

164
ej



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE

12 Feb 1988
LOR

TRATO VAGINAL CON CESAREA PREVIA

M. Franco

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el título de Especialista en:
GINECO OBSTETRICIA
presenta

M. B. L.

MARIA GUADALUPE RBYBS VILLAVICENCIO



ISSSTE México, D.F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1988



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 esta 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.

I N D I C E

	Pag.
Antecedentes y propósitos.....	1
Material y métodos.....	8
Resultados.....	10
Discusión.....	18
Resumen.....	24
Bibliografía.....	25

ANTECEDENTES Y PROPOSITOS

El aforismo de Cragin pronunciado en 1916 "Una vez realizada una cesárea, siempre se hará cesárea" ha dominado la práctica obstétrica durante más de 60 años (1,2,8,11,13,15, 17,21,23,25,26,27). En 1978, el 98.95% de las embarazadas que habían tenido una cesárea anterior fueron sometidas a cesáreas de repetición en los hospitales norteamericanos (2), demostrando que pocos conceptos han sido tan universalmente aceptados por los profesionales de la obstetricia como el de Cragin.

Durante la última década, las indicaciones de operación cesárea han aumentado alcanzando una frecuencia que se eleva del 10-15% (3,7). Paralelamente, el incremento del uso de la cesárea trae consigo un aumento de riesgo potencial de sus complicaciones. La morbilidad materna a partir de la segunda cesárea, se incrementa notablemente en relación al parto vaginal (21). Los altos índices de morbilidad y mortalidad materna, el creciente costo de la cirugía y la interferencia con el proceso normal del nacimiento han llamado la atención sobre todo de los médicos, grupos de consumo y economistas. Basados en esto se ha considerado la posibilidad del parto vaginal posterior a cesárea, teniendo en cuenta los riesgos contra los beneficios.

La cesárea iterativa es uno de los factores más importantes en el aumento del número total de cesáreas; sin

embargo de acuerdo a diferentes series (8 - 13), de las pacientes sometidas a prueba de parto después de una cesárea un gran porcentaje, que varia del 38 al 97%, tienen parto vaginal.

Numerosos factores influyen sobre el riesgo de ruptura uterina en pacientes sometidas a prueba de parto después de cesárea. En primer término, sin duda, el tipo de incisión de la cesárea previa. Entre las pacientes con cicatrices de incisiones clásicas la incidencia de ruptura uterina se encuentra aumentada y la probabilidad de ruptura completa es mayor al compararlas con pacientes que tenían incisiones segmentarias transversales (24). Dewhurst (22) revisó los estudios publicados de pacientes con cesárea previa que quedaron embarazadas y concluyó que el riesgo de ruptura de una cicatriz uterina clásica era de 2.2% antes del parto y de 4.7% durante el parto. Por el contrario el riesgo de ruptura uterina entre pacientes con incisión segmentaria transversal fue de 0.8% antes del parto y 1.2% durante el mismo. Claramente en esta serie, el factor aislado más importante en relación a ruptura uterina fue el tipo o localización de la incisión uterina previa.

Salzmann (14) investigó los casos de ruptura uterina en pacientes con incisión segmentaria transversal, encontrando que éste accidente era más frecuente en las pacientes con antecedentes de cesárea en las cuales la causa no era recurrente (desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta,

placenta previa etc.; la conclusión era sorpresiva, pero para estas pacientes el riesgo estaba incrementado, aunque en forma moderada.

Otro de los factores que influyen para la seguridad de un parto vaginal posterior a cesárea, es la indicación de la cesárea previa; los reportes (2,21,25,26) sugieren que las pacientes con una cesárea previa por desproporción feto pélvica o por falla de la inducción, tiene un pronóstico más malo para un parto vaginal subsecuente, aunque en un número substancial de estas pacientes puede esperarse que tengan un parto vaginal posterior a la cesárea. La gran mayoría de pacientes con otra indicación de la cesárea previa se espera que tengan un parto vaginal sin complicaciones (1).

Otro factor importante para el pronóstico es el antecedente de un parto vaginal posterior a la cesárea, ya que estas pacientes más fácilmente tendrán otro (1,11,25).

En relación a la morbilidad febril en la cesárea previa, algunos autores (23) han apoyado la posibilidad de que la morbilidad febril durante la cesárea anterior predispone a la ruptura uterina y que las pacientes con infección forman cicatrices más débiles (1); sin embargo hay poca evidencia objetiva para sostener este concepto (13, 21).

