



11217  
**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**Hospital General**

**REGIONAL SAN ALEJANDRO, PUEBLA.**

48  
2 ej

# Parto Vaginal en Pacientes con Cesarea Previa

## TESIS DE POSTGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA,  
P R E S E N T A:

**DR. VICTOR ESPINDOLA NUÑEZ**

Hosp General Regional  
No. 35 PUEBLA

FECHA DE ORIGEN



Puebla, Puebla.



DEPTO. DE ENS. E  
INVEST:

1990



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 está 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.

## INDICE

1.- Justificación	1
2.- Antecedentes	2
a) Indicación de la cesárea previa	3
b) Utilización de oxitocina	4
c) Utilización de Forceps	5
d) Anestesia	5
e) Complicaciones	6
3.- Material y Método	7
a) Hoja de Recolección de datos	9
4.- Resultados	10
5.- Conclusiones	21
6.- Bibliografía	22

## JUSTIFICACION:

Los progresos recientes en la Obstetricia han derivado en una mejor atención para el binomio maternofetal, sin embargo, el manejo de la paciente embarazada con antecedente de una cesárea previa ha variado considerablemente a través de los años y ha sido motivo de una revisión constante en la práctica obstétrica sin que hasta el momento exista una uniformidad general de criterio.

Sin ser la excepción y en base a hechos de observación en nuestro servicio de Obstetricia, frecuentemente hemos encontrado indicación de cesárea justificada por el solo hecho de presentar una cesárea previa, sin importar la indicación que originó la práctica quirúrgica en la gestación previa. Por otro lado también hemos observado partos espontáneos o bien con ayuda de fórceps como medio profiláctico en pacientes con antecedente de cesárea sin presentar complicaciones para el producto o para la madre.

Por lo anteriormente expuesto surge la interrogante:

¿Por qué no someter a trabajo de parto a las pacientes con antecedente de una cesárea previa, cuando la indicación no es permanente?

## EL PARTO EN LA PACIENTE CON CESAREA

### ANTECEDENTES:

Una de las controversias en la Obstetricia de nuestros días es el debate sobre el tratamiento óptimo en las pacientes embarazadas con antecedente de cesárea. En la literatura universal, en los últimos años se ha puesto en discusión el aforismo propuesto por Craigin (3 10, 14, 20) en el cual se concluía que una vez que se practicaba cesárea, siempre se debería de realizar una nueva. Es adecuado subrayar que ello surgió en una época en la que se practicaba incisión uterina clásica, ya que la segmentaria se practicó hasta 1912 la vertical y hasta 1926 la transversal o Kerr, además se desconocían tanto los antibióticos como las transfusiones, sin embargo y aún cuando en la literatura se ha demostrado que dicho concepto es erróneo, algunos de los obstetras, incluidos los de esta unidad, siguen considerando este aforismo como si fuera una conclusión reciente. Practicamente durante la primera mitad del siglo no se realizaron estudios en pacientes con cesárea previa y es hasta los años cincuenta cuando de manera deliberada se realizan estudios en estas pacientes obteniendo buenos resultados, sin embargo la sombra de la dehiscencia uterina seguía presente, a través de los años se fueron practicando más y mejores técnicas en la atención vaginal con cesárea previa llegando incluso a la aplicación de fórceps (7) y más aún a la resolución espontánea del parto también sin complicaciones.

Como punto trascendental se menciona el hecho de que el número de cesáreas en las últimas décadas se ha incrementado de manera alarmante, al inicio por nuevas indicaciones de cesárea como presentación pélvica, situación transversa, detección de sufrimiento fetal, etc. (16) y posteriormente porque las pacientes portadoras de histerorraxias se sometían sin grandes fundamentos a una nueva cesárea (3, 14, 20), aumentando con esto, viciosamente, el índice de cesáreas. En algunos casos la cesárea se ha utilizado para disminuir la tasa de morbilidad infantil, también aumentando las tasas de cesáreas, sin embargo existen datos en los que se ha disminuido la morbilidad sin incrementar las cesáreas, se mencionan tasas de 20-30% de cesáreas del total de nacimientos y de ellas la tercera parte son indicadas por cesárea previa o electiva (11, 16).

