

Estado actual de la cesárea

Dra. Ofelia Uzcátegui U.

Ivitada de Cortesía

Sin duda alguna, la cesárea es uno de los avances más grandes en la atención del parto. Ella permitió y permite aún salvar muchas vidas, tanto de la madre como del feto, que sin su empleo no lo hubiéramos podido hacer.

Baudelocque, la definió como “una operación por la cual se abre una vía para el nacimiento del niño” (1). En la actualidad se define como el nacimiento del feto a través de una incisión en la pared abdominal (laparotomía) y una en el útero (histerotomía) (2).

Origen del nombre

Hay varias teorías para explicar el nombre “cesárea”: La primera de ellas es que supuestamente Julio Cesar nació por este método y de allí la intervención se llamó cesárea. Esto no es cierto porque la madre de Julio Cesar vivió muchos años, después del nacimiento en el año 100 a. C. y para esa época la intervención era letal.

Otro supuesto origen dice que el nombre deriva de una ley romana del siglo VIII a. C decretada por Numa Pompilio (segundo rey de Roma) que ordenaba se hiciera este procedimiento a las mujeres que morían en las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar al niño. Es la Lex Regia, después se llamó Ley cesárea.

La tercera teoría es que deriva del verbo latino **caedere** que significa cortar. El término latino de cesárea “caesaru” y sección “seco” son equivalentes, ambos significan corte. Los niños nacidos por esta intervención se llamaban caesones (1,2).

En la historia de los nacimientos por cesárea se distinguen tres períodos (1):

Primer período, antes de 1500, llamado también mágico. El parto por cesárea era un acto misterioso y sobrenatural. Esculapio y Baco nacieron por cesárea según la mitología clásica, les confería poderes especiales y sobrenaturales a los nacidos por esta vía y se les consideraba héroes. Se dice que Buda, nació del costado de su madre y Brahma, emergió a través del ombligo.

Aunque existía la Lex Regia fue por iniciativa de la Iglesia Católica que estaba a favor de la intervención que se hizo con el fin de salvar vidas y almas al bautizarlos.

Antes de 1500 el Islam se oponía a este tipo de nacimiento y decía que los niños nacidos por este procedimiento eran descendientes del demonio y debían ser sacrificados.

No se conoce con certeza cuándo comenzó a realizarse en mujeres vivas.

El Talmud hace referencia a nacimientos por cesárea y los ritos de los nacidos mediante esta operación.

Segundo período de 1500 a 1876. Se le atribuye a Nufer en 1500 la realización de la primera cesárea en una mujer viva. Empleó una navaja de rasurar y el niño nació vivo y supuestamente la mujer tuvo 5 hijos más.

En 1582, Rousset publica un libro y apoya el uso de la operación en mujeres vivas y usó el nombre de cesárea.

Paré, era opuesto al uso de la cesárea y no la aceptaba en mujeres vivas, al igual que Mauriceau, porque decían era letal. Es necesario recordar que en

esa época no había anestesia y que el útero se dejaba sin suturar, la pared abdominal se aproximaba con empaste pegajoso y algunos puntos burdos. Apoyaban el uso post mórtem. Smellie, estaba a favor de la cesárea y la indicaba en algunos casos y recomendaba que los intestinos y vejiga estuvieran vacíos.

En 1769 Lechas (1) médico francés fue el primero en cerrar la histerotomía y fue criticado por sus colegas.

Baudelocque en 1770 definió la cesárea, y sus indicaciones: deformidad o estrechez de la pelvis, rotura uterina, embarazo extrauterino y tumores obstructivos del canal del parto.

La primera cesárea hecha en América fue realizada en Cumaná por Alonso Ruiz Moreno, en 1820. La madre murió a las 48 horas y el hijo sobrevivió y murió a la edad de 80 años (3).

En Estados Unidos la primera cesárea fue hecha en 1827, por Richmond, en Cincinnati, era una I gesta con eclampsia y malformación congénita de la cadera, la madre sobrevivió (1,2).

