

Comparación de la evolución del Trabajo de Parto en Primigestas Nulíparas y Gestantes con antecedentes de cesárea

Dr. Efraín Chavez (*)

RESUMEN

El parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior, sigue teniendo indicación restringida, tanto internacionalmente como en nuestro medio, por supuestos riesgos, inexistentes, según demuestran diversos estudios.

El análisis de los antecedentes obstétricos y de los datos del parto permite comprobar que el obstetra en nuestro medio, tiende a elegir la Cesárea Electiva (CE) por el antecedente de cesárea anterior, independiente de otras variables.

Se evalúa retrospectivamente la evolución del trabajo de parto en el total de mujeres (55) con antecedentes de cesárea; atendidas en el Hospital Nacional del Sur (HNSA) del IPSS, en el año 1994, y se compara con un número similar de primigestas, atendidas en las mismas condiciones y en el mismo año. El parto vaginal en ambos tipos de pacientes, fue eutócico siendo los riesgos los mismos. El peso de los recién nacidos (RN) y la valoración del Apgar no muestran diferencias. La evolución postnatal es superpuesta. Se concluye que la atención del parto vaginal después de cesárea es el procedimiento adecuado que se les puede ofrecer a las gestantes con cesárea previa, considerando además que los costos son menores.

Palabras Claves: TRABAJO DE PARTO/ CESÁREA.utíl/ CESÁREA.estadíst/ CESÁREA.econ

INTRODUCCIÓN

La atención del parto vaginal en mujeres con el antecedente de cesárea anterior se mantiene hasta el momento entre los temas más controvertidos de la Obstetricia moderna, por el supuesto riesgo que representa tener una cicatriz transversal baja en el útero, que podría ser la causa de una ruptura uterina imprevisible; a pesar de que los numerosos estudios publicados, llevados a cabo en diferentes lugares con resultados favorables, demuestran que no se ha llegado a un suficiente consenso. Los factores que motivan tal controversia son variados: Falta de conocimiento, de experiencia, de contar con medios de laboratorio que ofrezcan seguridad, de preparación del personal, de implementación en sala de partos, así como temor, presiones familiares y has-

LABOUR EVOLUTION COMPARISON OF NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN AND THOSE WITH PREVIOUS CASAREAN SECTION

SUMMARY

Vaginal delivery is still a restricted indication, both nationally and internationally, for women with a previous cesarean section because of supposed risks although really non-existing risks as demonstrated by several studies.

Analysis of both obstetrical history as well as actual labour data show that obstetricians prefer Elective Cesarean Section based only on data of previous cesarean section rather than considering other variables.

Labour evolution is evaluated retrospectively in 55 pregnant women with previous cesarean section cared at the SSPI Southern National Hospital and their findings are compared.

Key words: LABOR; CESAREAN SECTION.utíl/ CESAREAN SECTION.stadíst/ CESAREAN SECTION.econ

ta legales, necesidad de control permanente y estricto de la paciente, aunque muchas veces va en desmedro de la atención de otras, etc.

Dado el incremento del índice de cesáreas a nivel mundial, esta conducta con pacientes cesareadas, crea una situación de preocupación, catalogada como un problema de salud pública que, por su frecuencia, daño y magnitud merece una atención preferencial.

Así desde 1980, el Instituto Nacional del Niño y Desarrollo Humano (EE. UU.), se encuentra revisando el tema y proponiendo soluciones. Muchos estudios realizados han contribuido al mejor manejo del parto vaginal en cesareadas. Mencionaremos algunas conclusiones coincidentes.

- El parto vaginal en cesareada anterior es el tratamiento óptimo que se le puede ofrecer a una gestante.
- Puede inducirse el parto con occitocina o prostaglandina sin mayor riesgo.
- La cesárea rara vez es indicación de nueva cesárea.
- La ruptura uterina es un accidente raro en estos casos.

(*) Médico Asistente de Ginecología y Obstetricia.
Hospital Nacional del Sur - IPSS.

- El uso de analgesia y anestesia regional
- Baja morbilidad perinatal
- Parto vaginal luego de varias cesáreas.
- Bajos costos.