En otro apartado se mencionan los costos considerados en material y días-hospital que son entre tres y hasta cinco veces más en la atención por cesárea que en la atención del parto por vía vaginal.

A continuación mencionaremos algunos de los factores que se encuentran estrechamente ligados a la atención de pacientes con cesárea previa, algunos de los cuales continúan siendo los de mayor controversia entre los obstetras. Esperando siempre que sean de utilidad para la formación del criterio en cuanto a las pacientes en cuestión.

Indicación de la cesárea previa: Como mencionamos anteriormente, uno de los puntos para intentar el trabajo de parto es que no se repita la indicación de la cesárea en la presente gestación, de ellas la que alcanza hasta un

30 a 50% es la desproporción cefalopélvica (6, 12, 14), sin embargo hasta un 67-78% pueden tener su parto por vía vaginal (10), en cuanto a otras causas no recurrentes se describen hasta un 93% de éxito en los partos vaginales (10).

Es también importante conocer el tipo de incisión uterina que se realizó, ya que a las que presentan cicatriz por una segmentocorporal o clásica, no debe permitirsele el trabajo de parto porque la insidencia de ruptura uterina es alta.

En lo referente al tiempo transcurrido entre una cesárea y el momento final del siguiente embarazo, se ha descrito que los segmentos hasta antes de dos años son adelgazados y deficientes para tolerar el trabajo de parto (17) pero como contrapunto, se han presentado partos tanto espontáneos como con fórceps profilácticos en pacientes con este límite de tiempo sin tener complicaciones y más aún con un segmento o cicatriz indemne (6, 14, 16)

A pesar de que lo anteriormente escrito no está ampliamente demostrado y de que en la literatura universal no se describe el concepto de "cesárea previa reciente", este ha sido utilizado en varios hospitales de México como causa directa y frecuente de una nueva cesárea.

Utilización de oxitocina: Ha medida que transcurren los años y a partir de los años cincuentas la utilización de oxitocina se ha incrementado en las pacientes con cesáreas previas. Anteriormente ante un trabajo de parto irregular se realizaba inmediatamente la cesárea, posteriormente y más aún con la introducción del monitoreo fetal la oxitocina se fue utilizando cada vez más (10) es también cierto que se han presentado casos de dehiscencias o rupturas uterinas, sin embargo no supera a

las tasas de rupturas uterinas en ausencia de oxitocina. Su utilización ha sido ya tan común que se utiliza aún sin monitoreo fetal, reportando hasta un 40% de conducciones clínicas sin problemas (14).

Utilización de fórceps: En los últimos años, una de las discusiones más grandes en muestras pacientes de cesárea previa. Aparentemente al inicio la utilización del fórceps fue obligada para abreviar el período expulsivo, ya que se había demostrado que la mayoría de las rupturas uterinas ocurrían en este período y más si este se prolongaba (12), pero a través de los años fueron presentándose casos de partos espontáneos sin complicaciones y posterior y obligadamente se compararon ambos grupos, de mostrando que los daños mayores se encontraban cuando se aplicaba el fórceps (5), también encontramos la otra cara de la moneda, es decir, la aplicación de fórceps sin problemas y con resultados adecuados tanto para la madre como para el producto (7), donde se concluye que bien indicado el fórceps y manejado por gente experta es muy útil para resolver problemas, aclarando que no es el instrumento el que resuelve los problemas, sino la habilidad del obstetra que los aplica (7).

Anestesia: Quizá la aplicación de anestesia regional sea la técnica ideal en muestras pacientes, tanto por la utilización de oxitocina para la conducción, tanto como para la probable aplicación ulterior de fórceps y siempre de acuerdo a los requerimientos de cada caso en particular (10). Existen reportes sobre que ésta técnica disminuye la sensibilidad de la paciente ante una posible ruptura uterina (3), pero los síntomas son tan po-



bres y subjetivos que es más importante tener lista a una paciente con BPD por ejemplo, por si llega a someterse a una intervención quirúrgica o simplemente a una aplicación de fórceps con su respectiva revisión de cavidad.

