

## ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE UN INTENTO DE PARTO EN PACIENTES CON UNA CESAREA

Presentado en el Seminario Taller sobre Exceso de Cesáreas, Asociación Médica Dominicana  
13/7/85

\* Dr. José Garrido Calderón

La expresión de Craigen, que se ha convertido en un dogma, reza así: "Una vez realizada una cesárea, siempre se hará cesárea", y ha dominado la práctica de la obstetricia durante las últimas décadas en República Dominicana y en los Estados Unidos, cosa que no ha ocurrido en algunos países latinoamericanos y europeos.

Sin embargo, en los últimos años en el territorio americano se ha comenzado a cuestionar esta práctica obstétrica, ya que en 1980, el Comité de Consenso del Instituto Nacional de la Salud de los Estados Unidos recomendó que "en los hospitales con medios apropiados, servicio y personal para realizar cesárea urgente; una mejor selección de los casos permitiría la prueba de parto en mujeres que previamente habían dado a luz por cesárea segmentaria". En 1982, el Comité de Ginecólogos y Obstetras del Colegio Americano recomendó unas pautas para los partos después de cesárea.

La operación cesárea fue responsable del 25% del aumento de la misma entre 1970 y 1978, en los Estados Unidos, y en 1978 el 89.9% de los embarazos que habían tenido cesárea se le practicó una nueva cesárea.

Pocas normas en la práctica obstétrica han sido tan universalmente aceptadas. Los factores que probablemente han influido para la aceptación de esa práctica, tanto en el territorio americano, como en Santo Domingo, son la mayor preocupación por la seguridad del feto y de la madre, preferencia del médico, del paciente y el establecimiento de patrones de práctica médica en la comunidad.

(\*) Director Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, Santo Domingo, R.D.

Ese criterio, de cesárea por cesárea anterior, quizás fue válido en décadas pasadas, donde la técnica quirúrgica de la cesárea no estaba bien depurada, se hacían numerosas cesáreas clásicas, y los conocimientos de la analgesia obstétrica, de la antibioticoterapia, transfusiones, etc., no habían alcanzado el desarrollo actual.

En esa etapa del desarrollo, contribuyó significativamente a disminuir la morbi-mortalidad materno-fetal, la realización de cesárea por cesárea anterior, pero creemos que en el nivel de desarrollo de la obstetricia actual no es aceptable el "dogma" de cesárea por cesárea anterior, salvo que no existan las condiciones institucionales adecuadas. En los hospitales dominicanos, donde existen cursos de post-gradó en gineco-obstetricias, guardias intra-hospitalarias de 24 horas por especialistas y condiciones quirúrgicas adecuadas, no se justifica el criterio de cesárea por cesárea anterior. Gran parte de nuestros médicos gineco-obstetras fueron formados en México, incluyéndonos nosotros, y en otros países latinoamericanos y Europa, siendo formados con el criterio de intento de parto en pacientes con una cesárea anterior; al iniciar la práctica obstétrica en Santo Domingo, disciplinados a la práctica imperante en las instituciones, comodidad, etc., rápidamente se modificó el criterio frente a la paciente con una cesárea.

¿Cuáles temores alberga el obstetra que sigue el criterio de cesárea anterior?

Primero: El de una ruptura uterina, que es siempre un accidente grave e imprevisible.

Segundo: Las manifestaciones clínicas de amenaza o inminencia de ruptura son muy imprecisas y en la mayoría de los casos no existen.

Convencidos de que estos temores eran irreales y confiados en la adecuada vigilancia de parte del personal de servicio y en los recursos disponibles, iniciamos el 1ro. de mayo de 1984, en el Hospital de Maternidad del I.D.S.S., como una política abierta, primera institución que toma esa iniciativa en nuestro país; esto no es un trabajo de investigación, para permitir el parto con una cesárea anterior a pacientes seleccionadas, sino a todas las pacientes que se habían hecho cesárea en la institución o fuera de la misma por un médico calificado, permitir el parto.