Harris y Pedowitz y cols. (15, 16) concluyeron que el riesgo de ruptura aumenta en relación al número de cesáreas

previas, sin embargo, no presentaron ninguna evidencia estadística para sostener este concepto. En relación al antecedente de dos o más cesáreas previas para intentar un parto vaginal, Case y Cols. (24) notaron que estos casos tienen un pequeño incremento de riesgo de ruptura uterina. Existen pocos casos y poca información en relación a este concepto para sostener que el número de cesáreas predispone a ruptura uterina al intentar una prueba de parto.

Harris (15) ha sugerido que en cada parto vaginal adicional después de la cesárea, el riesgo de ruptura de la cicatriz se incrementa. Schmitz y Gajewsky (17) en cambio, concluyen, que entre más partos vaginales se presenten después de la cesárea será menor el riesgo de la ruptura uterina. Case y Cols. (24) investigaron este factor y no encontraron diferencia estadística significativa en la incidencia de ruptura uterina entre estas pacientes, por lo que concluyeron que este factor no influye en el riesgo de ruptura uterina en el embarazo subsiguiente.

Se han analizado otros factores como la localización de la placenta, la técnica quirúrgica, la pérdida de sangre durante la intervención anterior, el grado de distensión uterina, el intervalo de tiempo entre la cesárea y la prueba de trabajo de parto, las enfermedades debilitantes coexistentes y el estudio histerográfico de la cicatriz uterina en el intervalo cesárea-embarazo, sugiriendo estos factores alguna

influencia en relación a la ruptura uterina; sin embargo cuando estos factores son minuciosamente analizados hay poca o ninguna razón para determinar su influencia en la ruptura uterina (8,14,15,16,17,23).

Existe controversia en relación al uso de la anestesia regional en las pacientes con cesárea previa que intentan un parto vaginal. Algunos autores han sugerido que la anestesia regional está contraindicada porque puede enmascarar el dolor asociado a la ruptura uterina (1,13,18). Sin embargo, otros (12) han puesto en duda la fiabilidad del dolor para establecer el diagnóstico de ruptura uterina. Meshan y Cols. (12) han empleado anestesia regional en sus pacientes; sus resultados sugieren que este tipo de anestesia es una alternativa segura para mujeres con cesárea previa que intentan un parto vaginal.

Otra área de discusión es la utilización de oxitocina para estimular o inducir el parto en mujeres con cesárea previa. Muchos autores han argumentado en pro y en contra de su administración en estas pacientes (2,9,11,12,19). La revisión de los datos existentes sugiere que la posibilidad de parto vaginal está ligeramente disminuida y la probabilidad de ruptura uterina ligeramente aumentada en las mujeres con cesárea anterior que reciben oxitocina en el parto, en comparación con las mujeres en las mismas condiciones, que no la reciben; pero estas diferencias no parecen ser significativas.

Otro aspecto de gran controversia es la recomendación de algunos autores de la utilización del forceps bajo profiláctico para acortar el segundo periodo, y disminuir la probabilidad de ruptura uterina (12,21,30); algunos autores (10,21) lo emplean sólo para las indicaciones obstétricas usuales. Su uso actual es polémico, y es imposible comprobar las ventajas de cada opinión (1).

Los aspectos financieros son importantes; como no ha habido ningún estudio de los costos relativos de la cesárea de repetición y del intento del parto normal, es difícil precisar con exactitud el efecto de permitir el parto vaginal en pacientes seleccionadas con cesárea previa. Sin embargo el NIH Consensus Development Conference on Cesarean Section ha estimado que el costo de la cesárea es de un 47% a 87% más alto que los partos vaginales (1). Así pues, si la paciente con cesárea previa termina su embarazo por vía vaginal, los costos se reducirán notablemente.

Los puntos claves para intentar un parto vaginal posterior a cesárea de acuerdo a las publicaciones consultadas son las siguientes (1,2,19,22,27-29):

- 1.- La paciente debe ser aconsejada e informada apropiadamente, así como obtener su permiso.
- 2.- No debe existir ninguna indicación adicional para la realización de cesárea en el embarazo actual.
- 3.- Debe documentarse el tipo de incisión de la cesárea

previa la cual debe ser segmentaria transversa. Si el tipo de incisión es desconocida la paciente deberá tratarse como si se le hubiera practicado una cesárea clásica.

