

11217
65
2y.



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

HOSPITAL GENERAL TACUBA, I.S.S.S.T.E.

ANÁLISIS COMPARATIVO DEL MANEJO DE LA PACIENTE CON CESAREA PREVIA

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de:

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

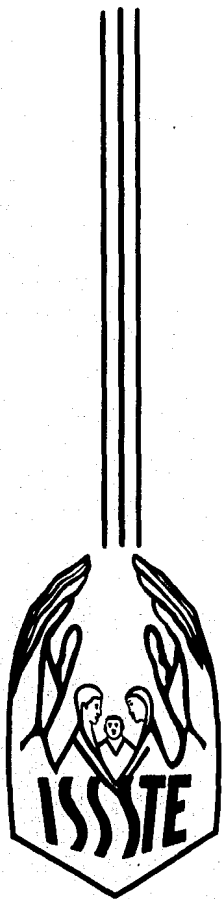
P r e s e n t a :

DR. DELFINO NAKAMURA MIZUNO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1985





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Página .
I) INTRODUCCION.	1
II) HISTORIA.	3
III) GENERALIDADES	15
IV) JUSTIFICACION	19
V) OBJETIVOS.	20
VI) MATERIAL Y METODOS.	21
VII) RESULTADOS.	22
VIII) COMENTARIOS	36
IX) CONCLUSIONES.	43
X) BIBLIOGRAFIA.	46

INTRODUCCION

Antes de la década de los años de 1900 las muertes y se-
cuelas consecutivas a la operación cesárea inicial ocasional, -
eran tan frecuentes que más tarde fue un problema raro la opera-
ción cesárea subsiguiente.

Con el progreso de las técnicas quirúrgicas y en el au-
mento en el número de cesáreas, se llegó a considerar que el úte-
ro con una incisión quirúrgica previa, representaba un riesgo -
potencial de ruptura y se sugirió que la operación cesárea de re-
petición se realizara antes del comienzo del trabajo de parto y -
tan pronto como se comprobara la madurez del producto; esto tra-
jo como consecuencia un incremento en el número de cesáreas. (9)

Actualmente los factores de incremento en el porcentaje
de cesáreas son: Distocia (29%), Cesárea previa (27%), Presenta-
ción pélvica (15%), Sufrimiento fetal (10%) y Otros (19%). Ob-
servándose que la cesárea previa resulta ser la segunda causa pa-
ra tal incremento. (7) (22)

Sin embargo, se ha observado, que algunas mujeres que -
fueron sometidas a una operación cesárea podían tener un parto -
en nuevos embarazos. Esta observación ha sido motivo de una revi-
sión constante en la práctica obstétrica, sin que hasta el momen-

to exista una uniformidad general de criterio.

Nuestro deber como obstetra es buscar la conducta más adecuada para cada paciente, dicho de otra forma, en base a los antecedentes de las pacientes, individualizaremos cada caso en particular; para así mejorar las perspectivas de supervivencia del recién nacido y la calidad de su vida.

HISTORIA

La operación cesárea, tan útil y necesaria en nuestra época, paso por ensayos tan largos como interesantes prácticamente a través de toda la historia del hombre, para llegar al grado como la conocemos actualmente.

Origen y significado de la palabra cesárea.

La cesárea puede definirse como la extracción de un feto a través de incisiones realizadas en las paredes del abdomen y del útero, siendo lo esencial de la operación la incisión uterina. (11)

En cuanto al origen de la palabra cesárea, existen grandes controversias dado que se han encontrado diferentes explicaciones, por lo que brevemente reseñaremos esto:

El nacimiento de un niño mediante un corte a través de la pared abdominal y útero, viene del verbo latino caedere, que significa cortar, y a los fetos extraídos de esta forma se les denomina caesones o caesares, muchos de los cuáles nacieron antes de César. (21) (11)

Según la leyenda, Julio César nació de esta forma, por-

lo que este procedimiento vino a conocerse con la designación de operación cesárea, sin embargo, su madre vivió mucho tiempo después del nacimiento de éste. En esa época e incluso en el siglo XVII, la operación era casi siempre fatal, por lo tanto es improbable que la madre de Julio César sobreviviera a la intervención en el año 100 a.c. (11) (21)

También se ha creído que el nombre de la operación proviene de una ley que se supone promulgada por Numa Pompilio (siglo VIII a.c.), ordenando que se efectuara en mujeres fallecidas en las últimas semanas del embarazo, con la esperanza de salvar al niño, según esta explicación la Lex Regia al principio, vino a llamarse Lex Caesarea en tiempo de los emperadores. Algunos escritos atribuidos más tarde a Numa Pompilio, son considerados como falsificaciones por los historiadores modernos. Si esta intervención hubiera sido requerimiento legal en la antigüedad la habrían mencionado los escritores médicos de este período, pero no fue así. (11) (21) (4)

La expresión de sección cesárea constituye un pleonismo, ya que secare significa cortar al igual que caedere. (21)

Epoca Prehistórica y Civilizaciones Antiguas.

Según varios historiadores y entre ellos el médico -

Reinhard Hofschlaeger, la cesárea era practicada en tiempos prehistóricos. En el papiro egipcio de Kahum de aproximadamente - 2160 a.c. se expresa que mujeres cirujanas practicaban la cesárea. No existen datos fidedignos de que la cesárea haya sido - realizada en China o Japón. (21)

Los hebreos casi seguramente la practicaron en la mujer viva, en la obra Mischnagoth (140 a.c.) se menciona: "en caso - de gemelos nacidos por sección del abdomen ni el primer niño ni el segundo, tienen derecho a la propenitura". (21)

En la publicación llamada Nidda se refiere: "es necesario que la mujer cumpla el precepto de los días de purificación - después de serle extraído el niño por las paredes del abdomen". - El Talmud que es posterior ordena la cesárea post mortem incluso en sábado. (21)

En Roma, no se puede asegurar la cesárea en la mujer viva, en relación a la cesárea post mortem, que se llevaba a cabo, relata Plinio, que Numa Pompilio (715-673 a.c.) decretó su Lex - Regia en donde ordenaba que se practicara en mujeres fallecidas - durante las últimas semanas del embarazo con la esperanza de salvar al niño. (11) (21)

Los primeros 1500 años de la Era Cristiana.