En un principio, el número de médicos que rechazaban tal medida era importante, había mucho miedo y temor en el ambiente de la entrega de guardia y podría decir que casi era total el rechazo, pero a medida que se fueron realizando partos normales, sin ninguna morbi-mortalidad en pacientes con cesárea anterior, los temores se fueron desapareciendo y podemos decir que al cabo de 14 meses de esa práctica, es generalmente aceptada y se observa como una situación normal.

Además del requisito mencionado para permitir un parto en una cesárea anterior, nosotros exigimos que no sea un producto macrosómico (condicionante de DCP), que no haya tenido infecciones en la cicatriz quirúrgica, se usa oxitocina cuando las condiciones lo ameritan.

La utilización de fórceps y analgesia no están contraindicadas.

Es imprescindible una adecuada información a la paciente durante su consulta prenatal, de tal manera que es básico la aceptación de la misma.

## FRECUENCIA.

En la literatura médica latinoamericana, encontramos numerosos datos significativos de parto vaginal posterior a cesárea, variando la cifra entre 15 y 57%, según distintos autores, cosa que contrasta con la literatura dominicana y norteamericana que reporta, como dijimos anteriormente, hasta años recientes, un cien por ciento de cesárea a repetición.

Estas diferencias estadísticas, en cuanto al número de partos después de una cesárea, se deben a múltiples factores, como son antecedentes previos a la operación, al medio en el cual se realizó, al tipo de paciente, a la indicación de la cesárea, etc.

Ha sido preocupación constante en el gineco-obstetra el aumento progresivo en el número de cesáreas, que independientemente de las múltiples razones que pudieran condicionar este aumento, todo el mundo está de acuerdo en que se debe esencialmente a cuatro factores básicos que son: cesárea anterior, desproporción céfalo-pélvica, sufrimiento fetal y presentaciones pélvicas, como las causas más frecuentes, por lo que creemos que se puede reducir importantemente el número de cesárea a base de hacer un intento

de parto por vía vaginal, en pacientes con una cesárea anterior, y ser más estricto en la realización de la primera cesárea.

La frecuencia de la operación cesárea ha ido en aumento progresivamente; así vemos en la literatura reportes de un 5-10, 15-30 y hasta 60%, dependiendo del año, características del hospital, del país, etc.

En una publicación nuestra en la Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología, Sept. 1980/Abril 1982, Pág. 24, de una revisión de cinco años, de 1975-1979, en el Hospital de Maternidad del Instituto Dominicano de Seguros Sociales, encontramos una frecuencia de cesárea que aumentó progresivamente de 10.9 en 1976 a 12.4 en 1979; un año antes, en 1978, en el Hospital de Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia, ellos reportaron un 12.7 en ese mismo año, en el Boston Hospital For Women hubo un 22%, en el Parkland Memorial Hospital un 17.4%, y en el University of Carolina Hospital un 19.2%.

En el Hospital San Lorenzo de Los Mina, en 1979, la cesárea ocupó el 8.77% de los nacidos vivos.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia número uno del Instituto Mexicano de Seguridad Social, de México, en los años 1975-1976 reportan un 28.6 y 26.6% respectivamente.

Leon Mant et al, en un estudio de la frecuencia de cesárea desde 1969 a 1978, reporta un índice global de 6.8% en 1969 y 17.1% en 1978.

Diana Petite et al en un estudio realizado en Carolina reporta un 5% en 1960 del total de partos y se llegó en 1975 al 13%.

Informes de los grandes centros obstétricos mundiales reportan en la década pasada un índice de cesárea de 10-13%. Estos índices se han elevado últimamente y hay reportes de 20, 30 y 40%, dependiendo de las características del centro hospitalario y del país. Esto ha sido condicionado por múltiples razones, que deben ser objeto de un análisis particular; dentro de esas razones tenemos la técnica científica.

## ¿CUAL ES LA MORBILIDAD PARA EL FETO ANTE UN INTENTO DE PARTO EN LAS MUJERES CON CESAREA PREVIA?

Entre las 3,124 pacientes con cesárea previa que intentaron el parto normal, hubo tres (3) muertes perinatales como consecuencia de la ruptura uterina, fue de 0.93 por 1,000 nacimientos.

Dos de las tres muertes perinatales fueron el resultado de una ruptura de la cicatriz clásica, que naturalmente estaba mal indicado el intento de parto.

