

11217  
208



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES  
FACULTAD DE MEDICINA  
HOSPITAL GENERAL 1o. DE OCTUBRE

I.S.S.S.T.E.

**"CONDUCTA OBSTETRICA POSTERIOR A UNA PRIMERA CESAREA"**

**TESIS DE POST-GRADO  
QUE PRESENTA EL DR.  
MISAEEL PEREZ DE LA CRUZ**

**PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

*Handwritten signatures and notes:*  
[Signature]  
[Signature]  
Vº Bº  
A. Suman P

## EJEMPLAR UNICO

México, D. F.

~~XXXXXXXXXX~~  
2002

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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.

A MI PADRE

Cuyo ejemplo es como  
una luz que persigo-  
constantemente.

A MI MADRE

Por que me enseñó  
a ser fuerte ante  
situaciones difíciles.

A MIS HERMANOS

Por el apoyo que  
siempre me han dado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

AL DR. HIRAM RAÑIREZ MARTINEZ  
DIRECTOR DE ESTA TESIS

Que mantuvo el interes y  
paciencia durante el desarrollo  
del trabajo, y que más que director  
fué amigo.

A LOS DRS.

SERGIO VILLALOBOS VALENCIA

Jefe del curso y del servicio  
de ginecologia y obstetricia

JULIAN COVARRUBIAS DE LA TOTA

Que como maestro es indispensable  
en la formación de los residentes  
de la especialidad.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

A TODOS LOS MEDICOS DEL SERVICIO

A TODOS LOS COMPAÑEROS RESIDENTES  
Y AMIGOS

AL PERSONAL DE ENFERMERIA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(1)

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

Revisando las estadísticas de los últimos 40 años, nos podemos dar cuenta de que la operación cesárea, día con día, y con más frecuencia, se practica para resolver problemas obstétricos seguro es que esto se deba a un perfeccionamiento de las técnicas de cesárea, al racional uso de los antibióticos, anestesia y transfusiones, a los avances de la perinatología para detectar problemas que antes escapaban a los medios clínicos existentes en aquel tiempo.

Hemos querido revisar el tema de la conducta obstétrica en la paciente con una cesárea previa debido a que este se presta a discusión mientras que unas escuelas preconizan intervención quirúrgica en el siguiente embarazo, otros estan a favor de buscar el parto por vías naturales si no existe alguna indicación precisa que contraindique el parto.

En 1916 Craigin sugirió que el riesgo de rotura uterina era tan grande y tal acontecimiento tan costoso que la operación cesárea repetida debería de efectuarse antes del comienzo de trabajo de parto, y tan pronto se comprobara la madurez del producto. Es evidente que esta idea no logró pronto apoyo unánime, si se considera los conceptos vertidos en la séptima edición de la obstetricia de Williams en la que se afirma al respecto: "En tales casos debe ser anticipada una terminación espontanea normal de partos subsiguientes,...pero es aconsejable que la enfer-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

ma sea observada en el hospital, con objeto de que pueda efectuarse de inmediato una laparatomía en caso de que - ocurra rotura uterina". La décima edición se expresa en la misma forma.

En 1961 el texto decía, "si no perduran las indicaciones para la primera cesárea, procede considerar el parto por la vía vaginal, pero con vigilancia muy cuidadosa".

La edición de 1976 aconseja como plan general de acción repetir la operación cesárea. Vemos como despues de 50 años el criterio de un libro serio ha cambiado y confirma el criterio del Dr. Craigin.

Esto nos hace pensar que es indispensable estudiar el problema lo más profundamente posible; con objeto de lograr conocimientos al respecto con los cuales podamos - prestarle ayuda a este grupo de pacientes que al emprender el camino de la maternidad salieron con una cicatriz que les afectará, en su vida reproductiva posterior, este es un problema al cual no se le ha prestado atención, en los libros y en las publicaciones científicas se describen las indicaciones, la frecuencia, las técnicas y - las complicaciones de la cesárea, describiendose la conducta que debe seguirse en cada problema, pero son pocos los autores que se ocupan de la presencia de una cicatriz en el útero, si afecta o no la vida reproductiva, - si habrá complicaciones durante los embarazos posteriores, si la paciente deberá ser sometida a trabajo de par

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(3)

to, o si se deba repetir la cesárea; si se debe repetir la cesárea: ¿ que técnicas y cuidados deben seguirse ? ¿ cual es el peligro de que se produzca una dehiscencia de cicatriz de cesárea?.

Durante los años que he cursado mi residencia en la especialidad de ginecobstetricia, me ha preocupado este problema, sin que hasta la fecha haya llegado a una resolución satisfactoria siempre que me encuentre ante una paciente en estas circunstancias me surge la siguiente pregunta: ¿ le hago cesárea ? ¿ la deje entrar en trabajo de parto ?, algunas veces los resultados han sido buenos y quedo satisfecho, pero cuando no lo han sido, continua en mi la duda de sobre cual debe ser la conducta adecuada. Es por esta razón que al presentarseme la oportunidad de elaborar este trabajo escogí este tema para que revisando el material del hospital general Primero De Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (ISSSTE), sobre el tema, pueda aprovechar la experiencia de quienes antes que yo estuvieron en la misma disyuntiva y pueda adecuar una mejor conducta que redunde en beneficio de nuestras pacientes.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



BREVE HISTORIA DE LA CESAREA

Definición.- La definición que se le ha dado a la cesárea, es la siguiente: "En la operación llamada cesárea, cualquier vía es abierta para la salida del producto de la concepción, que la destinada para ello por la naturaleza. Aunque, para este propósito, nosotros cortamos a través de cubiertas apropiadas del abdomen, estamos generalmente obligados a abrir también el útero, y es particularmente en este último caso que la operación ha recibido el nombre de cesárea, pues en el primero pudiera expresarse simplemente con el término de laparotomía".

Origen del término cesárea.

Hasta el momento actual el origen del término cesárea, sigue siendo obscuro, se pensaba que el término provenía por que Julio cesar, había nacido por esta vía, tal aseveración se considera incorrecta, ya que cuando Julio cesar invadió a Gran Bretaña, su madre, la bella Aurelia -- aún vivía, hecho inconcebible para esos tiempos; pues mujer que se intervenía en aquellos tiempos para extracción por vía abdominal del producto de la concepción, estaba destinada a fallecer, Young en 1944 propuso que el término de cesárea proviene del verbo latino "caedere", que significa cortar, y que por lo tanto cesárea significa: parto por corte, lo cual es muy probable ya que los niños nacidos de madres muertas, por sección cesárea, eran conocidos como "caesones".

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Primera operación cesárea.

Surgen más dificultades si se trata de investigar cuando fué practicada la primera cesárea. Datos fidedignos al respecto indican que fué dicha operación ~~ejecutada~~ a algunas de las razas primitivas particularmente la judía, pues en el "Mischnagoth y el Talmud", libros más antiguos - de esta raza se describen varios casos de niños nacidos - por cesárea.

El primer intento sobre una mujer viva en razas europeas, fué en el año de 1500, cuando Jacob Nufer, un capador de cerdos usando una navaja ejecutaba la operación -- en su mujer, quien como dato interesante sobrevivió; este caso se considera dudoso ya que fué publicado 86 años despues.

En Gran Bretaña la primera operación cesárea con resultados satisfactorios, fué practicada por una comadrona en 1738, llamada Mary Donelly, la paciente se llamaba Alice-O'Neale de 33 años, la herida fué suturada con seda, usando una aguja de sastre y una navaja para cortar, la paciente sobrevivió.

La primera cesárea efectuada en los Estados Unidos, -- fué una operación autoinflingida, el 29 de enero de 1822- en que la operada tenía 14 años y estaba embarazada ilegítimamente de dos gemelos, el primer niño nació por vías naturales y el segundo cuando la madre abrió su abdomen,-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la herida quirúrgica fué cerrada por facultativos, sobreviviendo la paciente.

La operación cesárea, no se efectuó durante algún tiempo debido a la alta mortalidad materna y fetal que presentaba la intervención, en aquellos días llegaba la mortalidad materna hasta el 83% para otros de 62% , hubo muchas modificaciones a la técnica.

Sanger en 1882 ideó; de suturar la histerotomía evitando el paso de loquios a la cavidad abdominal, pero en 1876 ideó después de la cesárea la histerectomía subtotal con los anexos, disminuyendo con esto la hemorragia y la infección peritoneal, Munro Keer ideó la incisión en el segmento inferior del útero, en 1916, la infección potcesárea seguía siendo el principal problema, en 1907 Fritz Frank revivió la técnica de cesárea extraperitoneal que le llamó "parto suprasinifisiario", suturando el peritoneo parietal al vicerál uterino, sin embargo la verdadera técnica extraperitoneal fué introducida por Wilhelm Lutzko. Las múltiples modificaciones que se han hecho a las técnicas de la cesárea junto con otros adelantos han culminado en la reducción de la mortalidad materna.

La evolución de la operación cesárea en México, tuvo la misma historia que en otros países, teniendo datos fidedignos de que la primera cesárea en México, se efectuó por unos frailes a una india embarazada muerta de hemorragia, -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

(7)

así lo hace constar la gaceta médica de mayo de 1779, para mediados del siglo pasado se siguieron practicando cesáreas postmortem, hasta el año de 1850 el 27 de junio en que el Dr. Miguel Jiménez, practicó una cesárea a una mujer embarazada, que había recibido una cornada de toro en bajo-ádbomen interesando la pared uterina, habiendo el Dr. Jiménez extendido la incisión, extrayendo el producto de pies, se siguieron practicando cesáreas en México algunas con éxito otras con fracaso, todas corporales hasta el -- año de 1926, en que un médico interno; de pregrado del -- hospital Juárez efectuó la primera cesárea segmentaria -- transperitoneal, con éxito, el fué el Dr. Clemente Robles.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

TECNICAS DE LA OPERACION CESAREA.

La técnica quirúrgica de la operación cesárea fué cambiando lenta y paulatinamente, através del tiempo, pasó del simple corte de melon, que se hacia en la mujer fallecida, al corte fúndico previo a la operación de parto, de la -- operación mutiladora se pasó al corte corporal anterior, -- ensayandose diversos cortes en el cuerpo del útero, como -- longitudinales, oblicuos, laterales y hasta en la cara posterior, William Hunter en 1766 propuso el tipo de corte a nivel del segmento inferior, pero no sería hasta dos siglos después, que se llevaria a cabo este tipo de incisión en forma sistematizada.

