

CLASIFICACION DE LA INVESTIGACION EN CINECO COSTA RICA.

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS DEL I.C.E. I.A.S.S. I.I.C.A.M.

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E INVESTIGACION

ENCUESTA SOBRE:

"ENCAMAZO CON CESAREA PREVIA".

Presentado por: DR. JUAN FCO. SARAJAS RITA

Supervisado por: DR. SEBASTIAN JAIS DE LA CRUZ

Vg. Ed.
DIRECCION MEDICA

DR. CARLOS ALFONSO GONZALEZ

México, D.F., Noviembre de 1975



INSTITUTO DE INVESTIGACIONES CIENTIFICAS DEL I.C.E. I.A.S.S. I.I.C.A.M.
DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD E INVESTIGACION

VgBo
[Handwritten signature]



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.

INTRODUCCIÓN

La operación cesárea ha contribuido efectivamente a disminuir la mortalidad materno-fetal, constituyendo un recurso de resultados favorables, sin embargo la matriz uterina ha padecido con justicia a todas las vicisitudes del ejercicio obstétrico debido a la repercusión tan importante sobre los tejidos subsecuentes. (15, 33)

El manejo de la paciente con cesárea previa ha sido motivo de múltiples discusiones, existiendo en la actualidad diversidad de criterios para su manejo, los cuales van desde el intervencionismo total, hasta el conservador absoluto. (4, 24, 40, 48)

El criterio para optar por una conducta conservadora se encuentra sur base en resultados que se han obtenido, siguiendo desde luego normas de juicio estrictas, así como también datos estadísticos seleccionados. La conducta conservadora tiende a ser variable, encontrándose sujeta a la valoración integral del conflicto foto-pélvico en sí mismo, así como a las circunstancias que lo rodean. (4, 20, 40)

El criterio intervencionista se basa en el desconocimiento de la resistencia de la matriz de la primera cesárea. (12)

La dificultad que existe para la valoración de la resistencia de una matriz uterina nos obliga a evaluar frecuentemente el riesgo que trae consigo tanto sobre el feto como para la madre la obtención de un parto en la mujer con cesárea previa.

Sin embargo tomando en consideración que la obstetricia moderna ha pro-

concepto de embarazo extraordinario en el aumento de las cifras de -
parto-partalidat interno-fetal, originado por el aumento creciente de -
mejores medios obstetricos, se hace necesario la atencion de un par-
to posterior a una cesárea, indudablemente previa seleccion adecuada -
del tipo de paciente. (4, 7, 9, 21, 27, 34, 37, 39)

Es importante recalcar el hecho universalmente aceptado que en toda pa-
ciente que ha sufrido dos cesáreas, deberá ser operada en todas sus ce-
sáreas posteriores; de ahí la vital trascendencia de una valoración -
profunda antes de llegar a definir para siempre el futuro obstétrico -
de una enferma determinada. (4, 15, 23, 25, 45)

GENERALIDADES

Frecuencia. Revisando la casuística de la atencion del parto postcesá-
rea, observamos que son altamente variables, repartíndose cifras que -
van del 15 hasta el 75 por ciento. Sin embargo se ha llegado a repor-
tar cesáreas de repetición hasta en el 100 por ciento de los casos, esto
es siguiendo el axioma clásico de "una vez cesárea, siempre cesárea", lo
cual para nuestro medio resulta un criterio anacrónico que no puede ser
aceptado en un hospital moderno. (37)

Aquí debe hacer mención sobre la terminología para designar cesáreas de
repetición, la cual se describe cuando existe el antecedente de una ce-
sárea previa, diferenciándose de la cesárea iterativa que significa la
ejecución de una o más cesáreas cualquiera que sea la causa que la mo-
tiven. (20, 25)

En el cuadro No. 1, se reportan diferentes aspectos en cuanto a porcentajes de cesáreas repetidas en comparación con partos posteriores a cesárea. Así tenemos que existe gran margen de diferencia de quienes practican la cesárea repetida, como lo demuestra en nuestro medio Reyes Cajal quien refiere un 2.11 por ciento en relación con Suárez Cobo que reporta hasta un 59.5 por ciento. Igualmente en lo que se refiere a partos posteriores a cesárea Reyes Cajal menciona un 56.89 por ciento en comparación con McBarry que refiere un 59.3 por ciento, Norwood 57.5 por ciento, Santos 49.5 por ciento y Juárez Cobo 40.5 por ciento.

Edad de las pacientes. Por las cifras reportadas se consideramos a la edad como un factor determinante ya que como es lógico suponer se trata de pacientes en edad reproductiva. (27, 34, 45)

Paridad. El número de partos previos a la cesárea estadísticamente es muy variable, ya que mientras para algunos autores corresponde a nulíparas, (30) para otros la mayor parte la encontraron en pacientes multíparas. (45)

ANTECEDENTES

El análisis de los siguientes datos nos ayudarán indirectamente a determinar el estado de una cicatriz, lo cual nos va a servir para llegar a cabo el manejo obstétrico adecuado del problema.