- 4.- No haber cursado con endometritis en la cesárea previa.
- 5.- La paciente debe ser admitida al hospital lo más rápido posible al iniciar el trabajo de parto para control del mismo.
- 6.- La paciente debe ser monitorizada cuidadosamente y el médico responsable estar presente.
- 7.- Debe contarse con banco de sangre.
- 8.- La duración del parto debe ser la esperada con arreglo al número de partos.
- 9.- Debe de disponerse de personal de enfermería, anestesia y quirófano las 24 horas, por si llegara a necesitarse la realización de una cesárea u otro tipo de cirugía.

Basados en todo lo anterior el propósito y objetivo de este estudio es determinar la frecuencia y los riesgos del parto vaginal en pacientes seleccionadas y no seleccionadas, en las cuales se intenta una prueba de parto después de una cesárea.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio prospectivo del 10 de enero al 30 de octubre de 1987.

Se incluyeron en el estudio 20 pacientes (grupo I) captadas a través del servicio de la consulta externa de obstetricia, y 50 (grupo II) vistas por primera vez en el servicio de UTQ.

Del grupo I se admitieron pacientes con las siguientes características:

- 1.- Antecedente de un cesárea previa que fuera segmentaria transversal.
- 2.- Sin el antecedente de morbilidad febril (endometritis).
- 3.- Que en el embarazo actual el producto se encontrará cefálico y fuera único.
- 4.- No se admitieron pacientes con complicación obstétrica que indicara que su parto fuera a realizarse nuevamente mediante cesárea.

Se les pidió consentimiento a las pacientes, se les indicó como reconocer el inicio del trabajo de parto y se les instruyó para presentarse en el hospital lo más rápido posible al inicio del trabajo de parto.

Del grupo II admitidas en el servicio de Unidad To

coquirúrgica sólo intereso el antecedente de sólo una cesárea previa, no DCP y producto céfalico.

Durante el parto las pacientes se manejaron con anestesia mediante bloqueo peridural; el curso del parto se evaluó con partograma, al existir detención del trabajo de parto durante una hora, se realizó amniotomia; a la segunda detención se hizo cesárea. No se utilizo oxitocina para estimular el trabajo de parto; se utilizaron forceps bajo para acortar el segundo período de parto; se realizó revisión manual de la histerorrafia y aplicaron antibioticos profilacticos (penicilina), se tomó la precaución de contar con sangre, y quirofano listos para alguna intervención de urgencia en caso necesario.

R E S U L T A D O S

De las 20 pacientes que llenaron los requisitos prueba de parto posterior Grupo I (16) terminaron por parto vaginal 80%, Grupo II (36) 76% por cesárea después de prueba de trabajo de parto Grupo I y 20%, Grupo II 12 (24%) Cuadro I.

La indicación de la cesárea en ambos grupos fue la falta de progresión del trabajo de parto.

Todas las pacientes entraron en trabajo de parto espontáneamente.

La tabla I señala las indicaciones de la cesárea previa y porcentaje de pacientes del Grupo I.

La tabla II señala las indicaciones de la cesárea previa y porcentaje de pacientes del Grupo II.

La causa más frecuente de falla para un parto subsecuente a una cesárea en esta serie fue el antecedente de desproporción fetopélvica.

El promedio de duración del trabajo de parto para grupo de parto vaginal fue de 9.5 horas +- 3.4 para el grupo

de cesárea de 11 horas \pm 2.4, la diferencia no es significativ
va estadísticamente.

El tipo de anestesia usado en todas las pacientes fue el bloqueo epidural.

Se utilizaron forceps bajos en 64 pacientes (91.4).

La tabla III resume las complicaciones maternas en relación a las pacientes que presentaron un parto vaginal y aquellas que terminaron mediante cesárea; no hubo dehiscencia de la histerotomía en ninguna de los dos grupos de pacientes. La diferencia en cuando a endometritis y hemorragia transparto y post-parto, es importante entre estos dos grupos, pero la frecuencia de endometritis fue la esperada para ambos grupos (32).