Existen dos métodos básicos para ejecución de una cesárea.- En primer término; operación cesárea de segmento inferior, la mucho más común y que debe efectuarse a menos -- que exista alguna contraindicación, en segundo término; la cesárea clásica, el tercer tipo de cesárea sería, la cesárea extraperitoneal; podriamos decir ya casi abandonada, -- por las dificultades técnicas en su ejecución.

Operación cesárea del segmento inferior.

Incisión de la piel.- La incisión transversal o de Pfannenstiel en la parte inferior del abdomen es la más usada -- de preferencia, a la infraumbical en la línea media.

Su principal ventaja, es fundamentalmente estética, ya --

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

que puede ser cubierta por una prenda de tipo "bikini", - y cabe citar que cura con un mínimo de cicatriz.

Los inconvenientes sería, que se tarda más en la extracción del producto, que es más facil que se formen hematomas ya que esta es una área más vascularizada, pero haciendo una buena hemostasia y dejando un dren en la herida quirúrgica, se evitan estas complicaciones.

Si existe posibilidad de que pueda ser necesaria una cesárea clásica, no es conveniente practicar este tipo de incisión, al igual si se contempla posibilidad de histerectomía o en caso de que la cesárea deba repetirse como en la desproporción fetopélvica.

Vaina del recto.- Cuando se utiliza incisión de tipo Pfannenstiel la vaina suele incidirse transversalmente, - mientras que si la incisión es en la línea media, la incisión en la vaina se práctica en forma vertical.

Exposición y abertura del peritoneo.- Siempre debe llevarse a cabo la abertura del peritoneo en la parte superior, tomando esta serosa con dos pinzas vasculares, para seccionar entre ellas con un escalpelo y tijeras para tejido, verificando antes la ausencia de intestino o epipión entre útero y peritoneo parietal es preciso tener cuidado en todo momento para no lesionar la vejiga.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La inserción de un separador de Doyen en esta etapa permite identificar varios puntos de interés.

Primero con respecto al segmento inferior del útero, es factible formarse una opinión en cuanto a su vascularización y morfología, segundo será evidente el grado de introducción de la vejiga sobre el segmento inferior del útero, y por último podrá verificarse el grado de rotación uterina lo que podrá lograrse al observar los ligamentos redondos, esto se facilita al momento de colocar dos paños en las correderas parietocólicas, esto con el objeto de evitar que la sangre y el líquido amniótico llegue a la cavidad abdominal.

Exposición del músculo del segmento uterino inferior.— Se lleva a cabo utilizando una pinza de disección sin dientes con las cuales se toma el peritoneo suelto que cubre el segmento inferior entre el borde superior de la vejiga y dos centímetros por debajo de su fijación, como es sabidamente muy firme a la pared anterior uterina, mediante el uso de tijeras curvas se abre el peritoneo en la parte central y se separa lateralmente a cada lado del útero en dirección ascendente ligeramente curva. La longitud de esta incisión depende del grado de exposición requerida para la abertura del útero.

Por disección roma es separada la vejiga en forma descendente del segmento uterino inferior, hasta que se considere en posición firme y segura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Incisión del segmento uterino inferior,-- Se incide --- transversalmente el músculo uterino con escalpelo en una - distancia aproximada, de tres centímetros hasta visualizar las membranas o hasta salir líquido amniótico, si las membranas están rotas hasta visualizar partes fetales, hay -- que tener cuidado de no herir -- al feto. Una vez abierta la cavidad uterina se introduce uno o dos dedos de la mano izquierda para separar el segmento uterino inferior de la - parte subyacente que se presenta, y usando tijeras curvas - se amplía la incisión en forma lateral, incurvando un poco hacia arriba; primero en una dirección y después en otra, - hasta que se considera adecuada la longitud para permitir - la salida de la cabeza sin ninguna dificultad; si en este - momento del corte sangra el músculo uterino, no es recomendable aplicar ningún tipo de pinza ya que al momento de la - extracción del producto puede producirse desgarros principalmente en los ángulos, con lo cual aumentaría la intensidad de la hemorragia.

Extracción del producto.-- Existen dos máximas o senten-- cias a observar durante la extracción del producto; primero, renunciar a toda prisa; ya que esto conduce solo a desgarrros del útero o a daños intracraneales del producto; se-- gundo, en caso de dificultad para extracción de la cabeza no desesperarse, sino tratar de identificar el problema y darle resolución.

Normalmente es fácil insertar una mano en la herida ute





rina y deslizarla por debajo de la cabeza del producto, y orientar la cabeza en dirección a la herida uterina, maniobra que se logra más fácil si se ejerce presión sobre el fondo uterino por el ayudante.

La dificultad encontrada con más frecuencia para extracción de la cabeza es cuando está se encuentra amoldada a la pelvis, y es en esta situación donde se debe evitar todo apresuramiento, ya que esto solo conduce a la lesión del útero o el producto.

En la mayoría de los casos la cabeza puede ser orientada hacia la herida uterina, es en estos casos en que el hombro puede representar un problema a nivel de la herida uterina por lo que conviene desplazarlo hacia arriba hasta que la cabeza sea desalojada.

Si el útero se encuentra contraído y dificulta elevar la cabeza, el anestesiólogo puede relajar el útero; generalmente se usa fluotane, haciendo de esta manera una maniobra difícil en sencilla. Si estas maniobras fallan, es necesario que una tercera persona introduzca la mano por la vagina y rechaze la cabeza fetal.

A veces, se presenta una situación inversa, es decir, que la cabeza se encuentra libre, y resulta inútil toda maniobra que se ejecute en la herida, incluso, con presión sobre el fondo; en estos casos, en que resulta útil

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

el forceps de Wrigley, la extracción de los hombros tronco y extremidades no presenta dificultades, despejar las vías aéreas, pinzar y cortar el cordón umbilical; son pasos que se dan por conocidos, se recomienda que al salir la cabeza se aplique oxitocina por vía intravenosa, para cuando culmine el parto el útero se contraiga y disminuya la cantidad de sangre perdida.

El paso siguiente es extraer manualmente la placenta para revisar la cavidad uterina, en busca de membranas o restos de placenta.

La presentación pélvica, no ofrece, la mayoría de ellos problema alguno. Siguiendo los mismos pasos que para un parto vaginal la cabeza última no ofrece dificultad alguna en su extracción.

El feto en situación transversa u oblicua; generalmente no ofrece dificultad pues se extrae como si fuera presentación pélvica, al traccionar los miembros hacia la herida uterina, el problema surge cuando la situación es transversa, con dorso hacia abajo, las membranas rotas y el hombro impactado. En tal caso si se ha practicado una incisión transversa en el segmento inferior; de ninguna manera debe dirigirse el brazo hacia la herida uterina, pues la extracción en este caso, sera imposible, es necesaria la experiencia del cirujano y del anestesiólogo, para resolver estos casos debe tenerse en cuenta el tamaño del feto existen dos métodos para resolver estos casos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Primer método; consistirá si el feto no es muy grande - en relajar el útero que a menudo se encuentra firmemente - contraído sobre la superficie fetal, ya con el útero relajado se debe rechazar el hombro suavemente, y dirigirlo hacia arriba hasta que se logre tomar un pie y entonces por tracción suave llevarlo hasta la herida uterina completando el parto como si fuera presentación pélvica.

Si, como a menudo ocurre, esta maniobra falla, proceden entonces practicar una incisión ascendente en la línea media de la pared anterior del útero, desde el borde superior de la incisión transversal en la distancia necesaria para la extracción del feto como una posible presentación - pélvica. Esta incisión en "T" invertida debe evitarse hasta donde sea posible ya que se produce una cicatriz débil y es preferible una incisión clásica.

Oclusión del útero.- El primer objetivo después de extraído el producto es detener la hemorragia a menudo considerable ya que se han abierto senos venosos, esta hemorragia es más acentuada en los ángulos en donde se deben aplicar pinzas hemostáticas de esta manera se controla la hemorragia y se identifica la extensión lateral de la incisión. Es importante identificar claramente los bordes de la herida uterina, principalmente el inferior ya que con la hemorragia y la retracción del mismo se dificulta, no siendo raro que el borde superior se suture a la pared posterior del útero, accidente grave, ya que impide el drenaje de los loquios acarreado esto complicaciones graves. Al

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

aplicar las pinzas a los bordes en forma adecuada es fácil identificar los desgarros de la misma si es que los hay y así mismo establecer la relación que existe entre el segmento inferior uterino y la vejiga, y de esta manera evitar lesión al órgano mencionado al momento de reparar la herida uterina.

Para el cierre del útero son innumerables las técnicas que se han descrito, así como el material de sutura usado solo se describirán los puntos básicos.

Una vez identificados los bordes de la histerotomía, se suturan primero los ángulos de la herida, con catgut crómico del uno con aguja atraumática, dejando un cabo corto en cada lado para aplicarle una pinza arterial, el otro cabo con su correspondiente aguja y con el cual se completará el cierre.

Comenzando en el ángulo izquierdo, la primera capa se cierra de izquierda a derecha, con sutura continua con yuxtaposición ligera, persiste aun el día de hoy, si esta primera capa debe incluir o no la decidua, los que se oponen a la inclusión arguyen que esta debilita la cicatriz, que predispone a endometriosis y a infecciones, sin embargo otros que incluyen la decidua uterina no tienen ningún problema de esta naturaleza.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La segunda capa es cerrada con el catgut original usado para asegurar el ángulo derecho, esta sutura se lleva a cabo de derecha a izquierda, es también continua, pero para mejor yuxtaposición y hemostasia se utilizan puntos apretados. Algunos autores opinan que estos puntos no deben utilizarse ya que estrangulan el aporte sanguíneo al músculo-uterino, pudiéndose debilitar con esto la cicatriz. Sin embargo en la literatura no se encuentran datos convincentes al respecto.

Oclusión de peritoneo y pared abdominal.-- El visceral se cierra con catgut crómico del número uno o del cero,-- sutura continua y aguja atraumática, teniendo cuidado de no perforar la vejiga.

Después de sacar con gran cuidado las compresas de las correderas parietocólicas, de corroborar que es correcto el recuento de gasas y compresas, y verificar la hemostasia, y extraer coágulos y líquido amniótico, se cierra entonces el peritoneo parietal, con el mismo material y técnica que el visceral comenzando la sutura con el extremo superior, resulta fácil, la identificación de los bordes del peritoneo, colocando 4 pinzas arteriales dos en sus extremos y dos a los lados.