La estadística nacional del parto vaginal después de cesárea (PVDC) van desde el 15% al 47% (1), con mínima incidencia de complicaciones. Estadísticas internacionales señalan porcentajes de éxito que van desde el 60% a más del 80% (10)

Pese a existir suficiente información a nivel mundial y nacional sobre lo inocuo del parto vaginal postcesárea de causa transitoria, no repetida en la nueva gestación; en nuestro medio se sigue aplicando como criterio, que el antecedente de cesárea es suficiente para indicarla nuevamente, por lo que es procedente demostrar con casuística local y propia, que dicha conducta médica no se sustenta en razones científicas, sino de otra índole. Las razones que se argumentan, son la posible dehiscencia de la cicatriz anterior en el segmento inferior del útero durante el trabajo de parto y presiones por riesgo infundado de parte de la paciente y sus familiares.

Para que un músculo se contraiga se deben producir una serie de hechos fundamentales y simultáneos:

- Despolarización de membrana celular
- Liberación del Ca^{++} intracelular.
- Deslizamiento de la proteína contráctil.

Haciendo una breve descripción del proceso: La membrana de la célula miométrial del útero grávido humano está polarizada (-48 a 55 mV; Gimeno); es el llamado potencial de reposo de membrana celular que se crea por:

- Presencia de iones no difusibles: Proteínas
- La diferencia de concentración de iones libremente difusibles, K^+ , Na^+ y el Cl^- .
- La bomba de Na^+ .

De esta manera se crea una diferencia de potencial (-60 mV) entre ambos lados de la membrana (+ en el exterior).

Contracción y relajación muscular, el origen de la energía que permite la contracción uterina proviene del glucógeno. Cuando por vía endovenosa, o localmente, la sustancia occitocina llega a la membrana protoplasmática, es captada por una proteína receptora específica y probablemente, con la participación del Ca^{++} se libera guanidintrifosfato (GTP), que pasa a guanidinmonofosfato (GMPc) después de la acción de la enzima guanidilciclasa, que se almacena en la membrana citoplasmática; así se libera el "segundo mensaje", que lleva consigo la información-orden de contracción hasta la célula lisa.

A continuación, bajo la influencia especial de la proteína se produce una despolarización de la membrana.

Tiene lugar así, una diferencia de potencial que permite la entrada del ión Na^+ . De tal modo se estimula el retículo sarcoplásmico, del que se libera Ca^{++} , el cual al llegar a la miofibrilla, activa la acción ATPasa de la miosina y libera energía. La energía así liberada provoca el deslizamiento de los filamentos de actina sobre los de miosina, produciéndose el acortamiento muscular.

La propagación de la estimulación y la conducción del mismo, no se hace por vía nerviosa, sino a través de las fibras musculares, gracias a unos puentes que se establecen entre las células adyacentes, formados por prolongaciones de las membranas, que no llegan a romperse; es decir que se trata de una propagación miógena.

La velocidad de conducción en el útero grávido es de 6.7 cm/s, velocidad que se reduce a la tercera parte al actuar la occitocina.

Es importante señalar que la fuerza máxima de contracción muscular se consigue en un estado intermedio entre las situaciones extremas de acortamiento y estiramiento. La fuerza máxima de contracción disminuye cuando el músculo se halla muy acortado y, más aún si está excesivamente alargado.

El segmento superior del útero, en el trabajo de parto representa la porción activa de la contracción, mientras que el segmento inferior, junto con el cuello, representan la porción pasivamente distendida (Williams Obstetricia - 1986)

Asimismo factores tales como, la edad, el período intergenésico, influyen en la mejor cicatrización uterina postcesárea y por ende en la disminución de complicaciones en el trabajo de parto.

En el caso de una segundigesta, ¿el antecedente de operación cesárea de causa transitoria, es determinante para la indicación obligada de una nueva cesárea, o es posible que el trabajo de parto evolucione de manera semejante a la de una primigesta nulípara con parámetros obstétricos y fetales dentro del rango de la normalidad?

Las variables de interés son:

- a) Antecedente de cesárea de causa transitoria.
- b) Evolución del trabajo de parto, mediante la medición de la duración de los períodos de: dilatación, expulsión y alumbramiento; score de Apgar del recién nacido (RN)
 - Tipo y frecuencia de complicaciones. Uso de occitocina
 - Estancia hospitalaria
 Otras variables complementarias:

- Edad
- Período intergenésico
- Tiempo de gestación
- Características del RN
- Peso

No hay diferencia significativa en la magnitud de los indicadores que se evalúan, en la evolución del trabajo de parto entre gestantes con antecedentes de cesárea de cau-

sa transitoria en su primera gestación y gestantes primigestas nulíparas, con parámetros obstétricos y fetales dentro del rango de la normalidad; de modo que la frecuencia de complicaciones entre ambos grupos de gestantes es mínima o nula.