Complicaciones; La complicación que más nos interesaría sería la dehiscencia parcial o completa de la cicatriz uterina y la pérdida ulterior del producto, al respecto varios estudios han demostrado que la tasa de ruptura uterina en cesáreas es comparable a las de pacientes sin éste antecedente y que la morbimortalidad es menor que el de la población en general (6, 7, 14, 16, 18 20).

Como hemos demostrado la controversia es grande en los diferentes puntos, señalando que quizá más adelante se puedan unificar los criterios, siempre en base a nuevos y mejores estudios.

Por el momento presentamos el manejo del H. Luis Castelazo Ayala (Gineco # 4) para las pacientes con embarazo de término en trabajo de parto y con antecedente de cesárea:

- Se establece el antecedente que una cesárea segmentaria no condiciona una nueva cesárea a menos que la condición que ameritó la previa se repita nuevamente
- Las pacientes con 2 o más cesáreas previas no son tributarias de trabajo de parto y es condición de cesárea.
- La conducción de una paciente con cesárea previa debe llenar los siguientes requisitos:

- a) Condición favorable del cervix (más de 2 cm. de dilatación).
- b) Presentación cefálica.
- c) No desproporción cefalopélvica.
- d) Feto vivo viable.
- e) Vigilancia estrecha.

Las contraindicaciones para conducción son absolutas cuando la cicatriz es corporal y relativa cuando es kerr

#### MATERIAL Y METODOS:

Se incluirán a las pacientes que ingresen al servicio de labor de la unidad de San Alejandro, IMSS, Puebla, que presenten antecedente de cesárea, incluyendo a las que presenten 2 cesáreas y se encuentren en periodo expulsivo sin esperanza de quirófano, por la misma razón de ser expulsivo. Dichas pacientes se someterán a trabajo de parto bajo bloqueo peridural preferentemente.

Se excluirán del estudio a las pacientes con desproporción cefalopélvica, con mal presentación, con embarazo múltiple, ruptura de membranas con cuello no favorable y a todas las que presenten alguna indicación de tipo obstétrico.

Se valorarán los datos de edad, gestaciones y sus resoluciones, indicaciones de las cesáreas así como el tiempo entre la misma y el presente embarazo, edad gestacional del presente embarazo, el peso de los productos en la intervención previa; en lo referente al parto la aplicación de anestesia regional, si se aplicó oxitocina, si se utilizó el forceps refiriendo el tipo y la altura de

la toma, las características de la histerografía y la complicaciones tales como desgarros vaginales o de cuello, hipotonía uterina, se anotará el tiempo de trabajo de parto; con respecto al producto sexo, peso, apgar, edad por usher y complicaciones inmediatas.

A todas las pacientes se les dejará entre 24 y 48 Hrs intrahospitalarias si no existe complicación y se les citará a la consulta externa para valorar a las 2 semanas si ha habido otras complicaciones.

Se anexa una de las hojas de recolección de datos.

PACIENTES CON CESARIA PREVIA QUE SE SOMETEN A  
TRABAJO DE PARTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ CEDULA: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_

PESO DE LOS PRODUCTOS: \_\_\_\_\_

FECHA DE ULTIMA CESAREA: \_\_\_\_\_ INDICACION: \_\_\_\_\_

EDAD DEL EMBARAZO ACTUAL: \_\_\_\_\_

DURANTE EL TRABAJO DE PARTO SE REALIZO:

- a) APLICACION DE EPD: \_\_\_\_\_
- b) CONDUCCION: \_\_\_\_\_
- c) APLICACION DE FORCEPS: \_\_\_\_\_ TIPO: \_\_\_\_\_  
ALTURA: \_\_\_\_\_
- d) REVISION DE CAVIDAD: \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES COMO:

- A) DESGARROS \_\_\_\_\_ TIPO O GRADO: \_\_\_\_\_
- b) SANGRADO: \_\_\_\_\_ HIPOTONIA UTERINA: \_\_\_\_\_
- c) ESTADO DE LA HISTORRRAFIA: \_\_\_\_\_
- D) TIEMPO DEL TRABAJO DE PARTO: \_\_\_\_\_ ( a partir de los  
3 cm de dilatación.