Es esencial que los bordes del peritoneo queden afrontados perfectamente para evitar cualquier hernia del intestino o epiplón, y antes de cerrar la vaina del recto ve

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

rificar si no hay desgarros del peritoneo, la aponeurosis se cierra con daxon del uno o catgut crómico del uno.

### Operación cesárea clásica corporal

Rara vez se efectúa hoy en día la operación cesárea clásica. Sin embargo todavía tiene un lugar muy definido, en el momento actual aun cuando existen desacuerdos respecto a algunas indicaciones.

En la actualidad la presencia de un segmento inferior, con formación precaria constituye con mas frecuencia la indicación fundamental lo que sin duda es debido al hecho de que se efectúa más cesáreas, cuando está indicado el parto entre las 30 y 34 semanas de gestación ya por causas materna o fetal, en términos generales, se opta por la cesárea como el método mas seguro tomando como base que el bienestar fetal se encuentra ya comprometido, ya que someter a trabajo de parto a estas pacientes, sería acentuar el problema. Como ejemplo de estas patologías tenemos las siguientes: - sangrado grave antes del parto debido a desprendimiento - placentario, placenta previa, presentación pelvica con ruptura de membranas, parto prematuro en embarazos gemelares, hipofunción placentaria de cualquier tipo.

La indicación más convencional, para la operación clásica es la posición transversa y aún no se considera absoluta.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Las adherencias densas que ocultan el segmento inferior, la vejiga o ambas, un sangrado intenso de placenta previa-con segmento inferior muy vascularizado, la presencia de un gran fibroide en el segmento inferior, sería una de las indicaciones más para practicar cesárea clásica.

Muchos autores piensan que la paciente portadora de un carcinoma cervico-uterino se les debe practicar cesárea clásica.

Técnica operatoria.- Los pasos que se siguen para la operación cesárea clásica son los mismos que para una segmentaria con las siguientes diferencias: la incisión subumbilical media es la vía de entrada más adecuada al útero.

El músculo uterino del segmento superior es incidido verticalmente en la línea media de su mitad inferior, es indispensable que para esto se corrobore la posición del útero observando los ligamentos redondos, la posición exacta del fondo debe ser identificada, con la mano intraperitoneal, para evitar con esto, que la incisión se haga en el fondo mismo, la salida del feto es más fácil que en el caso de la cesárea segmentaria baja, y se logra mejor por extracción de nalgas.

El cierre de la incisión es idéntico que para el segmento inferior, pero como la pared uterina a este nivel es gruesa se recomienda dar tres capas de sutura, no hay peritoneo visceral para cerrar el útero, de modo que la opera-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

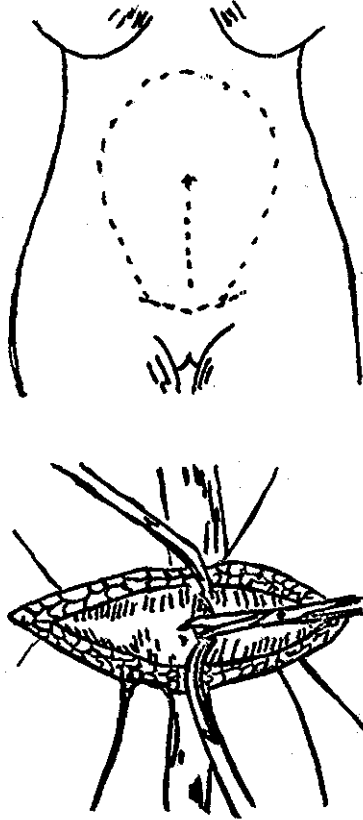
ción termina por la oclusión de la cavidad peritoneal y la pared del abdomen, siguiendo los pasos que para la cesárea del segmento inferior.

Cesárea extraperitoneal.- Está indicada cuando existe infección intrauterina grave, en presentación cefálica, y ha sido el medio utilizado para reducir la incidencia de peritonitis grave en pacientes con los antecedentes mencionados. La técnica usada es la propuesta por Krichton, en la que puede abrirse la pared del abdomen en forma longitudinal o transversalmente, pero el peritoneo parietal es incidido transversalmente una vez abierto el peritoneo visceral y bajada la vejiga, el colgajo superior del peritoneo es suturado al colgajo inferior del peritoneo parietal, y el colgajo inferior del visceral también al inferior del peritoneo parietal ya que de esta manera se descarta artificialmente el segmento inferior, de la cavidad peritoneal convirtiéndolo en extraperitoneal. Después de la expulsión del feto y de la placenta y de suturar el segmento inferior el peritoneo sobre la herida uterina, se deja tal como esta y se aplica un drenaje sobre dicha herida.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



## Técnica de la cesárea segmentaria transversa.



Lamina 1.-Arriba, Tipos de celiotomia utilizados en la operación cesárea transperitoneal. Incisión media infraumbilical ( la más común) e incisión transversal baja de tipo - Pfannenstiel. Abajo, apertura del peritoneoparietal. Se hace un pequeño corte en un repliegue levantado con pinzas. Se refieren -- los bordes y con unas tijeras de incide hacia arriba hasta el extremo distal, hacia abajo hasta la vejiga.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.

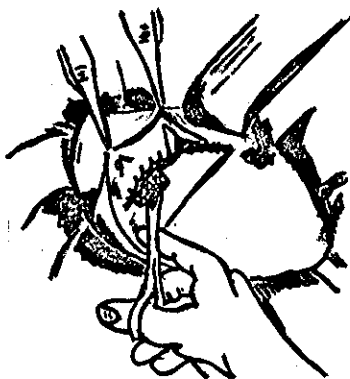
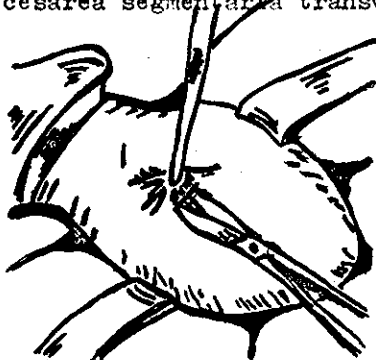


Lámina 2.- Incisión del peritoneo visceral se localiza la reflexión del peritoneo vesicouterino y su parte central se levanta con una pinza de disección para cortarla con la punta de una tijera. Abajo, después de haber despegado lateralmente el peritoneo visceral, se despegaba hacia abajo en una distancia de 2-3 cms con la punta de un dedo o como más comunmente se hace con una gasa montada.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.

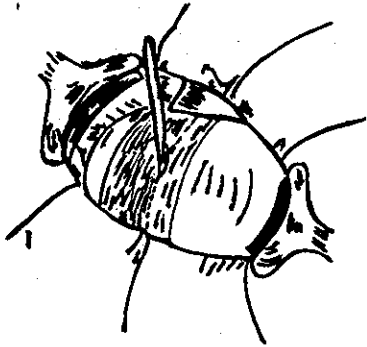
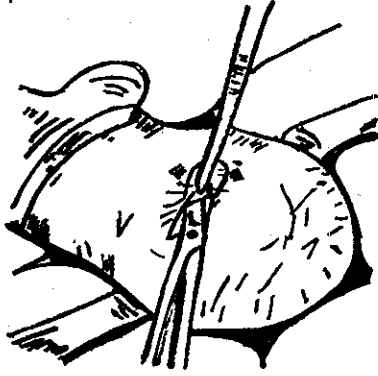


Lámina 3. Después de haber despegado el peritoneo visceral y haberlo incidido en forma lateral, se practica la histerotomía. En la parte media del segmento, con un bisturí se hace un pequeño corte como de 2 cms.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa

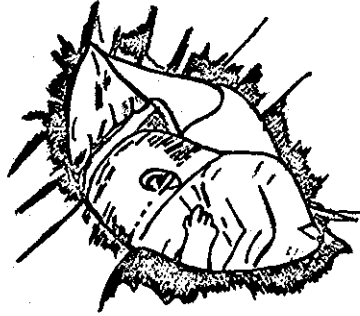


Lámina 4.- Arriba. Histerotomía, el corte deja un pequeño ojal, a través del cual - se hará la apertura completa. Abajo. Se recomienda antes de la introducción de las tijeras, despegar con un dedo la pared uterina de su contenido. Después se introduce otro más, colocandolo a lo largo de lo que va a ser la incisión para proteger el contenido uterino.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa

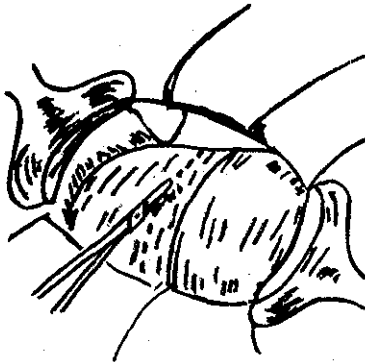


Lámina 5.- Arriba, histerotomía por avulsión. Se hace tracción excentrica con ambos índices colocados opuestamente. Abajo, histerotomía por corte, con tijeras curvas se corta hacia cada lado siguiendo una dirección arqueada. Este corte siempre se hace con los dedos intrauterinos, no aparecen en la figura.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Lámina 6.- Arriba, extracción del producto. Maniobra del calzador. Con la mano izquierda entre la pelvis y la cabeza fetal se ayuda la salida de ésta última haciendo una maniobra similar (pero en sentido inverso) a la que se ejecuta al ponerse un zapato. Para la extracción de los hombros se orienta el feto en relación a la incisión se debe extraer como si fuera un parto.

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.

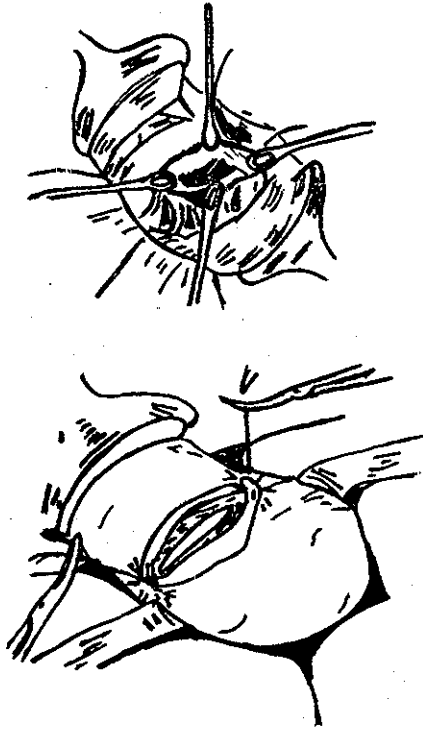


Lámina 7 .- Ya extraída la placenta y limpia la cavidad uterina con cuatro pinzas de Foerster se refieren las comisuras y la parte media de ambos bordes. Abajo, Colocación de los puntos en los extremos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.

