cesárea transversal baja. En 1990, en respuesta a la preocupación creciente acerca de la alta tasa de cesáreas en EE UU, el Departamento de Salud y Servicios Humanos estableció los siguientes objetivos para el año 2000: disminuir la tasa de primera cesárea a 12% o menos y aumentar los partos naturales después de cesárea a 35% o más⁽⁸⁾.

En el Hospital Uldarico Rocca Fernández - Essalud, desde abril de 2000, en que fue inaugurado, hasta marzo de 2004 se atendió 7 779 partos, con una tasa de cesáreas de 1 699 (21,8%), cifra que aún se encuentra por debajo de las otras instituciones de salud^(3,5). En el periodo de estudio, 298 gestantes con antecedentes de cesárea anterior fueron sometidas a prueba de trabajo de parto, con una tasa de éxito de parto vaginal de 163 casos (54,7%) y reintervención en 135 casos (45,3%). Esta tasa de éxito es menor que lo reportado por Acosta y col.⁽¹²⁾ del Instituto Materno Perinatal (Imape), en 1991, (69,4%), pero mayor que la reportada por Yui-Bazul⁽¹⁶⁾, en el mismo Imape, en 1992 (42,9%) y Romero y col.⁽¹⁷⁾ del Hospital V. Lazarte, Essalud, de Trujillo, en 2000 (46,4%). En el año 2000 se publicó

un metaanálisis comparativo de 15 estudios entre la prueba de trabajo de parto y la cesárea electiva, con 45 244 pacientes con antecedentes de una cesárea⁽¹⁸⁾; el 72,3% (27 504) de las sometidas a prueba de trabajo de parto obtuvo con éxito un parto vaginal.

En 135 pacientes (45,3%) de nuestro estudio falló la prueba de trabajo de parto y tuvieron que ser reintervenidas (cesárea iterativa). La primera causa de fallo fue el sufrimiento fetal agudo (39,2%), seguida del trabajo de parto disfuncional (31,1%), resultados que coinciden con lo informado por Yui-Bazul⁽¹⁶⁾ y Romero⁽¹⁷⁾.

El 63,2% (103 casos) de las pacientes tenía entre 26 y 35 años y el 23,3% (38 casos), de 20 a 25 años, porcentajes explicados por el tipo de población joven atendida en el HURF y que coinciden con lo informado por Acosta y Yui en el IMAPE^(12,16) y Romero⁽¹⁷⁾. En cuanto a la paridad, el 71,8% (117 casos) era secundípara, lo que sugiere una población joven, sin parto vaginal previo, solo con el antecedente de la cesárea anterior, el que es considerado por Flamn y col., en 1997, como una variable importante en su puntaje para la probabilidad de parto vaginal, además de la edad menor de 40 años, borramiento y dilatación cervical al ingreso y razón para la primera cesárea⁽¹⁹⁾.

En cuanto al periodo intergenésico, el 50,9% (83 casos) fue mayor de 48 meses y sólo el 8,6% (14 casos), de 18 a 24 meses. Es importante considerar la relación del periodo intergenésico y rotura uterina. En el trabajo de Bujold y col., en 2002⁽²⁰⁾, se analizó 1 527 mujeres sometidas a trabajo de parto, con antecedentes de una cesárea y se encontró 21 roturas uterinas finales (1,4%). El periodo intergenésico menor o igual a 12 meses se asoció con 4,8% de roturas; el de 13 a 24 meses, 2,7%; el de 25 a 36 meses, 0,9%; mayor de 36 meses, 0,9%. Importante resulta comentar que un periodo intergenésico menor o igual a 24 meses se asoció a casi 3 veces la probabilidad de rotura uterina (OR 2,65). Por otro lado, Wilson y col.⁽²¹⁾, en un estudio retrospectivo de 1997 al 2000, revisaron 1185 casos de partos vaginales después de una cesárea y señalaron que el intervalo de cesárea previa y el parto vaginal menor de 19 meses estuvo asociado con disminución del éxito del parto vaginal después de una cesárea en pacientes sometidas a in-



ducción, que las de intervalo mayor de 19 meses (14,3% vs. 86,1%), pero no hallaron diferencia significativa en aquellos con trabajo de parto espontáneo (79,0% vs. 85,5%).