PRODUCTO:

- a) SEXO: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ APGAR: \_\_\_\_\_
- b) EDAD POR USHER: \_\_\_\_\_
- c) COMPLICACIONES INMEDIATAS: \_\_\_\_\_

A todas las pacientes se les dejará por lo menos 24 hrs en piso, se anotará estado del alta. Se dará cita a consultorio 26 en dos semanas Diciembre a las 11:00 AM, Enero - 8:00 AM.

## RESULTADOS:

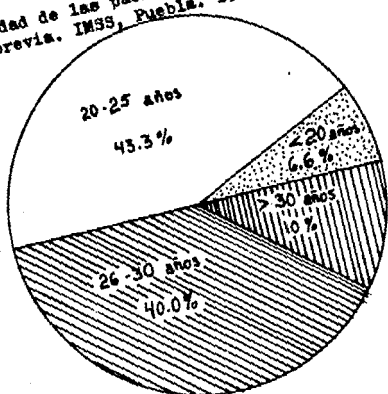
Dentro de los dos meses de estudio se captaron 30 casos de pacientes con trabajo de parto y cesárea previa, sin que se contraindicara la vía vaginal, salvo en dos casos que tenían dos cesáreas previas, pero que llegaron en periodo expulsivo, incluso una presentó parto espontáneo sin problemas.

Edad: Se dividieron en 4 grupos; menores de 20 años, de 20-25 años, de 26-30 años y mayores de 30 años, ninguna de nuestras pacientes fue menor de 15 años, ni mayor de 35 años. El grupo más numeroso fue el segundo con 13 pacientes (43.3%). Gráfica I.

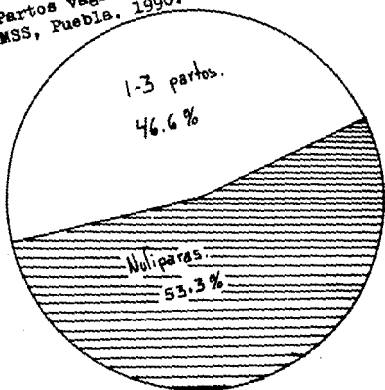
Paridad: Inicialmente se pretendió formar 3 grupos, el de nuliparas, el de 1-2 partos y de más de 3 partos, sin embargo no tuvimos casos en el tercer grupo, por lo que quedó reducido a dos, siendo el más común el de nuliparas con 17 casos (56.6%), como de puede observar en la gráfica II.

Indicación de la cesárea anterior: De nuestros 30 casos, la indicación que dominó fue la desproporción cefalopélvica con 11 casos (36.6%), seguida de la malposición con 6 casos (20%) de ellos 4 pélvicos y 2 transversos, del resto las que valen la pena comentar son; 2 casos con cesárea previa reciente (las únicas 2 pacientes que llegaron en expulsivo con 2 cesáreas previas) y 3 que desconocían el motivo por el que se practico cesárea en el anterior embarazo. Gráfica III.

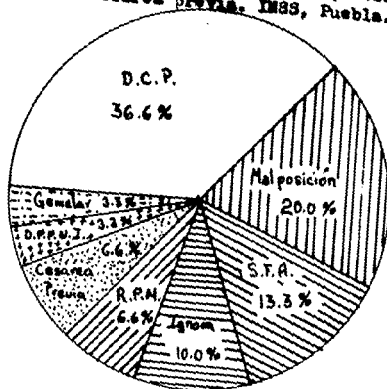
Gráfica I: Edad de las pacientes por grupos de edad con cesárea previa. IMSS, Puebla. 1990.