No existen relatos de la cesárea en mujer viva en los primeros años del cristianismo. En el año de 1250 se señala que Paulo, Obispo de Mérida, España; que habfa sido médico operó a la esposa de un senador, extrayendo el feto muerto y putrefacto, la madre vivió, no se descarta la posibilidad de que se tratara de un feto ectópico. (4) (21)

Poco se adelanta durante estos primeros 1500 años del cristianismo. Prietto Dárgellata en el siglo XV ya recomendaba la incisión en la línea alba. (21).

De 1500 a 1876.

Dos hechos importantes ocurren en este período, uno, fue el primer éxito de la cesárea en la mujer viva, y el otro la famosa operación de Porro.

Con respecto a la primera cesárea con éxito en una mujer viva, según Gaspar Bauhim, en el año 1500, el carnicero Jacob Neuffer en Sigerhausen, Suiza, le abrió el vientre a su esposa, ya desahuciada por 13 comadronas y extrajo un producto que vivió 77 años. Marcelo Donati afirmó que la primera intervención encontrada en registros médicos fue hecha por el italiano Christophorus Bainus o Maini en 1540. (21)

En 1581, Francois Rousset, publicó en Paris la primera monografía de la cesárea y ya se señalaban las indicaciones como fetos gigantes y monstruosos, gemelos, malposiciones, estrechez pélvica y del canal blando; la vejiga debería estar vacía, recomendaba la incisión paramedia de cualquier lado. No suturaba el útero. Estos conceptos perduraron por tres siglos más. Sin embargo, este autor nunca efectuó una cesárea. Las complicaciones principales seran la hemorragia y la infección. (21) (11)

El 21 de abril de 1610 se practicó en Alemania la primera cesárea en mujer viva, el cirujano fue Jeremias Trautman, y la paciente una mujer con traumatismo que le produjo una herida en el útero. El niño vivió y la madre murió a las 4 semanas por causa ajena a la operación. (21)

En 1773 el obstetra español Diego Mateo Zapata, describió lo que posiblemente sea el primer documento de una mujer que ha sufrido la operación cesárea y que al vivir, posteriormente tiene un parto vaginal. (21)

En 1769 el francés Lebas Maulleron, practicó la sutura del útero sólo con tres hilos contra la opinión de sus colegas, lo que podría considerarse la introducción de la sutura en el útero. (21)

William Hunter en 1786, propuso la incisión uterina en el segmento inferior. El 14 de marzo de 1794 el Dr. Jesse Bennet, ayudándose del manual de Rousset operó a su esposa, registrándose como un caso de supervivencia materna y fetal.

Fueron muchos los cirujanos de aquellas épocas que se oponían al uso de la operación cesárea, al grado de fundar una escuela anticesárea presidida por Jean Francoise Sacombe. (21)

En general, los primeros 75 años del siglo XIX se caracterizaron por aumento de casos de mujeres vivas con operación cesárea; los resultados no eran tan halagadores, pues la mortalidad oscilaba entre 80 a 95%.

En 1805 Physick propuso la técnica extraperitoneal, pero practicada sin éxito por Joerg (1806), Ritgen (1820), Baude--locque (1823), Cianflone (1844). (4) (21)

De 1876 a nuestros días.

El 21 de junio de 1876, Edoardo Porro practicó con éxito una operación mutilante en una primípara, fue la primera operación cesárea con histerectomía (subtotal), con sobrevivencia de la madre y del feto. (4) (21)

En 1883 Godson reportó 154 operaciones de Porro, con una mortalidad del 53%. En 1901 Ettore Truzzi, alumno de Porro, informó de 1097 operaciones con 24.7% de mortalidad materna. Los éxitos alcanzados en esas fechas se debieron también a la aparición de la asepsia y antisepsia.

En 1882 Max Sanger recomendaba la incisión uterina en la pared media de la cara anterior, aconsejó la disección y la aposición del peritoneo con un surgete seroseroso a la Lembert. La sutura se hacía usando seda fenicada o yodoformada o alambre de plata, en dos capas: una profunda muscular y otra superficial. En 1885 Keher incidió transversalmente el útero en el segmento inferior y extrajo el feto y la placenta, aplicó 6 puntos hemostáticos en la herida uterina y sobre ésta suturó el peritoneo visceral. La evolución de esta técnica hubiera sido más rápida si la segunda paciente operada por Keher no hubiera muerto. (4)-(11) (21).

La verdadera técnica extraperitoneal pura fue introducida por Wilhem Latzco. En los primeros años del siglo se utilizó la operación de Gottschalk-Portes, que consistía en hacer la cesárea fuera de la cavidad abdominal, sutura de la pared dejando el útero fuera del abdomen, para 20 a 30 días después reponerlo dentro nuevamente. (11) (21)

En 1912 Kroning defendió que la ventaja principal de la técnica extraperitoneal no era tanto evitar por completo la cavidad peritoneal, sino más bien en abrir el útero a través del segmento inferior y en cubrir después la incisión con peritoneo. Esta técnica con modificaciones de poca importancia fue introducida en los Estados Unidos por Beck y popularizada por De Lee. (11).

Con el progreso de la operación cesárea y del aumento en su número, se llegó a considerar que el útero con una incisión quirúrgica podría experimentar una alteración en su estructura, lo que representaría un riesgo potencial. El 12 de mayo de 1916, Edward Gragín ante la Sociedad Médica de Oriente de Nueva York, pronunció su famoso dictado de: "una vez cesárea, siempre cesárea", puesto que el riesgo de ruptura uterina era tan grande y costoso, que la siguiente cesárea debería efectuarse antes del inicio del trabajo de parto. Esto fue aceptado universalmente por la comunidad obstétrica de Estados Unidos. (5) (7) (9) (13).

En 1926 Kerr prefería la incisión uterina segmentaria transversal en lugar de longitudinal, pero fue hasta 1940 en que se aceptó en forma amplia dicha modificación.

En 1949 en el Duodécimo Congreso Inglés de Ginecoobste-

tricia, después de comentar que era la primera reunión en la -
 cual se había hablado de la operación segmentaria baja sólo para
 reconocerla y encomiarla, Kerr elevó los brazos al cielo y exclamó ¡Aleluya! ¡Las discrepancias acabaron! ¡hemos ganado la batalla!. Actualmente la incisión segmentaria baja es la más común, seguida por la incisión vertical del segmento inferior. Rara -
 vez se utiliza la incisión clásica. (11) (17) (21) (22)

Evolución de la Operación Cesárea en México.

