

PART VAGINAL DESPRÉS DE CESÀRIA

Autora: Maria Huerta

INTRODUCCIÓ

Hi ha una preocupació generalitzada pel creixent nombre de naixements per cesària (OMS, 2015). Actualment, s'ha d'oferir un intent de part per via vaginal a totes les dones amb cesària prèvia, una vegada que es descartin les contraindicacions i s'informi a la gestant dels riscos i beneficis del part vaginal (SEGO, 2010).

Aquesta guia presenta l'evidència científica disponible actualment per a facilitar assessorament antenatal a les dones que han tingut una cesària prèvia per tal que juntament amb el professional de la salut i tenint en compte la seva història obstètrica i mèdica puguin prendre una decisió informada.

En les últimes revisions científiques, s'ha publicat que les dones que intenten el part vaginal després de cesària tenen aproximadament un 75% d'èxit (Guise JM et al, 2010) depenent del lloc de naixement. Els riscos i beneficis han de ser discutits en el context de les circumstàncies individuals de les dones, incloent la seva motivació i preferències per aconseguir el part vaginal o planificar la cesària programada juntament amb el professional de la salut. El fracàs del PVDC, el que resulta en una cesària d'emergència i poques vegades, en un trencament uterí, pot minimitzar-se amb una selecció adequada de la dona, un bon assessorament antenatal i una acurada revisió de la seva història mèdica i obstètrica (RCOG, 2007).

ESTADÍSTIQUES

L'OMS (Organització Mundial de la Salut) en les seves recomanacions, preveu que la taxa de cesària hauria d'oscil·lar entre el 10 i el 15% ja que la cesària no és una forma normal de néixer, sinó que es tracta d'una cirurgia major i comporta els seus riscos. A més, no hi ha proves que les taxes de mortalitat millorin quan es supera aquesta xifra del 10% (OMS, 2015).

Als hospitals públics espanyols, segons les dades del Ministeri de Sanitat del 2012, la taxa va ser de 21,9%, xifra que es dispara als centres privats fins arribar al 35,1% (Ministeri de Sanitat, 2012).

Aquesta taxa es troba bastant allunyada de la recomanació de l'OMS, el que ens fa pensar que no és adequat que gairebé 1-3 de cada 5 dones no puguin parir sense necessitat de la intervenció i es confirma que hi ha moltes cesàries innecessàries.

El protocol sobre PVDC (Juny 2010) de la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO) indica que: «L'embaràs múltiple, la diabetis gestacional, la macrosomia o la

presentació podàlica no són una contraindicació per al part per via vaginal després d'una cesària».

PRESA DE DECISIONS INFORMADES

El part ha passat de ser un esdeveniment social compartit per la comunitat, en el qual les dones comptaven amb el suport i experiència d'altres dones familiars, professionals o amigues, a estar en mans dels professionals de la salut. La pèrdua del protagonisme i control de les dones durant aquest procés ha coincidit amb el pas del mateix des de la llar al centre sanitari, portant a una major intervenció sanitària i a una invisibilitat de les dones (Ministeri de Sanitat, 2007).

Un naixement normal, sense complicacions, lliure d'intervenció, natural i saludable segueix sent la forma més segura, més pràctica i avantatjosa per la mare i per al seu nadó que ha de néixer. **La presa de decisions compartides és un procés de col·laboració que permet a les dones i els seus professionals de referència prendre decisions en conjunt, tenint en compte la millor evidència científica disponible, així com els valors i preferències de la dona.** Avui dia això hauria de ser un dret per a tota dona embarassada però bé sabem que en molts casos no es compleix.

Un dels principals objectius és donar recolzament a les dones embarassades amb cesària prèvia per a què puguin prendre decisions informades sobre l'intent del part vaginal després de cesària. És primordial informar a la dona sobre els riscos de cada opció per tal que pugui decidir la millor opció.

La informació, incloent l'avaluació de riscos, s'ha de compartir amb la dona de forma comprensible. **Quan l'intent del treball de part i la repetició de la cesària són opcions medicament equivalents, un procés de presa de decisions compartida entre professional i dona s' hauria d'adoptar i, sempre que sigui possible, la preferència de la dona hauria de ser respectada** (NIH, 2010).