Tercer período desde 1876 hasta nuestros días. En 1882 Sãnger, ayudante de Credé introdujo la sutura en la pared abdominal y años más tarde Kehrer la sutura del útero y la muerte materna disminuyó por hemorragia, pero se mantenía por infección y también la incisión transversa baja que no se tomó en cuenta.

En 1876, Porro hace una cesárea más histerectomía subtotal con marsupialización del muñón cervical, lo que hoy día se conoce como operación de Porro.

En 1907 Frank, refiere la primera cesárea extraperitoneal, y en ese mismo año se hace en Venezuela la segunda cesárea, en Caracas, por Miguel Ruiz en una segundigesta con pelvis estrecha.

Krönig en 1912 refería que la principal ventaja de la incisión vertical sobre el útero era que después de suturada se cubría con el peritoneo vesical.

En 1914 se hace en el Hospital Vargas una cesárea más histerectomía (3).

Aunque en 1882 Kehrer había sugerido la incisión segmentaria transversal, fue en 1926 cuando Kerr la realiza y se considera la modificación más importante.

Hoy, se hace incisión a nivel del segmento uterino en casi todos los casos, ya sea en sentido vertical (técnica de Krönig) o en sentido transversal (técnica de Kerr), esta última la más usada (1,2).

Frecuencia

Según Sardiñas (4), “estamos viviendo la era de la moda de la cesárea”.

La tasa de cesáreas va en aumento tanto en los hospitales privados como en los públicos, siendo más marcado en los primeros. La tasa de cesárea recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (5) es de un 15 %, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG) 15,5 % y Salud para todos en 2010 también da un 15 % en nulíparas con presentaciones cefálicas a término y 63 % en mujeres con cesárea anterior (2).

En los hospitales públicos la frecuencia es menor que en los privados, sobre todo donde hay cursos de posgrado en obstetricia y ginecología.

En Venezuela la tendencia es semejante a la de los otros países, del mundo, esto es una preocupación mundial.

En algunos hospitales públicos de Caracas y del interior del país hay cifras menores que las de los privados, pero sin embargo, han aumentado en relación con años anteriores. Ver Cuadro 1.

Cuadro 1

Frecuencia de cesáreas en instituciones públicas

Institución	%	Emergencia	Electivas	Año
Hospital Universitario de Caracas	36,85	92	8	2006
Maternidad “Concepción Palacios”. Caracas	33	91	9	2006
Hospital General del Oeste. Caracas	18	91	9	2007
Hospital Nuestra Señora de Chiquinquirá. Maracaibo	17			2006
Hospital Adolfo Prince Lara. Pto. Cabello	31			2006
Hospital Ángel Larralde. Valencia	48,75	-		2006
Hospital Armando Mata Sánchez. Nueva Esparta	43,3	-	-	2006

ESTADO ACTUAL DE LA CESÁREA

Belizán y col. (6) dicen que los índices más altos de cesárea están en América Latina, oscilan entre 16 % a 40 %, aunque en un trabajo publicado en el 2007, en Puerto Rico es de 45 % (7).

Li y col. (8) en su estudio, clasificaron a los médicos obstetras, de acuerdo a su tasa de cesárea con tasa baja aquellos con menos del 18 %, intermedia con tasa entre 18 % y 27 % y con tasa alta mayor de 27 %. Con base en este concepto podríamos decir que tasas mayores de 35 % representan un abuso de esta intervención.

En Estados Unidos la tasa de cesárea era de 26,1 % para 2002 y ascendió para 2004 a 29,1 %, es la tasa más alta registrada; según Menacker y col. (9) se debe a un aumento en las primeras cesáreas, y a la disminución de los partos vaginales en mujeres con cesárea previa, en quienes la intervención subió a 91 % .

En el Cuadro 2 vemos las tasas en algunos países de América, encontrando los índices más altos en Puerto Rico, Brasil y Chile (6,7, 9-11). En el Cuadro 3 se reflejan las tasas de otras regiones del mundo (15-23).