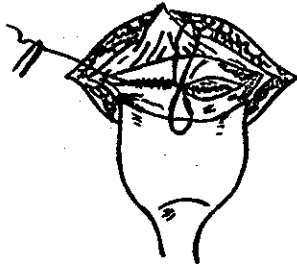


Lámina 8.- Ya extraída la placenta, y limpia la cavidad uterina se procede a cerrar por planos. La primera capa o sea al miometrio es continua de izquierda a derecha.- la segunda capa también continua, se inserta de derecha a izquierda.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Técnica de la cesárea segmentaria transversa.

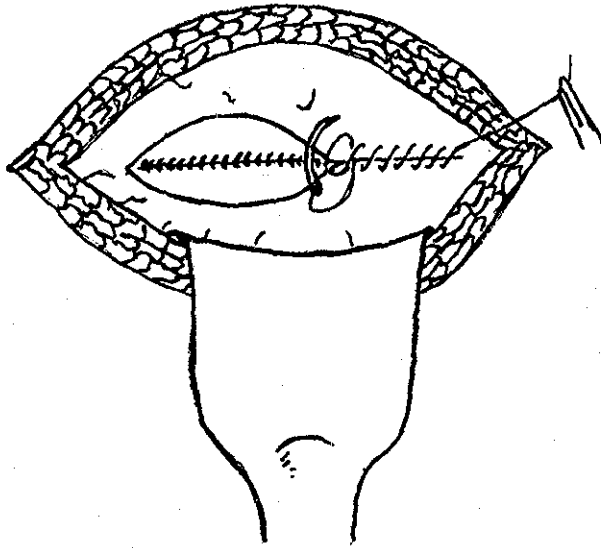
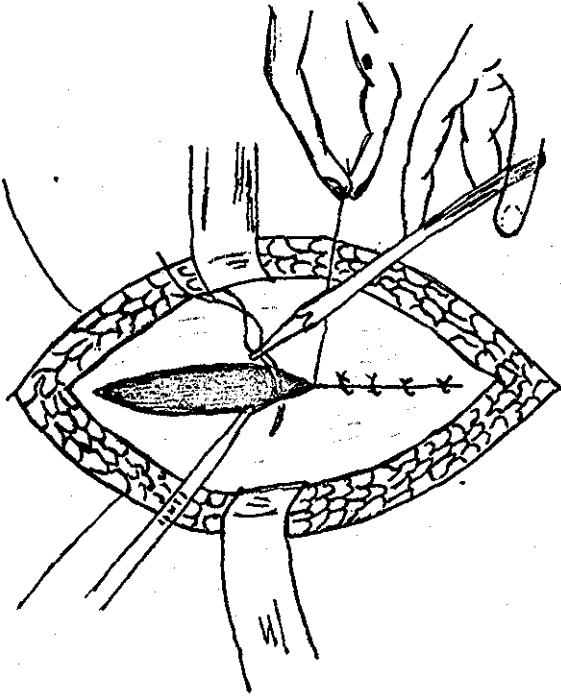


Lámina 9 .-El peritoneo es cerrado por -  
puntos continuos de sutura, para este fin  
se utiliza cátagut crómico del cero.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea segmentaria transversa.



Lamina 10 .-Cierre de la pared. Se colocan en la aponeurosis anterior de los rectos puntos separados de catgut cromico del No. uno, pudiendose usar en este plano, dexon- del No. uno

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea corporal.

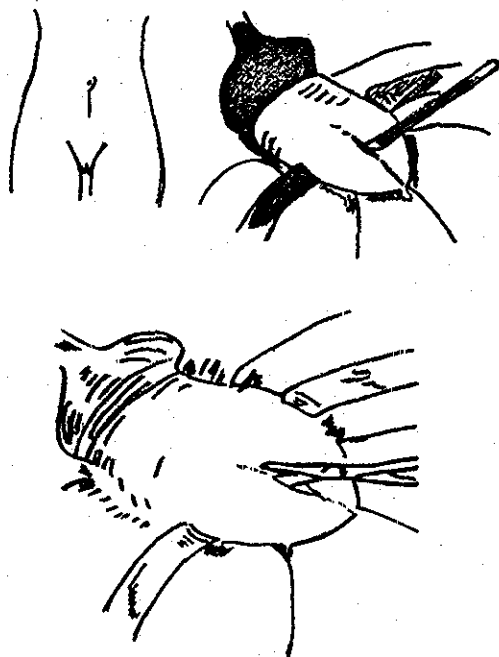


Lámina 11 .-Incisión cutánea. (arriba) para cesárea corporal, la incisión en piel - esta incisión media se prefiere a la --- transversa. Arriba a la derecha, la inci- sión uterina se lleva a cabo en la línea- media de la cara anterior del útero una - vez corregida la rotación, cortes pequeños hasta alcanzar la cavidad uterina

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Técnica de la cesárea corporal.

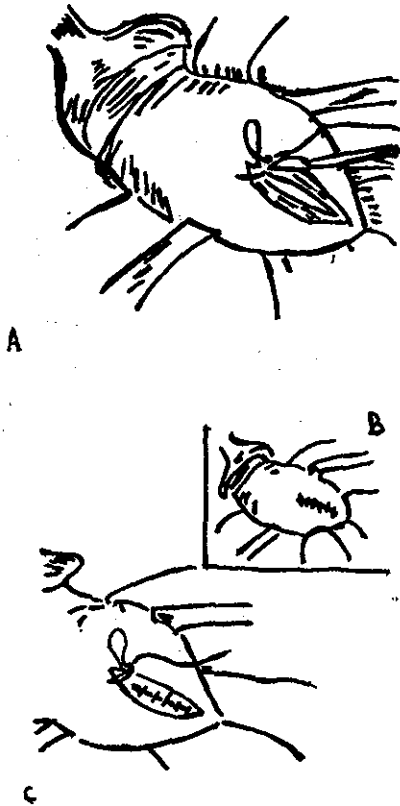


Lámina 12.- Una vez hecho el corte con bisturí y completandolo con tijeras y extraido el producto, se procede suturar por planos la primera capa puntos separados a partir del ángulo inferior de la herida esta capa de sutura abarca el tercio interno de la pared muscular, la segunda capa abarca el tercio medio muscular, (B). C. Comprende el musculo superficial y el peritoneo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MANEJO DE EMBARAZO SUBSECUENTE  
CON CESAREA PREVIA.

En tiempos actuales podríamos decir que un embarazo después de una cesárea, evoluciona igual que aquel en el cual no hay cicatriz previa; y esto es que se han superado muchas etapas, pues con el perfeccionamiento de las técnicas de cesárea segmentaria, y casi abandono de las técnicas corporales, han desaparecido, la mayor morbilidad de la operación y esto refiriendonos a la dehiscencia que se producía durante el embarazo.

Actualmente la paciente con una cesárea previa, como -- que está consciente de su problema y acude regularmente al médico para control prenatal, esto implica un beneficio a su embarazo y se pueden detectar problemas tempranamente y darles tratamiento adecuado. Esto ha sido demostrado mediante estudios comparativos de embarazos con cesárea previa y sin ella, en estos últimos se ha demostrado que cursan con más problemas ya que descuidan la atención prenatal.

El conocer lo anterior nos exige de una vigilancia constante y cuidadosa de la paciente con una cesárea previa -- pues hay patología que se presenta más frecuentemente en estas pacientes y que es necesario conocerlas para darles mejor tratamiento y prevenirlas si es posible.

Numerando en orden de frecuencia y de interes, se encuentra que estas pacientes cursan con mayor frecuencia de

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

abortos, en las mujeres con varias cesáreas se encuentra que en casi la mitad, de los casos existía el antecedente de uno o más abortos; en todos los casos en que se controló el embarazo no se produjeron abortos, puede ser que en ellos se incluyan los prevecados para evitar embarazos.

Se han practicado estudios de las pacientes con cesárea --previa y se ha visto que el 33.7% tiene el antecedente de abortos, contra el 24% sin operación cesárea; pero el índice de abortos en el nuevo embarazo fué de 0.6% para cada grupo, lo que no es estadísticamente significativo. Por lo anterior podemos decir que hay más abortos espontáneos, no siendo ostensible pero qué hay que tenerlo en cuenta.

Se menciona que la ruptura prematura de las membranas es también más frecuente y que en algunas estadísticas alcanza el 5.3% algunmayores que en las mujeres sin operación cesárea. Esto quizá se deba a procesos cicatrizales, adherencias y a las mal posiciones fetales. Esta situación es factor favorable a la prematuridad, terminando antes de tiempo - el embarazo; si el trastorno se presenta en épocas gestacionales tempranas da lugar a verdaderos problemas de manejo.

La situación transversa otra anomalía que según varios autores es más frecuente en la paciente con cesárea previa; y se encuentran estadísticas que van del 5.24%, esto es explicable ya que la paciente con cesárea previa, es más frecuente la placenta previa y si a esto sumamos que la cavidad uterina se modifica en su capacidad y forma, por la cic

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

triz, sobre todo en su extremo inferior; factor que altera la ley de Pajot e impide la presentación cefálica, lo interesante de esta situación es que predispone a la ruptura de membranas anteparto y si la paciente es portadora de una cesárea esto obliga a repetir la operación.

La placenta previa se ha visto que es más frecuente en la paciente con antecedente de una cesárea, por la implantación sobre la cicatriz; lo cual en nuestro tiempo casi todas son segmentarias transversales y se vuelve más frecuente cuando aumenta el número de cesáreas, su presencia que muchas veces obliga a interrumpir el embarazo antes de tiempo, presenta problemas de aspecto técnico, durante la operación como son: el sangrado más abundante, el sitio donde debe llevarse a cabo la incisión uterina, la extracción del producto al encontrarse con la placenta, la sutura se vuelve más difícil por que muchas veces el segmento está deleznable.