Des de l'any 2002 es troba vigent la Llei bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i Drets i Deures en Matèria d'Informació i Documentació Clínica (LBRAP), que defineix el principi d'autonomia de pacients i estableix el marc en què s'aplica el consentiment informat (Ministeri de Sanitat, 2007).

COMPLICACIONS DE LA CESÀRIA

El risc de l'intent de part vaginal hauria d'anar sempre contrastat amb el risc que comporta la repetició d'una cesària tant per a la dona com pel nadó.

Encara que avui en dia hi ha molt poques morts maternes, **el risc de mort materna pot ser de 4-7 vegades superior per a les dones que tenen cesària** a causa dels propis riscos de la cirurgia major abdominal i dels riscos de l'ús de l'anestèsia (Deneux-Tharaux et

al , 2006).

La cesària pot comportar complicacions a curt termini com: infecció, hemorràgia, lesions a la bufeta i / o intestins, teixit cicatricial o adherències que poden causar dolor a llarg termini i poden fer que repetir la cirurgia sigui més difícil i complicat, acabant realitzant una histerectomia (extirpació de l'úter) per poder salvar la vida de la mare. Les dones que han tingut una cesària també tenen major risc de patir placenta prèvia, accreta o abrupta, de patir infertilitat secundària, avortaments espontanis, mort fetal intrauterina inexplicable en tercer trimestre durant futurs embarassos i embaràs ectòpic (Goer, 1995). **Els estudis també demostren que un part per cesària, especialment quan no s'esperava, pot posar a les dones en major risc de patir depressió i estrès posttraumàtic** (CIMS, 2010).

Una cesària tampoc està exempta de riscos per al nadó. Els nadons que neixen per cesària programada tenen un major risc de patir Síndrome de Distrés Respiratori, ja que se sap que les contraccions del part segreguen una substància que ajuda a preparar els seus pulmons per respirar (Enkin, 2001), a més d'una major incidència d'altres problemes respiratoris tant en el naixement com al llarg de la seva vida (Lowdon & Chippington-Derrick, 2002).

També els nadons poden patir talls o laceracions pel bisturí del cirurgià. El contacte pell amb pell, el qual té moltes avantatges adaptatives per al nadó, és més probable que es retardi. També, a causa dels medicaments que se'ls dona a la mare per al dolor, es pot veure afectada la capacitat del nadó per agafar-se al pit i mamar, la qual cosa dificulta l'establiment de la lactància materna (Childbirth Connection, 2012).

Al 2006, un grup d'investigadors van examinar els nascuts vius entre 1999 i 2001. Es va informar que els nounats de mares que van tenir una cesària planificada eren més propensos a morir en les primeres quatre setmanes de vida. **La taxa de mortalitat infantil per a mares primerenques amb una cesària programada va ser del 2,85 per 1.000 enfront del 1,83 per a les mares que van tenir un part vaginal. Una taxa 56 per cent més alta** (MacDorman, Declercq et al, 2006). En el mateix estudi realitzat per MacDorman et al., es van analitzar específicament taxes de mortalitat infantil i neonatal i es va trobar que la taxa de mortalitat neonatal en general per als nadons nascuts per cesària és 2,9 vegades més alta que la dels nadons nascuts per part vaginal i 6,7 vegades més alta si la causa de la mort va ser la hipòxia intrauterina.

El risc de trencament uterí per tenir cesària prèvia varia en funció del lloc on ocorre el part i la manera d'actuar dels professionals que l'atenen. Així, en hospital varia des de 0,2-1% segons els estudis i es veu influenciat segons si hi es practica la inducció del part (Guise JM et al, 2010). A les "cases de parts" el risc oscil·la entre 0,02% i 0,2% (Lieberman et al, 2004) i hi ha estudis de part a casa en els quals ni tan sols constaten casos de trencament d'úter en la seva mostra poblacional (Johnson & Daviss, 2005; Latendresse et al, 2005 i Haas, 2008). .

Els estudis demostren que **la immensa majoria de les dones que donen a llum**

després d'una cesària anterior tenen un part segur i normal, augmenta el seu benestar psicològic i redueix el trauma anterior. D'acord amb els National Institutes of Health (NIH, 2010), 992-993 dones d'un total de 1000 donen a llum sense la complicació d'un trencament uterí. A vegades, la cicatriu s'estén prou com per causar una dehiscència. Això també es coneix com un trencament silenciós o incomplet o una separació asimptomàtica. Es produeixen en aproximadament 1% a 2% de les mares amb una cicatriu transversal baixa (de costat a costat). Es curen per si soles i no necessiten tractament mèdic (ACOG, 2010).

