

11217
53
20



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios Superiores
Hospital Regional "20 de Noviembre"
I. S. S. S. T. E.

"PARTO POST-CESAREA"

TESIS DE POSTGRADO

Que para obtener el Título de Especialidad en
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
PRESENTA

DRA. IRENE ESPINOZA AVILES

Aseores: Dr. Salvador Gavino Ambriz
Dr. Fernando Gavino Gavino

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1988





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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

INTRODUCCION	1
GENERALIDADES	2
OBJETIVOS	7
MATERIAL Y METODOS	8
RESULTADOS	10
DISCUSION	19
BIBLIOGRAFIA	23

I N T R O D U C C I O N

Anteriormente se pensó que el útero con una cicatriz quirúrgica experimentaba una alteración en su función, lo que se traducía en un riesgo potencial para el binomio materno-fetal, surgiendo entonces, el aforismo de Cragin en 1916 " una vez - cesárea, siempre cesárea ", que tenía mucho de verdad ya que las incisiones en su mayoría eran corporales con un riesgo de ruptura elevado y costoso; y las cesáreas se repetían antes de iniciarse el trabajo de parto (1 - 4), provocando el incremento precipitado de ésta (del 300% en el decenio pasado), llamando la aceptación universal de dicho aforismo, probablemente por evitar el estrés de la espera, o por la ingente responsabilidad a la temible aunque muy eventual ruptura uterina (5-17).

Existen múltiples publicaciones que apoyan el parto vaginal - post-cesárea demostrando con seguridad y confiabilidad que no existen bases científicas para rechazar este procedimiento -- siempre y cuando sea realizado en unidades debidamente equipadas, y con el personal capacitado para la extracción suprapúbica del producto en caso necesario (6,8,18).

GENERALIDADES

El primer reporte que se tiene de un parto post-cesárea se remonta al año 1933, y a partir de entonces se han enumerado -- múltiples factores que influyen sobre el riesgo de ruptura -- uterina en pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto ; originando diversas controversias que tienen como fin determinar la conducta más adecuada en este tipo de pacientes(13,19)

TIPO DE INCISION UTERINA . Generalmente las complicaciones materno-fetales asociadas a la ruptura uterina, son inherentes a la cicatriz uterina corporal, y no a la segmentaria (2,7,11 13,20-23), que es la que se realiza actualmente en el 99% de todas las intervenciones, y consecuentemente el índice de ruptura uterina ha disminuído(20-33).

En un estudio realizado acerca de la fisiología uterina, se observó que todos los casos con operación segmentaria previa-presentaban contractilidad normal, determinando que el embarazo después de cesárea cursa igual al que no presenta cicatriz uterina (11,14,34-39); Ya que en el segmento inferior del útero la disposición anatómica de sus fibras, menor vascularización, actitud pasiva desde el punto de vista funcional, mayor facilidad para la sutura,excelente evolución postoperatoria y mejor adaptación a las exigencias de una nueva gestación, hacen del segmento el sitio ideal para la incisión, y la zona -

de menor riesgo para la ruptura uterina.

INDICACION DE LA PRIMERA CESAREA . Esta no tiene relación con el pronóstico de la cicatriz en un embarazo subsecuente, y en la mayoría de las pacientes desarrollan un buen trabajo de parto que alcanza un elevado índice de éxito, del parto por vía vaginal.

Ocasionalmente la desproporción cefalopélvica no se repite en un embarazo siguiente, propiciando parto vaginal hasta en un 54% (5,12,29,33,40-43).

Lo más importante es la valoración en la indicación de la primera cesárea, ya que de lo contrario, iniciaremos la limitación en el futuro obstétrico de la paciente, debido a complicaciones graves de la cesárea, muchas veces con resultados desastrosos. (4,12,44-46).

COMPLICACIONES OPERATORIAS. Se ha mencionado que éstas se relacionan directamente con la calidad de la cicatriz (47-50), no obstante en algunas publicaciones no se ha observado lo mismo (7,10,24,29,49,51-54).

CICATRIZACION UTERINA. Esta cualidad es particular, y depende de diversos factores como; poder individual de cicatrización, estado de salud previo, factores locales dependientes e independientes del acto quirúrgico, factores post-operatorios, etc.

En animales de experimentación se ha demostrado bajo tensión, que el área de la cicatriz uterina es más resistente a la ruptura que el útero intacto (7,18,21,39,48,50,55-60).

TIEMPO ENTRE LA CESAREA PREVIA Y EL EMBARAZO SIGUIENTE. Se ha mencionado que un intervalo menor de 2 años implica mayor -- riesgo de ruptura uterina, sin embargo otros estudios no han demostrado lo mismo (4,24,34,36).

TRABAJO DE PARTO EN LA CESAREA ANTERIOR. El hecho de haber - presentado actividad uterina en la cesárea previa aún es controvertido como factor pronóstico en un embarazo ulterior (49 61,62).

PARIDAD PREVIA. El antecedente de partos previos antes o después de la cesárea, aumenta la posibilidad de un parto subsecuente, aunque ésto no garantiza la integridad de la cicatriz uterina en otro embarazo (7,28-30,62-64).