El promedio del peso de los productos para el grupo con parto vaginal es de 3.02 kgs. \pm 0.46 y para las pacientes que terminaron por cesárea de 3.6 kgs. \pm 0.51 la diferencia es estadísticamente significativa (P 0.01). En la figura 1 se desglosan por peso del producto el número de partos vaginales y de cesáreas, observándose que a medida que aumenta el peso del producto disminuye la frecuencia del parto vaginal y aumenta la de la cesárea.

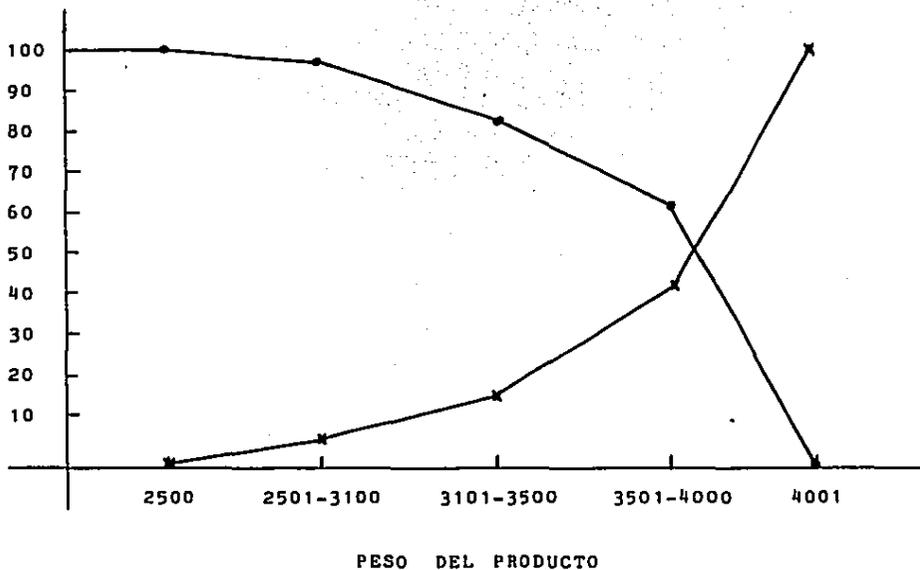
No se presentó morbilidad o mortalidad en relación al procedimiento. Dos productos fueron prematuros evolucionando uno de ellos con taquipnea transitoria del recién nacido.

El promedio del tiempo de hospitalización para el grupo con parto vaginal fue de 1.09 días \pm 0.32 y el grupo

de cesárea de 5.3 días \pm 0.65 la diferencia es estadísticamente significativa (P 0.01).

Si tomamos a las pacientes con causas "recurrentes" como estrechez pélvica, desproporción feto-pélvica y falta de progresión del trabajo de parto (este último probablemente como expresión de una desproporción) y las comparamos con el grupo de las "no recurrentes" tendremos que 5 de 16 del grupo "recurrente" terminaron por cesárea lo que hace una incidencia de parto vaginal del 68.75 contra 4 de 34 del grupo "no recurrente" lo que hace una incidencia de parto vaginal de 88.24%. La comparación de estas dos cifras muestra que no tienen significancia estadística.

FIGURA 1

FRECUENCIA DE PARTO VAGINAL Y CESAREA
EN RELACION AL PESO DEL PRODUCTO.

● — ● PARTO VAGINAL

x — x CESAREA

T A B L A U N O

	GRUPO I	GRUPO II
PARTO VAGINAL	16 80 %	38 - 76 %
CESAREA.	4 20 %	12 - 24 %

RELACION PARTO VAGINAL Y CESAREA.

	PACIENTES.	%
DESPROPORCION CEFALO-PELVICA	10	50 %
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO.	2	10 %
FALLA DE PROGRESION DEL TRABAJO.	4	20 %
PRESENTACION PELVICA	2	10 %
EMBARAZO POST TERMINO	2	10 %
TOTAL..	$\frac{20}{20}$	$\frac{100}{100}$ %

GRUPO I INDICACIONES DE LA CESAREA PREVIA HRLALM ISSSTE G.O. 1987.

T A B L A D O S

	PACIENTES	%
DESproporcion cefalopelvica	30	60 %
Situacion pelvia y transversa	8	16 %
Enfermedad hipertensiva del embarazo	6	12 %
Falta progresion del trabajo de parto.	4	8 %
Sufrimiento fetal agudo	<u>2</u>	<u>4 %</u>
	50	100 %

GRUPO 2 INDICACIONES CESAREA PREVIA.