Un recent estudi holandès dut a terme l'any 2011 (Lau et al, 2011) va arribar a la conclusió que les dones amb antecedents d'una cesària prèvia i després un part vaginal estan en un significat menor risc de trencament uterí, variant els percentatges d'un 0,17-0,46% i per a dones amb una sola cesària prèvia els percentatges són del 0,4-0,7%. Un altre estudi holandès va determinar que la taxa d'èxit de l'intent de part va ser del 76%. El trencament uterí va ocórrer en 1.5% durant l'intent del part vaginal, amb un risc de mort perinatal de 1,2 per 1000. El risc de trencament uterí va augmentar significativament quan es va induir el part amb prostaglandines sol o combinat amb oxitocina o quan el treball de part es va augmentar amb l'oxitocina (Kwee et al, 2007).

Els trencaments uterins també poden ocórrer en dones que mai han tingut una cesària. Aquest tipus de trencament pot ser causat per la debilitat dels músculs uterins després de diversos embarassos, l'ús excessiu d'agents per induir el part com l'oxitocina, un procediment quirúrgic previ sobre l'úter, o per l'ús de fòrceps (Guise JM, 2010).

Per altra banda, **diversos estudis suggereixen que els nens nascuts per cesària tenen diferent flora intestinal que els nens nascuts per part natural.** La manera de néixer s'ha associat amb canvis a llarg termini en la composició de la microbiota intestinal i, més recentment, també amb els canvis en el sistema immunològic. Aquest a més, **ha relacionat la cesària amb un major risc per al desenvolupament de malalties autoimmunes com la diabetis tipus 1, asma o malalties inflamatòries cròniques** (Hansen et al, 2014).

PLACENTA ACRETA

Les dones amb més risc de placenta acreta són les dones que han tingut una o més cesàries per el dany causat al miometri (paret uterina). La placenta acreta es una **complicació greu** que es dona quan part de la placenta o la placenta sencera, invadeix la paret uterina de forma inseparable provocant en la majoria dels casos, una hemorràgia obstètrica massiva després del naixement del nadó necessitant l'ús de cirurgia per poder solucionar-la. L'excessiva pèrdua de sang i la cirurgia poden desencadenar en: coagulopatia intravascular disseminada, la necessitat d'una histerectomia, la possibilitat d'una lesió quirúrgica dels urèters, la bufeta, l'intestí o estructures neurovasculars, síndrome de dificultat respiratòria, reacció transfusional aguda, desequilibri dels electròlits i insuficiència renal en la dona (ACOG, 2012). La pèrdua de sang mitjana en el part en dones amb placenta

acreta és de 3 a 5 litres. Fins a un 90% de les dones amb placenta acreta requereix transfusió de sang, i el 40% requereix més de 10 unitats de concentrats d'hematies (Hudon, 1998).

Encara que el trencament uterí és el que més preocupa als professionals en una dona amb cesària anterior, la placenta acreta és una condició obstètrica molt més seria (que ha augmentat en els últims anys degut a l'increment en el nombre de cesàries) ja que la mortalitat materna es del 7%, una xifra molt alta comparant que no hi ha morts maternes relacionades amb trencament uterí (Guise et al, 2010). A més, el risc de trencament uterí en una dona amb cesària anterior es del 0,2-1% mentre que el risc de placenta acreta es del 3% per a dones amb una sola cesària, del 11% amb dues cesàries, del 40% amb tres, del 61% amb quatre i del 67% amb cinc cesàries (Silver et al, 2006).

Aquesta condició pot estar diagnosticada o no abans del part. Els professionals de la salut tenen el deure d'informar degudament a les dones sobre els riscos beneficis del part vaginal versus la repetició de cesària. **La cesària pot condicionar la futura vida reproductiva de la dona**, i aquesta té el dret de ser degudament informada sobre les diferents opcions disponibles. A més cesàries, més morbi-mortalitat materna.

