



**Universidad Nacional Autónoma de México**

Facultad de Medicina

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL REGIONAL DE PUEBLA

**RESOLUCION DEL PARTO  
SUBSECUENTE A CESAREA**

**TESIS DE POSTGRADO**

QUE PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A

**Marco Antonio Chávez Contreras**



**IMSS**

PUEBLA

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

1989



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.

## I N D I C E

- I. INTRODUCCION
  - 1.- JUSTIFICACION
  - 2.- FRECUENCIA
  - 3.- ANTECEDENTES OBSTETRICOS
  - 4.- MANEJO OBSTETRICO
- II. MATERIAL Y METODOS
- III. RESULTADOS
- IV. DISCUSION
- V. CONCLUSIONES
- VI. BIBLIOGRAFIA

## INTRODUCCION

En la actualidad se incrementa cada día más la práctica de la operación cesárea para resolver problemas derivados de la imposibilidad del paso del feto por el canal genital, teniendo además la tendencia de permitir el parto por la vía vaginal después de un intervención cesárea cuando se presentan condiciones favorables para ello (32).

La dificultad para la valoración de la resistencia de una cicatriz uterina, nos obliga a evaluar frecuentemente el riesgo que trae consigo, sobre el feto y la madre, la atención de un parto en la mujer portadora de una cicatriz pre-via uterina (14,15,31).

En la Obstetricia moderna se ha observado un progreso extraordinario en el abatimiento de las cifras de morbi-mortalidad materno-fetal, dado por los adelantos y mejores medios hospitalarios, que hacen más atractiva la atención de un parto posterior a cesárea, siendo el conocimiento de estos índices lo que hará que la conducta a seguir tenga un límite máximo y mínimo; revelando si la calidad de atención onstétrica de una institución es adecuada (3,8,22).

Todos estos motivos hacen conveniente la revisión del tema exponiendo las diferentes experiencias de varios autores, se obtendrá el mejor provecho posible, que al final tratará de dar una orientación sobre la mejor conducta obstétrica en esta entidad no poco frecuente.

## F R E C U E N C I A

Revisando la casuística de la atención del parto post-cesárea, vemos que es altamente variable, del 15 al 79%, sin embargo se reporta cesárea de repetición en el 100% de los casos, siguiendo el axioma de E.B. Cragin manifestó a la "New York Medical Society" de "una vez cesárea siempre cesárea".

La diferencia estadística se debe a múltiples factores tales como: tipo de pacientes, evolución pre, trans y post-operatoria, criterio y preparación del obstetra y muy importante, el tipo de institución, ya que como la nuestra funcionan como hospital de concentración de problemas obstétricos, etc.

En los siguientes cuadros se reportaron diferentes aspectos del parto post-cesárea, porcentajes de cesárea repetida, etc.

AUTOR	CESAREA REPETIDA POR CIENTO	PARTO VAGINAL POR CIENTO
REYES CEJA (19)	2.11	97.99
MCGARRY (16)	41.7	58.3
MOREGOOD (17)	42.5	57.5
TESAURO (31)	42.3	57.7
RABAGO (31)	44.0	56.0
SEPTIEN (32)	51.2	48.8
SUAREZ COBO(36)	59.5	40.5
DOUGLAS ( 7 )	63.0	37.0
COSGROVE ( 3 )	64.2	35.8
LAWFER ( 7 )	66.0	34.0
CORRAL (16)	69.3	30.7
PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA		

INDICACION PARA CESAREA ELECTIVA

INDICACION	SUAREZ (36 )	RUIZ VELASCO (25)	MOREWOOD (17)	BRONNE (2 )	WILSON (39 )	CORRAL (6)
D.C.P.	185	173	104	69	22	17
S.F.	29	38	0	53	2	6
SITUACIONES ANORMALES	113	47	0	10	8	8
D.P.P.N. Y/O P.P.	69	81	1	103	54	24
DISTOCIAS DE PRESENTACION	0	62	5	31	8	4
TOXEMIA	11	10	6	92	8	0
COMPLICACIONES DEL CORDON	22	11	0	15	0	0
OTRAS	192	53	64	60	32	14
No. CASOS	621	134	180	433	134	73

\* PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA.

No existe hasta el momento procedimiento que señale con certeza cual es el estado de la cicatriz post-cesárea y su comportamiento en cuanto a resistencia, es por ésto, que nuestra discusión versará sobre datos clínicos que en alguna forma, aunada a otros métodos (radiológicos, histológicos, etc.), orientaran en forma indirecta a determinar el estado de una cicatriz.

### EDAD DE LAS PACIENTES

La edad de las pacientes se reporta entre 20 y 30 años, Ruiz Velasco (25), reportan un promedio de 28.4, Villanueva (37), encontró 34 años. Reyes Ceja (20), solo encontró el 1.10% de pacientes de más de 40 años. Del corral (6), sólo el 3.17% eran mayores de 40 años. Por las cifras reportadas, no consideramos la edad como un factor determinante.

### PARIDAD

El número de partos previos a la cesárea estadísticamente es muy variable. El número mayor corresponde a nulíparas (19,20), Río de la Loza (21), Villanueva (37), reportan por el contrario que la mayoría de las pacientes fueron multíparas.

Se está de acuerdo que el pronóstico mejora cuando la paciente ya ha presentado partos previos por la vía natural ya que el canal genital ofrece menor resistencia. Para algunos autores el número de partos post-cesárea aumentan en forma progresiva el peligro de ruptura uterina (3), y para

otros presta cierta garantía de integridad en partos futuros. La discusión se refiere aún sin resolución.

### EDAD GESTACIONAL

Como es fácil comprenderlo. la mayoría de los autores - dentro de sus trabajos consideran solo los embarazos de más de 36 semanas de evolución, que presentarán un problema a - resolver por vía vaginal, posterior a cesárea. (4,6)

### ANTECEDENTES

El análisis de los siguientes datos ayudarán indirectamente a determinar el estado de una cicatriz, orientándonos por lo tanto al manejo obstétrico del problema (31).

- a) INDICACION DE LA PRIMERA CESAREA
- b) TECNICA EMPLEADA
- c) ESTADO DE SALUD Y NUTRICION DE LA PACIENTE PRE, TRANS Y POSTOPERATORIAMENTE.
- d) MEDIO HOSPITALARIO Y CIRUJANO QUE PRACTICO LA INTERVENCION.
- e) OTRAS.
  1. Estado de la Cicatriz
  2. Sobredistensión uterina
  3. Implantación placentaria etc.

a) INDICACION DE LA PRIMERA CESAREA.- La primera cesárea --- puede haberse practicado por una indicación precisa que ayu do a conservar la salud del binomio y esta causa puede per- sistir todos los embarazos subsecuentes (O.C.P.), o haya si do un factor que no reaparezca.