T A B L A T R E S .

COMPLICACIONES MATERNAS Y FETALES AMBOS GRUPOS.

	PARTO VAGINAL	CESAREA
DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA	0	1,4 (1.4 %)
ENDOMETRITIS	1 (1.4 %)	2 (2.8 %)
POST PARTO CESAREA.	1 (1.4 %)	2 (2.8.%)

DISCUSION

El parto vaginal posterior a cesárea parece ser un procedimiento seguro si se seleccionan adecuadamente a las pacientes y se tiene cuidado en su manejo. La incidencia de ruptura uterina que en la literatura varia de 0 a 2.8% (1) la cual fue de 0% en esta pequeña serie, seguramente por la selección y manejo adecuados. En la literatura (1) no se han reportado muertes maternas debido a ruptura uterina en pacientes con prueba de parto en los últimos 30 años, tampoco en este reporte ocurrió.

Los reportes (2,8,10-13,15,17-19-21-28) señalan una morbilidad perinatal debida a ruptura uterina de 0.93×1000 nacidos vivos. Donelly y Franzoni (19) reportan una mortalidad perinatal de 2.4×1000 entre pacientes con historia de cesárea que terminaron su parto por via vaginal, contra 2.8×1000 entre pacientes que lo terminaron mediante cesárea iterativa, observándose que no existía gran diferencia entre estos dos grupos. Gibbs (13) reporta una morbilidad perinatal de 38×1000 en pacientes que terminaron su embarazo por via vaginal después de una prueba de parto y de 14×1000 en pacientes que lo terminaron mediante cesárea. El aumento de la mortalidad perinatal asociado al parto vaginal posterior a cesárea, en la serie de Gibbs (13), no fue debido al embarazo ni al parto espontáneo, sino que estuvo más bien relacionado con un incremento del índice de prematuréz y de patología

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA En esta biblioteca

obstétrica encontrada en su grupo de pacientes de pequeña serie no se presentaron complicaciones maternas previas al parto y sólo dos prematuros, lo que seguramente contribuyó a la ausencia de morbilidad perinatal.

Aproximadamente 70-80% de las pacientes con una indicación de la cesárea anterior "no recurrente" puede esperarse que terminen, su parto por vía vaginal en forma segura (25, 26), esta frecuencia está reducida en pacientes con el antecedente de desproporción feto-pélvica y falla de la inducción (2, 21). En este reporte aunque fue más frecuente el parto vaginal en las pacientes con causa "no recurrente" al comparar ambos grupos no encontramos diferencia estadísticamente significativa. Curiosamente Graham (26) encontró que las pacientes con el antecedente de cesárea por sufrimiento fetal agudo que eran sometidas a una prueba de parto, presentaron una alta incidencia de cesárea en la prueba de parto nuevamente por sufrimiento fetal agudo, este concepto no se observó en esta serie.

Las pacientes con antecedentes de un parto vaginal posterior a cesárea que son sometidas a una nueva prueba de parto tienen mejor pronóstico de un nuevo parto vaginal (1, 11, 25) para algunos autores, sin embargo esto no garantiza totalmente un nuevo parto vaginal (2). En nuestra serie analizamos este concepto no encontrando diferencia estadística significativa entre las pacientes con el antecedente de un

parto vaginal posterior a la cesárea comparándolas con las que no lo tenían.

Actualmente, el antecedente de más de una cesárea en el pronóstico de un parto vaginal posterior a cesárea es incierto, existen pocos casos y reportes en relación a este concepto, en nuestra serie no se analizó puesto que las pacientes con más de una cesárea quedaron excluidas. Gibbs (13), Harris (15) y McGarry (28) aducen que el antecedente de más de una cesárea incrementa el riesgo de ruptura uterina por lo que las excluyen al intentar una prueba de parto. Sólo dos grupos de autores han analizado este concepto con detalle y sus resultados son contradictorios. En el análisis de Riva y TTeich (11) a medida que aumenta el número de cesáreas, disminuye la frecuencia del parto vaginal sucediendo lo contrario en el reporte de Saldana (2).

Las pacientes con antecedentes de incisión clásica tiene un riesgo sustancial mayor de ruptura uterina (22, 24), y si esta ocurre, es más fácil que sea completa y produzca una muerte perinatal; por lo que la prueba de parto en estas pacientes esta contraindicada, en esta serie no fueron incluidas este tipo de pacientes.