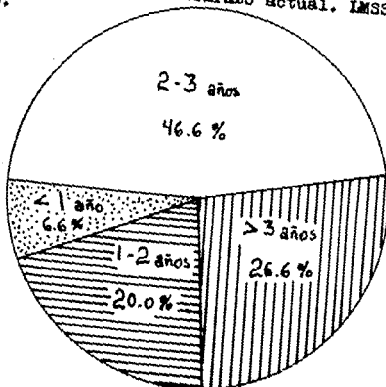
Gráfica II: Partos vaginales en pacientes con cesárea previa. IMSS, Puebla. 1990.



Gráfica III: Indicación de la cesárea previa en 30 pacientes con cesárea previa. IMSS, Puebla, 1990.



Gráfica IV: Tiempo transcurrido entre la cesárea previa y la resolución del embarazo actual. IMSS, Puebla, 1990.



**Fecha de la última cesárea:** Como se ha mencionado, uno de los puntos más álgidos en la cesárea previa es el tiempo transcurrido desde la cesárea hasta la resolución del siguiente embarazo, en éste estudio no se tomó en cuenta el término de cesárea previa reciente, por lo que solo se dividió a las pacientes por años, dominando el grupo de 2-3 años con 14 casos (46.6%). Se presentaron 2 casos de pacientes con menos de un año hasta el momento del parto sin tener complicaciones. Gráfica IV.

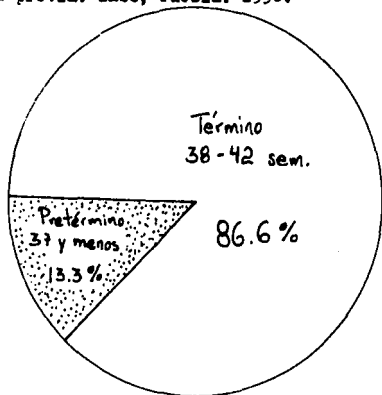
**Edad del embarazo actual:** Se formaron 3 grupos de acuerdo a la edad gestacional, de término, pretérmino y de posttérmino, siendo la división considerando 38-40 semanas como de término. En este apartado el 86.6% (26 casos) fueron de término. Los prematuros 4 casos con el menor de 34 semanas. Gráfica V.

**Anestesia:** Apoyando a lo descrito en antecedentes, la intención era colocar bloqueo peridural a todas las pacientes, sin embargo se realizó en el 80% (24 casos) ya que en 6 pacientes no se realizó por ser expulsivos y presentaron parto espontáneo. Gráfica VI.

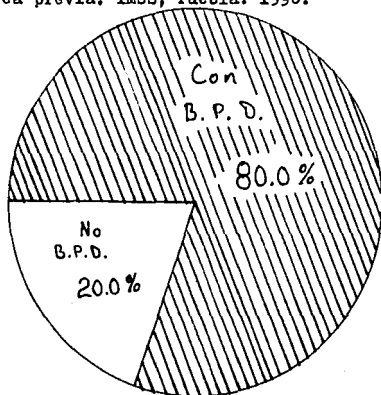
**Utilización de oxitocina:** Se utilizó oxitocina en 21 pacientes (70%), todas ellas sin monitoreo fetal, ya que en la unidad no se cuenta con el recurso, compensando la deficiencia con una vigilancia extrema por parte de médicos residentes de 2<sup>o</sup> ó 3<sup>o</sup> año, del resto 6 con expulsivo y 3 pacientes que no ameritaron por un trabajo de parto efectivo a pesar del BPD. Gráfica VII.



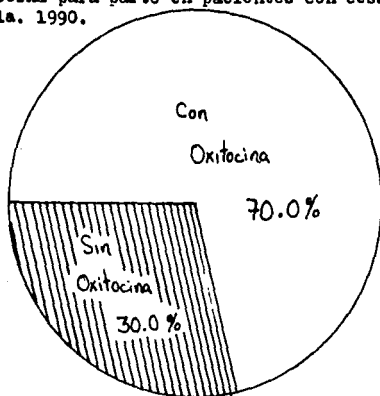
Gráfica V: Edad del embarazo actual en pacientes con cesárea previa. IMSS, Puebla. 1990.