Cuadro 2

Tasas de cesárea en América

Autor	País	%
Liu y col. (11)	Canadá	22,1
Menaker y col. (9)	Estados Unidos	29,1
Waniez y col. (10)	Brasil	40,0
Belizán y col. (6)	Chile	40
Puentes Rosas y col. (14)	México	35
Farr y col. (7)	Puerto Rico	45

Cuadro 3

Tasa en otros países del mundo

Autor	País	%
Häger y col. (15)	Noruega	11 - 24,5
Tampakoudis y col. (16)	Grecia	29,9
Dessoles y col. (17)	Italia	20,8
Farah y col. (18)	Irlanda	17,8 (12 -26)
Clavero Nuñez (19)	España	18,57
Lin y col. (20)	Taiwan	32,3
Chen y col. (21)	China	45,6
Kawaja (22)	Egipto	22
Oladapo y col. (23)	Nigeria	25

Indicaciones

Algunos autores (12) las clasifican en: absolutas y relativas.

Entre las indicaciones absolutas están: sufrimiento fetal (SF), desproporción fetopélvica (DFP), desprendimiento prematuro de placenta severo (DPP), placenta previa sangrando (PPS), prolapso del cordón. Entre las relativas: trastornos hipertensivos del embarazo (THE), distocias de rotación (DR), detención de la dilatación y descenso de la cabeza, fracaso de inducción, cesárea previa y podálica, aunque estas últimas pasaron prácticamente a ser absolutas.

Últimamente, se han agregado las opcionales en las cuales el médico elige antes de que la paciente entre en trabajo de parto o al comienzo del mismo la conducta a seguir. Entre las principales tenemos, para esterilización, por solicitud de la madre (complacencia), comodidad del médico, honorarios más altos, el costo es mayor al del parto vaginal.

Las indicaciones de las cesáreas son prácticamente las mismas en todos los lugares, lo que varía es el orden en que se utilizan en los diversos hospitales y países. Entre nosotros, la primera causa fue la desproporción cefalopélvica (incluida por otros como distocia durante el trabajo de parto o DCP), en otros es la cesárea previa, la presentación podálica, sufrimiento fetal, anomalías en la presentación, hemorragias preparto, macrosomía, y en otras causas menos frecuentes como embarazo gemelar, herpes activo, hipertensión severa, prolapso del cordón (2,9,10-13,15,21,24-31).

En Estados Unidos (EEUU) la primera indicación es la cesárea anterior (8,5 %) le siguen distocias (7,1 %), presentación podálica (2,6 %), sufrimiento fetal (2,3 %) y otras (3,2 %). En la primera cesárea no hay indicación reportada entre un 3 % a 7 %, otras fueron pedidas por las pacientes o recomendadas por el médico.

En Francia según Guihard y Blondel (26) las indicaciones son presentación podálica, pequeños para la edad gestacional, fetos grandes, paciente mayor de 30 años y obesidad. También refieren que la incidencia de la primera cesárea es de un 11 % y el de las cesáreas a repetición de 62,9 %. Carayol y col. (27) en un estudio comparativo en el mismo país encontró que las cesáreas en las presentaciones pelvianas se hacen en forma electiva antes de que la mujer entre en trabajo de parto y la indicación subió de 14,5 % en 1972 a 42,6 % en el período 1995- 1998

y a 74 % en 2003. Esta tendencia es la misma que se ve en todas partes, como consecuencia de esto los nuevos médicos no aprenderán a atender un parto por vía vaginal en estas presentaciones.

Wilkinson y col. (24) en Escocia también encuentran la presentación podálica como primera causa en las cesáreas electivas, y en las de emergencia sufrimiento fetal, seguidas por distocias y cesárea anterior y el 50 % en primigestas.

En Noruega la primera indicación es sufrimiento fetal, le siguen las distocias (fallo del progreso), podálica, requerimiento materno, preeclampsia y fracaso de inducción y en las electivas la primera causa fue la cesárea previa y dos tercios de ellas fueron de emergencia (15). Backe y col. (31) dicen que en ese país la cesárea es la operación mayor que se hace con más frecuencia en los hospitales.