La indicación por lo tanto de la primera cesárea deberá ser por lo tanto cuidadosamente meditada, para no incurrir en un procedimiento quirúrgico que dejará a la mujer en con diciones desfavorables para un nuevo embarazo y el parto si guiente.

Evidentemente si el motivo de la primera cesárea persis te, deberá practicarse nuevamente cesárea en los siguientes embarazos, debiendo siempre valorar cuidadosamente el caso, ya que aún con indicación en la primera cesárea de D.C.P. - de un 20 a un 50% (3), en diferentes reportes, presentaron parto vaginal en su siguiente embarazo.

b) TECNICA EMPLEADA. Es un hecho conocido por todos, que la presencia de cicatrices uterinas, en particular las de cesá rea aumentan considerablemente la ruptura uterina espontá-- nea.

Yussman (40), reporta este factpr en el 57% de los ca-- sos. Kasser (12), encontró un 60% y en nuestro medio Herre- ra Lasso (11), refiere más del 58%.

Es por tanto importante el enfatizar en este punto que el comportamiento de una cicatriz clásica difiere en forma importante del que presenta una cicatriz segmentaria, sien-

do la posibilidad de ruptura 3 a 4 veces mayor en una cicatriz clásica (16,32).

Afortunadamente la incisión segmento transversal (Kerr) es cada vez más frecuente, no debiendo olvidar que existe un número limitado pero importantes que se revolverá cuando se recurre a la cesárea clásica. En el Hospital de Gineco - Obstetricia No. Uno del I.M.S.S., se encontró una frecuencia de 3.8% en el total de cesáreas (37), siendo el tipo de cesárea Kerr la más frecuente.

c) ESTADO DE SALUD Y NUTRICION DE LA PACIENTE PRE, TRANS Y POSTOPERATORIA: No es difícil comprender que el estado de salud y nutrición de una paciente en vida sexual activa que es sometida a una trauma quirúrgico, influirá sobre la secuencia de eventos en la cicatrización uterina, la cual parece ser defectuosa por factores contrarios como anemia, avitaminosis, hipoproteína, etc. asimismo si durante el acto quirúrgico se presenta desgarró de la histerotomía y san grado abundante; la cicatrización será defectuosa, esto explicado por la colocación de abundantes puntos hemostáticos que darán, acompañados de pequeños hematomas, fenómenos que favorecen la infección. La evolución postoperatoria de igual forma será importante en cuanto que haya existido o no complicaciones que determinen por ellas mismas una mala cicatrización y que llamarán la atención en dudar de la capacidad de resistencia de la cicatriz.

El tipo de sutura provoca en caso de mala cuaptación de los bordes de la incisión del útero, una cicatriz defectuo-

sa y frágil, la sutura deberá afrontar cuidadosamente sus bordes y hacerse en número de dos planos. El material de sutura no es un factor trascendente, de mayor importancia será el evitar zonas de isquemia.

d) MEDIO HOSPITALARIO Y CIRUJANO QUE PRACTICO LA INTERVEN--  
CION: La cirugía efectuada en un medio hospitalario adecuado, por personal calificado, da menor frecuencia de ruptura uterina, que aquellas manejadas por personal poco experimentado que podrá cometer errores en el manejo obstétrico. Por lo tanto debemos confiar de la cicatriz de una cesárea practicada por obstetra experimentado (3,19,27).

e) OTRAS

1. Estado de la cicatriz: Además de todos los datos clínicos que analizamos:

ASPECTO MACROSCOPICO DE LA CICATRIZ. Existe correlación entre el aspecto macroscópico de una cicatriz y el grado de hialinización. La hipertrofia, grosor y dureza de la cicatriz y el grado de hialinización. La hipertrofia, grosor y dureza de la cicatriz que clínicamente catalogamos como fibroso, está formada en realidad por hialinización que no corresponde a una cicatriz anormal.

ASPECTO MICROSCOPICO DE LA CICATRIZ. En relación con el aspecto microscópico de la cicatriz, se analizan las siguientes características: hialinización, neoformación vascular, tejido fibroso, inflamación y fragmentación muscular. La comparación de los hallazgos entre las de-

hiscencias de las cicatrices la podemos resumir en el cuadro siguiente (9).

CUADRO No. 3

	HIALINI ZACION	NEOFOR. VASC.	TEJIDO FIBROSO	INFLAMA. CION	FRAGMEN TACION
DESHICENTES	+	++	+++	+++	+++
INTEGRAS	+++	+++	++	+	+

\* Parto vaginal posterior a cesárea.

Analizando los fenómenos histológicos podemos concluir lo siguiente: la hialinización en las cicatrices anormales está presente en escaso grado.

La neoformación vascular guarda similitud con la hialinización. La cantidad de tejido fibroso no da la fuerza ten sil a una cicatriz y su aumento provocado por factores como multiparidad y cesáreas anteriores darán debilidad a la mis ma.

La reacción inflamatoria, menos constante, que no tiene la importancia que se le había asignado, está presente en el músculo normal y en las cicatrices adecuadas y solo está presente en mayor grado en los casos de existencia de complicaciones postoperatorias.

La fragmentación de las fibras musculares es uno de los factores más importantes refiriéndose que su grado disminuye paulatinamente con la edad de la cicatriz.

Waniorek A. (38), en 23 especímenes efectuó histerorra-

fía, histología y observación clínica, estando de acuerdo con lo antes mencionado y reporta que la edad de la cicatriz en cuanto a tiempo, no es diferente en cuanto a sus características microscópicas. Por tal motivo no tiene fundamento el aconsejar un tiempo largo para un nuevo embarazo - (14).

Todo lo antes mencionado no aporta datos clínicos prácticos y dudamos de su aplicación rutinaria en el manejo del problema que nos ocupa.

ASPECTO RADIOLOGICO DE LA CICATRIZ. (12) En 1965, Bakel -- fue el primero que utilizó para valorar el estado de una cicatriz postcesárea, el tiempo requisito para practicar el estudio y evitar que aparezcan imágenes anormales, es de seis meses. En cada uno de los casos estudiados se efectuó histerografía, aconsejándose que la toma de la placa sea en posición oblicua (34), los cambios radiológicos han sido clasificados como funcionales, morfológicos, directos e indirectos. Existiendo para Ruiz Velasco V. (28). Histerogramas anormales, normales y con defecto istmico habitual. Para Sirbu P. (34) existen cuatro grupos siguientes:

- a) Cambios radiológicos no visibles.
- b) Cambios radiológicos mínimos con defecto menor de 3 mm.
- c) Anormalidad con un defecto de 3 a 5 mm.
- d) Anormalidades francas con un defecto mayor de 5 mm.