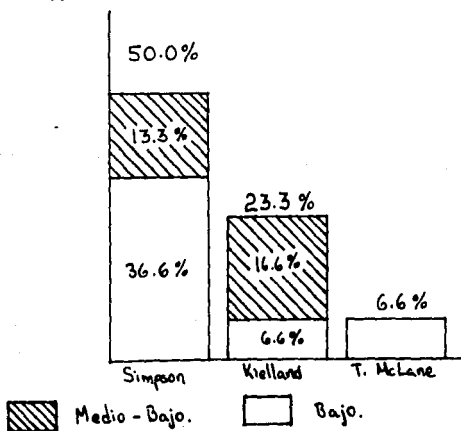
Gráfica VI: Anestesia y tipo de la misma en pacientes de cesárea previa. IMSS, Puebla. 1990.



Gráfica VII: Relación de pacientes en quienes se utilizó oxitocina para parto en pacientes con cesárea. IMSS, Puebla. 1990.



Gráfica VIII: Tipo de fórceps y altura de los mismos aplicados a pacientes con cesárea previa. IMSS, Puebla 1990.



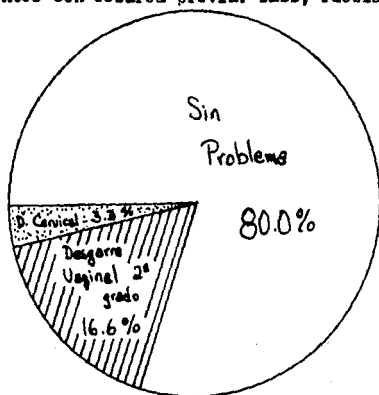
Utilización de fórceps: Se realizó una aplicación de 24 fórceps, 15 simpson (4 medio-bajos y 11 bajos), 7 Kielland (5 medio-bajos y 2 bajos) en todos los casos por una transversa persistente y 2 Tucker McLane en prematuros. Las 6 pacientes a las que no se les aplicó fueron expulsivos. Gráfica VIII.

Complicaciones: Como un punto agradable para éste estudio, no se presentaron rupturas uterinas y en todas las revisiones se reporta a la cicatriz uterina como INTEGRAL. En cuanto a los desgarros se presentó uno de cervix unilateral de 1.5cm y 5 desgarros vaginales de segundo grado, aunque vale la pena aclarar que prácticamente fueron episiotomias que se plologaron por una insuficiente al aplicar el fórceps. No presentaron desgarros de tercer grado por el hecho de que en ésta unidad poco se utiliza la episiotomia media, que es la que favorece los desgarros de tercero y hasta cuarto grado. Gráfica IX.

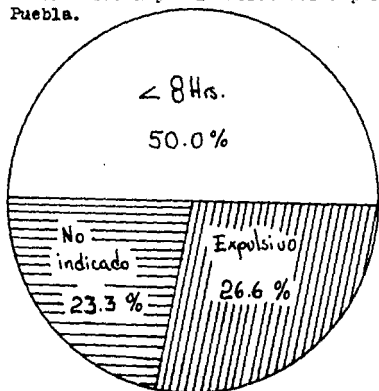
Duración del trabajo de parto: Al respecto 15 pacientes tuvieron su parto dentro de las primeras 8 Hrs a partir de los 3 cm. de dilatación, en 7 no se precisó por admitirse a la unidad con dilatación de más de 3 cm. y 8 prácticamente en periodo expulsivo. Gráfica X.

Peso de los productos embarazo actual: Se presentaron 3 productos con menos de 2 500 gr. (los prematuros), 8 de 2.5-3.0 Kg., 18 de 3.0-3.5 Kg. y un producto de 3 900 gr. obtenido de una paciente cuya única cesárea se realizó en la tercer gesta por DGP. Se aplico Kielland sin problemas. Gráfica XI.