INDICACIONES DE LA PRIMERA CESÁREA. en un estudio de 1,000 casos de cesáreas realizadas por Marchese (15), en nuestro Hospital como se puede observar en el cuadro No. 2 se encontró que la desproporción cefalopél

vida fue la predominantemente, ocupando un 40,5 por ciento ; haciéndose que no se debe practicar la operación cesárea con el diagnóstico de desproporción cefalopélvica en pacientes sin trabajo de parto, basándose únicamente en datos clínicos y radiológicos ya que al someter a una adecuada prueba de trabajo de parto a algunas pacientes se pudo observar que el 75 por ciento o aproximadamente hicieron parto por vía natural. Se describe además que fueron practicadas 150 cesáreas (15.5 por ciento), encontrándose en más de la mitad de los casos el índice de McDonald normal, realizándose sin embargo cesáreas por desproporciones relativas , como fueron actitudes anómalas en la presentación, falta de descenso, etc. Con esto se confirma que el mejor pelvínmetro lo constituye la cabeza fetal durante el trabajo de parto.

(10).

En esta misma estudio se encontró en segundo lugar como indicación de cesárea a la inserción baja de placenta, haciéndose mención que al corroborarse ésta, tanto clínicamente como radiológicamente deberá recurrirse a la intervención quirúrgica antes de que las condiciones sean precarias. La indicación estuvo presente en 5.4 por ciento .

El desprendimiento prematuro de placenta normalizada fue de un 2.5 por ciento. La situación transversa en el 3.6 por ciento, toxemia gravídica en el 1.5 por ciento.

Las indicaciones fetales ocuparon el 13.6 por ciento, estando dadas primero - mente por sufrimiento fetal agudo en el 5.8 por ciento, prolapso de cordón en el 4.1 por ciento, primigravidad 1.7 por ciento y postmaturas 0.3 por - ciento.

Es obvio que si persiste el factor de la primera cesárea, deberá practicarse nuevamente ésta en los embarazos posteriores, debiéndose valorar cuidadosamente el caso, ya que aún con la indicación de la primera cesárea por desproporción cefalopélvica se reporta en diferentes casuísticas que de un 20 a un 50 por ciento presentaron parto por vía natural en su siguiente embarazo. (3)

TECNICA EMPLEADA

Se está de acuerdo en una forma prácticamente unánime de que el tipo de incisión segmentaria constituye un mejor pronóstico para la paciente cesareada, ya que va a dar un elevado margen de seguridad para poder permitir partos por vía natural subsiguientes. Mencionándose por Kerchner, que la incisión segmentaria tipo Kerr ocupa un 95.0 por ciento, la cesárea tipo Keck un 2.0 por ciento y la técnica clásica o corporal el 0.6 por ciento. (14. 16)

Es un hecho que la presencia de una cicatriz uterina, en particular la de cesárea, aumenta la incidencia de ruptura uterina. Yussman (50), reporta éste factor en el 36.5 por ciento de los casos, Kesser en el 60 por ciento, en nuestro medio Herrera Lasso (14), refieren un 58 por ciento.

En nuestro medio se comparte el criterio de otros autores en no permitir el trabajo de parto en pacientes portadoras de cicatriz uterina previa ya sea segmento-corporal o corporal. (45)

Por otro lado se viene el concepto de que las rupturas uterinas se presentan con mayor frecuencia en las cicatrices segmentar-corporales o corporales que en las cesáreas Kerr, lo cual constituye el principal argumento en su contra. Mencionándose además que la frecuencia de las dehiscencias son mayores cuando el embarazo siguiente se presenta en un lapso menor de 2 años posterior a la cesárea previa. (32,33,34)

En un análisis de 74 casos de embarazos subsiguientes a cesárea segmentar o corporal o corporal realizado por Villanueva (45), llama la atención como él mismo lo dice, la forma aleatoria de partos por vía natural postcesárea, que fueron 10 casos en total, con productos cuyos pesos oscilaron entre 2,000 y 3,000 gramos, todos ellos debido en parte a la ignorancia de fechas exactas, así como a la falta de información del médico que realizó la cesárea previa; en todos éstos casos no se reportan dehiscencias de cicatriz uterina.

Cabe hacer mención que la ruptura uterina se define como cualquier afección o solución de continuidad supraservical ocurrida en la víscera uterina después de la viabilidad del feto. La ruptura puede ser espontánea o traumática. Dentro de las espontáneas deben distinguirse aquellas que se producen por la afección de una cicatriz postcesárea (dehiscencia), y las que se producen por otras causas; éstas últimas son las que ocurren sin la introducción de factores intrínsecos

con durante la evolución del embarazo o parto, y las rupturas traumáticas con las que resultan de la aplicación de recursos médico-quirúrgicos (ocitócicos, versiones internas, parto pélvico, fórceps, etc.), la ruptura es completa cuando la solución de continuidad incluye al peritoneo visceral y es incompleta cuando se incluyen todas las capas del útero, pero el peritoneo parietal íntegro, así mismo puede ser total o parcial tanto el externo como el cuerpo uterino y parcial cuando ocurre, ya sea en el segmento o en el cuerpo.