Las imágenes se reportan de muy variable forma triangular redondeado, de pirámide, etc.), en general el porcenta-

je de histogramas se encuentra dentro de lo normal y sólo - el 10 al 25% presentan alteraciones mayores. El verdadero - valor pronóstico, sin embargo, no está precisado por los ha llazgos radiológicos y no es posible detectar por este méto do la causa en el defecto de la cicatrización. (18).

## 2. SOBREDISTENSION UTERINA\*

Se teme por la mayoría de los autores como causa etiologica de ruptura uterina, la sobredistensión uterina, que en forma mecánica actúa en forma directa sobre la cicatriz uterina, sin embargo, existen datos de embarazos gemelares, po- hidramnios, que cursaron con parto vaginal y por el con-- trario fetos de más de 3.800 gr. tuvieron mayor índice de - dehiscencias.

El cuerpo uterino tiene dos partes: una contractil superior y otra inferior poco contractil, separadas por un anillo de retracción; durante el trabajo de parto el segmento inferior se adelgaza, encontrándose formado por escasa cantidad de fibras musculares cubiertas por una fascia delgada y peritoneo. La porción superior por el contrario se va engrosando, ésto provoca la retracción del anillo de Bandl, - que asciende. Si no hay expulsión del feto el adelgazamiento del segmento se continua pudiendo llegar a producirse la ruptura del mismo (25,32), la falta de elasticidad de los - tejidos de la cicatriz uterina motivará en medio fácil de - solución de continuidad. La cicatriz corporal es más defectuosa y siendo este un sitio donde la contractilidad es ma-

por el accidente de ruptura será más fácil.

3. IMPLANTACION PLACENTARIA. Todo parece indicar que la ope ración cesárea incrementada en los últimos años, con poca - morbilidad y prácticamente nula mortalidad, es un procedi- miento de enorme valor en la práctica obstétrica actual, pe ro el inconveniente es que deja secuelas, y entre estas, - una de gran importancia es el acretismo placentario. Múlti- ples autores reportan que la inserción baja de placenta au menta con el antecedente de Cesárea anterior y que la im- - plantación de la misma debilita la resistencia de la cica- - triz uterina, debido a que las vellosidades coriales dise - can las fibras musculares, Chávez Azuela reporta que el 6% de las pacientes que cursan con placenta PREVIA en el Hospi- tal de Gineco Obstetricia No. Uno del I.M.S.S. se estudia- - ron 392 pacientes con antecedentes de una o más cesáreas an teriores, reportándose en 26 casos placenta previa, en 22 - pacientes la implantación placentaria fue en la cara ante- - rior exactamente el sitio de incisión, concluyéndose que la cesárea segmentaria predispone a la placenta previa en emba razos subsecuentes y sobre todo si entre la cesárea y el em barazo subsiguiente ha pasado un lapso menor a 2 años. (3).

Cuando la implantación de la placenta es sobre la cica - triz, se presentan en muchas ocasiones sangrados postcesá - rea difícilmente controlable debido a que las "ligaduras vi - vas en Pinará" se encuentren ausentes y no se cierran los - vasos del lecho placentario. Afortunadamente esto es poco frecuente, ya que aumenta notablemente la incidencia de ce -

sárea Histerectomía. Todo ésto debe hacer pensar al obstetra que de toda paciente con cicatriz anterior puede presentar placenta previa.

### MANEJO OBSTETRICO

El obstetra que se enfrenta a una paciente con el antecedente de cesárea anterior, deberá decidir cual es la vía de elección para la interrupción del embarazo, existiendo dos criterios: El que apoya la repetición de la cesárea como solución sosteniendo el viejo adagio "de una vez cesárea siempre cesárea", siendo sus fundamentos los puntos siguientes: (3)

- a) La ruptura uterina es siempre un accidente grave e impredecible.
- b) La ruptura uterina no puede preverse en que momento se presentará.
- c) Las manifestaciones clínicas de la inminencia a amenaza de ruptura son imprecisos, y en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es después del parto vaginal.
- d) No siempre se encuengra al alcance los elementos que resuelvan la urgencia de la ruptura uterina.

El criterio que apoya la oportunidad de un parto postcesárea, sin ignorar la morbilidad materno fetal, tiene en la actualidad por el conocimiento profundo del problema los siguientes requisitos:

## REQUISITOS PARA PERMITIR UN PARTO POSTCESAREA: (29,30 )

1. Ser atendido por obstetra calificado.
2. Ser atendido por un medio hospitalario que cuenta con - todo lo necesario (medios quirúrgicos, anestésicos, ban co de sangre, etc.)
3. Tener una sola cesárea previa.
4. No permitir el motivo de la operación cesárea previa o existir una nueva indicación de cesárea.
5. Operación anterior bien efectuada y sin problemas opera torios.
6. No haber existido complicaciones postoperatorias, espe- cialmente infección uterina.
7. Operación previa con técnica segmentaria transversal.
8. No haber tenido operaciones uterinas postoperatorias co mo miomectomías, metroplastias y legrados instrumenta-- les.
9. Tener buena cicatriz por estudio histerográfico.
10. Existencia de un lapso mínimo de 2 años entre la cesá-- rea y el nuevo parto, de preferencia entre la operación y el inicio del embarazo.
11. Ausencia de sobredistensión en el embarazo actual.
12. Ausencia de implantación baja y anterior de placenta.
13. El tamaño del feto no debe ser exagerado.
14. La presentación será cefálica y sin vicios de deflexión ni de variedad de posición.\*
15. Cuando exista la necesidad de la interrupción del emba- razo, las condiciones deberán de ser satisfactorias, pa ra poder tener una corta y fácil inducto conducción de trabajo de parto.

16. No tratarse de un caso de multiparidad "añosa" o de pro  
ducto valioso.

Una vez que se han llenado los requisitos, se somete a la paciente a una prueba de trabajo de parto, bajo la observación cuidadosa de cierto período de tiempo, para poder determinar la posibilidad de un nacimiento por las vías naturales. Pudiendose realizar de igual forma con los siguientes requisitos:

CUADRO No. 4

---

REQUISITOS DE LA PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO

---

1. QUE NO EXISTA D. C.P.
2. PRESENTACION CEFALICA
3. CERVIX BORRADO CON 2 O MAS CENTIMETROS DE DILATACION.
4. MEMBRANAS ROTAS
5. CONTRACTILIDAD UTERINA EFECTIVA, ESPONTANEA O CON INDUCTO CONDUCCION.
6. ANALGESIA OBSTETRICA ADECUADA.

\* Parto vaginal posterior a cesárea

---

La evaluación de la dilatación y el descenso de la presentación en función del tiempo determinará; PRUEBA DE TRABAJO DE PARTO POSITIVA O NEGATIVA. Efectuandose operación - Cesárea ante la aparición de cualquier complicación fetomaterna.