El objetivo del presente estudio es determinar la magnitud de los indicadores de la evolución del trabajo de parto, en mujeres segundigestas con antecedentes de cesárea nulíparas.

El estudio se realizó en 110 mujeres gestantes (mediante la revisión de 110 historias clínicas de mujeres gestantes) en trabajo de parto, que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HNSA del IPSS, en el año de 1994, que cumplieron con los siguientes criterios de elegibilidad.

a) Criterios de inclusión:

- Mujeres primigestas nulíparas con parámetros obstétricos materno fetales siguientes:

Maternos:

- Edad
- Diámetros obstétricos óseos normales (ginecoides)
- Tiempo de gestación

Fetales:

- Situación
- Posición
- Presentación
- Con medidas ecográficas, en el rango de normal

- Mujeres segundigestas con antecedentes de cesárea de causa transitoria.

Maternos:

- Edad
- Período intergenésico
- Edad Gestacional
- Diámetros obstétricos óseos normales

Fetales:

- Situación
- Posición
- Presentación
- Con medidas ecográficas, en el rango de normal

b) Criterios de exclusión:

- Patologías concurrentes tales como: diabetes, hipertensión, cardiopatías, epilepticas, insuficiencia ventilatoria, etc.
- Pacientes exentas de cualquier patología.
- Sufrimiento fetal agudo o crónico.

En el período referido se asistieron 3054 partos y se realizaron 1048 cesáreas; cumplían con el requisito de tener antecedentes de cesárea anterior 269 pacientes, de estas últimas a 214 se les realizó nuevamente cesárea, y tan sólo 55 pacientes tuvieron parto vaginal eutócico.

De las 269 pacientes con antecedentes de cesárea anterior, se consideró causa transitoria en 55 de ellas y permanente en 214.

Técnicas y Procedimiento.

El estudio corresponde a un diseño observacional paralelo con dos grupos independientes.

- Muestreo: Se conforman dos grupos de 55 gestantes cada uno. La selección fue no probabilística, por conveniencia.
 - Grupo E (Estudio): Gestantes con antecedentes de cesárea
 - Grupo C (Control): Gestantes sin antecedentes de cesárea
- Producción y registro de datos: Los datos fueron generados, a partir de la revisión de las historias clínicas del HNSA IPSS, año 1994

En relación a la administración de occitocina, puede ser indicada ya sea desde el inicio del trabajo de parto (inducción), como durante la evolución del trabajo del parto (conducción); en nuestro estudio la indicación mayoritaria fue la conducción y en contados casos la inducción; siempre usamos una solución de 10 unidades de occitocina en un litro de dextrosa 5% solución acuosa, a goteo regulable, que produzca tres contracciones en 10 minutos.

La complicación que se presentó en nuestro estudio fue la hemorragia postparto, causada por hipotonía uterina; que fue detectada al observar que luego del parto el útero no se contraía, dando como consecuencia profuso sangrado más de lo normal (350 cc aprox.); luego de realizar un masaje en el cuerpo uterino y aplicar una ampolla de maleato de metil ergonovina y metil ergonovina I. M. cesó el sangrado y el útero se contrajo.

Análisis Estadístico:

Los datos fueron analizados con las siguientes técnicas:

- Medidas de tendencia central: Media aritmética y mediana
- Medidas de variabilidad: desviación estándar y varianza.
- Distribución de frecuencia para datos categóricos.
- Prueba de hipótesis: comparación de medias, la prueba "T" de student para grupos independientes.
- Intervalos de confianza para medias con un nivel de significación del 95%.

RESULTADOS

La frecuencia de cesáreas en el HNSA-IPSS en el año 1994, fue de 25.54% de éstas, el 79.58% fueron primarias y el 20.41% iterativas; de 269 pacientes con antecedentes de cesárea anterior, 214 (79.55%) terminaron en cesárea nuevamente y sólo en 55 (20.45%) se optó por parto vaginal.

Los resultados obtenidos en el presente estudio, se muestran a continuación.