Otros padecimientos frecuentes y propios del embarazo se presentan más infrecuentemente en estas pacientes, por que la mayoría recibe atención prenatal, lo que evita la aparición de esta enfermedad.

Podemos decir que la conducta que debe seguirse durante el embarazo de una paciente con cesárea previa, no difiere de la paciente no operada; se recomienda que se ponga especial interés en la vigilancia médica anteparto, y tener en cuenta la posibilidad de aborto y de la ruptura prematura de las membranas, y aplicar medidas encaminadas a evitar es

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tos problemas y si ya aparecieron tratar de controlarlas.

Tener presente también la aparición de placenta previa - y de la situación transversa del feto, para además de ello; advertir a la madre y decidir el tiempo oportuno para la interupción del embarazo.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



EVOLUCION POSTOPERATORIA DE LA  
CESAREA CORPORAL.

Pedriamos decir que la paciente con cesárea corporal, - presenta más morbilidad y más mortalidad en comparación con la transversal baja, cuando la paciente se embaraza amerita un cuidado especial principalmente en las últimas semanas - del embarazo, e interrumpir el embarazo a las 38 semanas an - tes de que comience el trabajo de parto; pues se han repor - tado casos de dehiscencia espontánea de histerorrafia a -- los 7 - 8 meses, sin trabajo de parto.

Las complicaciones de este tipo de cesárea son en gene - ral las mismas que para la cesárea segmentaria transversal, presentándose en este tipo, con más frecuencia; hemorragia, - infecciones y dehiscencia, de ahí su casi abandono de la ci - rugía obstétrica.

Durante el acto operatorio, las principales complicacio - nes son: el sangrado; que sin lugar a duda es más abundante que las cesáreas transversales. En el postoperatorio la in - fección es más frecuente por varios motivos; uno de ellos, - el principal; es que la incisión se llevó a cabo en la par - te activa del útero y al no lograrse una peritonización per - fecta, se ha demostrado que hay salida de lequios a la cavi - dad abdominal, el íleo paralítico se presenta también con - más frecuencia por que en este tipo de cesárea se maneja - más el intestino y el epiplón.

La pérdida fetal que en este tipo de operación oscila -

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

del 5 al 25 % es motivada únicamente por inmadures fetal y afecciones respiratorias, las cuales son el resultado de las complicaciones obstétricas que indicaron la cesárea, más que la técnica quirúrgica. Cuando las maniobras al extraer el producto son bruscas se puede producir lesión a los huesos largos, tejidos blandos, plexo braquial y cuello del feto.

El futuro obstétrico de la paciente con cesárea corporal es satisfactorio recordando nuevamente que por estar situada la cicatriz en la parte activa del útero no debe permitirse el trabajo de parto, se deben espaciar los embarazos cada dos o tres años, el embarazo debe vigilarse cuidadosamente, no debe permitirse número exagerado de embarazos ya que la posibilidad de dehiscencia es mucho mayor.

No hay que considerar a la paciente con cesárea corporal previa, inútil para gestaciones posteriores por un medio mal infundado.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CESAREA SEGMENTARIA TRANSVERSAL

La cesárea transperitoneal segmentaria transversal, es la que práctica el obstetra especializado, tiene particularidades especiales, que la hacen única a cualquier otro tipo de cesárea; hay factores que deben tenerse en cuenta para ejecutar una operación cesárea de este tipo, conocida - en nuestro medio como cesárea Kerr.

La cesárea segmentaria transperitoneal transversal, ofrece varias ventajas comparandola con cualquier otro tipo; en primer lugar si se compara con las corporales, o con las segmento corporales, aquella por practicarse en la región con poca musculatura el sangrado no es tan abundante, la infección que es uno de los problemas que con más frecuencia se presenta en nuestro medio y en cualquier otra parte del mundo, es menos frecuente en la cesárea Kerr el íleo paralítico también es menos frecuente en la cesárea transversal baja, por razones que ya señalabamos en el capítulo anterior.

La dehiscencia de histerorrafia, ya se ha indicado en otros capítulos que uno de los factores predisponentes para que se produzca una dehiscencia es el tipo de cesárea efectuada, se sabe que las cesáreas corporales; alcanza una frecuencia de 2 - 25 por ciento, lo que se explica por que este tipo de incisión son más frágiles, su reparación más laboriosa, la histerotomía más amplia por estar situada en la parte activa del útero. Las cesáreas segmento corporales; se da también un índice de ruptura más fre

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

cuente que en las transversales bajas, hay estudios comparativos en los cuales se demuestra que la ruptura en este último tipo de cesárea es el doble la dehiscencia que en el tipo Kerr.

Cuando se usa oxitocina durante el trabajo de parto en la paciente con una cesárea previa, se reporta un mayor porcentaje de dehiscencia de histerorrafia y esto se acentúa más en las incisiones corporales y en las segmentarias verticales.

Un punto importante a señalar, es el tipo de dehiscencia que se presenta en un caso y en el otro, según la técnica empleada.

Así se ha encontrado que la dehiscencia completa que es la más aparatosa y más grave; es más frecuente en las cicatrices clásicas que en las transversales bajas.

La endometriosis del espacio prevesical y cutánea, hernia de pared sinequias y alteración de la fertilidad son otras complicaciones tardías que se presentan en la mujer con cesárea, no hay estudios al respecto que nos indiquen en que tipo de cesárea se presentan con más frecuencia estas alteraciones.

La endometriosis quizá por razones raciales es un problema que no es frecuente en nuestro medio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

La hernia de pared que se presenta mayormente en las incisiones verticales, han sido hayadas hasta en un 4 por ciento en la mujer mexicana; se debe más a la distensión que se produce en los diversos embarazos que a la operación misma.

Otras complicaciones tardías que se refieren son: las adherencias intracavitarias; pero esto es más frecuente -- cuando se practica legrado con legra cortante, por alguna causa en el parto tardío.

Se ha descrito que la operación cesárea disminuye también la fertilidad, esto es falso pues se ha encontrado que la disminución de los embarazos son voluntarios, y las radiografías muestran parte istmica del útero y las trompas normales.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

RESOLUCION DEL EMBARAZO DESPUES  
DE LA CESAREA.

Desde hace varios años un problema de la obstetricia -- ha sido si a la paciente que ha sido sometida a una cesárea se le dá oportunidad de tener el producto de la concepción por vías naturales.

A principios de este siglo la paciente con una cesárea-  
previa que llegaba a sobrevivir, y que se embarazaba se le practicaba el aborto o la embriotomía, esto si la causa - que motivó la cesárea; se sabía que repetiría. Si la causa no era de forzosa repetición, se le permitía el parto a la paciente aun con los peligros que esto representaba. El - primer intento de esta conducta se encuentra en el año 17-73, cuando un médico Español; Diego Mateo Zapata se opone a la embriotomía y aboga en favor del parto despues de la-cesárea.

Tiempo después con las innovaciones que se hicieron a - las técnicas quirúrgicas, en anestesia etc., las complica-  
ciones de la operación cesárea han ido disminuyendo hasta hacerse mínimas por lo que se inició la época de la repeti-  
ción de la cesárea, esto motivó a Craigin en 1916 que enun-  
ciara el axioma de " una cesárea siempre cesárea", que mu-  
chos obstetras lo tomaran como regla.

Este enunciado que estuvo justificado por que la opera-  
ción en general, estaba indicada por causas que repetían,-

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y por que la cesárea que se practicaba era de tipo corporal, en general podríamos decir que ya no lo está por que actualmente las cesáreas que se practican son las transver-sales segmentarias y las indicaciones son más amplias y -- los cuidados preoperatorios y postoperatorios son mejores.

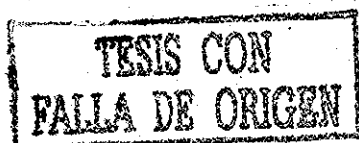
Se concluye de esto que hay pacientes a las cuales se -- les debe permitir el parto, y en otros casos en los cuales les repite la indicación de la primera cesárea; el nacimiento del producto tendrá que ser por vía abdominal.

El permitir el parto trae consigo ventajas, aunque sabemos actualmente que tanto la morbilidad y mortalidad materno fetal son mínimas en la operación cesárea pero que -- los peligros de una intervención quirúrgica de este tipo -- estan presentes y son mayores que el de un parto.

El parto sigue siendo casi sin riesgo y probablemente -- menos peligroso y más seguro para la madre y el producto -- que la operación cesárea repetida.

La técnica segmentaria ha sustituido a las corporales, y con ello el número de dehiscencias ha disminuido considerablemente y cuando llega a presentarse es de mínimas consecuencias, que de ninguna manera compensa los inconvenientes de la cesárea repetida.

Las indicaciones de la cesárea, se han ampliado considerablemente y hay pacientes a las cuales se les opera y -- han tenido partes previos a la cesárea, en las que el trabajo de parto es más rápido y con menor riesgo especialmen



te de dehiscencia.

En algunos sitios las cesáreas de repetición alcanzan un porcentaje bastante alto, si a toda mujer con cesárea - previa se le repite la intervención, además del aumento de las indicaciones que va teniendo la primera; hay peligro - de que los niños que nacen por este medio sobrepase a los que nacen por vías naturales.

La mayoría de los tocólogos, en la actualidad no están de acuerdo en repetir la cesárea a las pacientes en las -- cuales se les ha practicado una previa; por otro lado las pacientes que se someten a trabajo de parto tienen que tener el producto por vía vaginal. Muchas pacientes que se -- someten a trabajo de parto se operan, lo que nos demuestra que las dos vías no son contradictorias, si a una paciente se le va a permitir el parto y tiene el antecedente de una cesárea, debe evaluarse adecuadamente.

Con la experiencia de muchos años en la atención de estos pacientes, se ha llegado a conocer un gran número de -- factores que definitivamente actúan en pro ó en contra de un parto postcesárea y que es necesario conocerlo para así poder normar conducta.