Estando todos los autores de acuerdo en la necesidad de una estrecha vigilancia, por el peligro de una ruptura -

uterina (1,9,10,13,20,40 ).

El análisis de diferentes autores, no contraindican al uso de ocitocina sintética por la vía endovenosa a goteo y según respuesta individual, estando solamente contraindicada en los casos de Cesárea corporal previa dos o más cesáreas, sutura de ruptura anterior o dehiscencia, rafia de grandes desgarros del cérvix o miomectomía múltiple. La vigilancia estrecha y constante, registrada con carácter de obligatoria, nos reportará buenos resultados (16,21,33 ),

El bloqueo epidural es el mejor método analgésico algunos autores la contraindican por la posibilidad de ocultar una parte de las manifestaciones clínicas de ruptura uterina, ya que el retardo del diagnóstico agrava la morbimortalidad materno-fetal, en nuestro hospital si es utilizado el método analgésico para cumplir con los requisitos de una prueba de trabajo de parto. Los que no utilizan el bloqueo administrando sedación analgésica endovenosa con demerol -- promazina, etc. que permitirá una mayor seguridad en el diagnóstico oportuno de una inminencia de ruptura.

No debemos contemporizar con un trabajo de parto prolongado más allá de 12 a 18 horas y descartar siempre la existencia de una distocia, siendo en todo momento el objetivo, la evolución dentro del límite de la normalidad. La muerte fetal no modificará el riesgo del parto y la prueba de trabajo de parto negativo obligará de igual forma a efectuar una cesárea (3 ).

El período expulsivo se abrevia con la aplicación de fórceps profiláctico (18) siempre y cuando se reúnan los requisitos para la aplicación del instrumento, siendo en este como una aplicación de tipo electivo y no indicación imperativa, ya que su uso adecuado disminuye notablemente la morbimortalidad materno-fetal, es siempre medio-bajo o bajo. Otro instrumento utilizado en países europeos es el "Vacuum Extractor", que puede resolver favorablemente y en forma semejante a una aplicación de forceps. (4,10,12,16)

Dieckman establece que la manipulación intrauterina en todos los casos debe practicarse sistemáticamente y en forma obligada, independientemente de que haya existido o no aplicación de fórceps, la revisión de la cavidad uterina siguiendo todas las reglas de asepsia y antisepsia, no aumentará la morbimortalidad materna-fetal, facilitando el diagnóstico oportuno de ruptura uterina.

:El análisis de los estudios diversos demuestra que las pacientes con cesárea anterior pueden presentar parto vaginal siempre y cuando sean seguidos los requisitos y lineamientos ya mencionados.

#### MORBIMORTALIDAD MATERNO FETAL

La frecuencia de morbimortalidad materno-fetal es altamente variable de acuerdo con los distintos medios sociales y con el grupo de organización de los servicios prenatales y calidad de atención médica. En la actualidad se nota una disminución debido a que asisten múltiples medidas para abaj

tirlas. En el cuadro siguiente se da un porcentaje de morbilidad materna que va del 0.0% (33 ) al 17.9% (21 )

CUADRO No. 5

<u>MORBILIDAD MATERNA</u>		
AUTOR		PORCENTAJE
RIO DE LA LOZA	(21 )	17.9
DOUGLAS	( 7 )	17.7
RUJIZ VELASCO V	(29 )	15.0
SEPTIEN	(32 )	12.9
COUTIÑO	( 4 )	6.8
SERRANO	(33 )	0.0

\* PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA

La morbilidad materna se encuentra dividida en inmediata y tardía. Siendo dentro de las cuasas de morbilidad una de las más importantes; la ruptura uterina por poner en peligro la vida del binomio. El Dr. Septiën (32 ), ampliando la estadística de la incidencia de ruptura uterina, reporta 1 caso por cada 95 partos y 2 caso por cada 8,000 siendo el promedio de 1 ruptura por cada 2,124 partos. La relación entre la ruptura espontanea y provocada oscila poco, sin embargo, la incidencia de ruptura con el antecedente de cesásera previa es alta.

## CUADRO No. 6

---

 RUPTURA UTERINA POR CESAREA ANTERIOR
 

---

AUTOR	PORCENTAJE
YUSSMAN (40 )	57
KASSER (12 )	60
HERRERA LASSO (11 )	56
DUARTE ( )	32.35
KEIFER	34
MENON	14.2

---

 \* PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA
 

---

Para Waters no existe ruptura uterina espontanea en útero que no esté previamente dañado, independientemente de -- que se trate de una nulípara o gran múltipara. Esto lo debemos tener presenta para seguir los lineamientos establecidos en el manejo obstétrico adecuado de la entidad. La aplicación profiláctica de fórceps, la episiotomía y la revisión obligada de cavidad uterina, aumentan la morbilidad -- tanto materna como fetal.

La morbilidad tardía será consecuencia de hemorragia, trauma o infección, siendo febril o de otro tipo, la infección va a la cabeza.

La mortalidad materna en el parto posterior a cesárea es baja, siendo en un hospital bien equipado con todos sus elementos de 0.0% y por el contrario en medios mal equipados aumenta en cifras de 1 al 11% como lo analiza Bishop la mayoría de las muertes previsibles.

CUADRO No. 7

---

<u>MORTALIDAD MATERNA</u>	
AUTOR	PORCENTAJE
COUTINO ( 4 )	0.0
DEL CORRAL ( 6 )	0.17
DOUGLAS ( 7 )	0.0
MOREMOOD ( 17 )	5.0
RIO DE LA LOZA ( 21 )	0.0
RUIZ VELASCO ( 29 )	0.0
SERRANO ( 33 )	0.0
WILSON. ( 39 )	0.0

\* PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA  
MORBIMORTALIDAD FETAL.

---

De igual forma se reportan cifras variables, dependientes sobre todo de complicaciones tan serias como la Ruptura Uterina que puede acompañarse del 100% de mortalidad fetal como lo reporta Donelly. La morbilidad aumentará en el parto posterior a cesárea por la aplicación de métodos en la resolución del mismo, tales como: fórceps profiláctico, vacuum extractor. En general el promedio de morbilidad fetal se encuentra en cifras alrededor del 4.3% ( 29 ).

La mortalidad fetal se analiza tomando dos diferentes grupos; aquella que se presenta en pacientes con antecedente de cesárea anterior y el parto se llevó a cabo por la vía vaginal y aquellas nacientes que presentan ruptura uterina con el antecedente de cesárea anterior.