No hay constancia real de la práctica de la cesárea antes de la llegada de los españoles. Fue hasta el siglo XVIII -
 cuando aparecen los primeros informes escritos del uso de la operación, ejecutada casi exclusivamente postmortem. (21)

En 1745 en Milán, se publicó un libro dedicado a los -
 parteros sobre la operación cesárea post mortem para salvar al -
 feto y suministrar las aguas bautismales; en la Nueva España fue traducida por Fray José Manuel Rodríguez bajo el título de: "La Caridad del Sacerdote para con los Niños Encerrados en el Vientre de sus Madres Difuntas".

La primera operación cesárea post mortem que se efectuó en el Nuevo Mundo y de la que se tiene referencia, tuvo lugar en México, según consta en la Gaceta de México correspondien

te al 29 de mayo de 1779; que la reseña en forma de noticia, tal como sigue: "Misión de Santa Clara en la Nueva California", Enero 26, "Los frailes Joseph Viader y Joseph Viñals acordaron verificar la operación cesárea en una india preñada según indicios, de ocho meses, postrada de un violento tabardillo. El ignorar - la Anatomía, carecer de libros facultativos y nunca haber presenciado tal operación, no fue capaz de arredrarles en su proyectada empresa. A la fuerza del mal murió la Neófito el día de la - fecha, e inmediatamente se practicó la operación, cuyo éxito feliz sobrepujo las esperanzas de los padres, que probaron el sumo gozo de Bautizar el extraído niño. Sólo sobrevivió 7 horas a la operación. (21)

Nicolás León en el libro la Obstetricia en México, relata detalladamente lo que algunos consideran la primera cesárea - con éxito publicada en México. Fue el caso de una mujer que recibió una cornada de vaca en el vientre con extensión al útero, - la enferma y su hijo sobrevivieron; la operó el Dr. Miguel Jiménez el 27 de junio de 1850 en el Hospital de San Pablo, hoy Hospital Juárez. (21)

La primera cesárea indicada en mujer viva en nuestro - país, fue hecha en Monterrey (septiembre 1877), en una mujer con exostosis del sacro y a cuyo feto ya se le había practicado craneotomía sin poder extraerlo. Los cirujanos fueron los médicos-

norteamericanos J.B. y J.H. Mears, la operación fue un éxito con evolución posterior satisfactoria de la madre. (21)

El 12 de marzo de 1884 en el Hospital de San Andrés, - el Dr. Juan María Rodríguez, hizo una operación de Porro a una - mujer contrahecha de 18 años de edad. Le ayudaron en la inter--vención sus discípulos Ricardo Vértiz e Ignacio Capetillo, así - como los doctores Lavista, Liceaga y Andrade, la anestesia fue - a cargo del Dr. Berruecos con cloroformo. La mujer sólo sobrevivió dos días.

En 1904, el Dr. Fernando Zárraga realizó en el Hospital Juárez una cesárea con histerectomía logrando la supervivencia - de la madre y del feto. (21)

En 1913 el Dr. Adalberto Lara, en su tesis "Algunas Con-sideraciones sobre la Operación Cesárea", describía que para la-cesárea corporal que era la única que se realizaba en México en-ese tiempo, se tenían las siguientes indicaciones: deformaciones pélvicas, tumores uterinos, placenta previa, amenaza de ruptura-uterina, anomalías de la contracción y las causas fetales. (21)

La llamada operación de Gottschalk-Portes, todavía la - recomendaban los doctores Nachón y Rábago, hasta 1941 y 1944.

La cesárea segmentaria transperitoneal fue efectuada - por primera vez en México en 1926 por el Dr. Clemente Robles, mé- dico interno del Hospital Juárez, siguiendo la técnica de Slivms ky y poco después ya fue utilizada en el Hospital General por - los doctores Dario Fernández y Julián González Méndez. (21)

A fines de 1943, por indicación del Dr. Urzáiz se hizo - por primera vez en Yucatán la cesárea baja transperitoneal con - técnica de Kerr, modificada por De Resende. (21)

Después de la Segunda Guerra Mundial, con la aparición - de las sulfamidas y los antibióticos, pasan al olvido en nuestro medio las operaciones de Porro y Gottschalk Portes, usandose ex - clusivamente la operación cesárea corporal clásica.

La Maternidad Número Uno del IMSS, actualmente Gineco - obstetricia 1-4, tuvo el mérito de pregonar e imponer en nuestro medio, el uso rutinario de la cesárea segmentaria. (21)

Muchos han sido los trabajos que sobre esta operación - han aparecido en la literatura médica nacional en los últi mos - años, la mayoría de tipo estadístico y referente a diversas téc - nicas de corte y sutura uterina; sin embargo, el interés princi - pal se fue centrando especialmente hacia el futuro y el manejo - de la mujer que ha sufrido una o varias operaciones cesáreas.

GENERALIDADES

Con la aparición de los antibióticos, la facilidad de las transfusiones y los avances de la anestesia, prácticamente desapareció la mortalidad de la operación cesárea.

Esto trajo como consecuencia un aumento de indicaciones para la cesárea, pero se presentó el problema de la repetición de la operación en una misma paciente, por lo que se despertó el interés en el manejo de futuras gestaciones en pacientes que han sufrido una cesárea.

En los Estados Unidos de Norteamérica, el porcentaje de cesáreas se ha incrementado de 5.5% en 1970 a 15.2% en 1978; según el Estudio de Actividades Profesionales de la Comisión sobre Actividades de Hospital y Profesional. (16) (19)

Con respecto a las pacientes con antecedente de cesárea previa, la mayoría de los obstetras norteamericanos las manejan con nueva operación cesárea cerca del término del embarazo.

El Dr. Richard Porreco del Centro Médico Permanente Kaiser, San Diego California, piensa que la operación cesárea repetida seguirá siendo parte de la práctica obstétrica moderna, pues de esta forma se evita todo tipo de esfuerzo sobre las cica

trices uterinas, aún cuando el riesgo de ruptura sea mínimo. Por otra parte, los quirófanos, bancos de sangre, laboratorios y salas de cunas, cuentan con todo el personal durante las horas del día y se encuentran en mejores condiciones para enfrentarse a las complicaciones de urgencia que puedan presentarse en la cirugía. La operación sería cerca de la fecha estimada del parto mediante valoración clínica rigurosa de la edad gestacional, tomando en cuenta que el mayor riesgo es el de obtener un producto prematuro; considerando también que se pueden utilizar otros procedimientos para determinar la edad fetal como son la amiocentesis y la ultrasonografía. (10) (20)

En oposición, muchos obstétricos consideran que el parto sigue siendo la mejor vía de resolución obstétrica cuando no existan contraindicaciones formales. (2) (19) (22)

Dado lo anterior, analizaremos la morbimortalidad asociada a estos eventos.