Con relación al tipo de parto vaginal poscesárea previa en nuestro estudio, se resalta el alto porcentaje de parto eutócico (90,8%); se requirió instrumentar con vacuum en 15 casos (9,2%), lo que se correlaciona con lo descrito por Acosta y col.⁽¹²⁾, del Imape, que refieren parto eutócico en 96,7% de casos, vacuum 2,3% y fórceps 1,0%. Durante mucho tiempo se aconsejó disminuir al mínimo el segundo período del trabajo de parto mediante instrumentación con vacuum o fórceps, pero actualmente no se considera imperativo y, en nuestro estudio, la mayoría de indicaciones del vacuum fue por agotamiento materno y un recién nacido mayor de 3700 g.

Se requirió oxitocina para la estimulación del trabajo de parto en 24 pacientes (14,7%) y no se la utilizó en 139 pacientes (85,3%). El uso de oxitócicos en pacientes con cesárea previa no está contraindicado y no se asocia con aumentos en el riesgo de rotura uterina. El excelente metaanálisis de Rosen y Dickinson⁽²²⁾, que cubre 10 centros y cerca de 4 500 nacimientos en pacientes con cesárea previa, mostró de forma concluyente que la inducción o conducción con oxitocina con una tasa de infusión estándar no aumenta el riesgo para la madre o el neonato. El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia afirma que se puede utilizar oxitocina de una manera segura sin aumentar el riesgo materno-fetal^(8,9,23). Lo que sí está contraindicado en gestantes con cesárea previa es el uso de PgE1 (misoprostol), ya que la tasa de rotura uterina en pacientes que la usaron fue 5,6%, en comparación con el 0,2% en aquellas que hacen trabajo de parto espontáneo o son inducidas con otros métodos⁽²⁴⁾.

Las complicaciones más graves de nuestro estudio (Tabla 2) fueron 3 casos de anemia aguda (1,8%), que requirieron transfusión sanguínea; 2 casos de atonía uterina (1,2%), controlados con oxitócicos y misoprostol intrarrectal, y 2 casos de endometritis puerperal, que recibieron antibióticos EV y legrado uterino y uno de ellos, transfusión sanguínea. Otras complicaciones menores fueron desgarró vaginal amplio en 3 casos (1,8%) y distocia de hombros en 2 casos (1,2%). En este

estudio no hubo casos de rotura uterina, lo que coincide con lo informado por Acosta y col.⁽¹²⁾ y Romero⁽¹⁷⁾, mas no con lo reportado por Yui-Bazul del mismo IMAPE, que tuvieron 1,53% de roturas uterinas en su estudio de 1 045 gestantes con cesárea previa y 449 pacientes que concluyeron por vía vaginal. En el año 2000, se publicó un metaanálisis comparativo entre la prueba de trabajo de parto y cesárea electiva de 15 estudios, con 45 244 pacientes con cesárea previa⁽¹⁸⁾. El número de roturas uterinas fue pequeño 0,4% (90 de 22 982) para las pacientes con prueba de trabajo de parto y 0,2% (26 de 16 134) en aquellas que se realizó cesárea electiva. Más recientemente, en octubre de 2004, Shi Wu Wen y col.⁽²⁵⁾ publican un estudio retrospectivo comparativo de 308 755 mujeres canadienses con cesárea previa, entre 1988 y el 2000. La tasa de roturas uterinas fue 0,65%; transfusión sanguínea, 0,19%, e histerectomía, 0,10%, significativamente más alto en el grupo de trabajo de parto. La tasa de muerte materna hospitalaria, sin embargo, fue más baja en el grupo de prueba de trabajo de parto (1,6% por 100 000), que en la cesárea electiva (5,6% por 100 000). Y, en diciembre de 2004, Mark Landon y col. de la Universidad Estatal de Ohio, EE UU⁽²⁶⁾ publican un estudio prospectivo comparativo de un período de 4 años en gestantes con cesárea previa en 19 centros médicos. En total 17 898 mujeres intentaron trabajo de parto y 15 801 se sometieron a cesárea electiva. Rotura uterina sintomática ocurrió en 124 mujeres con prueba de trabajo de parto (0,7%), la tasa de endometritis fue mayor en mujeres sometidas a trabajo de parto que en mujeres con cesárea electiva (2,9% vs. 1,8%), así como la tasa de transfusión fue mayor (1,7% vs. 1,0%). Los datos aportados por diferentes trabajos sugieren que la revisión transcervical de la cicatriz uterina de cesárea anterior, debe ser realizada solamente en las pacientes sintomáticas (dolor suprapúbico persistente, retención placentaria, sangrado excesivo durante el trabajo de parto) o cuando los factores de riesgo están presentes (trabajo prolongado, expulsivo prolongado, extracción instrumental)^(11,14). Demostrando que la revisión de la cicatriz de cesárea de rutina no se justificaría.