CUADRO No. 8

---

 MUERTE FETAL EN PACIENTES CON CESAREA ANTERIOR Y PARTO VAGINAL
 

---

AUTOR	PORCENTAJE
DOUGLAS ( 7 )	5.0
RUIZ VELASCO (29 )	3.0
MOREWOOD (17 )	2.9
MCGARRY (18 )	1.6
DEL CORRAL (6 )	1.5
SERRANO (33 )	0.0

\* PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA

---

La muerte fetal en pacientes con ruptura uterina es alta, encontrándose las cifras siguientes:

CUADRO No. 9

---

 MUERTE FETAL EN RELACION CON LA RUPTURA UTERINA
 

---

AUTOR	PORCENTAJE
HOSPITAL DE LA MUJER DE LA S.S.A.	82.27
WILSON (39 )	47.0
CASTELAZO AYALA ( 3 )	48.0
DOUGLAS ( 7 )	36.0
LOPEZ LLERA (14 )	34.0
HERRERA LASSO (11 )	27.0
YUSSMAN (40 )	20.0

PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA.

---

La dificultad para la valoración de la resistencia de una cicatriz uterina, nos obliga a la evaluación de riesgo

en la atención del parto. En la Obstetricia moderna de las cifras de morbilidad y mortalidad maternofoetal dado por los adelantos y mejoras de los medios hospitalarios, que hacen más atractiva la atención de un parto posterior a una cesárea, siendo el conocimiento de estos índices los que harán, que la conducta a seguir tenga un límite máximo y un mínimo, revelando si la calidad de atención es adecuada.

El siguiente estudio presenta la experiencia de la atención del parto en pacientes con cesárea previa en el Hospital General Regional del IMSS Puebla, Pue, con el análisis de los factores de riesgo.

#### MATERIAL Y METODO.

De 200 casos de pacientes embarazadas con cesárea previa, que fueron sometidas a trabajo de parto y atención del mismo, en el período de junio de 1987 a junio de 1988. Se estudiaron los parámetros siguientes: Edad, paridad, número de partos atendidos antes y después de la cesárea previa, lugar y medio hospitalario, indicación de la cesárea previa casos sometidos a conducción de trabajo de parto. Tipo de anestesia administrada, ruptura espontanea o indicada de membranas ovulares, horas de trabajo de parto, patología agregada al embarazo, aplicación de forceps, morbilidad materna y datos en relación al homigenito.

## RESULTADOS

Revisando la casuística del parto postcesárea vemos -- que es altamente variable.

Dada esta variante por múltiples factores. El porcentaje de pacientes que analizaremos no representan el 100% de todas las atendidas en el lapso de tiempo referido, pero -- nos dan la posibilidad de llegar a conclusiones y orientar al Obstetra a la vía de elección de interrupción del embarazo, para disminuir la morbilidad y mortalidad materno-fetal.

La edad de las pacientes fluctuó entre 17 y 42 años -- siendo el porcentaje mayor entre la segunda y tercera década de la vida 65.5% 131 casos. En cuando a la paridad, predominaron 2 a 3 embarazos 64.4% 128 casos y solo el 1.0% 2 casos grandes múltiparas.

El 30% 60 casos ya habían presentado antes a la cesárea 1 a 2 partos y de 3 a 4 partos solo el 3% 6 casos. El mayor porcentaje de Cesáreas previas se habían efectuado en nuestra unidad en un 83.5% 167 casos y solo el 16.5% 33 casos fueron efectuados en medio particular. La indicación de la cesárea previa fue debida a múltiples causas, como se refiere en la tabla No. 1. Siendo importante el puntualizar que el 30.5% 61 casos fueron por presentación pélvica. Un 18.5% 37 casos fue por Desproporción cefalopélvica y solo en 13.5% 27 casos, la causa de la primera cesárea no se pudo puntualizar.

De las pacientes atendidas, encontramos la siguiente

distribución en relación con el tiempo de gravidez. predominan los embarazos de término de más de 38 semanas 98.5% 197 casos con solo 1.5% 3 casos de embarazos pretermino, Tabla No. 2.

La patología más frecuente al final del embarazo lo -- fue la toxemia en el 34.5% 69 casos, ocupando la Preeclampsia severa solo el 1.5% 3 casos. La ruptura prematura de membranas en el 3% 6 casos y en la misma proporción sangrado genital anormal en el último trimestre. Tabla No. 3

TABLA No. 1  
INDICACION DE LA CESAREA PREVIA

INDICACION	NUMERO	POR CIENTO
PRESENTACION PELVICA	61	30.5
DESpropORCION CEFALOPELVICA	37	18.5
DESCONOCIDA	27	13.5
SITUACION TRANSVERSA	25	12.5
SUFRIMIENTO FETAL AGUDO	19	9.5
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	8	4.0
SITUACION OBLICUA	7	3.5
EMBARAZO PROLONGADO	6	3.0
DISTORCIA DE PARTES BLANDAS	4	2.0
PREECLAMPSIA SEVERA	3	1.5
ECLAMPSIA	1	0.5
EMBARAZO GEMELAR	1	0.5
CORIOAMNIOITIS	1	0.5
TOTALES	200	100.0

TABLA No. 2  
TIEMPO DE EMBARAZO

SEMANAS	NUMERO	POR CIENTO
28 a 26	3	1.5
37 a 40	157	78.5
Más de 40.	40	20.0
TOTALES	200	100.0

TABLA No. 3  
 PATOLOGIA AGREGADA AL FINAL DEL EMBARAZO

PATOLOGIA	NUMERO	POR CIENTO
TOXEMIA            LEVE	45	22.5
MODERADA	21	10.5
SEVERA	3	1.5
RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	16	8.0
RH-NEGATIVO	6	3.0
SANGRADO ANORMAL DEL 3er T.	6	3.0
CARDIOPATIA	5	2.5
DIABETES MELLITUS	2	1.0
POLIHIDRAMNIOS	1	0.5
TOTALES	105	52.5

Por el antecedente de cesárea previa se enviaron a control prenatal de la unidad el 41.5% 83 casos, siendo malo el control prenatal en el 21% 42 casos Tabla No. 4

TABLA No. 4  
 CALIDAD DE CONTROL PRENATAL

CALIDAD	NUMERO	POR CIENTO
BUENO	83	41.5
REGULAR	75	37.5
MALO	42	21.0
TOTALES	200	100.0

Como dato significativo, el tiempo transcurrido entre la cesárea y el momento del parto se encontró con menos de

2 años en el 4% 8 casos, el máximo de espera de 12 años 2% 4 casos, con un termino medio de espera de 2 a 3 años en el 49.5% 99 casos Tabla No. 5.

TABLA No. 5  
TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL PARTO Y LA  
CESAREA PREVIA.