Como se observa en el cuadro No. 3, la dehiscencia de la cicatriz corporal, se reporta hasta en un 35.77 por ciento y para las saguanta-corporales en 11.54 por ciento. (33)

Afortunadamente la incisión quirúrgica transversal tipo Kerr es más frecuente, no debiérase olvidar la existencia de un número limitado pero bastante importante que se resolverá cuando se recurra a la cesárea clásica. En el Hospital de Gineco Obstetricia N.º. 1 del I.M.S.S., se encontró una frecuencia de 3.9 por ciento en el total de cesáreas.

(33)

ESTADO NUTRICIONAL Y DE SALUD DE LA PACIENTE PRE, TRANS Y POST OPERATIVAMENTE.

Se ha supuesto que el estado de salud y nutrición de toda paciente que es sometida a un trauma quirúrgico es fundamental para la evolución de la cicatrización la cual puede verse afectada en la medida, evitando

sis, hipoproteïnemia, etc. Además si durante el acto quirúrgico se llega a presentar prolongación de la histerotomía o hemorragia de consideración, dará como resultado una cicatrización defectuosa por la elevada cantidad de puntos hemostáticos, acompañados algunas veces de hematomas, los cuales van a predisponer a la infección. (3, 4, 41.)

La evolución postoperatoria dependerá de las complicaciones que hayan existido durante el acto quirúrgico.

La mala captación de los bordes de la histerotomía va a originar una cicatriz frágil, por lo tanto la sutura deberá afrontar adecuadamente dichos bordes, debiéndose realizar de acuerdo con la mayoría de los autores en número de dos planos.

El material de sutura no se considera como un factor de importancia, sino que lo fundamental es el procurar evitar zonas de isquemia por la toma de gran cantidad de tejido, a la vez que los puntos no quedan muy separados entre sí.

MEDIO HOSPITALARIO Y CIVILIANO QUE PRACTICÓ LA INTERVENCIÓN

La cirugía que se practica en Hospitales que cuentan con personal médico especializado, proporcionan menor frecuencia de rupturas uterinas, en comparación con las realizadas en Hospitales con personal de escasa experiencia. (4, 24).

ESTADO DE LA CICATRIZ

No existe procedimiento para el Gineco Obstetra que le señale el es-

hacia de una cicatriz postcesárea así como su comportamiento ya que los estudios radiológicos e histopatológicos de la cicatriz analizados por la mayoría de los autores no son concluyentes. (18, 32, 33, 35, 43)

NECROSTISIS UTERINA

Aun cuando se ha reportado por algunos autores que lleguen a influir en la ruptura uterina, en general se le teme en los casos de aumento excesivo de volumen por efecto sobre la cicatriz uterina (3), sin embargo, en estudios realizados por Ruiz Velasco refieren embarazos gemelares que terminaron en parto vaginal sin complicaciones. (34)

IMPLANTACION PLACENTARIA

A pesar de el incremento de la operación cesárea en los últimos años - debido a la baja morbilidad y prácticamente nula mortalidad, el inconveniente es que puede originar serias importancias, haciendo dentro de ellas al acrotismo placentario.

Existe acuerdo general entre los diversos autores en que la inserción baja de placenta aumenta con el antecedente de cesárea anterior y por tanto va a debilitar la resistencia de la cicatriz uterina, reportándose por Chávez Auzúa que el 5 por ciento de la paciente que cursaron con placenta previa tenían el antecedente de cesárea anterior (5), en comparación con la población en general que es del 0.5 por ciento.

Para corroborar lo anterior, en el Hospital de Cinco Operaciónes N.º. 1 del I. U. S. S., se realizó un estudio en 222 parturientas con una o más cesáreas previas, encontrándose en el 6.5 por ciento inserción baja de placenta, siendo en el 66.0 por ciento la implantación en cara anterior a nivel de la cicatriz anterior. (46)

Al implantarse la placenta sobre la cicatriz previa en algunas ocasiones se llegan a presentar sangrados difíciles de controlar debido a las "ligaduras vivas de pirard", no están presentes siendo imposible el colapso vascular a ese nivel.

Por lo anterior podemos decir que ante toda cicatriz uterina previa debemos tener en mente la probable presencia de placenta previa.

CEVIDA OBLICUA

Ante la presencia de una paciente embarazada con antecedentes de cesárea previa, el obstetra debe elegir la vía por la que se debe regresar al embarazo.