Se han publicado series de parto vaginal post-cesárea con éxito hasta en un 97.9%, no implicando esfuerzo por parte de la paciente, el médico ni la institución, y el beneficio además- del costo es emocional, ya que la paciente se sentirá más fueru

te en cuanto a la maternidad y no se verá afectado su deseo de procreación (2,3,5-7,40,45,46,53,54,65-72).

La cesárea, más aún, si es de repetición tiene un alto índice de morbi-mortalidad materno-fetal; en una proporción importante debido a la prematuridad iatrogénica, la cual aumenta si la operación es realizada sin trabajo de parto (3,8,13,21,23,28,34,51,71).

El parto vaginal post-cesárea se verá facilitado si antes del parto: la presentación es cefálica, encajada, en variedad de posición anterior, el feto normal o pequeño, pelvis amplia, vagina y periné elásticos, cervix corto, blando y parcialmente abierto (7,11,12,63,73-78).

El bloqueo peridural es el método analgésico de elección, ya que proporciona una excelente relajación del periné y facilita la revisión del segmento durante el parto, además que no afecta las condiciones del producto; hasta la fecha no se ha comprobado que éste enmascare o esconda los síntomas de ruptura uterina ya que por principio ésta no tiene una sintomatología definida (2,7,12,13,32,54,65-67).

La utilización del fórceps profiláctico para abreviar el segundo período del parto en la paciente con cesárea anterior, concepto que se introdujo en 1970, y se ha extendido universalmente hasta nuestros días; sin embargo éstos no son tan inocuos como se pretende enfatizar, ya que la morbilidad materna es mucho más elevada que en la eutocia (26,28,45,78-81)

El daño del fórceps hacia el feto ha sido una de las objeciones para su aplicación, por lo que es de considerar el análisis periodico de los resultados en la utilización de tal instrumento; para situarlo en el lugar preciso que debe ocupar como recurso quirúrgico al que incuestionablemente tendremos que recurrir cuando sea necesario, pero con indicaciones bien establecidas sin tener que llegar a la iatrogenia, ya que no ha sido posible corroborar su beneficio en la prueba de trabajo de parto post-cesárea (29,32,51,82).

O B J E T I V O S

- 1.- Evaluar la evolución de la prueba de trabajo de parto después de cesárea.
- 2.- Conocer la incidencia de parto vaginal después de cesárea
- 3.- Conocer la morbilidad materna en el parto vaginal después de cesárea.
- 4.- Conocer la morbilidad fetal secundaria al trabajo de parto después de cesárea.
- 5.- Conocer el resultado en la indicación del fórceps profiláctico por cesárea previa.
- 6.- Determinar los factores de selección para permitir una prueba de trabajo de parto en pacientes con antecedente de cesárea previa.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Se realizó un estudio prospectivo, longitudinal, observacional, -
descriptivo y abierto en la División de Ginecología y Obstetri-
cia del Hospital Regional " 20 de Noviembre " del I.S.S.S.T.E.
(Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabaja-
dores del Estado), durante el período del 1o de Enero al 31 de
Diciembre de 1986, estudiando 241 pacientes de la unidad de to-
cografía, en el que los criterios fueron ; De Inclusión : pacien-
te en trabajo de parto con antecedente de una cesárea, con pro-
ducto único, vivo, sin desproporción cefalopélvica, en la que no -
se repita la indicación de la cesárea anterior.

De Exclusión : causa recurrente de cesárea, indicación absoluta-
de extracción suprapúbica, sobredistensión uterina, situación o -
presentación anómala, cicatriz uterina corporal.

De Eliminación: Toda paciente que ingrese directa a expulsión -
en la que se desconozcan sus antecedentes y la evolución del --
trabajo de parto.

Se analizaron las siguientes variables : edad materna, número -
de gestas y partos previos, cirugía ginecológica, en la cesárea-
anterior: trabajo de parto y puerperio febril, indicación, tipo -
de incisión y complicaciones. En el embarazo actual : edad ges-
tacional, variedad de posición, horas de ruptura de membranas, uti-
lización de oxitocina, duración del trabajo de parto, tipo de --
anestesia y fórceps utilizado, peso y apgar del producto al naci

miento, indicación para repetir la cesárea y su recurrencia, - salpingoclasia, morbilidad materna y fetal, mortalidad materno-fetal, días de estancia hospitalaria.

El análisis de variables se realizó por los métodos estadísticos de χ^2 (Chi cuadrada) y "t" de student.

R E S U L T A D O S

RESOLUCION OBSTERICA. De las 241 pacientes, el 89.6% (216)* - parieron por vía vaginal 43.7% (114) por eutocia y 42.3% (102) por distocia; en el 10.4% (25) se repitió la cesárea.

EDAD MATERNA. Varió de 16 a 40 años, con un promedio de 27.3 años, el 70% de las pacientes se encontraba en la tercera década de la vida, sin mostrar diferencia estadística .