TIEMPO EN AÑOS	NUMERO	POR CIENTO
MENOS DE 2	8	4.0
2 a 3 AÑOS	99	49.5
4 a 5	41	20.5
6 a 7	20	10.0
8 a 9	20	10.0
10 a 11	8	4.0
más de 12 años	4	2.0
TOTALES	200	100.0

Se dejó la evolución espontanea de trabajo de parto en el 60% 120 casos, la indicación de la Conducción vigilada - de trabajo de parto fue por parto irregular en el 32% 64 ca sos y la ruptura prematura de membranas en el 8.4% 16 casos en los casos en que esta última fue mayor de 12 hs. de evolución se administraron antibióticos profilácticos.

El tipo de anestesia más utilizado lo fue el bloqueo - epidural en el 95.5% 189 casos, siendo sometidas ha Anestesia general el 5.5% 11 casos por la necesidad inminente de aplicación profiláctica de forceps.

La ruptura artificial de membranas se efectuó en el -- 92.0% 184 casos cuando la dilatación rebasó los 5 centíma-- tros y en los casos de duda para someter a la paciente a -- prueba de trabajo de parto, siguiendo los parámetros ya es-- tablecidos.

El tiempo transcurrido de trabajo de parto fue de un - mínimo de 5 Hs. y un máximo de 18 Hs. con un promedio de 11 a 13 hs. en el 47% 94 casos. Tabla No. 6

TABLA No. 6  
DURACION DEL TRABAJO DE PARTO

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO (en horas)	NUMERO	POR CIENTO
5 a 7	9	4.5
8 a 10	65	32.5
11 a 13	94	47.0
14 a 16	29	14.5
17 a 18	3	1.5
TOTALES	200	100.0

En franco trabajo de parto y en período expulsivo la - variedad de posición más frecuente fue: OCCIPITO-PUBICA VER SA en el 8.5% 17 casos. Con una dificultad de distócia en - el 30.5% 41 casos en la variedad de persistente TRANSVERSA IZQUIERDA O DERECHA. Tabla No. 7

TABLA No. 7  
 DIAGNOSTICO DE VARIEDAD DE POSICION  
 EN FRANCO TRABAJO DE PARTO

VARIEDAD DE POSICION	NUMERO	POR CIENTO
OCCIPITO PUBICA	88	44.0
OCCIPITO IZQUIERDA ANTERIOR	57	28.5
OCCIPITO DERECHA ANTERIOR	14	7.0
OCCIPITO IZQUIERDA TRANSVERSA	24	22.0
OCCIPITO DERECHA TRANSVERSA	17	8.5
TOTALES	200	100.0

La aplicación profiláctica de Forceps como normas en la aplicación de el parto vaginal posterior a cesárea se distribuyó comosigue: Por la altura de su aplicación bajo en el 45.5% 91 casos y medio bajo en 50.4% 104 casos. No habiendose aplicado el forceps en solo e. 2.5% 5 casos por lo intempestivo del parto y tamaño de los productos. La distribución del tipo de Forceps utilizado se puede observar en la Tabla No. 8, en la que el Forceps de Simpsons fue el más aplicado 75.5 % 151 casos.

TABLA No. 8  
 CLASIFICACION DE FORCEPS APLICADOS

ALTURA DE APLICACION	NUMERO	POR CIENTO
MEDIO BAJO	104	50.2
BAJO	91	45.5
NO FORCEPS	5	2.5
TIPO DE FORCEPS		
SIMPSON	151	75.5
KIELLAND	41	20.5
TUCKER MACLEAN	3	1.5
NO FORCEPS	5	2.5

Se realizó episiotomía en los 200 casos, la más frecuente fue la Medio-lateral-derecha en el 91.5% 193 casos, y Media en 17 casos 8.5%. La revisión de cavidad uterina y del canal del parto instrumental y armada, fue hecha de rutina en los 200 casos, misma por la cual se reportó la morbilidad postparto: desgarros vulvoperineales en 63 casos - 31.5%, desgarros del cervix en el 5.5% 11 casos y solo un - 0.5% 1 caso de Dehiscencia de cicatriz uterina previa resuelta por Laparatomía e Histerectomía debido a la paridad y edad temprana de la paciente. Tabla No. 9

TABLA No. 9  
MORBILIDAD MATERNA POSTPARTO

MORBILIDAD	NUMERO	POR CIENTO
DESGARROS DE 1er GRADO	38	19.0
DESGARROS DE 2do. GRADO	22	11.0
DESGARROS DE 3er GRADO	3	1.5
DESGARROS VAGINALES	36	18.0
DESGARROS CERVICALES	11	5.5
DEHISCENCIA DE CICATRIZ PREVIA UTERINA*	1	0.5
TOTALES	111	55.5

\* La Dehiscencia de cicatriz uterina previa requirió la administración de sangre en el trans y postoperatorio en cantidad de 1000 ml.

La mortalidad materna fue del 0 % ningún caso.

La distribución en cuanto al sexo de los homigénitos al nacimiento presentó la siguiente distribución: el 57% - 114 casos del sexo masculino y el 43% 86 casos del sexo fe-

menino. Siendo de término en el 98.5% 197 casos y solo productos prematuros 1.5% 3 casos.

El peso de los homigénitos al nacimiento presentó la siguiente distribución: el 80.5% 161 casos entre 2501 a --- 3500 gr. solo 0.5% 1 producto macrosómico de más de 4000 gr. La valoración pediátrica del recién nacido y su reanimación fue rutinaria y solo se reportó la muerte de 1 producto 0.5 % por prematurez.

La morbilidad por la aplicación del forceps profiláti- co en el recién nacido fue solo de huellas del forceps en - 36 casos 18%; derrame sanguíneo de partes blandas equimosis en 13 casos 6.5% y cefalohematoma en 11 casos 5.5%. Sin -- aparentes secuelas a su alta. Tabla 10.

En cuanto a morbilidad febril, solo en el 1.5% 3 casos en los que existió antecedente de ruptura prematura de mem- branas se dio el diagnóstico presumible de Endometritis que cedió a tratamiento médico. La estancia hospitalaria de las pacientes fue en promedio de 2 a 3 días en el 92.5% 185 pa- cientes y solo de un máximo de 9 días en la paciente que - presentó la Dehiscencia de histerorrafia previa y que no -- mostró morbilidad séptica.

## DISCUSION

La operación cesárea repetida electiva suele efectuarse para evitar la ruptura uterina tardía durante el embarazo o el parto, nuestros datos muestran que la pérdida de integridad de la incisión segmentaria baja ocurre en tan poca frecuencia, que podemos afirmar con otros autores que la dehiscencia no implica incremento del riesgo fetal si se trata apropiadamente en forma inmediata.

La morbilidad febril entre no más de una tercera parte de las pacientes sometidas a prueba de trabajo de parto y la obtención de homigénitos por la vía vaginal, no influye en tal grado como para decidir de primera intención en la Cesárea electiva. Esto va aunado a la mortalidad materna sumamente rara, por los medios con que se cuentan actualmente en las unidades hospitalarias.