La tercera muerte fue de una paciente que inesperadamente tuvo un parto de un niño natimuerto.

Y así tenemos que McGarry, en un total de 334 pacientes estudiadas con cesárea anterior, 242 (73.5%) se resolvieron

ron por vía vaginal y 27.5% se les practicó cesárea repetida.

Del Corral de 205 pacientes con cesárea anterior, 63 (30.7%) terminaron su embarazo por vía vaginal y 142 (69.2%) fueron sometidas a cesárea repetida. Río de la Loza, de 89 casos solamente 6 repitieron cesárea.

Shy y colaboradores realizaron una extensa revisión de la bibliografía de cesárea, encontrando que la mortalidad perinatal esperada por cesárea repetida sería mayor que la mortalidad esperada de pacientes que tuvieron parto normal.

Un intento de parto por vía vaginal ofrece más seguridad al feto, ya que son menores las posibilidades de prematuridad e insuficiencia respiratoria.

Es relativamente frecuente, aun en los medios más exigentes, la presencia de morbilidad neonatal iatrogénica en las pacientes que se les practica cesárea.

En un trabajo publicado por el Dr. Milton Cordero y colaboradores, el Vol. 3, No. 2, pág. 11, de la Revista Dominicana de Obstetricia y Ginecología de 1980, reportó una morbilidad de un 2%. Existen reportes similares en la literatura de morbilidad y mortalidad perinatal iatrogénica, después de una cesárea.

De los 100 casos de cesárea, reportados por el Dr. Cordero, 86 casos la indicación de la nueva cesárea fue por cesárea anterior.

Existen muchos reportes en la literatura latinoamericana donde la morbi-mortalidad perinatal no tiene una diferencia significativa entre las pacientes con cesárea anterior que se le permite el parto y las que se someten a intervenciones quirúrgicas.

El Dr. Tactuk Brito y cols. no encontró diferencia significativa en la morbi-mortalidad perinatal en 50 pacientes seleccionadas con cesárea anterior que se les permitió el parto y 50 cesáreas anteriores que fueron operadas. Estudio realizado en la Maternidad Ntra. Sra. de la Altagracia, siendo publicado en el Acta Médica Dominicana 6,45: 1984. En cambio, de las 771 cesáreas reportadas por el Dr. Nina y cols. publicadas por Acta Médica Dominicana, en su Vol. 5, No. 5, 715 fueron normales, 25 fueron considerados hipóxicos, 18 prematuros, uno presentó un Síndrome de Dawn. Reportando una mortalidad de 0.91%.

La morbilidad representada por los 25 hipóxicos y 18 prematuros fue muy elevada, siendo iatrogénica.

#### ¿CUAL ES LA MORBI-MORTALIDAD PARA LA MADRE CON UNA CESAREA PREVIA QUE INTENTA UN PARTO?

La literatura inglesa desde 1930 no tiene ni un solo estudio de muertes maternas debido a la ruptura de una cicatriz transversal baja entre mujeres con cesárea previa que han intentado el parto normal.

Sky y colaboradores concluyeron que la mortalidad materna esperada entre mujeres que sufrieron cesárea de repetición, sería de 1.2 veces mayor que la mortalidad materna esperada entre un grupo de mujeres en las que se intentó un parto normal.

Las estadísticas de la mortalidad y morbilidad materno y perinatal en pacientes que se han hecho intento de parto vaginal después de cesárea, varían mucho de un país a otro y del año en que se ha hecho la investigación.

Los avances tecnológicos en los últimos años, el empleo de la quimioterapia, transfusiones, los adelantos en el manejo de medicamentos, técnicas anestésicas y quirúrgicas, han venido a mejorar la atención obstétrica, demostrando la benevolencia del parto vaginal post-cesárea.

Pienso que no es discutible la mayor morbilidad y mortalidad materna en las pacientes con una cesárea anterior que se someten sistemáticamente a una nueva intervención, ya que la cesárea por sí es una morbilidad. La bibliografía revela que la mayoría de las mujeres que han tenido deshiscencia incruenta de la cicatriz anterior, no han sido reparadas y no ha pasado nada.