HOSPITAL, CASA DE PARTS I PART A CASA PER EL PVDC

Pràcticament la totalitat d'estudis que hi ha sobre parts a casa, tant de parts normals com de PVDC, demostren que aquest tipus d'atenció redueix molt la necessitat d'intervencions sobre el part, el que en cas de tenir una cesària prèvia resulta molt avantatjós ja que tot el que impliqui accelerar o alterar el ritme del part pot suposar un augment del risc de trencament uterí (Haas, 2008). D'aquesta manera, **una dona amb cesària prèvia té menor risc de trencament uterí quantes menys intervencions se li facin**, i això és més probable que passi en una sala de part natural o en el part a casa, on no es força la fisiologia i es respecten els temps, la verticalitat i la llibertat de moviments i la dona és totalment conscient del dolor de les seves contraccions.

Les dones que opten per l'atenció del part a cases de part (en sistemes on aquestes estan integrades en el sistema públic de salut) o parts domiciliaris són més propenses a tenir un part espontani vaginal, PVDC o no. Això es degut a que les cases de parts ofereixen atenció individualitzada i de recolzament, i no s'utilitzen monitors electrònics fetals continus, ni oxitocina intravenosa ni epidural com a procediments de rutina. Si una dona amb una cesària prèvia desitja fortament tenir un part vaginal en l'embaràs actual, la seva millor oportunitat per a complir amb aquest objectiu és comptar amb l'atenció de les cases de parts o el part domiciliari (Albers LL, 2005).

L'atenció del part amb cesària prèvia a les cases de parts o a casa té l'inconvenient que en cas d'ocórrer un trencament uterí, aquesta complicació requereix trasllat urgent a l'hospital i el 5,5% de les ruptures uterines s'associen amb mort fetal (Lydon-Rochelle et al, 2001). Per això, la majoria de societats científiques desaconsellen el part a cases de parts o a casa quan es té

cesària prèvia.

A dia d'avui no hi ha prou evidència científica explícita sobre els resultats en mostres poblacionals grans de part vaginal després de cesària a domicili però sí que existeix evidència de la seguretat d'aquests en casos de parts integrades dins el sistema públic de salut amb bons resultats (Albers LL, 2005). Aquí a Catalunya, des de la sanitat pública aquesta possibilitat no existeix. Així doncs, les dones que prenen la decisió d'un PVDC a casa han d'haver estat informades sobre els riscos beneficis d'aquest a través del seu professional de referència i signar un consentiment informat. És important que aquestes dones entenguin l'informació proporcionada per tal de prendre una decisió informada, conscient i responsable.

INDUCCIÓ FARMACOLÒGICA DEL PART AMB PVDC

Els estudis realitzats per Lydon-Rochelle (2001) i Delany (2002) van mostrar clarament que **qualsevol forma d'inducció augmenta el risc de trencament uterí**. Els coneguts estudis de Landon (2004) i Bujold (2005) també tots dos van mostrar una relació entre la inducció i el risc de trencament uterí. Les dones han de ser informades sobre el fet que hi ha un major risc de trencament uterí per la inducció del part amb prostaglandines (RCOG, 2007). A l'estudi NICHD, els riscos de trencament uterí per cada 10.000 PVDC planificats van ser de 102 trencaments en dones per inducció amb prostaglandines i 87 trencaments en dones amb l'ús de oxitocina intravenosa per augmentar el treball de part (Landon et al, 2004). Això es compara amb un risc global de trencament uterí de 2 / 10.000 en dones sense cesària prèvia (RCOG, 2007).

Dos estudis han ampliat diferències en els resultats adversos entre inducció amb i sense prostaglandines (com la inducció amb la sonda de Foley intracervical) (Smith et al, 2004 i Landon et al, 2004) i segons el NICHD estudi, la inducció de prostaglandines en comparació amb la inducció sense prostaglandines va incórrer en un significat major risc de trencament uterí (140 davant 89 / 10.000, $p = 0,22$). En un anàlisi de recollida de dades a nivell nacional d'Escòcia, la inducció amb prostaglandines en comparació amb no prostaglandines es va associar amb un risc de trencament uterí estadística i significativament més gran (87 enfront de 29 / 10.000) i en un major risc de mort perinatal per trencament uterí (11,2 enfront de 4,5 / 10.000) (Smith et al, 2004). Això es compara amb 6/10000 risc de mort perinatal en dones amb un úter sense cicatrius induïda per la prostaglandina identificat en una revisió (Kelly et al, 2006).