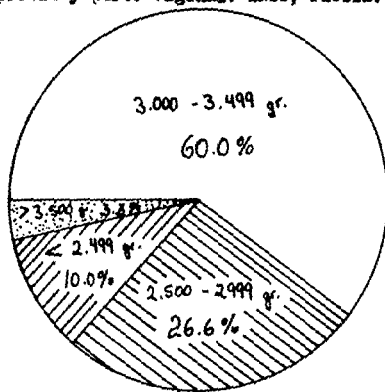
Gráfica IX: Complicaciones inmediatas en el postparto de pacientes con cesárea previa. IMSS, Puebla. 1990.



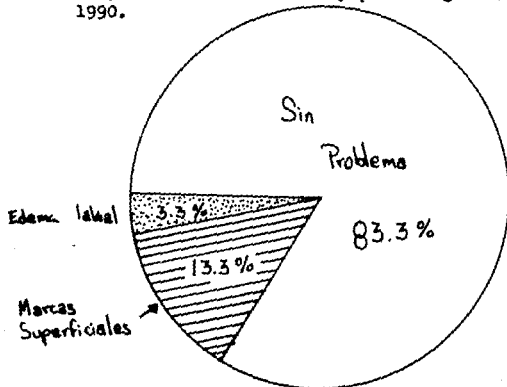
Gráfica X: Duración del trabajo de parto efectivo en pacientes con cesárea previa sometidas a parto vaginal. IMSS, Puebla. 1990.



Gráfica XI: Peso de los productos de pacientes con cesárea previa y parto vaginal. IMSS, Puebla. 1990.



Gráfica XII: Complicaciones inmediatas en los productos de pacientes con cesárea y parto vaginal. IMSS, Puebla 1990.



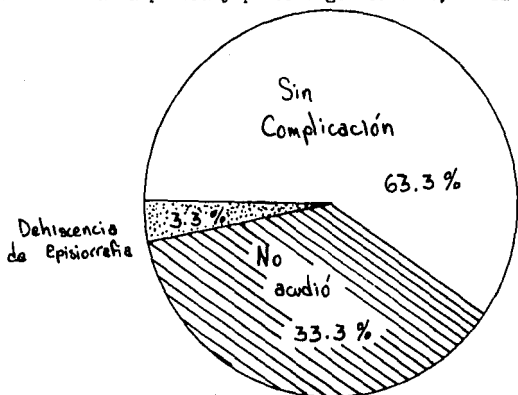
**Sexo y apgar de los productos:** Se presentaron 17 productos de sexo femenino y 13 masculino. Todos los apgar fueron de entre 7 y 9 tanto al minuto como a los 5, correspondiendo 2 de calificación 7 al minuto a los productos de pretérmino.

**Complicaciones en los productos:** De los 30 productos 5 de ellos presentaron huellas de fórceps, 4 fueron superficiales con buena toma y desaparecieron dentro de las primeras 48 Hrs., el quinto presentó edema labial superior, esto fue causado por un simpson al tratar de corregir una toma, sin explicar como la fenestración se atoró en la boca del producto y el daño se realizó al extraer con fuerza la rama, a las 2 semanas el daño ya había desaparecido. Gráfica XII.

**Control a las 2 semanas:** Un control ideal de estas pacientes debería ser una histerografía, pero no se realizó por falta de tiempo. A las 2 semanas se presentaron 20 pacientes a control de las cuales solo una presentó dehiscencia parcial de la episiorrafia, se controló con curaciones y aseo, así como antibioticoterapia. Gráfica XIII.

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

Gráfica XIII: Complicaciones tardías en pacientes con cesárea previa y parto vaginal. IMSS, Puebla. 1990.



## CONCLUSIONES:

1. Se debe dejar en el olvido el aforismo de "una vez cesárea siempre cesárea", ya que se ha demostrado en múltiples estudios que ya es obsoleto.
2. Las pacientes con antecedente de cesárea previa pueden ser sometidas a trabajo de parto, siempre y cuando la indicación que originó la primera no se repita.
3. Con una adecuada selección y bajo una vigilancia estrecha las pacientes con cesárea previa pueden tener un parto vaginal sin complicaciones.
4. La utilización del fórceps cuando existe una indicación precisa y manejado por manos expertas es un instrumento útil e inocuo.
5. Necesariamente se deben de unificar criterios para el tratamiento de pacientes con cesárea previa, con mayor razón en nuestra unidad, ya que se trata de un hospital escuela, con personal en formación en la disciplina de Gineco-Obstetricia.
6. Es necesario realizar estudios comparativos entre grupos de pacientes tomando en cuenta el tiempo entre la cesárea y los embarazos subsiguientes para rechazar o aceptar y proyectar el término de "Cesárea previa reciente", ya que como se describió, en la literatura mundial no se acuña dicho término y sólo se permite en algunas unidades de la Nación.