Mortalidad.

Evrard y Gold en un estudio de Rhode Island en el período de 1965-1973, encontraron cifras de mortalidad materna de 2.7 por 100 000 nacimientos por parto y de 69.6 por 100 000 cesáreas. En contraste Frigoletto et. al. en un estudio de mortalidad ma--

terna en un hospital de Boston, de 1968 a 1978, encontraron cifras de 10.3 por 100 000 partos y de 0.0 por 100 000 cesáreas. - (19).

Petitti et. al., revisaron los registros del Estudio - de Actividades Profesionales de la Comisión Sobre Actividades de Hospital y Profesional y encontraron los datos que aparecen en - el cuadro No. 1. (19)

Hay que tomar en cuenta que las mujeres que requieren - cesárea, a menudo tienen factores independientes de riesgo, que pueden contribuir a la muerte. En situaciones en que se cuenta con asistencia más sofisticada, se esperaría una disminución de los riesgos de mortalidad. (16)

Morbilidad.

La morbilidad de la cesárea comprende el mayor costo de la asistencia, la prolongación de la estancia hospitalaria, y de mayor importancia, las complicaciones anestésicas y quirúrgicas directas. Las complicaciones post operatorias se señalan en 33 a 50% de las pacientes, e incluyen: infección (de vías urinarias, pélvica, de la herida, respiratoria); tromboflebitis (pélvica y de miembros inferiores); hemorragia, formación de hematoma, lesiones a órganos (vejiga e intestino), y embolia pulmonar. (16)

Cuadro I. Número de Nacimientos y Muertes, y la proporción de la mortalidad por Método de Nacimiento: 1970, 1974 y 1978. Petitti et. al. (19)

Año	No. Hospitales		Total		Nac.	Cesárea		Nac.	Parto	
	Nac.	Muert.	Muert.	Mort.		Muert.	Mort.		Muert.	Mort.
1970	947	1062078	273	25.7	60652	69	113.8	1001426	204	20.4
1974	1435	1255812	246	19.6	114406	72	62.9	1141406	174	15.2
1978	1428	1199215	172	14.3	175834	72	40.9	1023381	100	9.8

Mortalidad: Muertes por 100 000 nacimientos.

JUSTIFICACION

Cuando Cragin expresó su frase de: "una vez cesárea, - siempre cesárea", era una época en que los antibióticos y las - transfusiones sanguíneas no estaban disponibles, también las téc - nicas anestésicas no eran tan sofisticadas y la gran mayoría de - las incisiones uterinas eran corporales clásicas. Es lógico pen - sar que la ruptura uterina era frecuente y con resultados desa - gradables en pacientes con cesárea previa.

En la actualidad, la operación cesárea es un magnífico - recurso para los obstétricos, pero el parto vaginal sigue siendo - el método más seguro para la madre e hijo. La morbilidad - materna aún es mayor en la cesárea. Además, otros de los ries - gos de la cesárea electiva es el de obtener productos prematu - ros.

Los costos de atención hospitalaria también aumentan - considerablemente en la operación cesárea. En conjunto estos - factores nos motivaron a la realización del presente trabajo.

OBJETIVOS

El propósito de nuestro trabajo es efectuar un análisis retrospectivo respecto a la conducta que se lleva a cabo en las pacientes que acuden a este centro hospitalario, siendo los objetivos de nuestro trabajo el de analizar cuál es la conducta más idónea; ahora, con esto, conocer la morbimortalidad materno fetal en cada caso; valorar cuál fue la actitud que se tomó en cuenta para elegir la vía de resolución obstétrica y finalmente hacer un análisis comparativo de las pacientes con cesárea previa a las cuáles se les efectuó una cesárea nuevamente, en comparación a un grupo control de pacientes con cesárea previa a las cuáles la resolución del caso fue mediante parto con o sin aplicación de fórceps profiláctico.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio se realizó en forma retrospectiva - efectuándose una revisión de todos los casos con cesárea previa - que se atendieron en el Hospital Tacuba ISSSTE, en el período - comprendido del 1o. de agosto de 1982 al 30 de agosto de 1984.

El criterio para incluir a las pacientes fue el de aque- llas mujeres que tuvieron una cesárea previa sin partos postero- res a la cesárea, y con embarazo de 37 semanas o más, comprobado por clínica, radiología, o ultrasonografía; las cuáles fueron - operadas con diagnóstico de inserción baja de placenta, situacio- nes anómalas del producto, sufrimiento fetal agudo, desprendi- - miento prematuro de placenta normoinserta, toxemia, diabetes me- llitus,, distocias dinámicas y de partes blandas, isoimmunización materno-fetal. Excluyendo a aquellas pacientes en las cuáles se- verificó verdaderamente el diagnóstico de desproporción cefalo- - pélvica, tanto clínica como radiológicamente y también aquellas - con parto menor de 37 semanas de gestación.

En nuestro método de estudio se tomaron en cuenta los - antecedentes ginecoobstétricos, días de estancia, período inter- - genésico, complicaciones post parto o post cesárea inmediatas o - tardías. Se tomó en cuenta también la valoración de Apgar y el - peso del recién nacido.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 10. de julio de 1982 al 30 de agosto de 1984, se atendieron en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Tabuca del ISSSTE 3163 nacimientos, de los cuáles, 2324 (73.5%) fueron partos y 839 (26.5%) cesáreas.

Se revisaron 312 expedientes del Archivo Clínico del Hospital, de pacientes con el antecedente de operación cesárea, seleccionándose únicamente 128 pacientes para nuestro estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y de exclusión.

De las 128 pacientes seleccionadas, 75 (58.6%) sufrieron una nueva operación cesárea (Grupo I); y 53 (41.4%) se atendieron por vía vaginal (Grupo II). De las que se atendieron por vía vaginal, 31 correspondieron a eutocias y 22 fueron pacientes a las que se les aplicó fórceps.