L'ús de misoprostol es desaconsella a causa de la seva associació amb un major risc de trencament uterí. L'ús de catèters transcervicals, ús d'oxitocina i la amniorrexis es poden utilitzar per induir el part en les dones que intenten un part vaginal després de cesària (SEGO, 2010).

PVD2C I PVD3C

La repetició de la cesària programada no és l'única resposta a una dona amb dos o tres cesàries prèvies. L'intent del part vaginal pot ser una opció segura per a un grup seleccionat de dones (Spaans et al, 2003). **La Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia considera que una dona amb dos cesàries segmentàries transverses prèvies sense complicacions poden ser candidates al part vaginal** (SEGO, 2010). Segons un recent estudi (Tahseen & Griffiths, 2010) el risc de trencament d'úter en cas de dos o més cesàries és només lleugerament superior però presenten el mateix grau de morbimortalitat que els parts amb només una cesària prèvia pel que no hi ha motiu per desaconsellar l'intent de part vaginal.

Les dones que sol·liciten l'intent d'un part vaginal després de dos cesàries haurien de ser aconsellades tenint degudament en compte les dades disponibles de la taxa d'èxit del 71,1%, d'aconseguir el part vaginal i la taxa de trencament uterí del 1,36 % (Tahseen & Griffiths, 2010).

En un estudi dut a terme a Estats Units al 2010, es van prendre com a mostra 25.005 dones amb cesària prèvia, 860 tenien tres o més cesàries anteriors: 89 van intentar el PVDC i 771 van tenir cesària programada. De les 89 que van intentar el PVDC, no hi va haver casos de morbiditat materna. Elles van tenir les mateixes probabilitats de tenir un part vaginal amb èxit que les dones amb una sola cesària prèvia (79,8% versus 75,5%). Per tant l'estudi va concloure que les dones amb tres o més cesàries anteriors que intenten 1 PVDC tenen taxes similars d'èxit i risc de morbiditat materna com aquelles amb una sola cesària prèvia, i com les dones de cesària programada (Cahill et al, 2010).

CONCLUSIONS

Tota dona amb una o més cesàries prèvies hauria de tenir l'oportunitat de ser informada, i dins de les seves circumstàncies triar com vol parir. Aquesta decisió s'hauria de prendre juntament amb el professional sanitari de referència i hauria de ser el mateix professional qui li exposés tota l'evidència científica objectiva i actualitzada així com els riscos i els avantatges del part vaginal i de la cesària, dins de les circumstàncies de cada dona i cada embaràs.

Encara que una dona tingui una cicatriu a l'úter, **el part vaginal sempre és més segur per a la mare comparat amb una cesària.** El risc de trencament uterí s'ha demostrat que augmenta a mesura que més intervencions es realitzen durant el part, per això en els hospitals el risc varia del 0,2 a l'1% (Guise JM et al, 2010) i a cases de parts o al domicili és del 0,02 al 0,2% (Lieberman et al, 2004). Així com l'ús de prostaglandines en gel per a la inducció del part augmenta considerablement el risc de trencament uterí, idealment s'hauria d'afavorir l'inici espontani del treball de part. I si és necessària l'inducció, els professionals haurien de triar altres formes més segures.

Per concloure, una cesària és una cirurgia que pot salvar la vida de la mare i el seu nadó però hem de recordar que es tracta d'una cirurgia major abdominal que incrementa els riscos mèdics pels mare i fill (ACOG, 2010) i que només s'hauria de recórrer a ella en els casos de

vida o mort o en els casos que després d'un intent de part vaginal hi ha una raó justificada per la qual aquest nadó no pot néixer vaginalment.