NUMERO DE GESTAS. El 46.6% (105) eran secundigestas, el 38.6% (93) parieron por vía vaginal y 5% (12) por cesárea; El 50.6% (122) tenían de 3-5 embarazos, el 46.5% (112) presentaron parto vaginal y 4.1% (10) cesárea; El 5.8% (14) tenían de 6-8 -- embarazos resolviéndose por vía vaginal el 4.6% (11) y 1.2% (3) por cesárea, sin presentar diferencia estadística.

PARIDAD. En el 50.6% (122) de las pacientes eran nulíparas y en el 49.4% (119) tenían partos previos, no mostrando diferencia estadística en relación a la vía de nacimiento.

CIRUGIA GINECOLOGICA. No hubo pacientes con este antecedente.

* número de pacientes entre parentesis.

TIEMPO DE LA CESAREA ANTERIOR. El intervalo entre la cesárea y el parto actual varió de 11 hasta 172 meses, en el 30,2% (73) era menor de 24 meses y en el 69,7% (168) era mayor a los 24 meses; la vía de resolución obstétrica no mostró diferencia estadística.

ANTECEDENTE DE TRABAJO DE PARTO EN LA CESAREA ANTERIOR. Este estuvo presente en el 62,6% (141) y en el 37,6% (90) habían sido operadas sin actividad uterina, sin presentar diferencia estadística.

INDICACION DE LA CESAREA ANTERIOR. El grupo de causas maternas (toxemia) fue del 6,2% (15), el 5,4% (13) parió por vía vaginal y 0,8% (2) por cesárea.

El grupo de causas materno-fetales (desproporción cefalopélvica, dilatación estacionaria, ruptura prematura de membranas, embarazo prolongado, causa ignorada) fue del 49% (118) de las que el 46% (111) tuvo parto vaginal y el 3% (7) cesárea.

El grupo de causas fetales (presentación o situación anómalas, sufrimiento fetal agudo, prematuridad, embarazo múltiple), fue del 44,8% (108), parieron por vía vaginal el 38,2% (92) y cesárea el 6% (16). Sin presentar diferencia estadística.

TIPO DE INCISION Y COMPLICACIONES TRANSOPERATORIAS. Solo en un porcentaje mínimo se obtuvo esta información, no analizándola.

ANTECEDENTE DE PUERPERIO FEBRIL, En el grupo de pacientes que se resolvió por vía vaginal estuvo presente en el 21% (52), y en el de cesárea en el 2.5% (6), sin presentar diferencia estadística.

EDAD GESTACIONAL. El 2% (5) tenían menos de 32 semanas, el 7.9% (19) de 32 a 36 semanas de gestación y el 91.7% (217) de 36 a 42 semanas, sin mostrar diferencia estadística en relación a la vía de nacimiento.

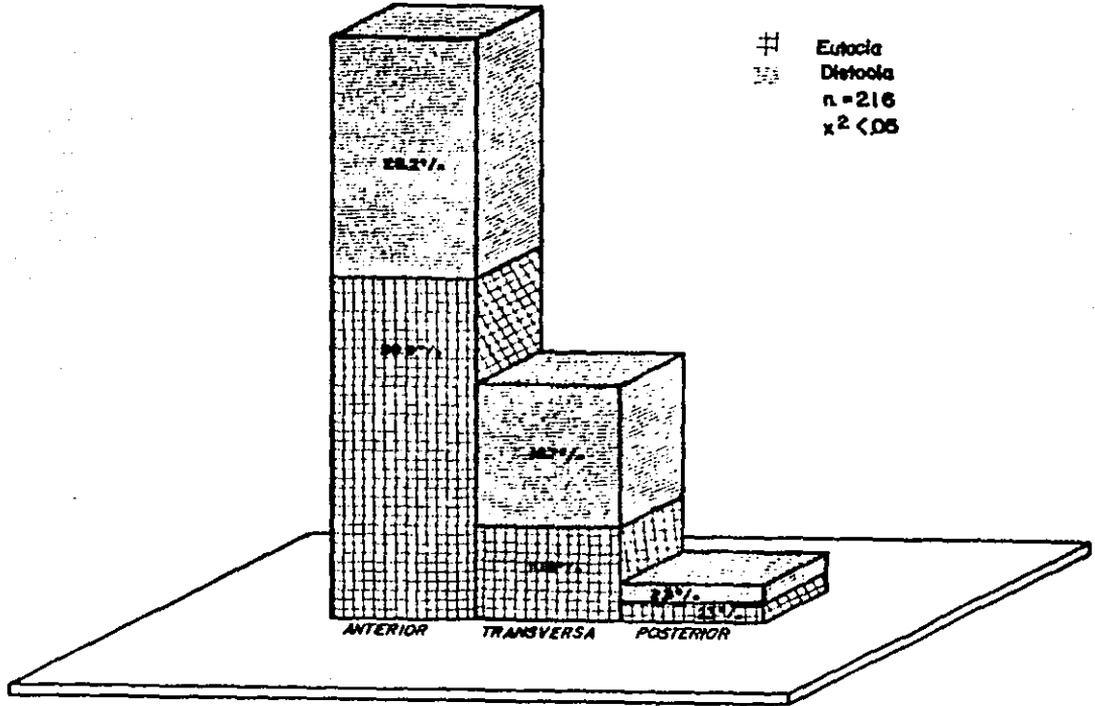
VARIEDAD DE POSICION. El 65.1% (157) tenían variedad de posición anterior, de las que el 61% (147) tuvo parto vaginal y 4.1% (10) cesárea.