EDAD PROMEDIO DE LAS PACIENTES.

En el Grupo I la edad promedio de las pacientes fue de 27.0 años, la paciente de menor edad fue de 17 años y la de mayor edad de 42 años.

En el Grupo II la edad promedio fue de 26,4 años, la paciente de menor edad fue de 18 años y la de mayor edad de 37 años.

EDAD DE LAS PACIENTES POR GRUPOS.

Las edades de las pacientes se reunieron en grupos, tanto de las que sufrieron nueva cesárea como de aquellas atendidas por vfa vaginal. Ver tabla No. 1.

TABLA No. 1 EDAD DE LAS PACIENTES POR GRUPOS.

Edad (años)	Grupo I	Grupo II	Total
15 a 20	2	5	7
21 a 25	28	16	44
26 a 30	29	22	51
31 a 35	12	9	21
36 a 40	3	1	4
41 a 45	1	0	1
Total	75	53	128

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS

En el Grupo I encontramos 55 pacientes secundigrávidas, obviamente todas con una cesárea previa.

15 pacientes tuvieron tres gestaciones, de las cuáles - 8 tuvieron un aborto y 7 un parto, aclarándose que el parto fue antes de la cesárea previa.

2 pacientes tuvieron 4 gestaciones, una de ellas con - 2 abortos y la cesárea y la otra con 2 partos antes de la cesárea.

Una paciente tuvo 5 gestaciones, 3 abortos y una cesárea.

Hubo 2 pacientes con 6 gestaciones, de las cuáles una - tuvo 4 abortos y la cesárea, la otra tuvo 2 abortos y 2 partos - previos a la cesárea.

En el Grupo II se encontraron 35 pacientes secundigrávidas con cesárea previa.

Hallamos 8 pacientes con 3 gestaciones, de las cuáles, - 5 tuvieron antecedentes de un aborto y la cesárea, y 3 tuvieron-

dos partos anteriores a la cesárea.

Una paciente con 5 gestaciones, 2 abortos, 2 partos y -
la cesárea.

Hubo 2 pacientes con 6 gestaciones, una de las cuáles, -
tuvo un aborto y 3 partos anteriores a la cesárea, y la otra tu-
bo 2 abortos y 2 partos anteriores a la cesárea.

INDICACIONES DE LA CESAREA PREVIA.

Dentro de las indicaciones de la cesárea previa agrega-
mos una variante, que es un grupo de pacientes, las cuáles igno-
raban la indicación de la cesárea pero se descartaba que pudiera
deberse a desproporción cefalopélvica.

Las indicaciones de la cesárea previa en ambos grupos -
las podemos ver en la tabla 2 y 3.

TABLA No. 2. INDICACIONES DE LA CESAREA PREVIA.

GRUPO I.	
Sufrimiento Fetal Agudo	9
Situaciones Anómalas del Producto	18
Se Ignora la Causa+	28
Distocias Dinámicas	7
Embarazo Prolongado	4
Toxemia	4
Edad de la Paciente	1
Embarazo Gemelar	1
Distocia de Partes Blandas	3
Total	75

+ En 28 pacientes se ignora la causa de la cesárea previa, ya que al interrogatorio no se especifica correctamente la indicación.

TABLA No. 3. INDICACIONES DE LA CESAREA PREVIA.

GRUPO II.	
Sufrimiento Fetal Agudo	7
Situaciones Anómalas del Producto	10
Se Ignora la Causa+	11
Distocias Dinámicas	11
Embarazo Prolongado	2
Toxemia	2
Placenta Previa	2
DPPNI++	1
Embarazo Gemelar	2
Distocia de Partes Blandas	5
Total	53

+ En 11 pacientes se ignora la causa, ya que al interrogatorio - no se especifica correctamente la indicación de la cesárea.

++ Desprendimiento prematuro de la placenta normalmente insertada.

INDICACIONES DE LA SEGUNDA CESAREA.

Las indicaciones de la segunda cesárea, es decir, de las pacientes del Grupo I, se pueden ver en la tabla No. 4.

TABLA No. 4. INDICACIONES DE LA CESAREA ACTUAL.

Sufrimiento Fetal Agudo	9
Cesárea Previa	22
Toxemia	4
Situaciones Anómalas del Producto	9
Distocias Dinámicas	11
Distocia de Partes Blandas	3
Inminencia de Ruptura	13
Embarazo Prolongado	3
Edad de la Paciente	1
Total	75

En las 22 pacientes en quienes la indicación de la segunda cesárea fue la cesárea previa, a 10 se les permitió iniciar el trabajo de parto; las 12 restantes se operaron sin trabajo de parto, y de éstas, 4 tuvieron ruptura prematura de membranas.

De las 13 pacientes operadas por inminencia de ruptura, en 3 de ellas el segmento se encontró normal y en 5 el segmento-

se halló muy adelgazado.

No se registraron rupturas o dehiscencias de cicatriz en el segmento uterino.

COMPLICACIONES MATERNAS DEL GRUPO No. 1.

En la tabla No. 5 presentamos las complicaciones posteriores a la segunda cesárea y su porcentaje.

TABLA No. 5. COMPLICACIONES MATERNAS DEL GRUPO I.

Complicación	No. de casos	Porcentaje
Endometritis post cesárea	3	2.3 %
Lesión a órganos vecinos	2	1.5 %
Hemorragia de la histerorraffa	1	0.7 %
Sangrado de pared	1	0.7 %
Complicaciones anestésicas	1	0.7 %
Complicaciones mixtas	2	1.5 %
Total de pacientes	10	7.8 %

En cuanto a las complicaciones mixtas incluímos a dos pacientes en las cuáles, una de ellas se complicó con hemorragia de la histerorraffa dando lugar a un hematoma pélvico, la cuál se infecta, así como endometritis e infección de la herida qui--

rúrgica, por lo que se practica histerectomía.

La otra paciente cursó con endometritis y dehiscencia de la herida quirúrgica.

Las dos pacientes con lesión a órganos vecinos correspondieron a lesión de vejiga.

La complicación anestésica correspondió a punción de la duramadre.

COMPLICACIONES MATERNAS DEL GRUPO No. II.

No se registraron complicaciones maternas en las pacientes cuya resolución obstétrica fue por vía vaginal.

MORTALIDAD MATERNA.

No se registraron muertes maternas en ninguno de los dos grupos.