En un estudio hecho en Inglaterra por Patel y col. (32) enontraron los siguientes factores de riesgo: presentación podálica en las electivas, y en las de emergencia cesáreas previas, macrosomía fetal, edad materna avanzada y en cambio el aumento de la paridad disminuyó el riesgo. En China, Cheng y col. dan como primera causa las distocias (desproporción cefalopélvica, trabajo de parto prolongado), seguido de sufrimiento fetal y factores demográficos como educación, edad y ocupación.

Causas del aumento

El aumento de la frecuencia de la cesárea según algunos autores (2,4,6,9-14,21, 30-33) se debe a:

- Baja paridad; casi la mitad de las mujeres embarazadas son nulíparas que tienen más riesgo de cesárea.
- La edad materna en promedio está elevada y la frecuencia de la cesárea aumenta con el avance de la edad.
- Vigilancia fetal por medios electrónicos que a veces no son bien interpretados por falta de preparación o experiencia.
- Utilización de la cesárea en presentaciones podálicas, hasta un 90 %.
- Preocupación por litigios por mala praxis.
- Factores socioeconómicos, clases media alta y alta piden la cesárea, se les ha vendido como lo mejor.
- Escasos partos vaginales en cesáreas previas.
- Falta de entrenamiento obstétrico, es más fácil hacer una cesárea.

- Partos pretérmino.
- Herpes genital activo.
- Disminución de partos instrumentales.
- Inducción, esto favorece el riesgo de cesárea.
- Obesidad.
- Con el empleo de antibióticos hay pocas complicaciones y mortalidad materna.
- Esterilización quirúrgica (los seguros no pagan la intervención) y por tanto se recurre a la cesárea para realizarla.
- Los médicos quieren disminuir el estrés no de la mujer, sino el propio.
- Solicitud de la mujer o familiares.

Llama la atención como ha descendido la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa, lo que es citado por casi todos los autores (2, 7-9, 13, 15,18-27,34-36). Pocos son los sitios donde se intenta el parto vaginal en estas aunque los hay con excelentes y buenos resultados (32-37).

ACOG (38) en el 2004 recomendó para la atención del parto por vía vaginal en mujeres con cesárea previa que la conducta se tome de acuerdo a la complejidad del caso:

Nivel A:

Cesárea anterior con incisión segmentaria transversa, previa consulta con la paciente acerca del parto vaginal

La anestesia epidural puede usarse.

Nivel B:

Mujeres con incisión vertical baja que no se haya extendido al fondo uterino

No usar prostaglandinas para madurar el cuello o inducción del trabajo de parto.

Nivel C:

Contraindicado en mujeres con incisión clásica o en T o se haya extendido al fondo uterino. Roturas uterinas previas. Complicaciones médicas u obstétricas que impidan el parto vaginal.

La decisión debe ser tomada entre médico y paciente y la discusión documentada en la historia.

Las roturas uterinas pueden ser catastróficas, el nacimiento por vía vaginal debe atenderse en instituciones equipadas para responder a las emergencias y médicos disponibles.

Los riesgos de rotura uterina en cesáreas previas según la ACOG (2) en relación al tipo de incisión

son:

- Uterina clásica de 4,0 % a 9,0 %
- En forma de T de 4,0 % a 9,0 %
- Vertical baja 1,0 % a 7,0 %
- Transversa baja 0,2 % a 1,5 %

Complicaciones

La morbilidad materna está aumentada en comparación con el parto vaginal, entre el 3 % y el 6 %. Las complicaciones maternas más frecuentes son: la infección (endometritis, absceso de pared), íleo paralítico, complicaciones anestésicas, hemorragias, infección urinaria, lesiones intestinales, lesiones de la vejiga sobre todo en cesareadas anteriormente, anemia, se puede afectar el futuro obstétrico (6,20, 39-43).