TABLA 1.- TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO

Indicador	Grupo E		Grupo C		T	P
	\bar{X}	DS	\bar{X}	DS		
Tiempo						
Dilatación (Hrs)	7.17	3.27	9.15	4.33	-2.68	<0.05
Expulsión (min)	15.81	9.59	16.9	10.08	-0.57	>0.05
Alumbramiento (min)	11.74	4.89	11.49	3.92	0.15	>0.05
Dilatación Total (Hrs)	7.62		9.62			

TABLA 2.- VALORACIÓN DEL APGAR

Score	Grupo E		Grupo C	
	1 min	5 min	1 min	5 min
0 - 3	3	3	1	0
4 - 6	1	1	4	0
7 - 10	51	51	50	55
Total	55	55	55	55

TABLA 3.- COMPLICACIONES

Complicaciones	Grupo E		Grupo C		Total
	Nº	%	Nº	%	
Si	2	3.64	2	3.64	4
No	53	96.36	53	96.36	106
Total	55	100.00	55	100.00	110

$\chi^2 = 0.2$ $p = 0.6$

Complicación: en ambos grupos la complicación es hemorragia leve a moderada por hipotonía uterina.

TABLA 4.- USO DE OCCITOCINA

Occitocina	Grupo E		Grupo C		Total
	Nº	%	Nº	%	
Si	7	12.7	3	5.45	10
No	48	87.3	52	94.55	100
Total	55	100.00	55	100.00	110

$\chi^2 = 0.99$ $p = 0.31$

TABLA 5.- ESTANCIA HOSPITALARIA

Días Hospit.	Grupo E	Grupo C	T	P
1	39	43		
2	12	9		
3	2	2	0.86	>0.05
4	2	1		
\bar{X}	1.4	1.29		
DS	0.72	0.62		

TABLA 6.- EDAD MATERNA EN AÑOS

Edad	G. E	%	G. C	%
16 a 20	0	0	4	7.27
21 a 25	9	16.36	16	29.09
26 a 30	21	38.18	25	45.45
31 a 35	20	36.36	7	12.72
36 a 40	4	7.27	3	5.45
Más de 41	1	1.81	0	0.00
\bar{X}	29.76	100.00	27	100.00
DS	4.54		4.31	

TABLA 7.- PERÍODO INTERGENÉSICO DE PACIENTES

Período Meses	Grupo Estudio	
	Nº	%
12	2	3.63
13 a 18	6	10.90
19 a 24	4	7.27
25 a 30	3	5.45
31 a 36	2	3.63
37 a 42	3	5.45
43 a 48	4	7.27
Más de 49	31	56.36
\bar{X}	59.4	---
DS	42	---

TABLA 8.- PESO DE LOS RECIÉN NACIDOS

Peso Gramos	Peso Grupo E		Peso Grupo C	
	Nº	%	Nº	%
Menos de 2,500	5	9.09	2	3.63
2,500 a 2,999	16	29.09	9	16.36
3,000 a 3,499	15	27.27	27	49.09
3,500 a 3,999	18	32.72	17	30.90
Más de 4,000	1	1.81	---	---
TOTAL	55	100.00	55	100.00
\bar{X}	3,105.45		3,264.90	

TABLA 9.- EDAD GESTACIONAL EN SEMANAS

Edad gest. semanas	Grupo E		Grupo C	
	Nº	%	Nº	%
25	2	3.63	0	0.00
36	1	1.81	4	7.27
37	4	7.27	3	5.45
38	15	27.27	5	9.09
39	15	27.27	14	25.45
40	14	25.45	22	40.00
41	3	5.45	6	10.90
42	1	1.81	1	1.81
\bar{X}	38.27		39.25	
Ds	3.59		1.39	

DISCUSIÓN

En relación a los objetivos del presente estudio, hay algunas consideraciones que merecen ser destacadas. La primera se refiere a que bajo un control estricto, la evolución del trabajo de parto es similar en las pacientes con antecedentes de cesárea anterior y en las pacientes primigestas; asimismo hemos comprobado: que tanto la vitalidad del recién nacido como los datos del puerperio, no ofrecen diferencias significativas en ambos grupos de pacientes, que tuvieron parto vaginal eutócico.

Los resultados del tiempo del trabajo de parto, nos muestran que existe diferencia significativa, sólo en el período de dilatación, más no en los otros dos períodos, en ambos grupos de pacientes: que coincide con otros estudios realizados en el extranjero ^(6, 16, 18, 19)

La valoración del Apgar de los RN en ambos grupos de pacientes es similar; es decir con buen Apgar. Quedando demostrado que no es un riesgo para el feto, someter a la madre con antecedentes de cesárea a trabajo de parto.