DIAS DE ESTANCIA DE LAS PACIENTES

GRUPO I.

El promedio de días de estancia de las pacientes de este grupo fue de 4.9 días. Ver tabla No. 6.

TABLA No. 6. DIAS DE ESTANCIA DEL GRUPO I.

No. de Pacientes.	Dfas de Estancia.	Total de Dfas.
54	4	216
13	5	65
2	6	12
1	7	7
1	8	8
1	9	9
1	11	11
1	18	18
1	25	25
Total 75		371

GRUPO II

El promedio de días de estancia de las pacientes atendidas por vía vaginal fue de 2.1 días. Ver tabla No. 7.

TABLA No. 7. DIAS DE ESTANCIA DEL GRUPO II.

No. de Pacientes.	Dfas de Estancia.	Total de Dfas.
48	2	96
3	3	9
2	4	8
Total 53		113

CALIFICACION DE APGAR DE LOS PRODUCTOS.

La calificación de Apgar para ambos grupos se tomó de - la siguiente forma: 1-3 muy deprimidos, 4-6 moderadamente deprimido y 7-10 vigorosos. Realizándose la calificación de Apgar al minuto y a los 5 minutos de nacidos. Ver tablas 8 y 9.

TABLA No. 8. APGAR DE LOS PRODUCTOS DEL GRUPO I.

Calificación	APGAR	
	1 minuto	5 minutos
1-3	5	0
4-6	7	4
7-10	63	71
Total	75	75

TABLA No. 9. APGAR DE LOS PRODUCTOS DEL GRUPO II.

Calificación	APGAR	
	1 minuto	5 minutos
1-3	0	0
4-6	3	0
7-10	50	53
Total	53	53

PESO DE LOS PRODUCTOS.

En el Grupo I, el producto de menor peso fue de 2465 g. y el de mayor peso fue de 4025 g.

En el Grupo II, el producto de menor peso fue de 2450 g. y el de mayor peso de 3850 g.

En ambos grupos la mayoría de los productos pesaron entre 2501 g. y 3500 g. Ver Tabla No. 10.

TABLA No. 10. PESO DE LOS PRODUCTOS.

Peso (g.)	Grupo I	Grupo II
2000 - 2500	3	1
2501 - 3000	24	22
3001 - 3500	39	24
3501 - 4000	8	6
4001 o más	1	0
Total	75	53

ANESTESIA UTILIZADA.

En el Grupo I, en todas las pacientes se utilizó el bloqueo peridural lumbar con lidocaína.

En el Grupo II, en 49 pacientes se utilizó el bloqueo - peridural con lidocaína, aplicándose en la mayoría de los casos - cuando la paciente alcanzó dilatación cervical de 8 cms. En una - paciente se utilizó anestesia general para revisión de cavidad. - En tres pacientes sólo se usó infiltración local con lidocaína - para la episiorrafia.

PERIODO INTERGENESICO.

Dentro del Grupo I, el periodo intergenésico más corto - fue de un año y el más largo fue de 13 años.

En el grupo Grupo II, el periodo intergenésico más cor - to fue de 1 año y el más largo fue de 10 años. Ver Tabla 11.

TABLA No. 11. PERIODO INTERGENESICO EN AMBOS GRUPOS.

Periodo	Grupo I	Grupo II
Menos de 12 meses	0	0
12 a 24 meses	27	22
24.1 a 36 meses	20	15
36.1 a 48 meses	10	6
48.1 a 60 meses	5	4
Más de 60 meses	9	2
Se ignoró+	4	4
Total	75	53

+ En estas pacientes no se encontró registrado el periodo intergenésico en los expedientes.

COMENTARIO

En nuestro estudio, el 41.4% de las pacientes se atendieron por vía vaginal; los resultados reportados por otros autores son los siguientes:

García Luna (1978)	36.6%
Demianzuck (1981)	54.3%
Ruiz Velazco(1969)	65.3%
Layin (1980)	66.7%
Benedetti (1977)	82.0%
Meier (1980)	84.5%

La incidencia de la operación cesárea en nuestro hospital durante el período de estudio fue de 26.5%, cifra la cuál consideramos alta.

La edad promedio en ambos grupos fue muy similar. El 90.6% de todas las pacientes se situaron entre los 21 a 35 años, lo cuál coincide con la época de mayor fertilidad.

El 70.3% de todas las pacientes fueron secundigrávidas, el 17.9% tuvieron tres gestaciones y hubo un pequeño número con cuatro o más gestaciones. Pocas pacientes tuvieron uno o más partos previos a la cesárea anterior, pero este hecho no ejerció

ninguna influencia sobre la vfa de resolución obstétrica actual.

Nos llamó la atención el elevado número de secundigrávidas, lo cuál nos hace pensar que se pudiera deber a que en la actualidad han aparecido nuevas indicaciones para la operación cesárea, o explicarse también, por la liberalidad que existe para esta operación empleándose en aquellas pacientes que sufren su primer trabajo de parto.

En cuanto a indicaciones de la cesárea previa, las cuatro primeras causas fueron:

a) Se ignora la causa, es decir aquellas pacientes que al interrogatorio no especificaron correctamente la indicación, correspondiendo a este grupo 39 pacientes, de las cuáles a 28 se les realizó nueva cesárea y a 10 se les atendió por vfa vaginal.

Pensamos que la mayoría de las pacientes de este grupo fueron operadas por primera vez debido al liberalismo que existe para la operación de cesárea en el medio privado y por el deseo de operar de los médicos residentes dentro de las instituciones.

b) Las situaciones anómalas del producto ocuparon la segunda causa. A 18 de estas pacientes se les operó nuevamente y a 10 se les atendió por vfa vaginal.

c) Las distocias dinámicas ocuparon la tercera causa - con 18 pacientes, 7 de las cuáles correspondieron a nueva cesárea y 11 a parto.

d) El sufrimiento fetal agudo fue la cuarta causa con 16 pacientes, 9 de éstas correspondieron a nueva cesárea y 7 a parto.

Como podemos ver, cuando la primera cesárea haya obedecido a una de estas causas, en la siguiente gestación podríamos esperar que un buen número de estas pacientes fueran atendidas por vía vaginal.