En todos los hospitales de nuestro país el trabajo de -- parto; se permite el parto solo cuando hay el antecedente de una sola cesárea, anterior, conducta que esta de acuerdo la mayoría de los obstetras.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



Cuando la cesárea se había hecho por desproporción feto - pélvica el embarazo actual debe resolverse por operación cesárea, esto hay que tomarlo con reservas pues muchas de las pacientes las cuales son intervenidas con el diagnóstico de desproporción fetopélvica no obedecen a -- tal y éstas pacientes han tenido partos posteriormente -- con productos de igual peso o más que el extraído por cesárea y con buen Apgar, valorando a la pelvis clínicamente, y radiológicamente observando que el padecimiento no recurriría; por lo anterior se puede considerar que una paciente intervenida quirúrgicamente con el diagnóstico de desproporción fetopélvica no contraindica el nacimiento por vías naturales.

Es importante conocer la causa que motivó la cesárea, -- pues según la indicación, es el tipo de incisión uterina -- que se hará como en el caso de la placenta previa, anillo de Bandl, situación transversa con ruptura de membranas y producto grande; que para algunos obstetras implica incisión corporal o segmento corporal.

El sufrimiento fetal, el prolapso de cordón; que implica extraer el producto en un mínimo de tiempo y por lo cual no se puede seguir una técnica tan demorada.

Las complicaciones transoperatorias, como la infección, la hemorragia; que ocasiona hemostasia excesiva, prolongación de la incisión desgarros y traumatismos segmen

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

tarios, deficiencias técnicas por falta de habilidad o pobreza del medio donde se lleve a cabo la operación, situaciones todas ellas que favorecen a una mala cicatrización.

Ya se ha comentado que el tipo de incisión uterina es de importancia capital para someter a una paciente a trabajo de parto, pues la dehiscencia es mas frecuente en cesáreas corporales, segmentarias verticales o las segmentocorporales, que en las transversas bajas; por lo tanto se aconseja de que en caso de que la incisión uterina no fué transversal baja habrá que repetir la intervención quirúrgica.

Las complicaciones postoperatorias de la operación cesárea: como anemia, desnutrición, hemorragia y en especial la infección influyen también en la resolución que ha de darse al embarazo actual, pues en estos casos se ha encontrado una mala cicatrización.

El antecedente de operación sobre cuerpo uterino anteriores a la cesárea y que motivaron la practica de la misma, obligan a repetir el acto operatorio. Si ocurrieron problemas infecciosos (endometritis, retención de restos etc.,) en el puerperio inmediato de la cesárea anterior al embarazo actual es una contraindicación para permitir el nacimiento por vias naturales, y algunos autores ante estos casos insisten en efectuar cesárea antes de la aparición de trabajo de parto por el riesgo que implica -----

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

la mala cicatrización de la histerotomía. Para poder nombrar un criterio más exacto sobre el futuro obstétrico de este tipo de pacientes, es conveniente efectuar una histerografía la cual se aconseja se efectúe tres meses después de la cesárea.

Los partos antes o después de la cesárea, como que dan confianza al obstetra para que permita la vía vaginal. Antes del parto por que ya no habrá resistencia del canal blando y el trabajo de parto será más rápido, después de la cesárea, el obstetra cree que si la paciente tuvo un parto postcesárea, obligadamente debe darsele la oportunidad por vía natural y que el mayor peligro esta en el primer parto, pero esto es erróneo por que como se ha señalado en capítulos anteriores el antecedente de un parto después de la cesárea no es seguridad absoluta de la integridad de una cicatriz, la cual muchas veces ya puede estar dehisciente antes del parto y solo descubierta por radiografía de la cavidad uterina, la cual nos mostrará los defectos si es que existen y tomar las medidas necesarias para la resolución del embarazo actual. Por otra parte cada nuevo embarazo y cada nuevo parto es una agresión mas a la cicatriz uterina.

El tiempo que transcurre entre la cesarea y el nuevo embarazo debe ser mínimo de dos años, el Dr. Ruiz velazco realizó un estudio y encontró una frecuencia de dehiscencia, en las pacientes seleccionadas y tósonetidas atra---

a

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

bajo de parto postcesárea, de 5.8 por ciento, pero los casos con un nuevo embarazo antes de dos años, y sometidas a trabajo de parto se alcanzó un porcentaje de 72.3 por ciento, esto habla desfavorablemente de la gestación sin haber transcurrido cuando menos dos años que es cuando los factores cicatrizales alcanzan a madurar.

Cuando existe necesidad de terminar la gestación, como en los casos de toxemia, isoinmunización, ruptura de membranas anteparto, cuando el embarazo se prolonga más allá de lo debido, y el índice tocítico no es favorable para una inductoconducción corta lo mejor es hacer una cesárea.

La presencia de embarazo múltiple, productos macrosómicos, hidramnios, producen sobre distensión uterina produciendo un estiramiento de la cicatriz, debilitándola, el producto macrosómico es el que mayor índice de dehiscencia produce quizá por las maniobras que se hacen para su extracción, principalmente aquellos que pesan más de 3800 gs.

Si la placenta está insertada en la parte inferior del útero, y más si es anterior debilita la cicatriz, afortunadamente la mayoría de los obstetras modernos, cuando es placenta previa se inclinan por la cesárea.

Las presentaciones anómalas, como deflexiones ya sea de cara o frente, la pélvica con producto grande y en condiciones desfavorables obligan a repetir la cesárea.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Actualmente cuando la paciente tiene el antecedente de una cesárea y presenta ruptura de membrana anteparto, aun que sea de poco tiempo y sin signos de infección, prefieren practicar nueva operación, creemos que esta es una -- conducta adecuada, y no practicar la operación cuando ya haya signos evidentes de amniotitis y se contamine la cavidad peritoneal, con la extracción supravúbica hay quienes practican la inductoconducción cuando no hay contraindicación para ella.

La edad avanzada, más de 35 años, con poca elasticidad de los tejidos blandos y si la paciente no ha tenido partes, las probabilidades de parte son escasas y si el -- producto es valioso, se puede considerar como contraindicación para el parte vaginal.

Feto muerto; la presencia de un feto muerto no indica, claramente la vía vaginal y obstinarse en ello trae consecuencias fatales, se deben llenar los requisitos anteriormente mencionados y si no se logran se debe repetir el acto operatorio.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

CUIDADOS QUE DEBEN SEGUIRSE DURANTE  
EL TRABAJO DE PARTO Y EL PARTO.

Es recomendable que cada caso sea valorado en forma particular, y se le permitir la vía vaginal a aquellas pacientes, - las cuales llenen los requisitos ya expuestos en líneas anteriores.

Toda embarazada con cesárea previa debe ser ingresada e - instruida de que no hay mayores peligros en la conducta propuesta la manera de que debe comportarse en la sala de labor y al momento de la expulsión del producto, así como la posibilidad de una nueva operación cesárea.

La paciente debe ser vigilada cuidadosamente durante el - trabajo de parto de preferencia por el mismo obstetra encargado de su atención con objeto de descubrir cualquier alteración.

Es necesario tener todo preparado para una cesárea, pues esta puede ser de urgencia y sería peligroso perder tiempo en estos casos.

La paciente debe ser ingresada al hospital cuando haya - actividad uterina, es importante en estos casos conocer con exactitud el inicio del trabajo de parto así como la evolución del mismo, la dilatación el borramiento y el descenso del producto debe ser progresivo de no suceder así y tampoco es posible remediarlo con amiorrexix o conducción, debe

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

practicarse cesáreas. La prueba de trabajo de parto debe ser cierta y no permitir el trabajo de parto prolongado. La dinámica uterina debe ser igual a la de un parto normal y de hecho así es y no hay mayores casos de incoordinación dinámica como lo reportan ciertos autores extranjeros, la exitocina puede usarse siempre y cuando pueda vigilarse estrechamente las contracciones uterinas.

Antes se pregonaba que no debería aplicarse analgesia a estas pacientes, pues con ella se ocultaba un síntoma importante, el dolor en caso de ruptura uterina, en las líneas anteriores se comentaba que solo se permitía el trabajo de parto a las pacientes con cesárea segmentaria baja, las dehiscencias en este tipo de incisiones la mayoría son asintomáticas, y por lo tanto la ausencia de analgesia no beneficia en nada y si es útil para controlarle el dolor a la paciente, para la aplicación de fórceps y revisión de cavidad.

Nunca debe esperarse tanto tiempo para una cesárea si -- surgen complicaciones, es mejor practicar una cesárea sin -- orrisas y con mejores resultados y no practicarla de urgencia con resultados no muy favorables.

Es necesario que durante el período expulsivo se aplique fórceps profiláctico para abreviar el mismo, ya que en este período es cuando más dehiscencias se producen.

La maniobra de Kristeller está contraindicada en las pacientes con cicatrices sobre útero y los beneficios que se

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

pueden lograr con dicha maniebra son menos que las lesiones que puede causarse.

Después del alumbramiento la revisión de cavidad es obligada para conocer la integridad de la cicatriz uterina, por que por medio estas maniobras puede descubrirse muchos casos de dehiscencias que de otra manera pasarían inadvertidas, y así poder encaminar el tratamiento inmediato y no esperar complicaciones como sangrado o infección, también esta encaminada esta maniebra a dejar limpia la cavidad de restos membranoplacentarios que ensembrarían el futuro obstetrico de la paciente.

Es recomendable que no se apliquen exitécicos o anti-bióticos como profilácticos, pues se ha comprobado que no benefician en nada a la paciente.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



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

Cuando a una paciente se le practicó operación cesárea en algunos de sus embarazos anteriores y se embaraza de nuevo, su gestación implica importancia relevante, y no solo su gestación, sino la forma de resolver el nacimiento del producto. Si es que se vá a terminar la gestación por vías naturales, el trabajo de parto y el parto así como el puerperio merecen especial atención. Si es que se toma la decisión de la cesárea, también implica importancia, mas que cuando se efectua una cesárea de primera vez pues sabemos por diversos autores que una segunda cesárea tiene mas morbilidad y mas mortalidad. Es por eso que hemos querido revisar el tema y analizar la experiencia en nuestro hospital.

Para el presente estudio se revisaron 200 expedientes de pacientes que fueron atendidas en el servicio de ginecología y obstetricia del Hospital General 1o De Octubre del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para Los Trabajadores del Estado. De estas 200 pacientes las cuales tenian el antecedente de una cesárea, a 127 se les practicó una nueva cesárea lo que representa un 63.5 por ciento, 73 de ellas tuvieron el producto por vías naturales, lo que representa un 26.5 por ciento.