Apoyan este resultado otros estudios ^(4, 7, 19)

Cabe destacar la baja incidencia de complicaciones, y esto habla a favor de la seguridad que se ofrece al someter a trabajo de parto, a las pacientes con antecedentes de cesárea; seguridad tanto para la madre como para el feto. Además es bueno puntualizar, que las complicaciones que se presentaron en ningún momento pusieron en peligro al binomio madre-niño. Corroboran estos hallazgos, estudios similares sobre el tema. ^(3,9,7,8,12,14,15,16)

El uso de occitócicos, sin producir complicaciones durante el trabajo de parto, en pacientes con antecedentes de cesárea y en las pacientes primigestas, indican una buena respuesta contráctil sin riesgo del miometrio y que es similar en un útero indemne, que en un útero que ha sufrido una intervención quirúrgica (cesárea) ⁽¹⁵⁾.

El alta precoz en ambos grupos de pacientes, sin diferencias significativas, nos conduce a pensar en una buena y rápida recuperación integral de la paciente, sin riesgo de ningún tipo. Por otro lado, esta situación disminuye costos a la institución, sin disminuir la calidad de atención.

Aparentemente, la edad materna no juega un papel determinante en someter a trabajo de parto, tanto a pacientes con antecedentes de cesárea como a primigestas.

En aquellas mayores de 35 años, su tiempo individual de trabajo de parto están dentro del promedio que se ha obtenido.

El 56.36% de pacientes con antecedentes de cesárea, esperaron más de 49 meses para tener un parto vaginal, el miedo al parto es una causa, que cohibe un embarazo pronto. ^(9,14)

El peso de los productos (recién nacidos) en promedio, en el grupo de estudio es de 3,105.45 g y en el grupo control es de 3,264.90 g, apreciamos que no existe una diferencia ponderal significativa, en ambos grupos de pacientes. Ade-

más, consideramos que dichos pesos son en nuestro medio el promedio normal de los recién nacidos. Y, por lo tanto, no han incrementado el riesgo del parto vaginal después de la cesárea.

La edad gestacional en la cual se inició el trabajo de parto en ambos grupos de pacientes son similares, es decir entre las 37 a 40 semanas de gestación, considerados a término. Indirectamente, podemos afirmar que la evolución del embarazo se desarrolló dentro de los límites normales sobre las pacientes con antecedentes de cesárea anterior.

Es necesario mencionar, que la razón que prima en nuestro medio, como justificación para realizar una nueva cesárea en pacientes con antecedentes de cesárea previa, es el riesgo de una ruptura uterina catastrófica, pero que hasta ahora no ha sido avalada ⁽⁵⁾. Más que una ruptura se han referido a una dehiscencia de la cicatriz anterior. La muerte materna por cesárea es de 2 a 11 veces mayor que por un parto vaginal ⁽⁵⁾. Por otro lado la tasa y las indicaciones de una cesárea de emergencia no difieren entre la población global y las pacientes que tuvieron una cesárea previa ⁽⁵⁾.

CONCLUSIONES

1. Los resultados obtenidos permiten concluir que la atención del PVDC, es el procedimiento adecuado que se les puede ofrecer a las gestantes con cesárea previa por las siguientes razones:
 - El 100% de los PVDC son eutócicos.
 - El PVDC, tiene una alta seguridad para las pacientes, el RN y el profesional, tanto por el mínimo de sus complicaciones, como por su corta estancia hospitalaria.
 - La morbimortalidad materno-perinatal, en el PVDC no existe o es mínima.
 - Respuesta similar a la administración no es factor limitante para indicar el parto vaginal, siempre que se cumplan con las normas establecidas.
2. Un número significativo de gestantes con antecedentes de cesárea anterior de causa transitoria son sometidas innecesariamente a una nueva cesárea.
3. Cuando se habla de estancia hospitalaria se refiere directamente a los costos. La estancia hospitalaria en la cesareada es el doble y en muchas oportunidades el triple que la del parto vaginal, lo cual se traduce en un incremento de la relación costo/beneficio.

RECOMENDACIONES

1. Recomendar a las instituciones que dispongan de recursos adecuados, instalaciones y personal capacitado, promover la atención del PVDC.
2. Recomendar a los Gineco-Obstetras que promuevan

más el PVDC en centros hospitalarios y policlínicos locales por su riesgo reducido para la madre y el RN, por su costo mínimo y menor índice de cesáreas.