Consideramos que dentro de los factores determinantes para permitir el parto postcesárea, lo son: morbilidad del binomio materno-fetal baja, mortalidad baja, espera prudente de la instalación espontanea de trabajo de parto, lo que aumentará el peso del recién nacido, reducción de tiempo y costo de estancia hospitalaria y finalmente el evitar el riesgo mayor de la morbilidad de la operación cesárea repetida.

Como condiciones para el ensayo de parto espontáneo con cesárea previa sugerimos: Antecedentes de cesárea previa segmentaria, no repetición de indicación de cesárea previa, la atención deberá ser por personal especializado, la

aplicación de la analgesia deberá ser tardía, no hay contra indicación para el uso de oxitocina, las cifras de hemoglobina de la paciente no menores de 10 gr., promedio de duración del trabajo de parto no mayor a 11 horas, contar con sangre cruzada 1000 ml. así como un equipo de anestesiólogos y un quirófano de utilización inmediata, aplicandose forceps profilacticos y la revisión rutinaria de la cavidad uterina y del canal del parto. Esto no representará un gran esfuerzo y rodeando a la paciente de una vigilancia es trecha nos hace concluir que no debemos negar el beneficio del parto vaginal.

El valor del análisis de la morbimortalidad y del tema en general demuestra que en ningún momento, el valor de un resultado aislado satisfactorio, en una situación peligrosa de por sí, deberá distinguirse entre el azar y el verdadera mente juicioso y comprender que un tratamiento similar, siendo las circunstancias parecidas, puede conducir a la tragedia.

## CONCLUSIONES

- 1.- La operación cesárea se ha incrementado en los últimos años, con poca morbilidad y prácticamente nula mortalidad existiendo además la tendencia de permitir el parto por la vía vaginal después de la intervención cuando se presentan condiciones favorables para ello.
- 2.- Revisando la casuística del parto vaginal posterior a cesárea vemos que es altamente variable (15 al 75%), - siendo la diferencia estadística decidida a múltiples - factores.
- 3.- No existe hasta el momento procedimiento que señale con certeza cual es el estado de la cicatriz postcesárea y su comportamiento en cuanto a resistencia.
- 4.- Datos clínicos y paraclínicos orientan en forma indirecta a determinar el estado de una cicatriz postcesárea.
- 5.- Debemos de confiar de la cicatriz de una cesárea practicada en un medio hospitalario adecuado y por personal - calificado que da estadísticamente menor número de ruptura.
- 6.- Debe pensar el obstetra ante toda embarazada con cesárea anterior la posibilidad de placenta previa.
- 7.- El Obstetra que se enfrenta a la paciente embarazada - con cesárea anterior deberá decidir la vía de elección de interrupción del embarazo, estableciendo el análisis de estudios diversos que la paciente puede presentar - parto vaginal siempre y cuando sean seguidos los requi-

sitos y lineamientos ya mencionados.

- 8.- La frecuencia de la morbimortalidad materno-fetal es al tamente variable de acuerdo con los distintos medios so ciales y el grado de organización de los servicios. La existencia actual de múltiples medidas han abatido la frecuencia.
- 9.- El valor del análisis del tema en general demuestra que en ningún momento, el valor de un resultado aislado satis factorio en una situación peligrosa de por sí deberá distinguirse entre el azar y el tratamiento verdaderamente juicioso, que tendrá como fin velar por la salud del binomio materno-fetal.
10. El crecido número de mujeres con cicatriz uterina pre-- via, consecuencia parcial de un aspecto de la especiali dad moderna, ha originado un tipo de ruptura uterina, no po co frecuente, en los siguientes embarazos. Es obvio enton-- ces en lo posible hacer una profilaxis adecuada y en aque--  
llos casos en que se presente, hacer un diagnóstico oportuno seguido de un tratamiento adecuado, disminuyendo de esta manera la morbimortalidad materno-fetal.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Beachman W.D., Wabster H.D., Steven F.L.:  
RUPTURE OF UTERUS AT NEW-ORLEANS CHARITY HOSPITAL.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 106:1083,1970
- 2.- Browns Alan D.N., MacGrath J.:  
VAGINAL DELIVERY AFTER PREVIOUS CESAREAN SECTION SUR--  
VEY OF 800 CASES AT THE ROTUNDA HOSPITAL DOUBLIN.  
J. Obstet. Gynecol. Br. Comm. 72:557,1965.
- 3.- Castelazo Ayala L.  
EL RIESGO MATERNO/FETAL EN LOS EMBARAZOS POSTCESAREA  
CONDUCTA A SEGUIR.  
Ginec. Obstet. Máx. 10:441,1955
- 4.- Coutiño M.B., Esperanza A.R. Alvarado D.A., Guerrero ÷  
B.C., Sucar T.J.  
EL FORCEPS CON ANTECEDENTE DE CESAREA PREVIA.  
GINEC. Obstet Mex. 27:249,1970.
- 5.- Chávez A.J. Karchmer K.S.  
MORBIMORTALIDAD MATERNO-FETAL EN LA OPERACION OBSTETRI  
CA.  
Sem. Med. Mex. 73:133,1972.
- 6.- Del Corral F. Navarro H., Ortiz M.;  
PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA  
Rev. Colombo, de Obstet. Y Ginec. 21:37,1970
- 7.- Douglas R.G., Birnbaum S.J., Macdonald F.A.  
PREGNANCY AND LABOR FOLLOWING CESAREAN SECTION\*  
Am. J. Obstet. Gynecol. 86:961,1963.
- 8.- Fragoso Lizalde D.  
COMENTARIO AL TRABAJO INTITULADO "PRONOSTICO DE LA CI-  
CATRIZ POSTCESAREA"  
Ginec. Obstet. Mex. 22:1084,1965.