El 29.5% (71) tenían variedad transversa, de las que el 24.5% (59) tuvieron parto vaginal y 5% (12) cesárea.

La variedad de posición posterior fue del 5.4% (13), el 4.1% (10) tuvieron parto vaginal y 1.3% (3) cesárea, con una diferencia estadística importante, tanto en la vía de nacimiento como en el tipo de parto, que es mostrada la distribución en la gráfica 1.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS. Se presentó en el 11.1% (27) de todos los casos, sin mostrar diferencia estadística.

VARIEDAD DE POSICION Y TIPO DE PARTO



VARIEDAD DE POSICION

GRAFICA # 1

UTILIZACION DE OXITOCINA, En el 61% (147) el trabajo de parto evolucionó espontáneamente, en el 39% (94) se utilizó oxitocina para conducción del trabajo de parto, con un promedio para la vía vaginal de 1.06mU y de 0.72 mU para el grupo que se re solvió por cesárea, sin diferencia estadística.

DURACION DEL TRABAJO DE PARTO. Este duró de 3 a 16 horas, con un promedio de 6.5 horas para el grupo de vía vaginal y de -- 7.5 horas para el de cesárea.

El 34.5% (83) duró menos de 6 horas, 62.7% (151) de 6 a 12 ho ras y el 2.8% (7) tuvo una duración mayor de 12 horas.

En el grupo que se tuvo que repetir la cesárea solo en el 0.8% (2) presentaron 2o período de parto, sin presentar diferencia- estadística.

ANESTESIA, En el total de las cesáreas se utilizó el bloqueo - peridural; Para el grupo de vía vaginal el bloqueo peridural- se utilizó en el 75.5% (182), anestesia general en el 2.5% (6) bloqueo de pudendos en el 3.3% (8), anestesia local en 1.7% - (4), y en el 6.6% (16) no se utilizó anestesia.

TIPO E INDICACION DEL FORCEPS. En el 54.9% (56) fueron Tipo - Simpsón 52% (53) profilácticos y 2.9% (3) terapéuticos.

En el 45.1% (46) fueron tipo Kielland 26.5% (27) profilácticos y 18.6% (19) terapéuticos, sin presentar diferencia estadística.

PESO DEL PRODUCTO. En el 9.1% (22) el peso fue menor de 2.5 kg, naciendo todos por vía vaginal; el 89.3% (215) pesaron de 2.5 a 4 kg, el 79.7% (192) nacieron por vía vaginal; el 1.6% (4) pesaron más de 4 kg; sin presentar diferencia estadística.

APGAR. Al minuto el 92.2% (222) se calificó arriba de 7 y a los 5 minutos el 98%, sin presentar diferencia estadística.

INDICACION DE LA SEGUNDA CESAREA. En el 3.3% (8) fue por inminencia de ruptura uterina (manifestada por dolor a nivel del segmento, en todas se encontró la cicatriz íntegra), en el 3.3% (8) por dilatación estacionaria, en el 2.2% (5) por falta de descenso en la presentación, en 1.2% (3) por sufrimiento fetal, y en el 0.4% (1) por distocia de contracción (en la que se encontró dehiscencia de cicatriz uterina).

RECURRENCIA EN LA INDICACION DE LA CESAREA. Ocurrió en el 1.6% (4), en 2 casos por desproporción cefalopélvica (manifestada por falta de descenso en la presentación), 1 caso de sufrimiento fetal agudo y otro caso por dilatación estacionaria.

SALPINGOCLASIA. En el grupo de vía vaginal se realizó en el 19.5% (45), mientras que en el de cesárea en el 4.1% (10), (el 40% del total de las cesáreas), mostrando una diferencia estadística importante ($p < 0.05$).

MORBILIDAD MATERNA. Se presentó en el 14% (34), del 12.4% (30) para la vía vaginal y del 1.6% (4) para el grupo de cesárea, - presentado una diferencia estadística importante ($p < 0.05$).

En relación al tipo de parto, para la eutocia fue del 2.4% (6) mientras que para la distocia fue del 10% (24) a expensas de - desgarros cervicales, vagino-perineales e infección

Hubo tres dehiscencias de cicatriz uterina, una en cada grupo (eutocia, distocia y cesárea), siendo reparadas en el grupo de eutocia por cierre primario y en los otros dos por histerectomía total abdominal.

En relación a la paridad, fue mayor en las nulíparas, presentándose en el 9.5% (23), y en las que ya tenían partos previos -- fue del 4.5% (11), mostrando una diferencia estadística importante ($p < 0.001$).

En las pacientes con un intervalo de la cesárea mayor de 24 meses fue del 12% (29), mayor que en las que tenían menos de 24 - meses, que fue del 2% (5) con diferencia estadística significativa ($p < 0.05$).

Así mismo se vió relacionada a un segundo período de parto prolongado, con diferencia estadística ($p < 0.01$).