Dentro de las indicaciones de la segunda cesárea, llama la atención que 22 pacientes se operaron por el sólo hecho de tener una cesárea previa, ocupando el primer lugar; el segundo lugar lo ocupó la inminencia de ruptura uterina con 13 pacientes, de éstas, en sólo cinco el segmento se encontró muy adelgazado. No se registraron rupturas o dehiscencias uterinas, quizás debido a la intervención oportuna. El tercer lugar lo ocuparon las distocias dinámicas con 11 pacientes y el cuarto lugar lo ocupó el sufrimiento fetal con 9 pacientes.

Las complicaciones maternas fueron bajas. En el grupo I, la endometritis post cesárea se presentó en el 2.3% de las pa

cientes, las complicaciones mixtas y la lesión a órganos vecinos se presentaron en el 1.5%, las complicaciones anestésicas, hemorragia de la histerorrafia y el sangrado de pared se presentaron en el 0.7%. En el grupo II no se registraron complicaciones maternas.

No se registraron muertes maternas en ninguno de los dos grupos.

En cuanto a los días de estancia, en nuestro servicio una paciente de puerperio quirúrgico sin complicaciones permanece cuatro días y una paciente de puerperio fisiológico permanece dos días. En el grupo I el promedio de días de estancia se vio alargado a 4.9 días y en el grupo II fue de 2.1 días.

Con respecto a la calificación de Apgar, en el Grupo I observamos que 5 productos se calificaron como muy deprimidos al minuto, a los 5 minutos no se registró ningún producto muy deprimido. 7 productos se calificaron de moderadamente deprimidos al minuto y 4 persistieron moderadamente deprimidos a los 5 minutos. 63 productos se calificaron vigorosos al minuto y 75 a los 5 minutos.

En el Grupo II, sólo tres productos se calificaron de moderadamente deprimidos al minuto y se recuperaron a los 5 minutos.

tos. 50 productos se calificaron de vigorosos al minuto y 53 a los 5 minutos.

Aunque hubo productos obtenidos por cesárea con Apgar más bajo, debemos tomar en cuenta que la indicación de la cesárea en algunos de estos casos fue por sufrimiento fetal, por lo que resulta difícil atribuir la calificación de estos productos sólo a la vía de resolución obstétrica.

Los pesos de los productos en ambos grupos fueron muy similares. El producto de mayor peso dentro del Grupo I fue de 4025 g. y la paciente se operó con el diagnóstico de presentación pélvica. El producto de mayor peso del Grupo II fue de 3850 g.

En cuanto a la anestesia el bloqueo peridúral es bien tolerado por la mayoría de las pacientes obstétricas, permite al cirujano realizar una cirugía tranquila y segura, sobre todo en las pacientes con cesárea previa, en las que al abordaje quirúrgico se dificulta un poco más, debido al tejido fibroso que ha dejado la cirugía anterior.

Con respecto a la analgesia para el trabajo de parto, el bloqueo peridural nos da un buen resultado, permitiendo también, una vigilancia adecuada para poder detectar una ruptura uterina oportunamente cuando utilizamos dosis bajas. En nuestro

servicio utilizamos 80 mg. de lidocaína para la primera dosis, - 100 mg para la segunda y 160 mg para el segundo periodo de trabajo de parto.

Se ha propuesto que para una paciente con antecedente - de cesárea previa, el periodo intergenésico sea cuando menos de - dos años. En nuestra serie no encontramos pacientes con periodo - intergenésico menor de 12 meses.

En el Grupo I, 27 pacientes tuvieron periodo intergenésico entre 12 a 24 meses y en sólo dos de ellas se encontró el - segmento muy adelgazado. 20 pacientes con periodo de 24.1 a 36 - meses, en dos de ellas se encontró el segmento muy adelgazado; - en el resto de las pacientes de este grupo en periodo intergenésico fue mayor de 3 años y en 3 se encontró el segmento muy adelgazado. En el Grupo II, 22 pacientes tuvieron periodo intergenésico de 12 a 24 meses, 15 pacientes de 24.1 a 36 meses y el resto de más de 3 años.

Consideramos que aunque el periodo intergenésico es un dato importante, la técnica de histerorrafia podría ser de mayor importancia para valorar el riesgo de una dehiscencia o ruptura del segmento uterino en la siguiente gestación.

Se aplicó fórceps a 22 pacientes que se atendieron por-

vía vaginal, con carácter puramente profiláctico.

En 19 pacientes el fórceps fue Simpson y en 3 fue Kjelland. Con la aplicación del fórceps se consiguió acortamiento del período expulsivo. Su uso no se relacionó con aumento de la morbilidad materna.

CONCLUSIONES

Hemos visto a través de este estudio que la atención de un parto en una paciente con antecedente de una cesárea previa es factible; sin embargo, en nuestro servicio de Obstetricia, el porcentaje de partos en pacientes con cesárea previa aún es bajo.

Observamos que una buena cantidad de pacientes fueron sometidas nuevamente a una operación cesárea por el sólo hecho de tener una cesárea previa, por lo que, concluimos que es posible aumentar el número de partos en aquellas pacientes a quienes se les haya realizado una cesárea anteriormente; por lo tanto, es posible también disminuir el número de cesáreas en general, ya que la incidencia en nuestro servicio es elevada (26.5%).

La morbilidad materna la hallamos aumentada en las pacientes que fueron sometidas a cesárea de repetición; no tuvimos complicaciones maternas en aquellas pacientes que se atendieron por vía vaginal, hecho que habla a favor del parto.

La estancia hospitalaria se vio alargada en las pacientes que fueron operadas, debido a la operación en sí y a la mayor morbilidad materna asociada, problema que se puede solucionar disminuyendo el número de cesáreas.

En cuanto a la anestesia utilizada que fue el bloqueo - peridural, consideramos que es un método de gran ayuda para la - paciente obstétrica, aún no superado actualmente por otros méto- dos anestésicos para este tipo de pacientes.

La aplicación de fórceps en nuestras pacientes fue pura- mente profiláctica, pero consideramos que deben ser aplicados por manos expertas o cuando exista una indicación absoluta, con el - objeto de no aumentar la morbilidad.

El peso de los productos, tanto del Grupo I como del - Grupo II, fueron muy similares, lo que nos permitió descartar el diagnóstico de desproporción cefalopélvica de una forma muy ge- neral en nuestras pacientes.