1. Albert J. y Cols.  
Trabajo de parto siguiendo a una cesárea.  
Obstet. Gynecol. 137 (4):517 ; 1980.
2. Allahbadra N. K. y Cols.  
Parto vaginal después de una cesárea.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 85: 241; 1965.
3. Andres R. J. y Oddo A. H.  
Resolución del parto en pacientes con cicatriz de cesárea.  
Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 49(4): 262-72; 1984.
4. Bennedetti T. J., Plat L. y Cols.  
Parto vaginal en pacientes con cesárea previa por una causa no recurrente.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 358; 1982.
5. Behnke G. E. y Cols.  
Parto vaginal en pacientes portadoras de histerorrafia.  
Rev. Chil. Obstet. Ginecol. 49: 434-8; 1984.
6. Bruce L.F. y On W. L.  
Parto vaginal después de cesárea.  
Resultados de un estudio multicéntrico.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 158: 1079-83; 1988.
7. Coutiño M. R. y Esperanza R. A.  
El forceps en la paciente con antecedente de cesárea.  
Ginec. Obstet. Mex. 27: 249-58; 1970.
8. Chervenak A. P., Shamasi H. H. y Cols.  
¿Es necesaria la cesárea de repetición?  
Obstet. Ginecol. 60(3): 305-8; 1983.

9. Demianczuk M., Hunter D. y Cols.  
Prueba de trabajo de parto después de una cesárea.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 142: 640; 1982.
10. Ella O., Aris Y. y Cols.  
Prueba de trabajo de parto subsecuente a una cesárea:  
Un dilema.  
Obstet. Gynecol. Surv. 44: 19-24; 1988.
11. Flam B. L. y Cols.  
Parto vaginal después de cesárea.  
Clin. Obstet. Gynecol. Dec 28(4): 262-72; 1985.
12. García A. L., Ramírez PD. y Cols.  
Manejo de la paciente con una cesárea. Analisis 1527  
casos.  
Ginec. Obstet. Mex. 45(260): 223-41; 1979.
13. Levin J., Stephans R. y Cols.  
Parto Vaginal en pacientes con cesárea previa.  
Obstet. Gynecol. 59: 135; 1982.
14. Marin Ruiz R. y Cols.  
Resolución del parto subsecuente a una cesárea.  
Presentación de 200 casos.  
Ginec. Obstet. Mex. 53: 327-34; 1985.
15. Mona P., Tahliramaney y Cols.  
Cesárea previa y prueba de trabajo de parto.  
Factores relacionados a la dehiscencia.  
The J. Reproductive Med. 29(1): 17-21; 1984.
16. Phelan J. P., Clark L.S. y Cols.  
Parto vaginal después de cesárea.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 157: 1510-15; 1987.

17. Fuente G. H. y Puente T. J.  
Cesárea electiva (análisis de 600 casos).  
Ginec. Obstet. Mex. 49: 434-8; 1984.
18. Ruiz Velázquez V. y Cols.  
Pronóstico de la cicatriz postcesárea.  
Ginec. Obstet. Mex. 20: 1071-88; 1965.
19. Serrano E., Perl A. E. y Cols.  
Inductoconducción del trabajo de parto en pacientes  
con cesárea previa.  
Ginec. Obstet. Mex. 27: 197; 1970.
20. Thorkild P. y Ljungblad V. y Cols.  
Ruptura y dehiscencia de cicatriz uterina durante el  
embarazo y el parto.  
Am. J. Obstet. Gynecol. 160: 569-73; 1989.