La antigua premisa de "una cesárea, siempre cesárea", debe ser siempre más (2, 4, 7, 8, 21, 24, 27, 37), aún cuando los autores que proponen ésta, se basan en los siguientes puntos:

- a). La ruptura uterina es siempre un accidente grave e imprevisible.
- b). En cada uno de los casos no puede conocerse si la ruptura va a ocurrir o no a presentarse, y en caso de que ocurra es difícil prever el

momento en que se efectúa.

c). Las manifestaciones clínicas o instrumentales de ruptura llegan algunas veces a ser discretas, por lo que el diagnóstico en la mayoría de las veces se hace después del parto, particularmente en aquellas pacientes que no presentan datos de Shock hipovolémico- que traducen sangrado activo a nivel de la cicatriz previa.

Numerosas estadísticas (1, 4, 7, 9, 10, 21, 27), han demostrado con suficiente seguridad que no existen bases científicas para que a una mujer que haya sido intervenida con anterioridad, se le prive el derecho de demostrar su capacidad de tener un parto por vía natural, sobre todo si las ha tenido anteriores o posteriores a la intervención. Siendo las condiciones para poder permitir un parto por vía natural - las siguientes:

- 1.- El número de cesáreas no es mayor de uno
- 2.- No existe la indicación de la primera cesárea
- 3.- La técnica utilizada fué satisfactoria
- 4.- No existieron infecciones o complicaciones postoperatorias
- 5.- Que la presentación sea cefálica
- 6.- Que no exista desproporción cefalopélvica
- 7.- Que el obstetra vigile estrechamente el trabajo de parto
- 8.- Que no tenga sangre cruzada
- 9.- Que se cuenta con Sala de Operaciones y equipo adecuado

10.- Que la cesárea anterior haya sido practicada en un Centro Hospitalario reconocido y por un Obstetra Calificado.

Una vez llenados los requisitos previos se considerará que todas las embarazadas (24, 25, 26), deben llegar a término y recibir la oportunidad de un parto por vía natural, debiéndose mantener un riguroso control durante el trabajo de parto, y en caso de que las contracciones sean irregulares se pueda hacer uso de la ocitocina por vía intravenosa.

Debe hacer mención aquí, de los requisitos para una prueba de trabajo de parto, lo cual en éstos casos es de vital importancia, debido a que se está decidiendo el futuro obstétrico de la paciente.

Tanto la dilatación como el descenso de la presentación serán valorados en función del tiempo, debiéndose interrumpir el embarazo por vía abdominal a la mínima complicación que se observe, (27) recordando que no se debe mantener una conducta expectante ante una prolongación del trabajo de parto por más de 12 a 16 horas.

En nuestro Hospital el método analgésico más comúnmente empleado es el bloqueo peridural, ya que al suprimir completamente el dolor, permite realizar una buena inducción-conducción del parto, sin llegar a producir efectos nocivos para la madre ni para el feto. (22,27,31)

Algunos autores prefieren emplear sedación intravenosa a base de diazepam, promazina y prometazina.

EMPLEO DEL FORCEPS EN LA PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CESÁREA PREVIA

El objetivo principal del uso del forceps profiláctico es reducir el tiempo del período expulsivo, con lo que se disminuye el riesgo de una posible dehiscencia. Por lo tanto, se considera que el hecho de que exista una cicatriz previa no contraindica la aplicación del forceps cualquiera que sea la variedad de posición, siempre y cuando se reúnan todos los requisitos y se conozca suficientemente el mecanismo del instrumento, no quedando por ello prescrito el empleo de cualquier tipo de forceps en estas pacientes al existir indicaciones para su aplicación. (7, 30, 37, 39)

Debe mencionarse que en todos los partos atendidos por vía natural, es importante realizar en forma rutinaria independientemente de que haya o no aplicación de forceps, la revisión de la cavidad uterina, lo cual nos ayudará a detectar en forma oportuna la ruptura uterina.

MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL

La operación cesárea ocupa un lugar muy importante en la obstetricia moderna, observándose un incremento de la misma actualmente. Debiéndose considerar además que la cesárea iterativa ha originado un nuevo capítulo dentro de la patología obstétrica, ya que con su repetición se aumentan las complicaciones médicas y quirúrgicas en la paciente, lo cual repercute en forma directa en los índices de morbi-mortalidad materno-fetal. (3, 8, 20, 29, 36)

Mortilidad materna. Se consideran a la ruptura uterina como uno de los accidentes más graves en la obstetricia moderna, lo cual puede originar cifras de mortalidad materna elevadas, a la vez que llega, en ocasiones a presentar dificultad para su diagnóstico.

Para dar una muestra de la importancia del antecedente de la cicatrización de la cesárea previa en la mortalidad de la paciente con embarazo subsecuente, basta mencionar la frecuencia de la ruptura uterina que en la población en general se reporta del 0.10 por ciento, en comparación con la encontrada en cesáreas previas que es de un 30 hasta un 70 por ciento, como lo demuestra el cuadro No. 2.