El riesgo de ruptura uterina depende del tipo de incisión. Este riesgo prácticamente no existe en una cesárea Kerr adecuadamente realizada.

Tactuck y col. en el estudio piloto no tuvieron ningún caso de ruptura uterina en los 50 casos estudiados.

La morbilidad infecciosa es más alta en la paciente operada que en la paciente que se le permite el parto.

El sangrado es mucho mayor. Así mismo la posibilidad de riesgo de lesión de vejiga, uretero, intestino, etc.

El riesgo anestésico es un factor a tomar en cuenta.

Las mayores posibilidades de riesgo materno las pone de manifiesto el Dr. Peña Nina en el trabajo mencionado donde reporta en sus 771 cesáreas dos casos de prolongación de las comisuras, 40 casos de infecciones post-operatorias y un caso de muerte materna en el post-operatorio inmediato, lo que evidencia el riesgo de la cesárea.

En una revisión bibliográfica amplia se encontró una frecuencia de ruptura uterina de un 0.7 por 100.

Dewhurst revisó los estudios publicados de pacientes con cesárea previa, en el período 1951-1956, concluyendo que el riesgo de ruptura uterina de una cicatriz clásica era de un 2.2 por 100 antes del parto y de 4.7 por 100 durante el parto. Por el contrario, el riesgo de ruptura uterina entre pacientes con una incisión transversal fue de 0.8 por 100 antes del parto y de 1.2 por 100 durante el mismo.

Revisiones hechas en la literatura americana y latinoamericana de centenares de intentos de partos por vía vaginal en pacientes con una cesárea, relacionan la ruptura uterina con cesárea clásica; por lo que constituye una contraindicación absoluta la cesárea clásica para el intento de parto.

El NIH Consensus Committee Conference dice que la

morbilidad global febril experimentada en las pacientes con cesárea anterior sería menor si se les permitiera un parto, en vez de practicar cesárea electiva.

También se reducirían los fenómenos tromboembólicos, las transfusiones sanguíneas y las complicaciones anes-tésicas. En nuestra experiencia institucional, hemos observado que puede ocurrir dehiscencia uterina, cuando la cesárea transversal baja, el estudio ultra-sonográfico de la cicatriz es de gran ayuda y frente a las dudas operar preferiblemente la paciente.

### ¿CUAL ES LA PROBABILIDAD DE EXITO EN EL PARTO POR VIA VAGINAL DE LAS MUJERES CON CESAREA ANTERIOR?

Revisiones estadísticas nos evidencian que entre un 60 y un 70% de las pacientes que se intenta un parto después de una cesárea se logra esto.

Cuadro No. 1

Intervenciones	No. de Casos	%
Parto	94	68.61
Cesáreas	43	31.38
	137	100.00

Cuadro No. 2  
CESAREAS

Complicaciones	No. de Casos	%
Deshiscencia herida q.	2	1.45
Desgarro segmento	4	2.91
Endometritis	1	0.72
Pelvis peritonitis	1	0.72
Total	8	

Cuadro No. 3  
VAGINAL

Complicaciones	No. de Casos	%
Desgarro cervical	8	5.83
Hipotonía (sangrado)	3	2.18
Desgarro 3er. grado	2	1.45
Desgarro vaginal	2	1.45
Deshiscencia de episiotomía	1	0.72
Total	16	

Cuadro No. 4

Causas de Cirugía Secundaria	No. de Casos	%
DCP	28	65.11
SFA	5	11.62
No progreso L.P.	4	9.30
SFC agudizado	1	1.06
Distocia de contracciones	2	2.12
Distocia de partes blandas	2	2.12
Prolapso del cordón	1	1.06
Total	43	100.0

Así vemos que de 4,214 en que se hizo el intento de parto normal, 2,143 lo obtuvieron, lo que representa un 66.7% y 1,071 (33.3%) necesitaron cesárea.

De la revisión realizada por nosotros durante un acto se sometieron a trabajo de parto 137 pacientes con una cesárea, habiendo tenido su parto 94, lo que representa un 68.61% y 43 se operaron nuevamente (31.3%).