En Dinamarca hay estudios donde se reportan complicaciones quirúrgicas durante las cesárea electivas de un 6,8 % y aumentan en las de emergencia hasta un 14,5 % (39). Las más frecuentes son lesión del cuello y hemorragias, 12 %. Phipps y col. (40) refieren lesiones de vejiga durante la intervención en 0,28 % que aumentan a 3,87 % en las cesáreas iteradas. Liu y col. (42) en Canadá en un estudio de 14 años además de las complicaciones ya descritas, agrega paros cardíacos y en ocasiones histerectomía por hemorragias, en nuestros hospitales es más frecuente la histerectomía por infección. También la muerte materna es mayor en las cesáreas que en los partos atendidos por vía vaginal como lo reporta Deneux-Tharoux y col. (43) en Francia.

Recién nacido. Se puede presentar estrés respiratorio, mayor incidencia de prematuros por mala evaluación preoperatoria, mayor hipertensión pulmonar persistente, trastornos de regulación térmica e inmunológica, y no se ha logrado la reducción esperada de la morbimortalidad fetal. Dessoles y col. (17) encontraron lesiones en niños nacidos por cesárea, sobre todo en las de emergencia, asimismo lo reportan otros autores (40).

Además hay retraso del primer contacto madre-hijo y cuando se produce la madre está somnolienta y cansada. Es un obstáculo para el inicio de la lactancia, algunos dicen que la bajada de la leche tarda más en las madres que han parido por cesárea. La causa no está clara si es debido a la cesárea misma o al retraso del inicio de la lactancia.

¿Cómo disminuir las tasas de cesárea?

Por la preocupación en todas partes del mundo por el incremento de las tasas de cesárea, varios autores (11,28,41,43-45) han propuesto varios mecanismos para reducirlas:

- Instruir, enseñar a los médicos residentes. Se dice es una responsabilidad ética de las escuelas de medicina formadoras de especialistas en obstetricia y ginecología. No formarlos en la escuela facilista, es decir, cesarista.
- Entrega diaria de la guardia.
- Una segunda opinión para decidir la cesárea debería ser obligatoria en los hospitales públicos, excepto en casos de emergencia como prolapso del cordón, hemorragias, sospecha de rotura uterina.
- Mejorar el diagnóstico de sufrimiento fetal y distocias sobre todo el de desproporción cefalopélvica.
- Disminuir el número de cesáreas por distocias.
- Hacer una evaluación clínica de la pelvis.
- Auditoría mensual de las cesáreas evitables.
- Honorarios profesionales iguales para partos por vía vaginal y por cesárea.

Podemos concluir diciendo que debemos tomar medidas ante el abuso de cesáreas, pues el parto es un acto normal, fisiológico y no es posible que necesite hasta un 80 % de la intervención, antes de que sean tomadas por la autoridad. La OMS (5) recomienda que los ministerios de salud deben establecer normas específicas sobre la tecnología apropiada para el parto en los sectores públicos y privados y en la aplicación de las recomendaciones dice: “Las universidades y las sociedades científicas deben participar en la evaluación de la tecnología y controlar la práctica excesiva e injustificada de la cesárea investigando y dando a conocer sus efectos sobre la madre y el hijo”.

Reducir las tasas en las clínicas privadas es más difícil, debido a que no hay un control y como refiere Vanina y col. (28) “la cesárea apareció como una solución, ahora se vislumbra como un problema”.

Sánchez Torres (43) dice: “que el médico obstetra debe tener tres virtudes indispensables: ciencia, conciencia y paciencia. La falta u omisión de una de ellas se presta para que el acto médico tenga visos anti éticos o lo sea francamente”.