La ruptura uterina resulta ser un accidente previsible en la mayor parte de los casos. De ello va a depender la importancia de la atención y vigilancia del trabajo de parto.

Al presentar la ruptura, lo primero que debe corregirse es el estado de shock, para la decisión de practicar de inmediato la intervención quirúrgica. El tipo de cirugía va a estar influido por varios factores consistiendo en planear una histerectomía o bien la reparación de la ruptura.

El criterio que se sigue en nuestro caso es que la histerectomía se pueda realizar cuando los bordes de la herida permitan una buena sutura, prefiriéndose dicho procedimiento, sobre todo en pacientes jóvenes que deseen conservar la función reproductora, siendo necesario en és-

cos casos la observación estrecha en embarazos futuros.

En caso de ser imposible una operación conservadora, se debe practicar histerectomía total abdominal. (5, 8, 13, 14, 25, 33, 42, 44, 53)

Otra causa de morbilidad importante lo constituye la infección, manifestando Espinoza de los Reyes, que en los casos de observar en eleva da frecuencia, debido a la realización de una buena asepsia y antisep sia tanto por parte del cirujano como de sus ayudantes, cuando tam bién en consideración el medio contaminado.

Dichas procesos infecciosos los podemos observar a nivel de la heri da quirúrgica, endometrio y peritoneo. (5, 8, 30)

Podemos mencionar como tercer causa de morbilidad materna la retención de restos placentarios, cuadros de tromboflebitis, fimo paralítico, - debiencias de histerografía, fístulas ureterales, válvulas cecales, etc.

En lo referente a la atención del parto por vía vaginal posterior a cé sarea, encontramos que la morbilidad puede ser evitada por la aplica ción de fuerza profiláctica, pudiéndose observar debiencia uterina que pueden o no estar dadas en el mismo por el uso de dicho instrumen to, así como también desgarros o laceraciones cervicales, vaginales o ureterales. (7, 34)

Mortalidad materna. La mortalidad materna relacionada con la opera ción cesárea ha sido reducida al mínimo, gracias a los avances de la-

matricina en varios casos no solamente puede asignársela al acto que-
rriencia como el factor causal principal, sino que en la gran mayoría
de las ocasiones se encuentra dada por padecimientos concomitantes -
como son la toxemia, cardiopatías, etc.

Karchner (15), en un análisis de 1,000 casos de operación cesárea re-
porta una incidencia de 0.4 por ciento, recomendándose que una aten-
ción prenatal adecuada, la vigilancia estrecha del trabajo de parto
y una valoración adecuada de los riesgos maternos, hacen que la ma-
yor parte de las muertes sean prevenibles.

La mortalidad materna en parto vaginal posterior a cesárea en nues-
tro medio fué del cero por ciento. (3)

Morbi-mortalidad fetal. Dependiendo del tipo de complicación se ob-
servan cifras variables en lo que respecta a la morbilidad, mencionán-
dose como hecho de interés por Dunally (16), que cuando exista ruptu-
ra uterina puede acompañarse hasta del 100 por ciento de mortalidad -
fetal.

Se ha observado que la morbilidad aumenta en los partos posteriores a
la cesárea debido a la utilización de métodos para la resolución de -
los mismos, como son la aplicación profiláctica de forceps o bien co-
mo lo proponen algunos autores europeos por el uso del vacío extra-
tor

En general se menciona que la mortalidad fetal se encuentra en cifras promedio del 5.0 por ciento. (41)

La mortalidad fetal se puede estudiar tomando en consideración dos diferentes grupos, que serían uno con antecedentes de cesáreas anteriores con parto posterior y otro en el que se presentó ruptura uterina con- anterior a de cesárea anterior. Esto lo podemos observar en el cuadro No. 5, en que se presentan diversas estadísticas de muerte fetal con cesáreas anteriores que van desde un 0.0 por ciento mencionado por Serrano, hasta un 5.0 por ciento referido por Douglas. (11, 38)

Se considera que la muerte fetal en pacientes que presentan ruptura uterina se eleva en forma muy importante, así tenemos cifras que van de un 20 por ciento reportadas por Yussman (50), hasta un 87.27 por ciento, referidas en el Hospital de la Mujer de la U.S.A.

COMENTARIO

Podemos resumir el presente trabajo en los siguientes puntos:

- 1.- Se ha observado una elevada incidencia de la operación cesárea en la obstetricia moderna, así como también la tendencia de la mayoría de los autores a permitir la oportunidad de parto vaginal en pacientes con cesárea previa en las cuales no permita la misma indicación, manifestándose que debe vigilarse el trabajo de parto en forma estrecha.