En cada caso se estudió la edad de la paciente, tiempo entre la cesárea y el siguiente embarazo, complicaciones durante el embarazo actual, vía de resolución del embarazo, casos de embarazos resueltos por cesárea electiva, indicación de la segunda cesárea, técnica empleada en la segunda cesárea, anestesia utilizada en la cesárea

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

y en el parto, peso de los productos, tanto de cesárea - como aquellos de parto, calificación de Apgar en forma - comparativa, uso de oxitocina durante el trabajo de parto complicaciones maternas durante la cesárea y parto, complicaciones maternas en el puerperio inmediato, mediano y tardío, tanto quirúrgico como fisiológico, se consignaron también los datos de aquellas pacientes que necesitaron - antibióticos, semanas de gestación de aquellas pacientes - seleccionadas para parto y a las que se les practicó cesárea, uso de fórceps indicado y profiláctico, plano de aplicación y días de hospitalización en ambos casos.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

## Edad de las pacientes estudiadas

Edad en años	Casos	Por ciento
15 - 19	5	2.5
20 - 24	58	29.0
25 - 29	78	39.0
30 - 34	45	22.5
35 - 39	13	6.5
40 - 44	1	0.5
!		

Cuadro 1

## Tiempo entre la cesárea y el siguiente embarazo

Tiempo en años	Casos	Por ciento
Menos de 1	1	0.5
1	34	17.0
1.5	15	7.5
2	43	21.5
2.5	5	2.5
3	36	18.0
4	33	16.5
5	17	8.5
6	8	4.0
7	1	0.5
8	1	0.5
Tiempo ignorado	6	3.0
!		

Cuadro 2

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Complicaciones durante el embarazo.

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Ruptura prematura de membranas		
De menos de 6 horas	13	8.0
De mas de 6 horas	17	10.4
Toxemia		
Leve	12	7.4
Severa	3	1.8
Dehiscencias	0	0.0
Amenaza de aborto	4	2.4
Amenaza de parto pretérmino	5	3.0
Placenta previa	4	2.4
Sangrado por otras causas	4	2.4
De otros órganos		
Infección de vías urinarias	4	2.4
Tifoidea	1	0.6

Cuadro 3

## Resolución del embarazo actual, parto o cesárea

Vía de resolución	Casos	Por ciento
Cesárea	127	63.5
Vía natural	73	36.5

Cuadro 4

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

## Casos de embarazos resueltos por cesárea electiva

Causa	Casos	Por ciento
Desproporcion fetopelvica	5	3.93
Cardiopatía reumática	1	0.78
Cesárea reciente	3	2.36
Embarazo prolongado	1	0.78

Cuadro 5

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Indicación de la segunda cesárea

Indicación	Casos	Por ciento
<b>Maternas</b>		
Cesárea reciente	10	8.5
Periodo expulsivo prolongado	1	0.78
Dilatación estacionaria	7	5.51
Preeclampsia	3	2.36
Eclampsia	1	0.78
Alteración en la dinámica uterina	1	0.78
Inminencia de ruptura uterina	12	9.44
Cardiopatía reumática	1	0.78
Embarazo prolongado	1	0.78
<b>Fetales</b>		
Sufrimiento fetal	10	8.5
Situación transversa	1	0.78
Presentación pélvica	12	7.0
<b>Mixtas</b>		
Embarazo gemelar	1	0.78
Insuficiencia placentaria	1	0.78
Placenta previa	6	4.72
Desprendimiento de placenta normal		
inserta	1	0.78
Desproporción fetopelvica	46	36.22
Ruptura prematura de membranas	3	2.36

Cuadro 6

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Técnica empleada en la cesárea

Técnica empleada	Casos	Por ciento
Transversal segmentaria(Kerr)	125	98.5
Corporal	2	1.5
Segmento corporal	0	0.0

## Cuadro 7

De los dos casos de cesárea corporal, ambas fueron efectuadas en embarazos tempranos, uno a las 20 semanas por eclampsia y otro a las 22 semanas por placenta previa - sangrante que terminó en histerectomía.

## Anestesia utilizada en la operación cesárea.

Tipo de anestesia	Casos	Por ciento
Bloqueo peridural	102	80.31
Anestesia general	15	11.8
Combinación general/BPD.	10	7.8

## Cuadro 8

## Peso del producto de cesárea.

Peso en gramos	Casos	Por ciento
Hipotrofosicos(abajo de 2500)	12	9.44
Eutróficos(entre 2500 a 3700)	102	80.31
Hipertróficos(3800 a 4000)	6	4.72
Macrosómicos(más de 4000)	0	0.0
Peso no consignado	7	5.51

## Cuadro 9

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Apgar del producto de cesárea

Apgar	Casos	Por ciento
Obitos	0	0.0
Severamente deprimidos 1 - 3	7	5.5
Moderadamente deprimidos 4 - 6	21	16.5
Buen estado al nacer 7 - 10	91	71.6
No reportados	8	6.2

Cuadro 10

## Uso de oxitocina durante el trabajo de parto

Uso de oxitocina	Casos	Por ciento
Si	14	19.1
No	59	80.9

Cuadro 11

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN



## Peso de los productos de parto.

Peso en gramos	Casos	Por ciento
Hipotroficicos abajo de 2500	8	10.6
Eutróficos entre 2500 y 3700	49	66.3
Hipertroficicos entre 3700 y 4000	9	12.5
Macrosómicos	0	0.0
No consignados	7	0.6

Cuadro 12

## Apgar de los productos de parto.

Apgar	Casos	Por ciento
Obitos	0	0.0
Severamente deprimidos 1 - 3	8	10.95
Moderadamente deprimidos 4 - 6	13	17.8
Buen estado al nacer 7 - 10	52	71.0

Cuadro 13

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Anestesia utilizada en el parto

Tipo de anestesia	Casos	Por ciento
Bloqueo peridural	48	65.7
Anestesia general	9	12.3
Combinación general/BPD.	0	0.0
Bloqueo de pudendos	7	9.5
Ningun tipo de anestesia	9	12.3

Cuadro 14

## Complicaciones postparto inmediato

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Dehiscencia de histerorrafia	1	0.6
Prolongación de episiotomía	3	1.85
Desgarro de segundo y tercer grado	5	3.05

Cuadro 15

## Complicaciones en el puerperio mediano y tardío

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Hematoma vulvar	1	0.6
Fiebre de origen no determinado	1	0.6

Cuadro 16

TESIS CON  
 FALLA DE ORIGEN

Pacientes postparto que requirieron antibioticoterapia

Causa	Casos	Por ciento
Ruptura prematura de membranas	2	1.23
Infección de vías urinarias	1	0.6
Prolongación de episiotomía y desgarro de periné	4	2.85
Dehiscencia de histerorrafia	1	0.6
Fiebre de origen no determinado	1	0.6
Causa no especificada	4	2.46

Cuadro 17

Semanas de gestación en pacientes seleccionadas para parto.

Semanas	Casos	Por ciento
20 - 25	0	0.0
26 - 30	2	1.23
31 - 35	0	0.0
36 - 40	58	79.4
41 - 44	13	6.4

Cuadro 18

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Días de hospitalización postparto.

Días de hospitalización	Casos	Por ciento
1	1	0.6
2	68	93.1
3	1	0.6
5	1	0.6
6	1	0.6
17	1	0.6

## Cuadro 19

Por fiebre de origen no determinado.

Uso de forceps.

Solo se usaron dos tipos de forceps , el Simpson y el Kielland. Ambos aplicados en tercer plano

Peso de los productos a los cuales se les aplicó forceps profiláctico.

Peso en gramos	Casos	Por ciento
Menos de 2500	3	1.85
Entre 2500 y 4000	20	12.34
Más de 4000	0	0.0

## Cuadro 20

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Apgar de los productos a los cuales se les aplicó for  
ceps profiláctico.

Apgar	Casos	Por ciento
Severamente deprimidos	0	0.0
1 - 3		
Moderadamente deprimidos	3	1.85
4 - 6		
Buen estado al nacer	20	12.34
7 - 10		

Cuadro 21

Aplicación de forceps indicado.

Tipo de forceps	Casos	Por ciento
Kielland	2	2.7
Simpson	4	5.47

Cuadro 22

Causa de la aplicación de forceps indicado.

Causa	Casos	Por ciento
Transversa persistente	2	2.7
Sufrimiento fetal	3	4.1
Periodo expulsivo prolongado	1	1.3

Cuadro 23

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Complicación postparto inmediato de las pacientes a las que se les aplicó fórceps.

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Dehiscencia de histerorrafia	1	0.6
Prolongación de episiotomía y desgarro de segundo y tercer grado	6	3.90
Fractura de clavícula	1	0.6

Cuadro 24

Semanas de gestación de las pacientes que se les practicó cesárea.

Semanas	Casos	Por ciento
20 - 25	2	1.57
26 - 30	2	1.57
31 - 35	13	10.23
36 - 40	81	63.77
41 - 44	29	22.83

Cuadro 25

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## Complicaciones durante la cesárea.

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Hematoma comisural	3	2.36
Hipotensión arterial (por EPD.)	1	0.78
Desgarro de comisura de histerotomía	6	4.72

Cuadro 26

## Complicaciones en el puerperio quirúrgico mediato.

Tipo de complicación	Casos	Por ciento
Absceso de pared	2	1.5
Atonia uterina	1	0.78
Infección de vías urinarias	1	0.78
Dehiscencia de histerorrafia	2	1.5
Cefalea postural	1	0.78

Cuadro 27

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Pacientes que requirieron antibioticos despues de la -  
la cesárea.

Causa	Casos	Por ciento
Ruptura prematura de membranas	21	13.5
Absceso de pared	2	1.5
Por desgarrro de comisuras	2	1.5
Flebítis	1	0.78
Por dehiscencia de histerorrafia	2	1.5
Urosepsis	1	0.78

Cuadro 28

Días de hospitalización despues de la cesárea.

Días hospitalizados	Casos	Por ciento
1	0	0.0
2	0	0.0
3	0	0.0
4	23	11.5
5	75	37.5
6	12	6.0
7	12	6.0
8	1	0.5
9	1	0.5
10	0	0.0
30	1	0.5
32	1	0.5
38	1	0.5

\*\*\*

Cuadro 29

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



CONCLUSIONES

- 1.- Al analizar los casos estudiados nos encontramos que la principal causa de la cesárea, es la desproporción fetopélvica, como lo demuestra el hecho de que el 37.5 por ciento de las pacientes en la primera intervención esa fué la causa
  
- 2.- En la mayoría de las publicaciones se insiste en que debe dejarse pasar dos años o más para el siguiente embarazo, cuando el primero se resolvió por cesárea, en nuestro estudio se observa que el 21.5 por ciento tuvo su siguiente embarazo al año y medio y después; el 18.0 por ciento a los tres años y el 16.5 por ciento a los 4 años
  
- 3.- De los 200 casos estudiados el 63.5 por ciento se resolvió por vía abdominal y el 36.5 por ciento por vía vaginal.
  