3. Fomentar el alta precoz en las Instituciones donde se atiende el PVDC; porque de esta manera se evita la saturación de pacientes en los hospitales, así como los costos elevados a la institución.

Correspondencia:

Dr. Efraín Chávez Vargas

Hospital Nacional del Sur - IPSS

Arequipa - Perú

BIBLIOGRAFÍA

1. Acosta M, Cruz V, Calero A. Parto Vaginal posterior a cesárea en el Instituto Materno Perinatal Lima. *Ginecología y Obstetricia Perú*. 1995. 41 (1): 70-5.
2. Agüero Oscar; Cesárea Anterior y parto Vaginal. *Rev. Obstet. Ginecol. Venezuela*; 1992. 52(3): 135-9
3. Cerda Hinojosa J; Benavides de Anda L; Martínez Delgado E. Care of the delivery Following a cesarean section. *Ginecol. Obstet. Mex.* 1994 Oct; 62: 312-4.
4. Fawcett J; Tulman L; Spedden J. Responses to vaginal birth after cesarean section. *J. Obstet. Gynecol Neonatal Nurs* 1994 Mar- Apr; 23 (3): 253-9.
5. Flamin B; Lim OW; Jones C; et al. Parto vaginal luego de cesárea previa: resultados de un estudio multicéntrico. EEUU. *American J. Of Obstetrics and Gynecology*. 1988. May 153(8): 1073-1083
6. Goldman G; Pineault R; Potvin L; Blais R; Bilodeau H. Factors influencing the practice of vaginal birth after cesarean section. *Am J. Public Health. Canada*. 1993. Aug. 83(8): 1104-8.
7. Granovely Grisaru S; Rhaya M; Diamant YZ. The management of labor in woman with more than one uterine scar: is a repeat cesarean section really the only "safe" option?. *J. Perinat-Met.* 1994; 22(1):13-7.
8. Miller Da; Díaz FG; Paul RH. Vaginal birth after cesarean: a 10 year experience. *Obstet-Gynecol.* 1994 aug; 84(2): 255-8
9. Penso C. Vaginal Birth after cesarean section: an update on physician trends and patient perceptions. *Curr.Opin Obstet Gynecol.* 1994. Oct. 6 (5): 417-25.
10. Rodríguez Escudero FJ; Aranguren G; Hernández MJ; Conducta Obstetricia en la Cesárea anterior. *Prog Obst Gin. Esp* 1991; 34:140-145.
11. Rodríguez Vilorio E; Jiménez E; Di Flaviano Mireya; Ruisanchez E; Fleitas F; Parto vaginal después de dos o más cesáreas. *Rev. Obstet Gynecol Venez*; 1993 Sept. 53(3): 159-63.
12. Turnquest MA; James T; Marcell C; Spinnato JA. Vaginal birth after cesarean section in a university setting *J. Ky Med Assoc.* 1994. Jun 92(6): 216-21
13. Van Amorongen D; Parto vaginal en pacientes con cesárea anterior una experiencia al alcance local. *The J. Of Reproductive Medicine* 1989. Ago. 34(8): 531-534.
14. Vann-der Walt Wa; Cronje HS; Bam RH. Vaginal delivery after one cesarean section. *Int. J. Ginecol. Obstet.* 1994 Sep; 46(3): 217-7
15. Walmsley K, Hobbs L; Vaginal Birth after lower segment cesarean section. *Mod. Midwife.* 1994 Apr; 4(4); 20-1
16. Yasumizu T; Nozawa A; Kinoshita T; Kato J. Trial of vaginal birth following cesarean section for arrest disorders of labor. *Asia, Oceania. J. Obstet-Gynecol.* 1994. LDec. 20(4): 407-13.
17. Yui L; Bazul V. Manejo de la gestante con una cesárea previa. *Lima Ginecol. Obstet Perú.* 1995. Ene. 41(1): 76-82.
18. Ziad SM; Abu Heija AT; Duration of labor in patients delivered vaginally after one previous lower segment cesarean section; *Intl. J Gynecol Obstet.* 1994 Jun; 45(3): 213-5.
19. Zheng CW; Hong W; Lin FG; Trial vaginal delivery for women with previous cesarean section: *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chin.* 1994. 29 (8): 456-7, 508.