- 2.- Se menciona que el parto vaginal posterior a cesárea puede variar de un 15 a un 75 por ciento.
- 3.- El obstetra al encontrarse con una paciente con cesárea previa, está obligado a elegir la vía de interrupción del embarazo tomando en consideración los requisitos previamente mencionados.
- 4.- Realmente los diferentes estudios que se han realizado para determinar el estado de una cicatriz uterina no llegan a ser concluyentes.
- 5.- Es importante conocer el medio hospitalario donde se realizó la operación cesárea, siendo confiable si fue realizada en una Unidad con personal calificado, ya que con ello como mencionan las diferentes causales disminuye el número de rupturas uterinas.
- 6.- Es de importancia mencionar que siempre se debe tener en mente la posibilidad de placenta previa o bien de crecimientos placentarios.
- 7.- Se ha visto que la mortalidad materno-fetal es directamente proporcional al medio social y tipo de patología que se manejan en determinadas instituciones.

- 1.- Arriaga, M.: Casos de iterativa. *Revista Obstet. Mex.* 24: 157, 1959
- 2.- Brown Alan, D.M., McCreathal.: Vaginal delivery after previous caesarean section survey of 500 cases at the Mater Hospital - Dublin. *J. Obstet. Gynec. Br. Comm.* 72: 557, 1955
- 3.- Castellazo, A.: El riesgo materno-fetal en las embarazadas postcésarea. *Revista Obstet. Mex.* 19: 41, 1955
- 4.- Castellazo, A.: Consulta a seguir en las embarazadas con cesárea previa. *Revista Obstet. Mex.* 18: 15, 1951
- 5.- Castellazo, A.: Un caso de la cesárea. *Revista Obstet. Mex.* 23: 1571, 1957
- 6.- Cassidy, J.: Rupture of the pregnant uterus following classical-caesarean section. *Obstet. Gynec.* 15: 531, 1932
- 7.- Castiño, M.R.: Aplicación de fórceps en puerperas con cesárea - previa. *Revista Obstet. Mex.* 27: 345, 1970
- 8.- Chávez, A.J.; Karchner, K.D.: Mortalidad en la operación obstétrica. *Rev. Méd. Mex.* 73: 133, 1972
- 9.- Del Corral, F., Navarro, R., Ortiz, M.: Parto vaginal posterior a cesárea. *Rev. Colomb. Obstet. Ginec.* 21: 37, 1970
- 10.- Connelly, J., Franzoni, K.: Vaginal delivery following caesarean section. *Obstet. Gynec.* 22: 571, 1967
- 11.- Douglas, H.: Pregnancy and labor following caesarean section. *Am. J. Obstet. Gynec.* 35: 961, 1937
- 12.- Fragozo, L.O.: Comentario al trabajo intitulado "Fonológico de la cicatriz postcaesárea". *Revista Obstet.* 35: 961, 1953
- 13.- González del Río, Ch.: Estudio estadístico de la ruptura uterina en la Maternidad de Lima: Libro homenaje al Prof. Dr. Luis Castellazo Ayala. *XXV Aniversario Profesional Tomo I.* 32, 1970
- 14.- Herrera, L.; Valencia, A.; Ricard, R.: Ruptura uterina, aguda - de 100 casos. *Revista Obstet. Mex.* 23: 597, 1955
- 15.- Juncada, A.: Medical and ethical considerations on repeated caesarean section. Appendix of a 7 th caesarean. *Revista Obstet. Mex.* 34: 457, 1973

- 15.- Karchner, K.; Vargas, L.; Arce, S.; Rosales, S.: Operación cesárea. Análisis de 1,000 casos. Rev.Fac.Med.UNAM. 8:233, 1963
- 17.- López, L.L.: Cesárea histerectomía en el puerperio. Estudio de 27 casos. Rev.Med. I.M.S.S. I-III: 80, 1963
- 18.- McGarry, J.A.: The management of patients previously delivered by cesarean section. J.Obstet.Gynec.Br.Comm. 75:137, 1969
- 19.- Marcushamer, M.S., Karchner, K.E., Perdomo, S.A., Caltonco, E.: Hallazgos histográficos en pacientes con cesárea repetida. Ginec. Obstet. Mex. 34: 1, 1966
- 20.- Marcushamer, M.S., Karchner, K.E., Monroy, H.: Morbimortalidad materno-fetal en cesárea iterativa. Análisis de 1,000 casos. Ginec. Obstet. Mex. 23: 613, 1963
- 21.- Morwood, G.A., Sullivan, F.M., McConny, J.: Vaginal delivery after cesarean section. Am.J.Obstet.Gynecol. 42:689, 1973
- 22.- Neenan, F.P.: Vaginal delivery under caudal analgesia after cesarean section and other major uterine surgery. Br. Med. J. 2: 749, 1972
- 23.- Martinow, R.: Pregnancy and repeated cesarean section. Un.Med.De nada. 66:1250, 1967
- 24.- Páez, J.: Conduce a seguir en embarazadas con cesárea previa. Ginec.Obstet.Mex. 15: 3, 1961
- 25.- Rojas, A.: Cesárea de repetición.Ginec.Obstet.Mex. 24:391, 1968
- 26.- Reyes, C.L., Cabrera, A.R., Ineffran, V.E., Herrera, L.F.: Embarazo subsiguiente a ruptura uterina. Análisis de 196 casos. Libro Honraje al Prof.Dr.Luis Castelazo Ayala. XIV Aniversario Profesional. Tomo I. 196. Mex. 1970
- 27.- Reyes, C.L.: La prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa. Ginec. Obstet. Mex. 14: 111, 1969
- 28.- Reyes, C.L.: Ruptura uterina. Cursos del V. Congreso Mexicano de Ginecología y Obstetricia. Tomo I: 218, Mex. 1967
- 29.- Rodríguez, A.J.: Morbi-mortalidad materno-fetal en la segunda cesárea. Ginec. Obstet. Mex. 32: 441, 1972