En cuanto al tipo de fórceps, se presentó más en el Simpsón profiláctico, del 12.7% (13), que en el Kielland 6.1% (11), sin presentar diferencia estadística.

Los días de estancia hospitalaria no se prolongaron por esta -- situación a excepción de un caso con absceso vulvoperineal.

MORBILIDAD FETAL. La que se registró fue caput, cefalohematoma y datos de hipoxia.

Para la vía vaginal fue del 1.6% (4) y 0.8% (2) para el grupo de cesárea, con una diferencia estadística importante ($p < 0.05$) Observándose relación al tipo e indicación del fórceps como -- era de esperarse solo el Kielland terapéutico presentó morbilidad fetal en el 1.6% (4), con una diferencia estadística significativa ($p < 0.001$).

MORTALIDAD MATERNA. No se registro.

MORTALIDAD FETAL. Fue del 1.6% (4), 1.2% (3) nacieron por vía vaginal y 0.4% (1) por cesárea, en ningún caso se relacionó con la vía de nacimiento, ya que en tres casos los productos no -- eran viables y el otro caso tenía múltiples malformaciones congénitas.

DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA. El 82.6% (199) estuvo en el hospital de 1-2 días, todas de parto vaginal, el 15% (37) permaneció de 3-4 días, 10% (24) del grupo de cesárea y el 5% (13) del grupo de vía vaginal; el 1.2% (3) estuvo de 5-6 días 0.8% (2) de vía vaginal y 0.4% (1) de cesárea; solo el 0.8% (2) permaneció más de 7 días, sin observar diferencia estadística.

El gasto calculado para cada tipo de parto según estadísticas de la Caja General del Hospital Regional 20 de Noviembre del I.S.S.S.T.E. en el mes de Octubre de 1987 son los siguientes:

Eutocia	\$ 452,991.00
Distocia	\$ 548,339.00
Cesárea	\$ 770,817.00

D I S C U S I O N

Apoyados en publicaciones a nivel internacional la tendencia actual en la paciente con cesárea anterior, es el parto vaginal, pudiendo en un gran porcentaje evitar una segunda intervención quirúrgica, siempre y cuando se seleccionen debidamente las pacientes el éxito de parto vaginal es elevado y la incidencia de morbilidad baja (5,7,15,36,40,45,68,69).

En la mayoría de los reportes se ha considerado la paridad previa como factor de buen pronóstico para parto vaginal subsecuente a la cesárea, sin embargo en este estudio no se presentó diferencia estadística (7,12,16,18,28-30).

Según la gran parte de los reportes, la prueba de trabajo de parto solo debiera permitirse en pacientes con un intervalo de la cesárea mayor de 2 años, ya que si es realizada antes de este tiempo el riesgo de ruptura uterina es elevado, sin embargo en este estudio hubo pacientes con intervalo menor de un año y no se presentó diferencia estadística en cuanto a la resolución obstétrica y la morbilidad materna fue mayor en aquellas que tenían más de 2 años de la cesárea anterior no coincidiendo con lo reportado por otros autores (4,24,32; 34,36).

Se ha mencionado que el trabajo de parto en la cesárea anterior es factor de buen pronóstico para el parto vaginal después de cesárea, no obstante en este estudio no se observó di

ferencia estadística (51,58,66,75,76).

La indicación de la cesárea previa a menos que se repita, no es indicación de realizarla; se han reportado en una frecuencia importante casos de parto vaginal después de cesárea por desproporción cefalopélvica, tal como ocurrió en este trabajo (4,7,18).

No obstante numerosos reportes en relación al antecedente de puerperio febril en la cesárea previa, como factor de mal pronóstico para un parto vaginal subsecuente (4,12,23,60,67), en los últimos años se ha descartado esta condición, como pudo observarse en el presente estudio (7,19,25,34,41,68,74).

Como reportado por otros autores en este trabajo se vio relacionada la variedad de posición anterior con la resolución por vía vaginal (14,51-53).

Se ha atribuido a la oxitocina un efecto adverso en el resultado obstétrico de la prueba de trabajo de parto después de cesárea -- (27,29,35,42,45), sin embargo tal como sucedió en este estudio -- debidamente vigilado el trabajo de parto es posible corroborar -- lo contrario, observando que el útero se comporta fisiológicamente similar al útero intacto (2,30,33,36,37,61,66,69,81).

En general la duración del trabajo de parto en este tipo de pacientes es normal, considerando que se comporta como una primigesta, con una duración de 12 horas o menos (32).

Es concluyente que el bloqueo peridural es el tipo de anestesia -- mas utilizado, con resultados obstétricos favorables, ya que no -- afecta las condiciones fetales y no se ha corroborado su influen-

cia sobre las manifestaciones de la ruptura uterina (3,29,41, 81,82).

Es notable la influencia de los reportes de fórceps profilácticos en pacientes con cesárea previa (12,45,81), sin embargo en varias series no se ha corroborado el beneficio de su utilización, tal como aconteció en este trabajo no se observó diferencia estadística en relación a la incidencia de ruptura uterina, pero sí en cuanto a la morbilidad materna ya que fue bastante elevada en la distocia, por lo que es de considerarse su aplicación solo en casos de indicación obstétrica (32,51, 82).