Las complicaciones que se presentaron en las pacientes que se les practicó cesárea fueron dos casos de deshiscencia y cuatro (4) desgarros de segmento (ver Cuadro No. 2).

En las pacientes que se les obtuvo el parto por vía vaginal las complicaciones más frecuentes fueron desgarro cervical 8 casos; hipotonía 3 casos (Cuadro No. 3).

La mayoría de las pacientes, 28 en total (65.11%) hubo que operarlas por desproporción céfalo-pélvica, seguido de cinco casos por sufrimiento fetal agudo (ver cuadro No. 4).

La causa de la primera cesárea en la mayoría de los casos que tuvieron su parto, 45 casos (47.87%) fue la de desproporción céfalo-pélvica, y esa misma indicación en 22 casos (51.16%) fueron vueltas a operar nuevamente con ese diagnóstico (Cuadro No. 5).

Cuadro No. 5

Causas de Cirugía Anterior	Cesárea	%	Parto	%
DCP	22	51.16	45	47.87
SFA	7	16.27	12	12.76
Trastornos hipertensivos	5	11.62	7	7.44
Pélvica	3	6.97	9	9.57
DPPNI	—	—	6	6.38
Placenta previa	1	2.32	5	5.31
Ruptura prematura membrana	3	6.97	1	1.06
Gemelaridad	1	2.32	3	3.19
Embarazo prolongado	—	—	2	2.12
Variedad cara	—	—	2	2.12
Colpoperinoplastia	—	—	1	1.06
Situación transversal	1	2.32	1	1.06
Total	43	100.0	94	100.0

Cuadro No. 6

Peso (Gramos)	Cesárea	%	Parto	%
Menos 1500				
1501-2000				
2001-1500	1	2.32	4	4.25
1501-3000	8	18.60	28	29.78
3001-3500	20	46.51	35	37.23
3501-4000	12	27.90	23	24.46
Más de 4000	2	4.65	4	4.25
Total	43	100.0	94	100.0

Cuadro No. 7

Edad Gestacional (Semanas)	Cesárea	%	Parto	%
37	3	6.97	6	6.38
38	6	13.95	25	26.59
39	17	39.53	40	42.55
40	8	18.60	21	22.34
41	9	20.93	2	2.12
42 o más				
Total	43	100.0	94	100.00

Cuadro No. 8

Minutos	Apgar	Cesárea	%	Parto	%
1	0-3				
	4-6	4	9.30	2	2.12
	7-10	39	90.69	92	97.87
5	0-3				
	4-6				
	7-10	43	100.00	94	100.00
TOTAL		43		94	

Un 46.51% (20 casos) de los recién nacidos por cesárea pesaron entre 3,001 y 3,500 grs. y 35 casos (37.23%) de los recién nacidos por parto tuvieron igual peso (ver cuadro No. 6).

Todos fueron embarazos entre 37 y 42 semanas (Cuadro No. 7). Cuatro (4) casos (9.30%) de los nacidos por cesárea tuvieron apgar al minuto entre 4-6, y dos (2) de los nacidos por parto presentaron el mismo apgar. El apgar a los 5 minutos fue de 7 o más para ambos grupos (ver Cuadro No. 8).

Por la revisión hecha por nosotros y por la amplia publicación que existe en la actualidad, consideramos que un intento de parto en una paciente que tiene una cesárea transversal baja, es un procedimiento muy seguro tanto para el feto como para la madre, por lo que debe implementarse tanto en las instituciones públicas como en las privadas, ya que ello representa una mejor práctica obstétrica.