- 30.- Aiz de la Loza, F.: Evaluación Clínica del uso de ocitocina en pacientes embarazadas con cesárea previa. Ginec. Obstet. - Mex. 23: 27, 1970
- 31.- Aiz, M.F.A., Avila, A.J.: Morti-mortalidad materno-fetal en la cesárea de urgencia. Monografía de Ginecología y Obstetricia del Hosp. de Ginec. y Obst. No. 1 del I.M.S.S. 228 Méx. 1971
- 32.- Ruiz, V.V.: Prurito de la cicatriz postcesárea. Ginec. Obst. Mex. 22: 1071, 1968
- 33.- Ruiz, V.V.: Desinfección de la cicatriz uterina. Ginec. Obstet. Mex. 24: 235, 1969
- 34.- Ruiz, V.V.: Parto postcesárea. Ginec. Obstet. Mex. 23: 259, 1968
- 35.- Ruiz, V.V., Cedillo, N.M.: Conocimiento del estado de una cicatriz de cesárea. Libro Homenaje al Prof. Dr. Luis Castolezo Ayala. XXV Aniversario Profesional. Tomo I:93 México, 1970
- 36.- Ruiz, V.V.; Rivera, V.F., Toscano, B.D.: Parto postcesárea. Morbi-mortalidad. Ginec. Obstet. Mex. 24: 217, 1970
- 37.- Santillana, A.G., Rivas, D.L.: Parto vaginal posterior a cesárea. Monografías de Ginecología y Obstetricia, del Hosp. de Ginec. Obstet. No. II del I.M.S.S. 211. Méx. 1971
- 38.- Salzman, B.: Rupture of low segment caesarean section scar. Am. J. Obstet. Gynecol. 23: 480, 1964
- 39.- Serrano, E.: Inductoconducción en labor en pacientes con cesárea previa. Ginec. Obstet. Mex. 27: 157, 1970
- 40.- Septien, J.M.: Nuestra conducta frente a embarazadas con cesárea previa. Libro Conmemorativo en honor del Dr. Alfonso Alvarez Bravo. 1967
- 41.- Septien, J.M.: Simposio sobre conducta a seguir en la embarazada con cesárea previa. Ginec. Obstet. Mex. 16:5, 1961
- 42.- Septien, J.M.: Ruptura uterina. Curso Monográfico: Hemorragia, - Toxicidad e Infección en Ginecología y Obstetricia. Academia Mexicana de Cirugía. Ed. Imp. Sandoz 67, Mex. 1961

- 43.- Olinto, G.M., Escarano, M.: The uterine scar after cesarean operations. J. Gyn. Obstet. Biol. Repr. 1:595, 1972
- 44.- Suárez, H.H., González, G.F., Forriate, A.V.: Ruptura uterina en el Hospital quirúrgico y Maternidad de Maracaibo. Ginec. Obstet. Venezuela. 31: 379, 1968
- 45.- Suárez Cacho W., Alvarado, D.A., Sarmet, P.H., Cobiza, H.C., Martínez, C.G., Vaba, G.A., Moreno, H.: Conclata e seguir en la embarazada con cesárea previa.
- 46.- Villanueva, H.C., Villalobos, H.H., Guanco, P.H.: Embarazo subsiguiente en la paciente con cesárea segmento-corporal o corporal previa. Ginec. Obstet. Mex. 31: 1124, 1972
- 47.- Nandorek, A.: The transverse lower segment uterine scar. J.Gyn. Obst. Repr. 1: 457, 1972
- 48.- Wilson, A.J.: Labor and delivery after cesarean section. Am. J. Obstet. Gynecol. 62: 1227, 1951
- 49.- Williams: Obstetrica. 1a. Edición. 1977. Edit. Salvat. Mex. 1973
- 50.- Yussner, H.A., Douglas, H.H.: Rupture of the gravid uterus. A 12 years study. Obstet. Gynec. 36: 115, 1970

CUADRO NO. 1

ESTUDIO COMPARATIVO DE CESAREA REPETIDA CON PARTO
VAGINAL POST CESAREA.