En la Tabla 6, se indica las características de los neonatos (RN), se observa que el peso promedio fue 3 406.7 g y que el 76,1% (124 casos) tuvo un peso



entre 3 000 y 3 999 g; hubo un 4,9% (8 casos) de RN macrosómicos (entre 4 000 y 4 550 g). Zelop y col.⁽²⁷⁾, en 2001, en un estudio comparativo de prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa con fetos de peso mayor de 4 000 g, encontraron que de 2 749 mujeres, 365 (13%) tuvieron RN con peso mayor de 4 000 g. La tasa de rotura uterina en ellas fue 1,6% vs. 1,0% en aquellas mujeres con RN menores o igual a 4 000 g; la diferencia no fue significativa (OR 1,6%) y la tasa de rotura uterina fue 2,4% en mujeres con RN mayor de 4 250 g; en nuestro estudio, hubo sólo 3 casos con peso mayor a 4 250 g y no hubo casos de rotura uterina. En cuanto al estado de los RN, no hubo fallecidos y 162 casos (99,4%) tuvieron puntaje Ápgar a los 5 minutos de 7 a 10, lo que ratifica la seguridad para los RN del parto vaginal en pacientes con cesárea previa; sólo hubo un caso (0,6%) con Ápgar menor de 7, en un RN con peso de 3 550 g que presentó distocia de hombros y en cuyo parto se usó vacuum. Hook y col., en 1997⁽²⁸⁾, valoraron los resultados neonatales después de una cesárea electiva a repetición, en comparación a una prueba de trabajo de parto. Los lactantes nacidos por cesárea electiva tuvieron una mayor tasa de taquípnea transitoria en comparación con los nacidos por vía vaginal después de una prueba de trabajo de parto. Este estudio también encontró que, en comparación con una prueba de trabajo de parto exitosa, los neonatos nacidos por vía abdominal después del fracaso de una prueba de trabajo de parto, tuvieron morbilidad neonatal, tasas de infección sospechada y demostrada y estancias hospitalarias mayores.