No hay evidencias confiables para demostrar que la infección en la cesárea anterior predispone a ruptura uterina. Kaltreider y Krone (23) sostienen que las pacientes con el antecedente de infección tienen cicatrices débiles sin poderlo

demostrar desde el punto de vista práctico. Gibbs (13), Cosgrove (18) y McGarry (28) concluyeron que el antecedente de morbilidad febril no debe influir en la decisión de intentar un parto vaginal. McGarry (28) concluyó que las múltiples causas de morbilidad febril son las responsables de la falta de conclusión entre morbilidad febril y cicatrices defectuosas; probablemente lo importante sea analizar específicamente el antecedente de endometritis como factor aislado. Wilson (30) encontró que 50% de los casos de ruptura uterina después de cesárea tenían el antecedente de morbilidad febril después de la cesárea, nuevamente sin analizarse específicamente en factor endometritis.

El factor más importante encontrado en este trabajo, fue el peso del producto, se pudo observar claramente que a medida que aumenta éste se reducen las posibilidades de un parto vaginal. Mootbar (25) encontró que los productos con peso mayor de cuatro kilogramos era más frecuente que terminaran mediante cesárea lo cual se correlaciona con lo encontrado en esta serie, probablemente este podría ser un factor pronóstico para el parto vaginal posterior a cesárea y excluir a las pacientes con producto mayores de cuatro kilogramos.

En relación a las complicaciones maternas, si se realiza una cesárea después de una prueba de parto, la incidencia de morbilidad febril se incrementa, pero este grupo fue lo esperada para pacientes que son sometidas a cesárea; esto está de acuerdo a lo señalado por Gibbs (13) el cual señala que

las pacientes que terminan su embarazo por vía vaginal después de una prueba de parto cursan con la morbilidad de las pacientes que terminan por primera vez en cesárea después de estar en trabajo de parto.

En relación a la ruptura uterina la cual fue de 0% en esta serie puede estar relacionada a la buena selección de las pacientes y el manejo adecuado durante el parto, la exclusión de pacientes con endometritis, la no utilización de oxitocina al acortamiento del segundo periodo del parto y la terminación del embarazo mediante cesárea después de dos horas de detención del trabajo de parto, seguramente son pequeños factores que influyen sobre la ruptura uterina. Nuestro estudio demuestra la seguridad del procedimiento para pacientes con cesárea previa que intenta un parto vaginal, por lo que el aforismo de Cragin más filosófico que científico no debe persistir en la práctica obstétrica moderna.

Si una institución decide adoptar la política del parto vaginal posterior a cesárea deberá llenar los requisitos adecuados para la mayor seguridad a sus pacientes.

Finalmente, el aumento en partos vaginales en relación a las pacientes con cesárea previa reducirá sustancialmente los costos médicos ya que el tiempo de estancia en el Hospital, uso de quirófanos y complicaciones son menores en pacientes que terminan sus embarazos mediante un parto vaginal comparán

dolas con las que terminan mediante la cesárea.

R E S U M E N

Se realizó un estudio prospectivo de 10 meses de duración, en el que se permitió el parto vaginal a pacientes con el antecedente de cesárea previa. Divididas en dos grupos de estudio; Grupo (1) 20 pacientes llenaron los requisitos del protocolo, de las cuales 16 (80%) terminaron su embarazo mediante parto vaginal y, 4 (20%) lo terminaron por cesárea después de una prueba de parto.

50 pacientes escogidas al azar, 36 (76%) terminaron por parto vaginal no se presentó ningún caso de ruptura uterina ni se detectó mortalidad materna ni perinatal debido al procedimiento. El único factor importante de los analizados fue el peso del producto, detectándose que a medida, que aumenta el peso disminuye la posibilidad de un parto vaginal posterior a cesárea. Se demuestra que el parto vaginal posterior a cesárea es un procedimiento seguro para pacientes seleccionadas y; desde el punto de vista financiero-práctico del parto vaginal posterior a cesárea reduce notablemente los gastos médicos.