AUTOR:	DESAREA REPETIDA POR CIENTO	PARTO VAGINAL POR CIENTO
REYES DE LA	2.11	97.89
MCARRY	42.7	57.3
METEGOOD	42.5	57.5
TESAURO	42.3	57.7
RABAGO	40.0	60.0
SEPTEN	51.0	49.0
SANJES DUBO	52.5	47.5

CUADRO NO. 2

INDICACION DE LA PRIMERA CESAREA. (15)

INDICACION:	POR CIENTO:
DESINDROFICION CEFALORULVICA	40.6
PLACENTA PREVIA	8.4
G. P. P. M.	2.6
PRESENTACIONES ANORMALES	10.0
TOXEMIA GRAVIDICA	1.5
INDICACIONES FETALES	13.6

CUADRO NO. 3

RELACION DE LAS DEHISCENCIAS CON EL TIPO DE
CICATRIZ PREVIA

TIPO DE CICATRIZ:	NUM. TOTAL:	NUM. DE DEHISCENCIAS:	PORCIENTO:
KERR	529	21	3.97
SEGMENTO-CORPORAL	25	3	11.64
CORPORAL	25	8	30.77

CUADRO NO. 4

RUPTURA UTERINA EN CESAREA ANTERIOR.

AUTOR:	NO. DE CASOS REPORADOS:	RUPTURA UTERINA POR CIENTO:
HERRERA LASSO	100	68.0
MILTR	64	46.7
FERGUSON, FEID	84	71.0
PALENE, FRIEDMAN	79	78.9
G. CRUSGOLL	143	30.1
CIVANAUON	41	65.9
FARREL	25	38.5

CUADRO NUM. 5

MUERTE FETAL EN PACIENTES CON PARTOS POSTERIOR
A CESAREA.

AUTOR:	PORCENTAJE:
DOUGLAS	5.0
FRITZ VCLASCO	3.0
MOREWOOD	2.9
MCARRY	1.6
DEL CORRAL	1.5
SEPPANZ	0.0

CUADRO NO. 6

MUERTE FETAL EN RELACION CON RUPTURA UTERINA

AUTOR:	PORCENTAJE:
WILSON (48)	47.0
CASTELAZO AYALA (3)	46.0
DOUGLAS (11)	35.0
LOPEZ LLERA (17)	34.0
HERRERA LASSO (14)	27.0
YUSSMAN (50)	20.0

REVISTA DE PSICOLOGIA Y PSICOPEDAGOGIA

- 13.- Gaton P.J.:
Obstetricia en Adolecencias.
Rev. Col. Obst. Gynec. 30:177,72.
- 14.- Wallock S.L.:
Sex and Mental Health.
J. Am. Med. Assoc. 207:54,67.
- 15.- Hanson H.H.; Faltus P.:
The Young Primipara.
Am. J. Obstet. Gynec. 48:55,64.
- 16.- Ewald L.S.; Montague B.T.:
Teen-Age Gynecology
Am. J. Obst. Gynec. 45:497,69.
- 17.- Burger J.H.:
Post-abortion Psychiatric Illness.
Am. J. Psychiatry 119:940,63.
- 18.- Foster A.; Kandelall H.:
Characteristics of Sexual Decision Making
J. of Sex Research, 3: 203,67.
- 19.- Lipson L.; Svalje H.; Benjamin P.; Kinch B.:
Abortion and the pregnant Teen-age
G.I.N.A. J. 207:162,73
- 20.- Hanley P.C.; Vargas S.A.:
La gestante Joven
Rev. Obst. Gynec. Venezuela 30:217,70.
- 21.- Morales A.F.; Arroy S.A.; Richard S.:
Primiparidad Precoz
Rev. Obst. Gynec. Venezuela 30:222,70.
- 22.- Geofsky J.H.:
Adolescent use of Malbec Detergents.
Clin. Obst. Gynecol. 14:443, 71.
- 23.- Dinos S.:
Pregnancy and Motherhood, Interaction between fantasy and reality
Br. J. Med. Psychol. 49:193,72
- 24.- Lutz V.V.; Poiras S.A.:
Gestación en la Adolescente
Gynec. Obstet. Mex. 31:117,71.

INTERNATIONAL

- 15. - John V. T. Jones, Jr.,
Sociology in the Adolescent,
Child Welfare, Oct. 1941, 74.
- 16. - Carroll D.L.,
Individual Mental and Emotional States in the Child, to 15-18
also de edad.
Child Welfare, Young Children, 1941, 71.
- 17. - Augusto A.L., Rafael G.L., Francisco A.L., Feliciano A.
Estado Mental y Emocional durante la Adolescencia.
Child Welfare, Oct. 1941, 74.
- 18. - Lawrence W.J., James E.L.
Implications of Young's Propensity
Child Welfare, 1947, 69.
- 19. - Victor H. G.,
Autism, Intelligence and Personality Factors.
Pediatric Clinics, Philadelphia, 1947, 47.