El peso y Apgar del producto al nacimiento no muestran diferencia estadística en la prueba de trabajo de parto (32,41,45 51,82).

Se ha comprobado en múltiples publicaciones como en el trabajo actual, la subjetividad del síntoma de dolor a nivel del segmento como dato de ruptura uterina, ya que en un porcentaje elevado se encuentran los segmentos íntegros (7,12,13,32,41, 71,81,82).

La recurrencia en la indicación de la cesárea se encontró en menor porcentaje que otras publicaciones (61).

Como en otros reportes se ha observado la influencia de la cesárea en el deseo de procreación, tal como se observó en el presente estudio en el que se realizó en mayor proporción la salpingoclasia bilateral en las pacientes en las que se les-

repitió la cesárea. (4,12,15,41,45,46).

En todos los artículos revisados se menciona mayor morbilidad después de cesárea que después de parto vaginal, sin embargo - en esta revisión fue al contrario, debido al alto porcentaje - que se presentó después de la distocia (3,4,9,15,17,26,28,29, - 31,36,39,42,45,80,82).

De igual manera se ha reportado mayor morbilidad fetal des - pués de cesárea que de parto vaginal, no obstante en esta va - riable fue a la inversa, secundaria a la aplicación de fórceps (8,17,31,34,42,45,80).

La mortalidad materna es nula, como reportado por la mayoría - de los autores, y la fetal es muy baja (2,3,7,8,11,33,34).

B I B L I O G R A F I A

- 1 .- Cragin EB. Conservations in Obstetrics
NY J Med 1916; 104 ; 1
- 2 .- Gibbs C. Parto vaginal planeado después de opera
ción cesárea.Clin. Obstet Gynecol 1980 : 514.
- 3 .- Read J,Colonel M. The scheduling of repeat cesa
rean section operations : Prospective management
protocol experience. Am J Obstet Gynecol 1985;151
557.
- 4 .- Ruiz V,Saldaña P, Rio de la Loza F,Rodriguez S.
Parto Postcesárea.I Selección de pacientes.
Ginec Obstet Mex. 1968 ; 23 : 529.
- 5 .- Rábago J. Simposium sobre :Conducta a seguir en
la embarazada con cesárea previa. Ginec Obstet -
Mex. 1961 ; 26 : 3.
- 6 .- Benedetti T,Platt L, Druzin M. Vaginal Delivery
after previous cesarean section for a nonrecur
rent cause. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 142:358.
- 7 .- Reyes Ceja Luis. La prueba de trabajo de parto en
pacientes con cesárea anterior. Ginec Obstet Mex-
1959 ; 24 : 111.
- 8 .- NIH Consensus Development Task Force statement on
cesarean childbirth. Am J Obstet Gynecol 1981 ; -
139 : 902.

- 9.- Shor V, Chavez J, Rivero E, Karchmer S. Mortalidad materna asociada a la operación cesárea. Ginec -- Obstet Mex 1982 ; 50 : 189 .
- 10.- Blanco J, Gibbs R. Infections following classical cesarean section. Obstet Gynecol 1980 ; 55 : 167.
- 11.- Septfen J, Rochin M, Dominguez R, y cols. Simpo - sium sobre : conducta a seguir en las embarazadas con cesárea previa. Ginec Obstet Mex. 1961 ; 26 : 5.
- 12.- Castelazo Ayala L. El Riesgo materno fetal en los embarazos post cesárea. Conducta a seguir. Ginec- Obstet Mex. 1955 ; 10 : 441.
- 13.- Douglas R, Birnbaum S, Macdonald F. Pregnancy and labor following cesarean section. Am J Obstet Gy- necol. 1963 ; 86 : 961.
- 14.- Donelly J, Franzoni K. Uterine rupture a 30 year - Survey. Obstet Gynecol 1964 ; 23 : 774.
- 15.- Porreco R. High cesarean section rate a new pers- pective. Obstet Gynecol 1985 ; 65 : 307.
- 16.- Lawler P, Bulfin M, y cols. A review of vaginal - delivery following cesarean section, from private - practice. Am J Obstet Gynecol 1956 ; 72 : 252.
- 17.- Lowenberg E. Cesarea; Memoria del curso : Operato^u ria Obstetrica Básica. AMGO 1983 ; 104.