REFERENCIAS

1. Takuri CC, Matorras WR, Nieto DA, Ortega GA. Historia de La cesárea. *Toko Gin Práct.* 1997;56:189-193.
2. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom S, Gilstrap III LC, Hauth JH, Wenstrom KD. *Obstetricia de Williams*. 22ª edición. México: Mac Graw-Hill; 2006.
3. Agüero O. Publicaciones sobre cesáreas en Venezuela hasta 1990. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;53:3-6.
4. Sardiñas RA. La operación cesárea y la obstetricia de hoy. *Ginecol Obstet Mex.* 2005;73:155-159.
5. WHO. Appropriate thechnology for birth. *Lancet.* 1985;2:437-438.
6. Belizán JM, Althabe F, Barros FC, Alexander S. Rates and implications of caesarean section in Latin America: Ecological study. *BMJ.* 1999;319:1397-1940.
7. Farr SL, Jamieson DJ, Vásquez RH, Ahmed Y, Heilig MCh. Risks factors for cesarean delivey among Puerto Rican women. *Obstet Gynecol.* 2007;109:1351-1357.
8. Li T, Rhoads GG, Smulian J, Demissie K, Wartenberg D, Kruse L. Physician cesarean delivery rate and risk -adjusted perinatal outcomes. *Obstet Gynecol.* 2003;101:1204-1212.
9. Menacker R, Declerq E, Macdorman MF. Cesarean delivery: Background, trends, and epidemiology. *Sem Perinatol.* 2006;30:235-241.
10. Waniez P, Wurtz B, Brustiein V. Abuse of caesarean delivery in Brazil: Geographic dimensions of a medical aberration. *Santé.* 2006;16:21-31.
11. Liu S, Rusen ID, Joseph KS, Liston R, Kramer MS, Wen SW, et al. Recent trend in cesarean delivery rates and indications for cesarean delivery in Canadá. *J Obstet Gynecol Can.* 2004;26:735-742.
12. Suárez Ocando D. Cesárea. En: Zighelboim I, Guariglia D, editores. *Clínica Obstétrica*. 2ª edición. Bogotá: Editorial Disinlimed; 2007.p.583-589.
13. Salinas P H, Carmona G S, Albornoz V J, Veloz R P, Terra V R, Marchant G R, et al. ¿Se puede reducir el índice de cesárea? Experiencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2004;69:8-15.
14. Puentes-Rosas E, Gómez-Dantes O, Garrido Latorre F. Operación cesárea en México. *Salud Pública Méx.* 2004;46:16-22.
15. Häger R, Oian P, Nilsen ST, Holm HÁ, Berg AB. The breakthrough series on cesarean section. *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2006;126:173-175.
16. Tampakoudis P, Assimakopoulus E, Grimbizis G, Zafrazas M, Tampakoudis G, Mantalenakis S, et al. Cesarean section rates and indications in Greece: Data from a 24 year period in a teaching hospital. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2004;31:289-292.
17. Dessole S, Cosme E, Balata A, Uras L, Caserta D, Capobianco G, et al. Accidental fetal lacerations during cesarean delivery: Experience in an Italian level III university hospital. *Comment. Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:897-898.
18. Farah N, Geary M, Connolly G, McKenna P. The caesarean rate in the Republic of Ireland in 1998. *Ir Med J.* 2003;96:242-243.
19. Clavero Núñez JA. Nacer en el siglo XXI: Perspectivas materno-fetales. *An R Acad Nac Med (Madrid).* 2002;119:257-269.
20. Lin HC, Xirasagar S. Institutional factors in cesarean delivery rates: Policy and research implications. *Obstet Gynecol.* 2004;103:128-136.
21. Cheng YM, Yuan W, Cai WD, Zhang WM, Wang TY, Wu SZ, et al. Study of the occurrence of cesarean section (CS) and factors related to CS in China. *Zhonghua Liu Bing Xue ZA Zhi.* 2003;24:893-896.
22. Khawaja M, Kabakian-Khasolian T, Jurdi R. Determinants of cesarean section in Egypt: Evidence from the demographic and health survey. *Healpolicy.* 2004;69:273-281.
23. Oladapo OT, Sotunsa JO, Sule-Odu AO. The rise in cesarean birth in Sagamu, Nigeria: Reflection of changes in obstetrics practice. *J Obstet Gynecol.* 2004;24:371-381.
24. Wilkinson C, Ma Ilwaine G, Boulton -Jones C, Cole S. Is a rising cesarean section rate inevitable? *BJOG.* 1998;105:45-52.
25. Kolas T, Hofoss D, Daltveit AK, Nilsen ST, Henriksen T, Häger R, et al. Indications for cesarean deliveries in Norway. *Am J Obstet Gynecol.* 2003;188:864-870.
26. Guihard P, Blondel B. Factors associated with cesarean section in France. Results from the 1995 National Perinatal Survey. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2001;30:444-543.
27. Carayol M, Blondel B, Zeitlin J, Breart G, Goffinet F. Changes in rates of caesarean delivery before labour for breech presentation at term in France: 1972-2003. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2007;132:20-26.
28. Vanina G, Sampor CV, Storni MP, Pardo PL. Incidencia y principales indicaciones de cesarea. *Rev Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina.* 2005;150:9-23.