Finalmente concluimos que el problema del manejo de una paciente con antecedente de cesárea previa, se presenta princi- palmente en mujeres de edad fértil, la mayoría de ellas son se- cundigestas, muchas de éstas son una idea no muy clara acerca de la causa que dió origen a la primera cesárea y en ocasiones con- periodo intergenésico corto. Ante tales pacientes, debemos tomar en cuenta la causa de la primera cesárea, sus antecedentes más - importantes, valorar sus condiciones obstétricas actuales; y en- ausencia de contraindicaciones para la vía vaginal, debemos espe- rar que la paciente presente trabajo de parto para someterla a -

una prueba de trabajo de parto, que nos indicará en el transcurso del mismo la mayor vía de resolución obstétrica para el caso. Esto nos ayudará a disminuir el número de cesáreas innecesarias dando su verdadero lugar a tan magnífica operación; pudiendo así, disminuir también la morbilidad materno fetal y los costos por hospitalización.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Benedetti T.J.; Platt L.; Druzin M. Vaginal delivery after - previous cesarean section for a nonrecurrent cause. Am. J. - Obstet Gynecol 1982 Feb I; 142 (3); pp. 358-359.
- 2) Boucher M.; Tahilramaney M.P.; Egliton G.S.; Phelan J.P. Ma-- ternal morbidity as related to trial of Labor after previous- cesarean delivery. A quantitative analysis. J. Reprod. Med. - 1984 Jan; 29 (1). pp. 12-16.
- 3) Bowers S.K.; McDonald H.M.; Eugene D.S.; Prevention of iatro- genic neonatal Respiratory distress syndrome: elective repeat cesarean section and spontaneous labor.- Am. J. Obstet. Gyne- col. May 1982; 143. pp. 186.
- 4) Carrera M.J. y Cols.- Tratado y Atlas de Operatoria-Obstétrica.- Salvat Editores S.A. 1978, pp. 371-418.
- 5) Clark S.L.; Egliton G.S.; Beall M.; Phelan J.P.; Effect of in- dication for previous cesarean section on subsequent delivery outcome in patients undergoing a trial of labor.- J. Reprod.- Med. 1984 Jan; 29 (1); pp. 22-25.

- 6) Demianczuk N.M.; Hunter D.J.; Taylor D.W.; Trial of labor after previous cesarean section: prognostic indicators of outcome.- Am. J. Obstet. Gynecol. 1982 Mar. 15; 142 (6 PT I); pp. 640-642.
- 7) Egliton G.S.; Phelan J.P.; Yeh S.; Diaz F.P.; Wallace T.M.; Paul R.H.; Outcome of a trial of labor after prior cesarean delivery.- J. Reprod. Med. 1984 Jan; 29 (1); pp. 3-8.
- 8) Garcia L.A.; Ramirez P.D.; Alvarado D.A.; Manejo de la paciente obstétrica con antecedente de una cesárea. Análisis de 1527 casos.- Ginec. Obstet. Mex. marzo 1979; 45 (269); pp. 223-241.
- 9) Gibbs C.E.; Parto Vaginal Planeado después de operación cesárea.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Interamericana 1980. Vol. 2; pp. 513-522.
- 10) Golde S.H.; Tahilramaney M.P.; Platt L.D.; Use of ultrasound to predict fetal lung maturity in 247 consecutive cesarean deliveries.- J. Reprod Med.; 1984 Jan; 29 (1); pp. 9-11.
- 11) Hellman M.L.; Pritchard J.A.; Obstetricia de Williams. Salvat Editores S.A. 1973. pp. 1007-1009.

- 12) Horestein J.M.; Egliton J.S.; Tahilramaney M.P.; Boucher M.; Phelan J.P.; Oxytocin use during a trial of labor in patients with previous cesarean section.- J. Reprod. Med.; 1984 Jan;- 29 (1); pp. 22-25.
- 13) Lavin J.P.; Stephens R.J.; Miodovnik M.; Barden T.P.; Vagi--
nal delivery in patients with a prior cesarean section Obstet.
Gynecol. 1982 Feb; 59 (2); pp. 135-148.
- 14) Martin J.N.; Harris B.A.; Huddleston J.F.; Morrison J.C.; -
Propst M.G.; Wiser W.L.; Perlis M.W.; Davidson J.T.; Vaginal
delivery following previous cesarean birth. Am. J. Obstet. -
Gynecol. 1983 Jun 1; 146 (3); pp. 255-263.
- 15) Meier P.R.; Porreco R.P.; Trial of labor following cesarean-
section: a two-year experience.- Am. J. Obstet. Gynecol. 1982
Nov. 15; 144 (6); pp. 671-678.
- 16) Monheit A.G.; Resnik R.; Cesárea: tendencias actuales y posi-
bilidades futuras.- Clínicas de Perinatología. Interamerica-
na 1981. Vol. I; pp. 101-109.
- 17) O Sullivan M.J.; Fumia F.; Holsinger K.; McLeod A. G.; Parto
vaginal después de cesárea.- Clínicas de Perinatología. Inte
ramericana. Vol. I. 1981. pp. 131-143.

- 18) Phelan J.P.; Egliton G.S.; Horestein J.M.; Clark S.L.; Yeh S.; Previous cesarean birth, trial of labor in women with macrosomic infants.- J. Reprod. Med.; 1984 Jan; 29 (1); pp. 36-40.
- 19) Petitti D.B.; Cefalo R.C.; Shapiro S.; Whalley P.; In-hospital maternal mortality in the United States: time trends and relation to method of delivery.- Obstet. Gynecol; 1982 Jan; 59 (1); pp. 6-12.
- 20) Porreco R.P.; Operación cesárea repetida; consideraciones y comentarios.- Clínicas Obstétricas y Ginecológicas. Interamericana 1980 Vol. 2; pp. 503-511.
- 21) Ruiz V.V.; La Operación Cesárea.- La Prensa Médica Mexicana-1971. pp. 1-29.
- 22) Septién G.J.; Olivares T.G.; Cesárea; pasado, presente y futuro.- Temas Selectos en Ginecología y Obstetricia. A.M.G.O. Febrero 1982. pp. 75-96.
- 23) Tahilramaney M.P.; Boucher M.; Egliton G.S.; Beall M.; Phelan J.P.; Previous cesarean section and trial of labor.- J. Reprod. Med.; 1984 Jan; 29 (1); pp. 17-21.

- 24) Yeh S.; Huang X.; Phelan J.P.; Postterm pregnancy after cesarean section.- J. Reprod. Med.; 1984 Jan; 29 (1); pp. 41-44.