- 18.- Marcushamer, Karchmer S y cols. Hallazgos histero-
graficos en pacientes con cesárea repetida. Ginec
Obstet Mex 1968 ; 24 : 1 .
- 19.- Ruiz V, Guerrero R, Morales A, Gamiz R. Postcesarean-
Hysterographic control. Am J Obstet Gynecol. 1964;
98 : 222.
- 20.- Yussman N, Haynes D. Rupture of gravid uterus a 12
year study. Obstet Gynecol 1970 ; 36 : 115.
- 21.- Hack M, Fanaroff A, y Cols. Neonatal Respiratory-
distress following elective delivery. A preventa-
ble disease ? Am J Obstet Gynecol. 1976 ; 126 : 43
- 22.- Herrera F, Velasco R, Ricaud L. Ruptura uterina.
Análisis de 100 casos. Ginec Obstet Mex. 1968 ; -
23 : 597.
- 23.- Shy K, Logerfo J, Karp L. Evaluation of elective-
repeat cesarean section as a standart of care: An-
application of decision analysis. Am J Obstet Gynecol
1981 ; 139 : 123.
- 24.- Pedowitz P, Schwartz R. The true incidence of silent
rupture of cesarean section scars. Am J Obstet --
Gynecol 1957 ; 74 : 1071.
- 25.- Flamm B. Parto vaginal después de cesárea; contro-
versias antiguas y nuevas. Clin Obstet Ginec 1986
925.

- 26.- Seitchik, Amico, Castillo, Oxytocin augmentation of dysfunctional labor. Am J Obstet Gynecol. 1985 ; - 151 : 757.
- 27.- Chesnut D, Fden y CoIs. Peripartum Hysterectomy. A Review of cesarean and postpartum hysterectomy. -- Obstet Gynecol 1985 ; 65 : 365.
- 28.- Marin R, García A, Romero JL, Morales JL. Resolución del parto subsecuente a cesarea previa. Presentación de 200 casos. Ginec Obstet Mex 1985 ; 53 ; 327
- 29.- Lavin J, Stephens R, Miodovnik M Barden T. Vaginal delivery in patients with a prior cesarean section Obstet Gynecol 1982 ; 59 : 135.
- 30.- Harris J. Vaginal delivery following cesarean section. Am J Obstet Gynecol. 1953 ; 66 : 1191.
- 31.- Merrill B, Gibbs C. Planned vaginal delivery following cesarean section. Obstet Gynecol 1978 ; 52 : 50.
- 32.- Allahabadia N. Vaginal delivery following cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1963 ; 85 : 241.
- 33.- Alvarez Bravo A. La dinamica del Útero gravido -- portador de cicatrices. Ginec Obstet mex. 1965 ; - 20 : 347.
- 34.- Ruiz V, Rivera F, Toscano O. Parto Postcesarea. II Morbimortalidad. Ginec Obstet Mex. 1973 ; 34: 217

- 35.- Horenstein J, Phelan J. Previous cesarean section: The risks and benefits of oxytocin usage in a trial of labor. Am J Obstet Gynecol 1985;151:564.
- 36.- Ruiz Velasco V. La operación cesárea. La prensa médica-mexicana. 1971 ; México.
- 37.- Serrano E, Perlasca F. Inducto conducción del trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior. Ginec Obstet Mex. 1970; 27 : 197.
- 38.- Baker K. Vaginal delivery after lower uterine cesarean section. Surg Gynec Obstet. 1955; 100 : 690.
- 39.- Septien G, Olivares T. Operación cesárea, pasado presente y futuro. Memorias del curso "tecnicas quirúrgicas selectas en ginecología y obstetricia. AMGO 1982 : 168.
- 40.- Suárez M, Alvarado A y cols. Simposium sobre " conducta a seguir en la embarazada con cesárea previa" . Ginec -- Obstet Mex 1961; 26 : 9.
- 41.- Cosgrove R. Management of pregnancy and delivery following cesarean section. JAMA 1951;145: 884.
- 42.- Jarrell M, Graham G. Vaginal delivery after cesarean section: A five-year study. Obstet Gynecol 1985;65: 628.
- 43.- Ferguson R, Reid D. Rupture of the uterus: a twenty-year report from the Boston Lying-in Hospital. Am J Obstet -- Gynecol. 1985; 76: 172.

- 44.- Clarck S, Yeh S, y Cols. Emergency Hysterectomy - for obstetric hemorrhage. Obstet Gynecol 1984 ; 64 : 376.
- 45.- García A, Ramirez D, Alvarado A. Manejo de la paciente obstetrica con antecedente de una cesárea- Analisis de 1,527 casos. Ginec Obstet Mex 1979 ; - 45 : 223.
- 46.- Hurry D, Larsen B, Charles D. Effects of postcesarean section febrile morbidity on subsequent fertility. Obstet Gynecol 1984 ; 64 : 256.
- 47.- Ruiz Velasco V. Pronóstico de la cicatriz post cesárea. Ginec Obstet Mex 1965 ; 20 : 1071.
- 48.- Ruiz V, Rosas Arceo, Rio de la Loza. Hallazgos -- histerograficos postcesarea en relación a la técnica quirúrgica. Ginec Obstet Mex 1968 ; 24 : 55.
- 49.- Nielsen T, Hokegard K. Postoperative cesarean section morbidity : A prospective study. Am J Obstet Gynecol 1983 ; 146 : 911.
- 50.- Ruiz V, Gongora P, Rosas J, Rio de la Loza F. Estudio de la cicatriz del utero gestante. Ginec- Obstet Mex. 1968 ; 24 : 15.
- 51.- Morewood G, O'Sullivan M, McConney J. Vaginal delivery after cesarean section. Obstet Gynecol 1973 ; 42 : 589.