- 9.- González del Riego Ch.  
ESTUDIO ESTADISTICO DE LAS RUOTURAS UTERINAS EN LA MA  
TERNIDAD DE LIMA  
Libro homenaje al Profr. Dr. Luis Castelazo Ayala XXV  
Aniversario profesional Tomo I. 33 1970.
- 10.- Hellem L.M., Pritchard J.:  
OBSTETRICA DE WILLIAMS 14a. Ed. Salvat 809;1973.
- 11.-  
11.- Herrera L.F.; Velasco A.R.; Ricaud R.L.  
RUPTURA UTERINA ANALISIS DE 100 CASOS  
Ginec. Obstet. Mex. 23;597,1968.
- 12.- KEASSER O., Friedberg V., Ober K.G., Thomas K., Zender  
J.  
RUPTURA UTERINA.  
Ginecología y Obstetricia Tomo II. Ed. Salvat 738,1972
- 13.- Lawson J.B., Ajabor L.N.:  
RUPTURED CESAREAN SECTION SACAR  
J. Obstet. Gynecol. Br. Comm. 75:1296,1968.
- 14.- López Llera M.  
CESAREA HISTERECTOMIA EN EL PUERPERIO, ESTUDIO DE 27 -  
CASOS.  
Rev. Med. I.M.S.S. I II 60, 1963.
- 15.- Marcusshamer M.B., Karchmer K.S. Perdomo de la Sierra A.  
Caltenco E.  
HALLAZGOS HISTEROGRAFICOS EN PACIENTES CON CESAREA RE-  
PETIDA.  
Ginec. Obstet. Mex. 24;1,1968.
- 16.- Mc Garry J.A.  
THE MANAGEMENT OF PATIENTS PREVIOUSLY DELIVERED BY CE-  
SAREAN SECTION.  
J. Obstet. Gynecol. Br. Comm. 76:137,1969.
- 17.- Morewood G.A., O. Sullivan F.M., McConney J.  
VAGINAL DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION  
Am. J. Obstet. Gynecol. 42:589,1973.

- 18.- Normas de Obstetricia.  
Hospital de Gineco Obstetricia No. Uno IMSS 130, Mex.  
1972.
- 19.- Reyes Ceja L., Cabrera A.R., Insfran V.E., Herrera L.F.  
EMBARAZO SUBSECUENTE A RUPTURA UTERINA. ANALISIS DE 19  
CASOS.  
Libro Homenaje al: Profr. Dr. Luis Castelazo Ayala.  
XXV Aniversario Profesional. Tomo I 183, Méx. 1970.
- 20.- Reyes Ceja L.  
RUPTURA UTERINA. Cursos del V Congreso Mexicano de Gi-  
necología y Obstetricia Tomo : 218 Mex. 1967.
- 21.- Rio de la Loza F. Saldaña R., Ruiz Velasco V.  
VALORACION CLINICA DEL EMPLEO DE LA OCITOCINA EN LA EM  
BARAZADA CON CESAREA PREVIA.  
Ginec. Obstet. Méx. 26:87,1969.
- 22.- Rios Montiel F.A., Avila A.J.,  
MORBIMORTALIDAD MATERNO/FETAL EN LA CESAREA DE URGEN--  
CIA  
Monografías de Ginecología y Obstetricia del Hospital  
de Gineco Obstetricia No. Uno del I.M.S.S. 229, Méx. -  
1971.
- 23.- Riva H.L. Teich J.C.  
VAGINAL DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 81:501,1961.
- 24.- Ruiz Velasco V.,  
PRONOSTICO DE LA CICATRIZ POSTCESAREA:  
Ginec. Obstet. Mex. 23:259,1968.
- 25.- Ruiz Velasco V. Saldaña R.  
PARTO POST CESAREA  
Ginec. Obstet. Mex. 23:259,1968.
- 26.- Ruiz Velasco V., Rosas Arceo J., Góngora P., Río de -  
la Loza F.  
FACTORES QUE MODIFICAN EL ASPECTO HISTOLOGICO DE UNA -  
CICATRIZ DE CESAREA.

- 27.- Ruiz Velasco V.  
CONOCIMIENTO DEL ESTADO DE UNA CICATRIZ DE CESAREA.  
Libro Homenaje al Profr. Dr. Luis Castelazo Ayala.  
XXV Aniversario Profesional. Tomo I 99, Méx. 1970.
- 28.- Ruiz Velasco V. Cedilla Nava M.;  
VALORACION HISTEROGRAFICA DE LA CESAREA SEGMENTARIA  
SIN DESPEGAMIENTO DE PERITONEO.  
Ginec. Obstet. Mex. 32:257,1973.
- 29.- Ruiz Velasco V., Rivera V.F., Toscano B.C.  
PARTO POST CESAREA MORBIMORTALIDAD.  
Gineco. Obstet. Méx. 34:217,1973.
- 30.- Salzman B.  
RUPTURE OF LOW SEGMENT CESAREA SECTION SCAR  
Am. J. Obstet. Gynecol 23:460,1964.
- 31.- Santillana A.S., Reyes Ceja L.  
PARTO VAGINAL POSTERIOR A CESAREA  
Monografía de Ginecología y Obstetricia del H.G.O.  
Uno IMSS 211,1971.
- 32.- Septien J.M.  
RUPTURA UTERINA.  
Curso Monográfico: Hemorragia, Toxemia e Infección en  
Ginecología y Obstetricia. Academia Mexicana de Ciru--  
gía Ed. Laboratorios Sandoz. 67, 1971.
- 33.- Serrano E., Perl A. E.  
INDUCTO CONDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTES -  
CON CESAREA ANTERIOR.  
Ginec. Obstet. Mex. 27:197,1970.
- 34.- Sirbu C.P., Goranov.  
M. THE UTERINE SCAR AFTER CESAREAN OPERATIONS.  
J. Gyn. Obst. Biol. Repr. I:563, 1972.
- 35.- Suárez H.R., González G.F., Arrienta A.V.  
RUPTURA UTERINA EN EL HOSPITAL QUIRURGICO Y MATERNIDAD  
DE MARACAIBO.  
Ginec. Obstet. Venezuela 21:379,1966.

- 36.- Suárez Cobo M. Alvarado D.A. Bennet P.M., Gabiño R.C.  
Martínez C.G. Mata M.A., Moreno H.;  
SIMPOSIUM SOBRE CONDUCTA A SEGUIR EN LA EMBARAZADA CON  
CESAREA PREVIA  
Ginec. Obstet. Mex. 18:9,1961.
- 37.- Villanueva R.C., Villalobos R.M., Cuenca P.H.  
EMBARAZO SUBSECUENTE EN LA PACIENTE CON CESAREA SEGMENTO  
CORPORAL O CORPORAL PREVIA.  
Ginec. Obstet. Mex. 31; 1104, 1972.
- 38..
- 38.- Waniorek A.;  
THE TRANSVERSE LOWER SEGMENT UTERINE SCAR  
J. Gyn. Obst. Biol. Hepr. I;457,1972.
- 39.- Wilson A.  
LABOR AND DELIVERY AFTER CESAREAN SECTION  
Am. J. Obstet. Gynecol. 62:1225,1951.
- 40.- Yussman M.A., Douglas M.H.  
RUPTURE OF THE GRAVID UTERUS. A 12 YEAR STUDY.  
Obstet. E Gynec. 36:115,1970.
- 41.- Trejo R.C.A. y Col.  
RUPTURA UTERINA. Revisión de 5 años en el Hospital de  
la Mujer.  
Ginec. Obst. Mex. 1987; 55:303-307.
- 42.- Ahued. A. JR.  
CESAREA HISTERECTOMIA.  
Ginec. Obstet. Mex. 1987; 55:47-52.