REFERENCIAS

- 1.- Lavin JP, Stephens RJ, Miodovnik M y Barden TP: Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section. *Obstet Gynecol* 59:135,1982
- 2.- Saldana RL, Schulman H, Reuss L: Management of pregnancy after cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 126:521,1980.
- 3.- Jones O: Cesarean section in present-day obstetrics. *Am J Obstet Gynecol* 126:521, 1980 .
- 4.- Hadd H, Lundry L: Changing indications for cesarean section: A 38-year experience at a community hospital. *Obstet Gynecol* 51:133 1979.
- 5.- Mann LI, Gallant JM: Modern indications for cesarean --- section. *Am J Obstet Gynecol* 135:437, 1979.
- 6.- Evrard J, Gold E: Cesarean section and maternal mortality in Rhode Island: Incidence and risk factors, 1965-1975. *Obstet Gynecol* 50:594, 1979.
- 7.- Minkoff HL, Schwarz RH The raising cesarean section rate: can it safely be reversed. *Obstet Gynecol* 156:135,1980.
- 8.- Baker K: Vaginal delivery after lower uterine cesarean - section. *Surg Gynecol Obstet* 100,690, 1980.
- 9.- Lawler, P, Bulfin M, Lawler F: A review of vaginal delive_ ry following cesarean section, from private practice. *Am J Obstet Gynecol* 72:252, 1980.

- 10.- Allahbadia NK: Vaginal delivery followin cesarean --- section. Am J Obstet Gynecol 85:241, 1982.
- 11.- Riva HL, Teich JC: Vaginal delivery after cesarean --- section. Am J Obstet Gynecol 81:501, 1982.
- 12.- Meehan FP, Moolgaoker AS, Stallworthy J: Vaginal ---- delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. Br Med J 2:740,1980
- 13.- Gibbs CE: Planned vaginal delivery following cesarean - section. Clin Obstet Gynecol 23:507, 1980.
- 14.- Salzmann B: Rupture of low segment cesarean section scars Obstet Gynecol 23:460, 1982.
- 15.- Harris JR: Vaginal delivery following cesarean section. Am J Obstet Gynecol 66:1191, 1980.
- 16.- Pedowitz P, Schwartz R: The true incidence of silent. --- rupture of cesarean section scars: A prospective analysis of 403 cases. Am J Obstet Gynecol 74:1071, 1981.
- 17.- Schmitz, Gajewski CJ: Vaginal delivery following cesarean section. Am J Obstet Gynecol 61:1232 1980.
- 18.- CosgroveR: Management of pregnancy and delivery following cesarean section. JAMA 145:884, 1983.
- 19.- Donnelly JO, Franzoni KT: Vaginal delivery following seca rean section. Am J OBstet Gynecol 29:871, 1979.
- 20.- Douglas RH, Birnbaum SJ y MacDonald FA: Pregnancy and la- bor following cesarean section. Am J Obstet Gynecol 86:-- 961, 1984.

- 21.- Morewood GA, Osullivan MJ, McConney J: Vaginal delivery - after cesarean section. *Obstet Gynecol* 42:589, 1983.
- 22.- Dewhurst C: The ruptured cesarean section scar. *J Obstet-Gynecol Br Emp.* 64:113. 1983.
- 23.- Kaltreider D, Krone W: Delivery following cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 2:1029, 1984.
- 24.- Case BD, Corcoran R, Jeffcoate N y Randale GH: Cesarean ---- section and its place in moder obstetric practice. *J. Obstet Gynecol Br Commonw* 78:155, 1982.
- 25.- Mootbar H, Dwyer JF, Surur F y Dillon T: Vaginal delivery - following cesarean section in 1983. *Int J Gynecol Obstet ---* 22:155,1984.
- 26.- Graham RA: Trial labor following previos cesarean section. *Am J Obstet Gynecol* 149:35, 1984.
- 27.- Meier PR y Porreco RP: Trial of labor following cesarean section: A two year experience. *Am J Obstet Gynecol* 144:671 1982.
- 28.- McGarry JA: The management of patientes previously delivered- by cesarean section *J Obstet Gynaec Brit Cwlth* 76:137, 1980.
- 29.- Demianczuk NN, Hunter DJ, Wayne TD: Trial Of Laborafter -- previos cesarean section: pronostic indications of out come *Am J Obstet Gynecol* 142: 640, 1982.

- 30.- Wilson A: Labor and delivery after cesarean section:
Am J Obstet Gynecol 62:1225, 1980.
- 31.- Toro Calzada JR: Infeccion puerperal en el Hospital central
militar. Tesis. Escuela de Medicina , Universidad Anáhuac,
México, D.F., 1982.