## BIBLIOGRAFIA

- ACOT Committee on Obstetric: Maternal Fetal Medicine: American College of Obstetricians and Gynecologists Guidelines for Vaginal Delivery After a Cesarean Childbirth. A.C.O.G. Newsletter, 26:1, 1982.
- Allahbadia, N.: Vaginal delivery following cesarean section. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 72:252, 1976.
- Benedetti, T., Platt, L., and Druzin, M.: Vaginal delivery after previous cesarean section for a noncurrent cause. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142:358, 1982.
- Birnbaum, S.: Postcesarean obstetrics: Management of subsequent pregnancy. *Obstet. Gynecol.*, 7:611, 1956.
- Castelazo Ayala, L.: El Riesgo Materno Fetal en los Embarazos Post Cesárea. Conducta a seguir. *Ginec. Obst. Mex.* 10:441, 1955.
- Castelazo Ayala, L.; Reyes Ceja, L.; Almaraz R.: Un caso de once cesáreas. Mem. de Resúmenes. Quinto Congreso Mexicano de Ginec. y Obstet. P: 243, 1967, Mex.
- Castelazo Ayala, L.; Reyes Ceja, L.; Karchmer, S.: Simposium sobre "Conducta a seguir en las Embarazadas con Cesárea Previa". *Ginec. Obstet. Mex.* 16:15, 1961.
- Cesarean Childbirth: Report of a Consensus Development Conference. NIH Consensus Development Statement, U.S. Dept. Health and Human Services, N.I.H., Bethesda, 1981.
- Cesarean Childbirth: Report of a Consensus Development Conference. Chapter 13, Repeat Cesarean Section, U.S. Dept. Health and Human Services. N.I.H. Bethesda, 1981.
- Cesarean Childbirth: Report of a Consensus Development Conference Chapter 20, Legal Concerns, U.S. Dept. Health and Human Services, N.I.H., Bethesda, 1981.
- Cesarean Childbirth: Report of a Consensus Development Conference. Chapter 21, Economic Concerns, U.S. Dept. Health and Human Services. N.I.H. Bethesda, 1981.
- Cordero, M., Morbimortalidad Perinatal en Cesáreas Electivas. *Rep. Dom. Obst. Ginec.* 3, 11: 1980.
- Cosgreve A., R.: Management of Pregnancy and Delivery Following Cesarean Section. *J.A.M.A.* 145:884, 1951.
- Cosgreve A.R.: Ruptura de Utero. *Ginec. Obstet. Mex.* 15:127, 1960.
- Cragin, E.: Conservatism in obstetrics. *N.V. State J. Med.*, 104:1, 1916.
- Del Corral, F.; Navarro, H.; Ortiz, M.: Parto Vaginal Posterior a Cesárea. *Rev. Colomb. de Obst. y Ginec.*: 21, 37, 1970.
- Demianezak, N.; Hunter, D., and Taylor, D.: Trial of Labor after previous cesarean section: Prognostic indicators of outcome, *Am. J. Obstet. Gynecol.* 142:640, 1982.
- Dewhurst, C.: The rupture cesarean section scar. *J. Obstet. Gynecol. Br. Commonw.*, 75:1296, 1968.
- Donnelly J., Pl.; Franzoni K., T.: Vaginal Delivery Following Cesarean Section. *Obstet. Gynecol.* 29:871, 1967.
- Fragozo Lizalde, D.: Comentario al trabajo titulado: Pronóstico de la Cicatriz Post Cesárea. *Ginec. Obstet., Mex.* 22:1089, 1965.
- Garrido Calderón, J. y Col.: Indicaciones, frecuencia e incidencia de la operación cesárea en los últimos cinco años en el Hospital de Gineco-Obstetricia del Instituto Dominicano de Seguros Sociales. *Rev. Dom. Obst. y Ginec.* Sept. 1980/abril 1982. Pág. 24.
- Gibbs, C.: Planned Vaginal Delivery following Cesarean Section *Clin, Obstet. Gynec.* 23:507, 1977.
- González del Riego, Ch.: Estudio Estadístico de las Rupturas Uterinas en la Maternidad de Lima. Libro homenaje al Prof. Dr. Luis Castelazo Ayala. XXV Aniversario Profesional. Tomo 1:33, 1970.
- Karchmer K., S.; Ramírez, S.; Vargas L., E.; Arao, M.: Operación Cesárea. Análisis de 100 casos. *Rev. Fact. Méd.* 8:239, 1966.
- Marcushamer M., B.; Karchmer K., S.; Perdomo de la Sierra, A.; Caltenco, E.: Hallazgos Historeográficos en pacientes con Cesárea Repetida. *Ginec. Obstet. Mex.* 24:1, 1968.
- McCarry A., J.: The Management of Patients Previously Delivered by Cesarean Section. *J. Obstet. Gynecol. Brit Comm.* 76:137, 1969.
- Morewood, G.; O'Sullivan, M., and McConney, J.: Vaginal Delivery after cesarean section. *Obstet. Gynecol.*, 42:589, 1973.
- Orellana, V.R.: Ruptura Uterina en el Hospital de Maternidad de San Salvador. Libro homenaje al Prof. Dr. Luis Castelazo Ayala. XXV Aniversario Profesional. Tomo I: 81, Mex. 1970.
- O'Sullivan, M.; Fumia, F.; Holsinger, K., et al: Vaginal Delivery after cesarean section clin perinatal, 8:131, 1981.
- Pauerstein, C.; Karp, L., and Muher, S.: Trial of Labor after low segment cesarean section. *South Med. J.*, 62:925, 1969.
- Peña Nina, D.E.: La operación cesárea. Incidencia, manejo y evolución en el medio privado. *Acta Médica Dominicana*, 5, 170: 1983.
- Rábago J.: Simposium sobre "Conducta a seguir en las Embarazadas con Cesárea Previa". *Ginec. Obst. Mex.* 16:3, 1961.
- Reyes Ceja, L.: La Prueba de Trabajo de Parto en Pacientes con Cesárea Anterior. *Ginec. Obst. Mex.* 14:111, 1959.
- Reyes Ceja, L.: Ruptura Uterina. Cursos del Quinto Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Tomo 1:218, Méx. 1967.
- Reyes Ceja, L.: Placenta Previa en Pacientes con Cesárea Anterior. *Ginec. y Obstet. de Méx.* 17:731, 1962.
- Río de la Loza, F.; Saldaña, R.; Ruiz Velasco, V.: Valoración Clínica del Empleo de la Ocitoxina en la Embarazada con Cesárea Previa. *Ginec. Obstet. Méx.* 26:87, 1969.
- Riva J., and Teich J.: Vaginal Delivery after Cesarean Section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 81:501, 1961.
- Saldana, L.; Shulman, H., and Reuss, L.: Management of Pregnancy after Cesarean Section. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 135:555, 1979.
- Septién, J.M.: Nuestra Conducta frente a Embarazadas con Cesárea Previa. Temas selectos de Gineco-Obstetricia. Libro Homenaje