- 52.- Martin J, Harris B, Huddleston J y Cols. Vaginal delivery following previous cesarean birth. Am J Obstet Gynecol 1983 ; 146 : 255.
- 53.- Meier P, Porreco R. Trial of labor following cesarean section. A two-year experience. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 144 : 671.
- 54.- Graham A. trial labor following previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1984 ; 149 : 35.
- 55.- Aispuro MA, Izaguirre A. Control radiológico de la cicatrización uterina postcesárea. Ginec Obstet Mex 1970 ; 27 : 359.
- 56.- Ruiz V, Perez de Salazar. Evolución de la cesárea en México. Ginec Obstet Mex 1970 ; 25 : 115.
- 57.- Saldana L, Schulman H, Reuss L. Management of pregnancy after cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 135 : 555.
- 58.- Ruiz V. Conocimiento del estado de una cicatriz de cesárea. En : libro Homenaje al Profr. Dr Luis-Castelazo Ayala. XXV Aniversario profesional. Mex. 1970;1:99.
- 59.- Ruiz V, Rosas J, Gongora, Rio de la Loza. Factores que modifican el aspecto histológico de una cicatriz de cesárea. Ginec Obstet Mex 1969 ; 25: 571.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- 60.- Zalar, Quilligan. The influence of scalp sampling on the cesarean section rate for fetal distress. Am J Obstet Gynecol 1979 ; 135 : 239.
- 61.- Lopez Lleras M, Chavez J. Cesarea repetida. Ginec Obstet Mex 1963 ; 28 : 495.
- 62.- Salzmann B. Rupture of low segment cesarean section scars. Obstet Gynecol 1964 ; 23 : 460.
- 63.- Ware J, Jarret O, Reda F. Rupture of the gravid uterus, report of 40 cases. Am J Obstet Gynecol - 1958 ; 76 : 181.
- 64.- Rodriguez S, Sangines A, Miranda O, Okhuysen K, Ahued JR. Cesarea de repetición. Ginec Obstet - Mex. 1982 ; 50 : 153.
- 65.- Rudik V. Epidural analgesia for planned vaginal delivery following previous cesarean section. -- Obstet Gynecol 1984 ; 64 : 621.
- 66.- Flamm B, Dunnett C, y Cols. Vaginal delivery following cesarean section use of oxytocin augmentation and epidural anesthesia with internal tocodynamic and internal fetal monitoring. Am J -- Obstet Gynecol 1984 ; 146 : 759.
- 67.- Carlsson G, Lindahl N y Cols. Extradural block in patients who have previously undergone caesarean section. British J Anaesth 1980;52: 827.

- 68.- Del Corral F, Navarro H, Ortiz M, Parto vaginal postcesárea. Rev Col Obst Ginec 1970;21 : 37.
- 69.- Rio de la Loza F, Kassem J, Ruiz V. Segunda cesárea en - pacientes sometidas a trabajo de parto. Ginec Obstet Mex 1971 ; 30 : 33.
- 70.- Danforth N. Cesarean section. JAMA 1985;523 : 501.
- 71.- Riva H, Teich J. Vaginal delivery after cesarean section Am J Obstet Gynecol 1961; 81 : 501.
- 72.- Flaksman R, Vollman J, Benfield G. Iatrogenic prematurity due to elective termination of the uncomplicated pregnancy. A major prenatal health care problem. Am J Obstet Gynecol 1978;132 : 885.
- 73.- Rio de la Loza F, Saldaña R, Ruiz V. Valoración clínica del empleo de la oxitocina en la embarazada con cesárea previa. Ginec Obstet Mex. 1969;26 : 87.
- 74.- Coutiño R, Esperanza R y Cols. El fórceps en la paciente - con antecedente de cesárea previa. Ginec Obstet Mex 1970 27 : 249.
- 75.- Ricard P. Trial labor in patients with previous cesarean section. Am J Obstet Gynecol 1985;151 : 297.
- 76.- Clark S, Eglintong y Cols. Effect of indication for previous cesarean section on subsequent delivery outcome in patients undergoing a trial of labor. J. Reprod Med 1984 ;29:22.

- 77.- Jones H. Cesarean section in present day obstetrics
Am J Obstet Gynecol 1976 ; 126 : 521.
- 78.- Kafka H, Hibbard, Spears R. Perinatal mortality associated with cesarean section. Am J Obstet Gynecol -
1969; 105 : 589.
- 79.- Wilson A. Labor and delivery after cesarean section
Am J Obstet Gynecol 1961 ; 62 : 1225.
- 80.- Demianczuk N, Hunter D, Wayne T. Trial of labor after previous cesarean section: Pronostic, indications of outcome. Am J Obstet Gynecol 1982 ; 142: 640
- 81.- Karchmer S, Vargas E, y Cols. Evolución y concepto del forceps en el Hospital de Gineco Obstetricia No 1 del I.M.S.S. Analisis de 3,500 casos. Ginec Obstet Mex 1967 ; 22 : 521.
- 82.- McGarry A. The management of patients previously delivered by cesarean section. J Obstet Gynaecol Brit Common. 1969 ; 76 : 137.