Referències

- Albers L.L. Safety of VBACs in Birth Centers: Choices and Risks. *BIRTH* 32:3 September 2005. COMMENTARY ON: Lieberman E, Ernst EK, Rooks JP, Stapleton S, Flamm B. Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers. *Obstet Gynecol* 2004;104:933-942
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Placenta accreta. Committee Opinion No. 529. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2012;120:207-11
- American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Vaginal birth after previous cesarean delivery. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG); 2010 Aug. 14 p. (ACOG practice bulletin; no. 115)
- Bujold, E., et al. Maternal and Perinatal Outcomes Associated With a Trial of Labor after Prior Cesarean Delivery, *J Midwifery Womens Health*. 50(5): 363-64. 2005
- Cahill A, Tuuli M, Odibo A, Stamilio D, Macones G. Vaginal birth after caesarean for women with three or more prior caesareans: assessing safety and success. *BJOG* 2010; DOI: 10.1111/j.1471-0528.2010.02498.x
- Camilla H. F. Hansen, Line S. F. Andersen, Lukasz Krych, et al. Mode of Delivery Shapes Gut Colonization Pattern and Modulates Regulatory Immunity in Mice. *The Journal of Immunology*. June 2014
- Childbirth Connection. Lo que toda mujer embarazada necesita saber sobre la cesárea. 2012. Acceso Marzo 2015; <http://www.childbirthconnection.org/pdfs/cesareanbooklet.pdf>
- Coalition for Improving Maternity Services (CIMS). The Risks of Cesarean Section. Fact Sheet. February 2010
- Delaney, T., and D.C. Young. Spontaneous versus induced labor after a previous cesarean delivery. *Obstet Gynecol* 102(1): 39-44; Kieser, K. E., and T. F. Baskett. 2002. A 10-Year Population-Based Study of Uterine Rupture. *Obstet Gynecol* 100: 749-53
- Deneux-Tharoux, C., et al. Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery. *Obstet Gynecol* 108 (3, part 1): 541-48; Plante, L.A. 2006. Public Health Implications of Cesarean on Demand. *Obstet Gynecol Surv* 61(12): 807-15
- Enkin M, Keirse M, Neilson J, et al. *A Guide to Effective Care in Pregnancy & Childbirth*, Third Edition, p362. Oxford Medical Publications. Diciembre 2001
- EUROPEAN PERINATAL HEALTH REPORT. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010.
- Goer H. *Obstetric Myths versus Research Realities: A guide to medical literature*, p23. 1995
- Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, et al. *Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191*. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidencebased Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2010
- Haas AV. Homebirth after cesarean: the myth & the reality. *Midwifery Today Int Midwife*. 2008 Summer;(86):44-7, 68-9
- Harper LM & Macones GA. Predicting success and reducing the risks when attempting vaginal birth after cesarean. *Archives of Gynecology & Obstetrics*. 2008 Aug;63(8):538-45. doi: 10.1097/OGX.0b013e31817f1505
- Hudon L, Belfort MA, Broome DR. Diagnosis and management of placenta percreta: a review. *Obstet Gynecol Surv* 1998;53:509-17
- Hughes EC, editor. *Obstetric-gynecologic terminology: with section on neonatology and glossary on congenital anomalies*. Philadelphia (PA): F.A. Davis; 1972

International Cesarean Awareness Network (ICAN). www.ican-online.org/. Acceso 23 Marzo 2015

Johnson, K.C., and B.A. Daviss. Outcomes of planned home births with certified professional midwives: large prospective study in North America. 2005 *BMJ* 330(7505): 1416–1419

Kelly AJ, Kavanagh J, Thomas J. Vaginal prostaglandin (PGE₂ and PGF_{2a}) for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;CD003101

Kwee A, Bots ML, Visser GH and 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 Jun;132(2):171-6. Epub 2006 Aug 14

Landon MB, Spong CY, et al. Risk of Uterine Rupture with a Trial of Labor in Women With Multiple and Single Prior Cesarean Delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2006;108:12–20

Landon MB, Hauth JC, Leveno KJ, et al. Maternal and perinatal outcomes associated with a trial of labor after prior cesarean delivery. *NEJM* 351(25): 2581–89. 2004

Latendresse, P.A. Murphy and J.T. Fullerton, A description of the management and outcomes of vaginal birth after cesarean birth in the homebirth setting, *J Midwifery Womens Health* 50 (2005), pp. 386–391

Lau H, Gremmels H, Schuitemaker N W & Kwee A. Risk of uterine rupture in women undergoing trial of labour with a history of both a caesarean section and a vaginal delivery. *Archives of Gynecology & Obstetrics.* August 2011 Nov; 284(5): 1053–1058

Lieberman, E. Ernst, J. Rooks, S. Stapleton and B. Flamm, Results of the national study of vaginal birth after cesarean in birth centers, *Obstet Gynecol* 104 (2004), pp. 933–942