- ofrecido al Prof. Dr. Alfonso Alvarez Bravo, p. 527, Méx. 1967.
- Septién, J.M.; Rochin, M.; Domínguez, R.; Mauleon, C.; Gutiérrez, J.R.; Galíndez, J.L.; Olivares, G.; Río de la Loza F. AUSA, A.: Simposium sobre conducta a seguir en las embarazadas con Cesárea Previa. Ginec. Obstet. Méx. 16:5, 1961.
- Serrano E.; Per Ascá, E.: Inducto Conducción del Trabajo de Parto en Pacientes con Cesárea Anterior. Ginec. Obstet. Méx. 27:197, 1970.
- Shy, K.; Logerfo, J., and Kerp, L.: Evaluation of elective repeat cesarean section as a standard of care: An application of decision analysis. Am. J. Obstet. Gynecol. 139:123, 1981.
- Sloan, D.: Inconclusive conclusion. Am. J. Obstet. Gynecol. 101: 133, 1963.
- Suárez Cobo, M.; Alvarado Durán, A.; Banuet, P.M.; Gaviño R., C.; Martínez C., G.; Mata, M.A.; Moreno, H.: Simposium sobre conducta a seguir en las embarazadas con cesárea previa. Ginec. Obstet. Méx. 16:9, 1961.
- Suárez Herrera R.; Becowski, M.F.; Balbuena, O.; Romero, R.; Andrade, B.R.; Fernández, L.M.: Rupturas Uterinas en el Hospital Universitario de Maracaibo. Rev. Ginec. Obstet. Venezuela, 26:299, 1966.
- Tactuck Brito, Z.A.: Morbimortalidad materno-fetal en el parto vaginal en pacientes con una cesárea previa. Acta Médica Dominicana 6, 45: 1984.
- Torres Martínez, H.: Cesáreas en el I.M.S.S. de Yucatán. Ginec. Obstet. Méx. 21:583, 1966.
-