Se concluye que, el parto vaginal en cesareada anterior se considera seguro y a menudo es exitoso en grupos seleccionados de mujeres, con menor morbilidad que la cesárea electiva repetida. Debemos recordar que, a pesar de la baja incidencia de complicaciones, como la rotura uterina (0,4 a 0,7%), debemos estar atentos y sobre todo sospecharla, ya que puede resultar una verdadera catástrofe tanto para el feto como para la madre. Y el asesoramiento cuidadoso y concienzudo de las pacientes con cesárea previa en cuanto a los riesgos y beneficios de una prueba de trabajo de parto, con base a las publicaciones hoy disponibles, es prudente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pacheco J, Saona P. Cesárea. En: Pacheco J. Ginecología y Obstetricia. 1ª edición. Lima, Perú: Mad Corp. S.A. 1999: 1172-84.
2. Belizan JM, Althabe F. Rates and implications of cesarean sections in Latin America. Ecological study. *BMJ* 1999; 319: 1397-1400.
3. Távara, L. Cesárea en el Perú: Presente y futuro. *Ginecol Obstet Perú* 1993; 39: 50-6.
4. Malaverry H, Pacheco J. La emergencia ginecoobstétrica en el Hospital Nacional E. Rebagliati M. del IPSS. *Ginecol Obstet Perú* 1996; 46:
5. Comunicaciones Libres. XIV Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, Lima, Perú, Julio 2002: 25, 49, 54.
6. Van Roosmalen VD, Dowse CD. Cesarean birth rates worldwide. A search for determinism. *Trop Geogr Med* 1995; 47:19-22.
7. Cragin B. Conservatism in obstetrics. *New York Med J* 1916; 104: 1-3.
8. Cifuentes RB y col. Ginecología y Obstetricia basadas en las evidencias: Parto natural después de cesárea. Bogotá, Colombia: Distribuna Ltda. 2002; 421-33.
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. Natural birth after previous cesarean delivery. A.C.O.G. Practice, Bulletin ° 5, Washington, DC 1999.
10. Flamm BL, et al. Vaginal birth after cesarean delivery. Results of a 5-year multicenter collaborative study. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 750-4.
11. Miller DA, Diaz F, Paul R. Vaginal birth after cesarean: A 10-year experience. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 255-8.
12. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto vaginal posterior a cesárea. *Ginecol Obstet Perú* 1995, 41: 70-5.
13. Farmer RM, Kirschbaum T, Potter D, Strong TH. Uterine rupture during trial of labor after previous cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165: 996-1001.
14. Ricci P, Perucca E, Altamirano R. Nacimiento por parto vaginal después de una cesárea. Prueba de trabajo de parto versus cesárea electiva a repetición. Rotura uterina, una complicación posible. *Rev Chile Obstet Ginecol* 2003; 68(6): 523-8.
15. Flamm BL. Parto vaginal después de cesárea. Controversias antiguas y nuevas. *Clin Obstet Ginecol* 1985; 4: 925-36.
16. Yui L, Bazul V. Manejo de la gestante con una cesárea previa. *Ginecol Obstet Perú* 1995; 41: 76-82.
17. Romero K y col. Parto vaginal pos-cesárea. Experiencias en Trujillo. *Ginecol Obstet Perú* 2002; 48: 34-41.
18. Ellen L, Mozurkewich E, Hutton E. Elective repeat cesarean delivery versus trial of labor: A meta-analysis of the literature from 1989 to 1999. *Am J Obstet Gynecol* 2000; 183: 1187-97
19. Flamm B, Geiger A. Vaginal birth after cesarean delivery: An admission scoring system. *Obstet Gynecol* 1997; 90: 907-10.
20. Bujold E, Mehte S, Bujold C, Gauthier R. Interdelivery interval and uterine rupture. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1199-202.
21. Wilson H, Nakashima D, Rumney P et al. Interdelivery interval and the success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 41-4.
22. Rosen MG, Dickinson JC. Natural birth after cesarean: A meta-analysis of indicators for success. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 865.
23. Silver et al. Predictors of vaginal delivery in patients with previous cesarean section who require oxytocin. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 57-60.
24. Rylander EE, Beeson JH, Aikman RH. Natural birth after cesarean delivery. *Clinics in Family Practice* 2001; 3(3).
25. Shi Wu Wen, Rusen ID, et al. Comparison of maternal mortality and morbidity between trial of labor and elective cesarean section among women with previous cesarean delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 1263-9.
26. Landon M, Hauth J, Leveno K, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *N Engl J Med* 2004; 351: 2581-9.
27. Zelop C, Shipp T, Ripke J, et al. Outcomes of trial of labor following cesarean delivery among women with fetuses weighing > 4000 gr. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 156: 57-60.
28. Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al: Neonatal morbidity after elective repeat cesarean section and trial of labor. *Pediatrics* 1997; 100: 328.