Lowdon G & Chippington D. Occasional Paper 'Risks of Caesarean Section – research papers' compiled by Beverley Beech, Association for Improvements in the Maternity Services. *AIMS Journal*, Vol 14, No 1, 2002

Lydon-Rochelle, V. L. Holt, T. R. Easterling, and D. P. Martin. Risk of Uterine Rupture During Labor Among Women with a Prior Cesarean Delivery. *N Engl J Med* 2001; 345:3-8

MacDorman MF, Declercq E et al. Infant and Neonatal Mortality for Primary Cesarean and Vaginal Births to Women with “No Indicated Risk,” United States, 1998–2001 Birth Cohorts. Artículo publicado en la revista *Birth: Volume 33, Issue 3, pages 175–182, September 2006*

Macones GA, Cahill A, Pare E, et al. Obstetric outcomes in women with two prior cesarean deliveries: is vaginal birth after cesarean delivery a viable option?. *Am J Obstet Gynecol.* 2005 Apr;192(4):1223-8; discussion 1228-9

McMahon, M.J., et al. Comparison of a trial of labor with an elective second cesarean section. *NEJM* 335(10): 689–95. 1996

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes Breves CMBD. Evolución de la Tasa de Cesáreas en los Hospitales generales del Sistema Nacional de Salud: Años 2001-2011. Diciembre 2013

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema Nacional de Salud. Sanidad, 2007

National Institutes of Health (NIH). Consensus Development Conference Statement on Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. *NIH Consensus and State-of-the-Science Statements Volume 27, Number 3 March 8–10, 2010.* This statement was also published in *Obstetrics & Gynecology* (“The Green Journal”): Vol. 115, No. 6, June 2010, pp. 1279-1295

Organización Mundial de la Salud (OMS). Declaración de la Organización Mundial de la Salud sobre tasas de cesáreas. 2015

Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento Declaración de Fortaleza Organización Mundial de la Salud Tecnología apropiada para el parto Publicada en *Lancet* 1985; 2:436-437

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Birth after Previous Cesarean Birth. Green-Top Guideline No 45. February

Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. National Institute of Child Health and Human Development Maternal-Fetal Medicine Units Network. *Obstet Gynecol* 2006;107:1226-32

Smith GC, Pell JP, Pasupathy D, Dobbie R. Factors predisposing to perinatal death related to uterine rupture during attempted vaginal birth after caesarean section: retrospective cohort study. *BMJ* 2004;329:375

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Protocolos Asistenciales en Obstetricia: Parto vaginal tras cesárea. Junio, 2010

Spaans WA, Vliet LM, Röell-Schorer EA, Bleker OP, van Roosmalen J. Trial of labour after two or three previous caesarean sections. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2003 Sep 10;110(1):16-9

Tahseen S, Griffiths M. Vaginal birth after two caesarean sections (VBAC-2)-a systematic review with meta-analysis of success rate and adverse outcomes of VBAC-2 versus VBAC-1 and repeat (third) caesarean sections. *BJOG.* 2010 Jan;117(1):5-19

Segons la Llei 16/2010, del 3 de juny, de modificació de la Llei 21/2000, del 29 de desembre, sobre els **drets d'informació concernent la salut i l'autonomia del pacient**, i la documentació clínica:

- Les persones tenen el dret de rebre informació sobre els diferents tractaments existents per tal de decidir lliurement.

*Article 2.2. La informació ha de formar part de totes les actuacions assistencials, ha d'ésser verídica, i s'ha de donar de manera comprensible i adequada a les necessitats i els requeriments del pacient, per a **ajudar-lo a prendre decisions d'una manera autònoma***

- La decisió de sotmetre's a qualsevol prova o intervenció requereix el consentiment de la persona. Aquesta decisió es pot tirar enrere en qualsevol moment.

*Article 6.1. Qualsevol intervenció en l'àmbit de la salut requereix que la persona afectada hagi donat el seu **consentiment específic i lliure** i n'hagi estat informada prèviament, d'acord amb el que estableix l'article 2.*

*Article 6.4. En qualsevol moment la persona afectada pot **revocar lliurement el seu consentiment.***

Tots els drets reservats. Qualsevol forma de reproducció, distribució, comunicació pública o transformació d' aquesta obra podrà ser realitzada sempre i quan es citi la font i l'enllaç d'aquesta.