ESTADO ACTUAL DE LA CESÁREA

29. Meikle SF, Steiner CA, Zhang J, Lawrence WL. A national estimate of the elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol.* 2005;105:751-756.
30. Shiono PH, Mc Nellys D, Rhoads G. Reasons for the rising cesarean delivery rates. *Obstet Gynecol.* 1987;69:696-699.
31. Backe B, Heggsted T, Liet T. The epidemic of cesarean section: Has it reached in Norway? *Tidsskr Nor Laegeforen.* 2003;123:1522-1524.
32. Patel RR, Peters TJ, ALSPAC study team. Prenatal risk factors for cesarean section. Analyses of the ALSPA cohort of 12 944 women in England. *Int Epidemiol.* 2005;34:353-357.
33. Juhasz G, Gyamfi C, Gyamfi P, Torcice K, Stone JL. Effect of body mass index and excessive weight gain on success of vaginal birth after cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;106:741-746.
34. Agüero O. Cesárea anterior y parto vaginal. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1992;52:135-139.
35. Uzcátegui O, Toro J. Parto vaginal postcesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1978;38:32-34.
36. Hibbard JU, Ismail MA, Wang Y, Te C, Karrison T, Ismail MA. Failed vaginal birth after a cesarean section: How risky is it? I. Maternal morbidity. *Am J Obstet Gynecol.* 2001;184:1 365-1371.
37. Landon MB, Leindecker S, Spong CY, Hauth JC, Bloom S, Varner MW, et al. The MFMU cesarean registry: Factor affecting the success of trial of labor after previous cesarean delivery? *Am J Obstet Gynecol.* 2005;193:1016-1023.
38. ACOG Compendium of selected publications. 2007;54:748-754.
39. Bergholt T, Stenderup JK, Vedsted-Jakobsen A, Helm P, Lenstrup C. Intraoperative surgical complication during cesarean section: An observational study of the incidence and risk factors. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:251-256.
40. Phipps M, Watabe B, Clemons JL, Weitzen S, Myers DL. Risk factors for bladder injury during cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2005;105:156-160.
41. Hass DM, Ayres AW. Laceration injury at cesarean section. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2002;11:196-198.
42. Liu S, Liston RM, Joseph KS, Heaman M, Sauve R, Kramer MS. Maternal health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. *CMAJ.* 2007;176:475-476.
43. Deneux-Taroux C, Carmona E, Bouvier-Colle MH, Breart G. Postpartum maternal mortality and cesarean delivery. *Obstet Gynecol.* 2006;108:541-545.
44. Althabe F, Belizán JM, Villar J, Alexander S, Bergel E, Ramos S, et al. Mandatory second opinion to reduce rates of unnecessary caesarean sections in Latin America: A cluster randomised controlled Trial. *Lancet.* 2004;363:1934-1941.
45. Sánchez Torres F. Reflexiones éticas en torno de la operación cesárea. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 1993;51:75-86.

FE DE ERRATAS

En el trabajo “Expresión inmunohistoquímica de la proteína p53 en relación con el grado histológico y riesgo de recidivas en meningiomas intracraneanos”, de los doctores Alipio Hernández, Ghislaine Céspedes y Ernesto Trejo, Volumen 116, N° 3, Julio-septiembre de 2008, páginas 198-211, a la referencia N° 79, de Ohgaki H, Eibi RH, Schwab M, et al. Mutations of the p53 tumor suppressor gene in neoplasms of the human nervous system. *Mol Carcinog.* 1993;8:74-80, deben agregarse los siguientes autores: Reichel MB, Mariani L y Gehring M, antes de la expresión “et al”.