- 4.- De los casos resueltos por vía abdominal, como ya se mencionó en líneas anteriores, la principal indicación fué la desproporción cefalopélvica, siguiendo en frecuencia la inminencia de ruptura uterina con 9.44 por ciento presentación pélvica con 7.0 por ciento, cesárea reciente 8.5 por ciento, sufrimiento fetal 8.52 por ciento. Como podrá observarse fácilmente, la diferencia en el porcentaje entre estas indicaciones y la desproporción fetopélvica es muy grande.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

dichos productos fueron extraídos en el momento oportuno.

6.- A pesar de que todas las pacientes estudiadas tenían una cesárea anterior al 98.42 por ciento se les pudo practicar cesárea segmentaria tipo Kerr, lo cual corrobora lo escrito por diferentes autores en el sentido de que este tipo de cesárea es la que produce mejor cicatrización y menos problemas posteriores.

7.- El hecho de que el 6.29 por ciento de las cesáreas tuvo complicaciones y de estas solo dos (una cesárea segmentaria y la otra corporal) que corresponde al 1.5 por ciento terminaron en histerectomía por sepsis puerperal con dehiscencia de histerorrafia nos hace pensar que con las técnicas quirúrgicas y anestésicas empleadas actualmente, así como los cuidados trans y postoperatorios, la operación cesárea tiene hoy pocos riesgos, tanto para la madre como para el feto.

8.- En el presente estudio se corrobora que a todas las pacientes con cesárea previa, conviene aplicarle algún tipo de analgesia, en este estudio el bloqueo peridural ocupa el primer lugar.

9.- El uso de oxitocina en este tipo de pacientes se considera para algunos autores como contraindicación absoluta, y para otros como relativa, el hecho de que se usó en el 19.1 por ciento y en un caso hubo dehiscencia de histerorrafia hace pensar que su uso debe estar prácticamente proscrito, y que cuando se use, debe de estar sujeta la paciente a una revisión constante y cuidadosa, por un médico exclusi

vamente a su lado.

10.- El uso de fórceps profiláctico, en pacientes con cesárea anterior, a las que se les deja el parto por vías naturales, debe de ser incrementado, lo demuestra el 83.5 de aplicaciones.

11.- Después de haber valorado todos los parámetros propuestos al iniciar el estudio de este tema se concluye que la tendencia actual de la obstetricia en pacientes con cesárea previa, es efectuar extracción por vía abdominal del producto, pues como se puede observar en los rubros anteriores, existen pocos riesgos, pocas complicaciones tanto trans como postoperatorias y se tiene un buen resultado tanto para la madre como para el recién nacido

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

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

- 1.- Anstey-J-T. Sheldon-G-W. Blythe-J-G. " Infections - morbidity after primary cesarean sections in a private institution". Am-J-Obstet-Gynecol. 136(2) p. 205-210 1980.
- 2.- Barros Paulo "Atlas de operaciones ginecológicas" 2 da edición p. 16-25., 1983
- 3.- Benson Ralph C. "Dianostico y tratamiento Ginecoobstetrico. p. 54-64, 1983
- 4.- Botella Ilusia "Tratado de ginecologia". Tomo 2, cap. 48. p. 941. 1978
- 5.- Blanco -J-D. Gibbs-R-s. Castañeda-Y-S. "Correlation of quantitative amniotic fluid cultures with endometri - tis after cesarean section". Am-J-Obstet.-Ginekol 143 (8),p. 897-901 1982.
- 6.- Burger-N-F. Darazs-B. Boes-E-G. " An echographic evaluation during the early puerperium of the uterine Wound after cesarean section". JCU 10(6) p.271-4 1982.
- 7.- Caplan Ronald M. Willian J. Sweeney. "Advances in obsgetric and Gynecology", P.383-95 1982.
- 8.- Cox-B-E. Smith-E-C. "Research and practice, the mothers self-esteem after caesarean section". MCN. 7(15),p.309-14, 1982.
- 9.- Cunningham-F-g. Gibbs-R-S. Hemsel-D-L, " Mexalactan - for treatment of pelvic infections after caesarean delivery. Rev.- Infect-Dis. p 696-700 1982.
- 10.- Chajnicki-A. Didowski-W. "Management of pregnancy and labor after aprior caesarean section". Ginekol-Pol - 53(1-2) p 37-41,1982.

TESIS CON  
FOLIA DE ORIGEN

- 11.- Dexeus J.M. " Tratado y atlas de operatoria obstetrica".Tomo 3 p.371-99 1978.
- 12.- Demidov-V-N. "Use of echography for assessing the state of the cicatrix on the uterus after corporeal cesarean section". Akush-Ginekol (Mosk), 3 p. 26-71 1979.
- 13.- Dubvisson J.B. Barbot-J. Santarelli-J. " Vesico-uterine fistulae after caesarean operation". Ginecol-Obstet-Biol-Reprod.(Paris), 8(3), p.229-33, 1979.
- 14.- Fleisher-A-A- 2 d. "Vaginal delivery after previous cesarean section (letter). Am-J-Obstet.-Gynecol. 144(1), 1982.
- 15.- Ginecologia y Obstetricia "Temas actuales" Vol. 3 p.-525-29,1980.
- 16.- Goeschen-K. Pluta-M. Train-G Salig-E. "Management of labor after previous cesarean section, How dangerous is an attempt to achieve a vaginal delivery ?. Z.Geburtshilfe-Perinatol. 186(6) p.291-9, 1982.
- 17.- Harris-J-K. "Self-care is possible after cesarean delivery". Nurs-Clin-North-Am- 15(1), p.191-204 1980.
- 18.- Hellman M. Louis. Jack A. Pritchard. "Obstetricia de -William, p. 815 1975.
- 19.- Henriksen-H-M. "Maternal complications after delivery by cesarean section. Z-Geburtshilfe-Perinatol. 185(6)-p. 351-3 1981.
- 20.- Jessen-P. Osler-M. "Delivery after previous cesarean section". Ugesky-Laeger 143(9) p.535-8, 1981.
- 21.- Kaser "Tratado de ginecologia y obstetricia" Tomo 2 - p.964-73 1975.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 22.- Kanadys-W. "Scar dehiscence after cesarean section" - Ginekol-Pol 50(8), p. 713-5 1979.
- 23.- Kamitov-P. "Vaginal delivery after prior monolayer - isthmustransverse intraperitoneal cesarean section." Akush-Ginekol(sofiia), 20(4), 1981.
- 24.- Komissarova-L-M. "Characteristics of the uterine function in parturients after extra and intraperitoneal section in the lower segment." Akush-Ginecol(Mosk) (8)-p.48-50 1979.
- 25.- Khonina-A-V. Bogush-I-G. "Uterine contractile activity characteristics after a cesarean section operation".- Akush-Ginekol(Mosk) (11), p. 43-5 1980.
- 26.- Khubenov-A. "Rare complication after cesarean section due to an incorrect surgical technic." Akush-Ginekol - (sofiia), 18(6) p.478-80 1979.
- 27.- Lanyi-E. "Developmental defects of the uterus detected by hysterosalpingographic examination in patients after cesarean section." Bratisl-Lek-Listy. 78(9), p.-402-6 1982.
- 28.- Polchanova-GIA.Kochieva-S-K. "Fuctional state of the uterus in puerperae after cesarean section" Vopr-Oldr-Materin-det, 24(12), p.46-8, 1979.
- 29.- Foussul-J. Boulaire-J-L. Petit-J. "Uretero uterine -- fistula after caesarean section. A report on one case" J.Urol (Paris), 86(9) p.691-4,1980.
- 30.- O Sullivan-M-J. Fumia-F. Holsinger-K. "Vaginal delivery after cesarean section". Clin-perinatol. 8(1), p.-131-43, 1981.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

- 31.- Faverstein-C-J. "Labor after cesarean section:from -  
precept to practice". J-Reprod-Med. 26(8), p.409-12-  
1981.
- 32.- Poreba-R. Wolnicki-J. Ulman-J. "Clinical evaluation-  
of subsequnt delivery and labor after cesarean sec  
tion on the basis of a diagnostic chart". Ginekol-pol  
53(5-6), p.369-73, 1982.
- 33.- Rubin-G-L. Peterson-H-B. Rochat-R-W. "Maternal death  
after cesarean section in georgia". Am--obstet-Gyne  
col. 139(6) p.681-5, 1981.
- 34.- Ruiz Velazco V. "La operación cesárea". Cap. 13, p. -  
215-25 1971.
- 35.- Rudigoz-R-C. Barard-P. Hallonet-P. "Idiopathic perfo  
rations of the caecum after caesarean section. A new  
case report". Gynecol-Orwly, 7(7), p.7253-6, 1981.
- 36.- Saldana-L-R. Schulman-H. Reuss-L. "Management of --  
pregnancy after cesarean section". Am-J-Obstet-Gyne  
coly, 135(5) p.555-61, 1979.
- 37.- Sen-P. Apuzzio-J. Reyelt-C. Kaminski-T. Levy-F. --  
"Prospective evaluation of combination of antimicro  
bial agents, for endometritis after cesarean sec ---  
tion". Sur-Gynecolo-Obstet, 151(1), p.89-92, 1980.
- 38.- Scholtes-G. Milz-H. "Management of labor after pre-  
vious cesarean section". Z.Geburtshife-Perinatol. -  
186(6),p.285-90, 1982.
- 39.- Shearer-E-C. "Education for vaginal birth after cesa  
rean". Birth, 9(1), p.31-4, 1982.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

40.- Stojanovic-D. Predojevic-D. Radosaljevic-P. "Advantages of early nourishment after cesarean section". Jugosl-Gynecol-Obstet. 22(5-6), p.149-50, 1982.

41.- Varner-MW. Galask-R-P. "Infection morbidity after cesarean section". J-Iowa-Med-Soc. 71(4), p.153-6, 1981.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN