

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

56

FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL GENERAL DE MEXICO O.D.
DIVISION DE ESTUDIO DE POSGRADO
DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION
UNIDAD 112

SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MANEJO DE LA INCOMPETENCIA ISTMICOCERVICAL
CON CERCLAJE TIPO ESPINOSA FLORES EN EL HOSPITAL
GENERAL DE MEXICO DEL 2000 AL 2003

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

P R E S E N T A :

DR. LUIS ERIK GOMEZ GARCIA

TUTOR:

DR. FAUSTO CORONEL CRUZ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2003

A



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.

AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES:
POR HABER INDUCIDO EN MI EL GUSTO POR
ESTUDIAR Y DE SERVIR.
POR PERMANECER SIEMPRE JUNTOS Y A MI LADO GRACIAS..
LOS AMO . Y DIOS LOS BENDIGA.

A MI ESPOSA DIANA:
POR HABER IMPULSADO MI ANIMO EN
ESTE LOGRO.

A MI HIJA ERIKA:
POR ESPERARME CON ALEGRIA TODOS
LOS DIAS Y EN HACERME FELIZ EN MI
FATIGA.

A RODOLFO E IVAN :
POR QUE SON MI EJEMPLO A SEGUIR.
Y SIEMPRE CUENTO CON ELLOS.

A MIS ABUELOS:
POR BENDECIRME Y SUS BUENOS
CONSEJOS.

A MIS MAESTROS :
POR COMPARTIR CONMIGO SUS
CONOCIMIENTOS Y VALORES ETICOS.
MUCHISIMAS GRACIAS.
EN ESPECIAL AL DOCTOR CORONEL POR
HABERME AYUDADO CON SU TUTORIA
EN EL DISEÑO DE ESTA TESIS.

A DIOS:
POR PERMITIRME REALIZAR MIS
SUEÑOS Y RODEARME DE PERSONAS
QUE ME AYUDAN A LOGRARLOS.

ELABORADO CON
MATERIAL DE ORIGEN

INDICE

INTRODUCCION.....	1
HISTORIA.....	2
DEFINICION Y FRECUENCIA.....	3
ETIOLOGIA.....	4
DIAGNOSTICO.....	5
CERCLAJE CERVICAL Y CONDICIONES PARA SU COLOCACION.....	6
MANEJO PRE Y POSOPERATORIO.....	7
TECNICAS DE CERCLAJE.....	8
OPERACIÓN DE SHIRODKAR.....	9
OPERACIÓN DE MAC DONALD.....	10
OPERACIÓN DE ESPINOSA FLORES.....	12
COMPLICACIONES.....	14
JUSTIFICACION.....	15
HIPOTESIS Y OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	17
MATERIAL Y METODOS.....	18
CRITERIOS DE INCLUSION Y DE EXCLUSION.....	19
RESULTADOS.....	20
FUENTE.....	33
DISCUSION.....	34
CONCLUSIONES.....	36
BIBLIOGRAFIA.....	37



c

INTRODUCCION

La reproducción humana es una empresa ineficiente en comparación con otras funciones biológicas. la reproducción se caracteriza por pasos en falso y fracasos frecuentes. {1}

La infertilidad se ha definido como la condición dada cuando una pareja consigue una concepción pero el embarazo se complica y se produce una pérdida fetal sin que se llegue al nacimiento de un niño vivo. La sociedad americana de medicina reproductiva ha definido a esta condición como infertilidad secundaria es decir cuando la pareja ha logrado un embarazo sea cual sea el resultado: un bebe, un aborto o un embarazo ectópico. {10.16 y 18}

Es probable que el aborto espontáneo sea el corolario más común de la concepción en el ser humano. {1}

Mas del 50 % de los óvulos fertilizados no sobreviven a las 28 semanas de gestación. {1}

Las enfermedades pueden afectar la fertilidad en formas distintas:

1. Afectan el coito haciéndolo difícil y doloroso (dispareunia) incluso haciéndolo imposible (impotencia o vaginismo).
2. Se puede presentar obstrucción tubaria y daño ovárico.
3. Alteraciones endocrinas que afecten el eje hipotálamo- hipófisis- gónada o alteraciones de tipo inmunológico (anticuerpos antiespermatozoides):
4. Enfermedades que ocasionan pérdida del embarazo por patología uterina, e incompetencia cervical.

De acuerdo con la OMS se define aborto espontáneo como la expulsión fuera de la madre de un embrión o de un feto que pesa menos de 500 gr. { 6}

El aborto espontáneo de repetición afecta del 2 al 5% de las parejas sin hijos y del 0.4 al 0.8% de los embarazos, y la incidencia de la incompetencia istmicocervical es del 0.05% al 1 % del total de los embarazos. {6.15}

La incompetencia istmicocervical es una de las causas que condiciona abortos de repetición o pérdidas fetales, la cual tiene como una opción para su prevención el cerclaje cervical. {11}

La insuficiencia o incompetencia istmicocervical (IIC) es la incapacidad del cérvix para mantener el producto de la concepción hasta la viabilidad, este defecto, produce cuando no es diagnosticado oportunamente el aborto recurrente. {2,12}

La edad gestacional del producto y la falta del cierre del cérvix produce el aborto silente, indoloro, y violento, característico del aborto recurrente de este origen. {2}

HISTORIA

La primera descripción de la pérdida recurrente del embarazo temprano relacionado con la inhabilidad del orificio cervical interno para retener la progeñie se tiene desde 1658 {8}

La patología de incompetencia cervical fue descrita por primera vez por GREAM en 1865 . {5}

En 1902 HERMAN describió la traquelorrafia de EMMETS como el primer éxito en el tratamiento de la incompetencia cervical {7}.

PALMER y LACOMME describieron el tratamiento quirúrgico en 1950 en no embarazadas sin éxito favorable {8}

Cabe mencionar que LASH y LASH en 1950 introdujo el termino anglosajón de "INCOMPETENCIA CERVICAL" {5}.

En 1965. Benson describe el tratamiento quirúrgico en ausencia del embarazo por vía transabdominal {8}.ha utilizado en un principio, la vía transabdominal, así mismo mediante el acceso transvaginal durante el embarazo se utiliza por SHIRODKAR en 1955 y Mc DONALD EN 1957 {3}.

En nuestro medio, en 1966 el Dr. Espinosa Flores hace una modificación a la técnica de SHIRODKAR {9}.

Con el advenimiento del ultrasonido es posible diagnosticar incompetencia cervical por este medio. {5}



DEFINICIÓN.

La incompetencia istmicocervical se define como la incapacidad del cérvix para retener un embarazo intrauterino hasta el termino del mismo o a la viabilidad del feto {8}.

FRECUENCIA

La incidencia de abortos espontáneos varia del 15 al 20 % y la tasa de abortos recurrentes es de 0.2 a 0.4% (1 por 200 a 500). La incompetencia cervical puede ser congenita o adquirida. En el 8 al 15 % de los casos causa abortos repetidos, la historia mas común es la del aborto recurrente de aparición súbita y sin contracciones {10,15}

TESIS CON
FALLA CERVICAL

ETIOLOGÍA.-

La incompetencia istmico cervical puede tener origen congénito o adquirido.

Congénito:

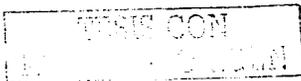
1. Útero bicorne.
2. Útero tabicado
3. Útero bidelfo
4. Exposición a Dietilestilbestrol

Adquiridas o multifactoriales:

1. Dilatación y legrados traumáticos
2. Desgarros en eventos obstétricos mal reparados.
3. Antecedentes de conización cervical en frío.
4. Amputación cervical muy alta
5. Conización cervical con asa diatérmica
6. Parto precipitado
7. Mala aplicación de fórceps
8. Parto en presentación pélvica
9. Inducción de trabajo de parto usando maniobras dilatadoras

De origen funcional:

1. Contracciones uterinas
2. Embarazos múltiples por mayor liberación de relaxina {8,15}.



DIAGNOSTICO

Dentro de la grávidez debemos considerar:

1. Historia de abortos espontáneos repetidos, descartando otras causas como:
 - a) anomalías del huevo
 - b) infección
 - c) disfunción hormonal
 - d) cromosomopatía {14}
2. Protrusión de las membranas en medio del cuello dilatado sin contracción y sin dolor.
3. Presencia de dilatación cervical y/o acortamiento, sin la presencia de contracciones uterinas.
4. Se puede corroborar el diagnostico mediante ultrasonografía, cuando se encuentra dilatación cervical mayor de 15 a 20 mm y se acompaña en ocasiones de salida en reloj de arena de las membranas {4,8,17}.

En base a los siguientes criterios Block y Rahal diseñaron un sistema de calificación y reagruparon a las pacientes y fueron sometidas al cerclaje cervical por una ó hasta 5 de las siguientes indicaciones:

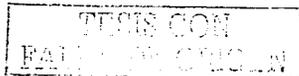
- a) antecedentes de partos prematuros o abortos del segundo trimestre.
- b) evidencia de traumatismos previos del cérvix de carácter quirúrgico y obstétrico
- c) antecedentes de parto prematuro indoloro y rápido
- d) dilatación progresiva o mayor de 2 cm en un examen inicial en el curso del segundo trimestre
- e) diagnostico previo de incompetencia cervical con cerclaje, y evaluación del cérvix con USG endovaginal.

Este sistema de calificación constituye una guía útil para la selección de pacientes a ser manejadas con cerclaje, además de intervenir en el pronostico del embarazo. {11}

El diagnostico clinico de la incompetencia istmicocervical fuera del embarazo se puede establecer con el paso del dilatador de Hegar del # 8 a través del orificio cervical interno sin dolor ni dificultad {8}.

Iffy habla de pasar el dilatador de Hegar # 7 en todo el trayecto cervical sin mayor resistencia {11}.

En la histerosalpingografía deberá encontrarse dilatación del canal cervical de 6 mm o más.



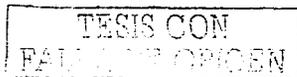
CERCLAJE CERVICAL

Con el nombre genérico de cerclaje cervical se describen varias técnicas que tienen como objeto el estrechamiento del orificio cervical interno incompetente, mediante material de ligadura {3}

La indicación fundamental es la llamada incompetencia o insuficiencia istmicocervical en todas sus formas, congénita o disfuncional {3}.

CONDICIONES PARA SU COLOCACIÓN.

1. El momento adecuado es entre la semana 12 y 18 de gestación, cuando se realiza más tarde, aumenta la incidencia de complicaciones.
2. Membranas corioamnióticas íntegras.
3. Ambiente no infectivo. La infección amniótica es contraindicación absoluta.
4. Ausencia absoluta de sangrado uterino.
5. Útero no irritable.
6. Dilatación cervical, si existe debe ser inferior a 3 o 4 cm. con dilatación mayor el cerclaje es difícil o imposible.
7. Ausencia de anomalías fetales confirmadas por ultrasonografía. {15}



MANEJO PREOPERATORIO:

24 horas antes:

Exámenes de laboratorio normales, reposo absoluto, ayuno de 8 horas, indometacina 100 mg vía rectal cada 12 horas iniciando la noche anterior. {8,9}.

MANEJO POSTOPERATORIO:

Reposo absoluto en cama por 24 horas, dieta blanda, continuar indometacina 100 mg vía rectal hasta completar 6 dosis. {4,9}.

CRISIS CON
FALTA DE ORIGEN

TÉCNICAS DE CERCLAJE

Es importante que el cirujano efectué la técnica que mejor domine. El objetivo se basa en el mismo principio:

Corregir el defecto anatómico; el material para efectuar el cerclaje varía (fascia lata, mersilene).

A continuación se describen las técnicas mas conocidas:

OPERACIÓN DE SHIRODKAR

1. Exposición cervical y exteriorización del órgano con aplicación de pinzas de Forester (anillos), una en cada labio.
2. Incisión transversal en el pliegue de la mucosa cervicovesical, disección de la vejiga hasta el nivel del orificio cervical interno. Esta maniobra puede ser difícil por la consistencia blanda del cuello.
3. Incisión transversal de la mucosa cervical posterior, hasta llegar cerca del pliegue de reflexión peritoneal de Douglas.
4. Con una aguja de aneurisma especialmente modelada, o con una aguja de Deschamps, se lleva el material de sutura utilizado desde la hendidura posterior a la anterior, pasándola por debajo de la mucosa lateral, que no ha sido seccionada. Para lograrlo, se introduce primero la aguja en un lado, de arriba abajo, haciendo salir el ojo de la aguja por la incisión posterior, donde se enhebra. Luego regresa hacia la hendidura anterior, quedando el material de sutura circundando la mitad del cuello. La operación se completa realizando el mismo proceso en el lado opuesto y anudando los 2 extremos del hilo o cinta en la cara anterior del cuello. Previamente al momento de anudar, se rechazara hacia arriba el polo inferior del huevo, bien mediante el dedo, un dilatador de Hegar o una sonda de Foley previamente preparada.
5. La ligadura se fija adelante y atrás, con unos puntos de seda del 00.
6. Tanto la incisión anterior como la posterior se cierran con catgut 00, con aguja atraumática.



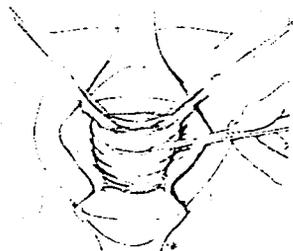


Fig. 10

TESIS CON
VALOR DE TITULO

OPERACIÓN DE MAC DONALD

1. Exposición del cérvix con ayuda de pinza de Allis.
2. Se coloca un punto en el radio de las 12, en la unión de la mucosa vaginal y la portio cervical, en el orificio interno del cérvix.
3. Se dan varios puntos (4 o 6) en bolsa de tabaco en torno al cérvix , a la altura de su orificio interno .
4. Se anuda la sutura en bolsa de tabaco

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

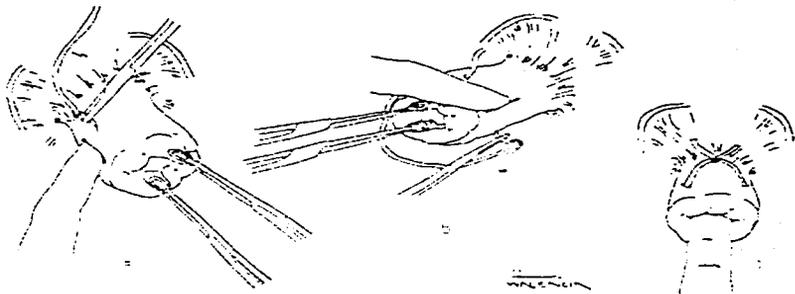
OPERACIÓN ESPINOSA - FLORES

La técnica consiste en la ligadura transcervical simple del cervix sin disección de la mucosa, con mersilene (Ethicon RS21 o D-6113, ETHICON inc.Somerville,N.J) o cinta umbilical de algodón, con tracción del cuello uterino con pinzas de Foerster(anillos) previa localización de los ligamentos cardinales o de McKENRODT,anudando la cinta en la cara anterior del cervix. {10.17}.

TECNICA:

1. Exposición y exteriorización del cervix mediante pinzas de Foerster (anillos) en el radio de las 12 y 6 horas.
2. Tracción hacia la derecha del cervix mediante las pinzas hasta localizar el ligamento cardinal o de Mc KENRODT con ambos indices , se pasa la aguja de arriba abajo, tomando el ángulo formado por el ligamento en su unión con el cuello uterino .
3. Tracción del cuello hacia el lado contrario y localización del ligamento cardinal izquierdo. Idénticas maniobras que en el otro lado, pasando la aguja de abajo a arriba.
- 4.- Anudamiento de los cabos en la cara anterior del cuello, dejándolos lo suficientemente largos(1 a 1.5 cm) como para facilitar su extracción.

TESIS CON
PALLA DE ONCEN



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

COMPLICACIONES

Estos procedimientos no están exentos de complicaciones. La incidencia de rotura de membranas aparece desde el 1 al 9 % de todas las técnicas de cerclaje.

La corioamnionitis se describe del 1 al 8%, el desplazamiento de la sutura cervical del 3 al 13%. {2}

Se han descrito las distocias cervicales como consecuencia del retiro de la sutura.

El cérvix puede contener un exceso de tejido fibroso en el interior de su estructura , y después de eliminar la sutura , pueden producirse laceraciones cervicales que impongan una cesárea o una cesárea -histerectomía.

Puede ocurrir estenosis cervical permanente o se ha desarrollado un anillo rígido fibroso (Conglutinación). {11}.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN

- Evaluar la eficacia de la técnica quirúrgica de Espinosa Flores basada en el análisis de resultados de éxito o fracaso en la mantención y resolución favorable del embarazo.
- En nuestra unidad se lleva a cabo la técnica de Espinosa Flores con regularidad y se toma como referencia en este estudio.

TESIS COM
FALLA DE ORIGEN

HIPOTESIS:

El cerclaje cervical en sus diferentes técnicas ofrece resultados favorables para la fertilidad humana en quien se ha diagnosticado adecuadamente incompetencia istmicocervical.

Dado la experiencia con la técnica de Espinosa Flores se evalúa la utilidad de este método.

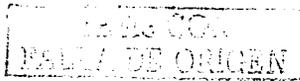
OBJETIVO GENERAL

- Evaluar la eficacia del cerclaje Espinosa Flores en pacientes del Hospital General de México basados en el porcentaje de éxitos o fracasos de la gestación del periodo comprendido del 2000 al 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar los criterios diagnósticos de aborto habitual por incompetencia istmicocervical, clínicos y de gabinete.
- Analizar los diagnósticos diferenciales del aborto habitual (trastornos infecciosos e inmunológicos).
- Mostrar el procedimiento de protocolo de estudio a realizar en la paciente diagnosticada con incompetencia istmicocervical para poder someterla al procedimiento quirúrgico.
- Analizar el manejo pre, trans y posquirúrgico en función de la paciente y el producto.
- Evaluar la evolución y seguimiento de las pacientes hasta la resolución del embarazo, considerando manejo y complicaciones.
- Valorar resultados maternos del embarazo, tanto de éxito como de fracaso descritos según las variables analizadas.
- Valorar resultados fetales en la resolución del embarazo, tanto de éxito como de fracaso describiendo según variables analizadas.
- Concluir resultado positivo o negativo de la aplicación del cerclaje



MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo de los años 2000 al 2002, donde se evalúan las indicaciones de cerclaje como técnica quirúrgica para el tratamiento en 60 pacientes embarazadas con diagnóstico de incompetencia cervical, cumpliendo con los factores que la establecen a nivel mundial.

Se efectuó revisión de expedientes clínicos de los 3 años mencionados del archivo clínico de la unidad 112 de Ginecoobstetricia, en donde se especificara la edad de la paciente (dividida en quinquenios), antecedentes ginecobstetricos (inicio de vida sexual activa, numero de compañeros sexuales, numero de perdidas gestacionales previas), semanas de resolución del embarazo, valoración del recién nacido.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CRITERIOS DE INCLUSION

- **Pacientes femeninos de cualquier edad con embarazo único de 12 a 22 semanas de gestación con diagnostico de aborto habitual.**
- **Pacientes que hayan sido atendidas en el área de Ginecoobstetricia de enero del 2000 a diciembre del 2002, colocando cerclaje cervical tipo Espinosa Flores con diagnostico de incompetencia cervical.**
- **Pacientes con aborto habitual no provocado por infecciones, procesos inmunológicos y otras patologías.**
- **Pacientes con datos completos en expediente clínico.**

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- **Pacientes con expediente incompleto .**
- **Presencia de anomalías fetales por ultrasonido .**
- **Embarazos múltiples**
- **Pacientes sin diagnostico de incompetencia istmico cervical.**
- **Pacientes con aborto habitual secundario a infecciones, problemas inmunológicos u otras patologías.**

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

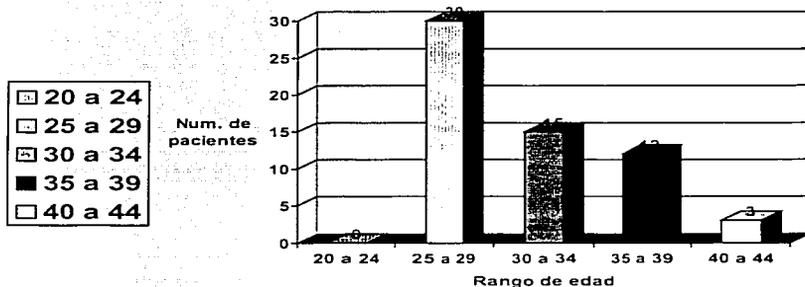
Resultados

TESIS CON
FALLA EN ORIGEN

EDAD

El rango de edad se estableció entre los 20 a los 45 años, con una distribución por quinquenios de 20 a 24 años 0, 25 a 29 años 30, 30 a 34 años 15, de 35 a 39 años 12 y de 40 a 44 años 3. (grafica 1)

Grafica 1 Edad de las pacientes dividida por quinquenios

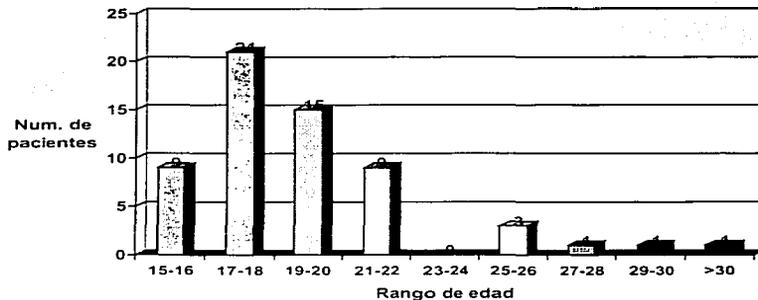


1958 CON
VALLE DE GUABUN

INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA

Se obtuvo la relación en la que las pacientes iniciaron su vida sexual activa, dividido cada dos años, obteniendo los siguientes datos: de 15 a 16 años 9 pacientes, de 17 a 18 años 21, de 19 a 20 años 15, 21 a 22 años 9, 23 a 24 años 0, 25 a 26 años 3, 27 a 28 años 1 y más de 31 años 1 paciente.

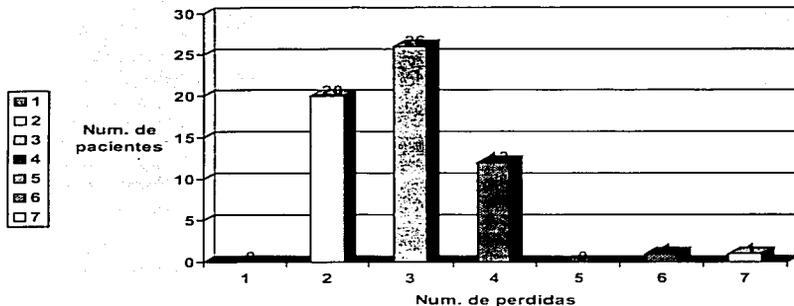
Grafico 2 Edad de inicio de vida sexual activa



ANTECEDENTES DE SUCESOS GESTACIONALES ADVERSOS

Se cuantifico el numero de perdidas observando lo siguiente: 1 perdida 0 pacientes, 2 perdidas 20, 3 perdidas 26, 4 perdidas 12, 5 perdidas 0, 6 perdidas 1 y 7 perdidas 1 paciente.

Gráfico 3 Antecedentes de sucesos gestacionales adversos

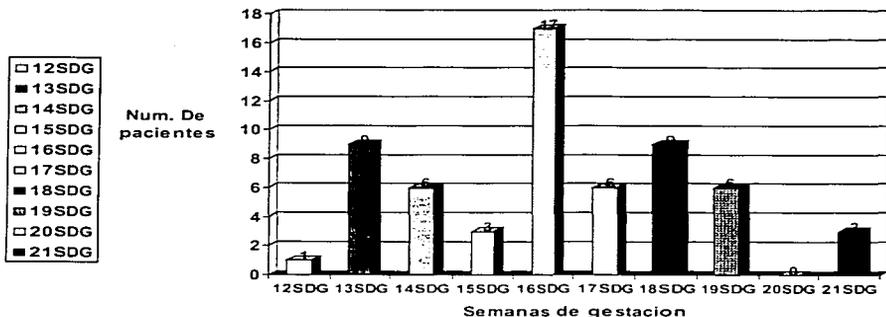


TESIS COM
FALLA DE ENTREN

EDAD GESTACIONAL EN LA QUE SE COLOCO EL CERCLAJE CERVICAL

Se obtuvo la relación de la edad gestacional en la cual se llevo a cabo la colocación del cerclaje cervical mencionado, con los siguientes resultados: 12 semanas de gestación (SDG) 1 paciente, 13 SDG 9, 14 SDG 6, 15 SDG 3, 16 SDG 17, 18 SDG 9, 19 SDG 6, 20 SDG 0 y 21 SDG 3 pacientes.

Grafica 4 Edad gestacional en la que se coloca el cerclaje cervical

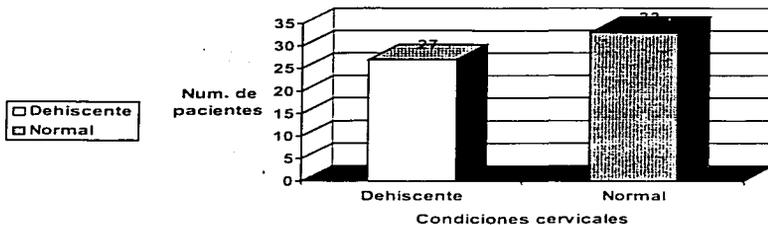


INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

HALLAZGOS CERVICALES DURANTE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Los hallazgos comentados por los cirujanos durante el procedimiento quirúrgico describen la presencia de cérvix dehiscente en 27 casos y cérvix normal en 33 casos.

Grafica 5 Hallazgos cervicales durante el procedimiento quirúrgico

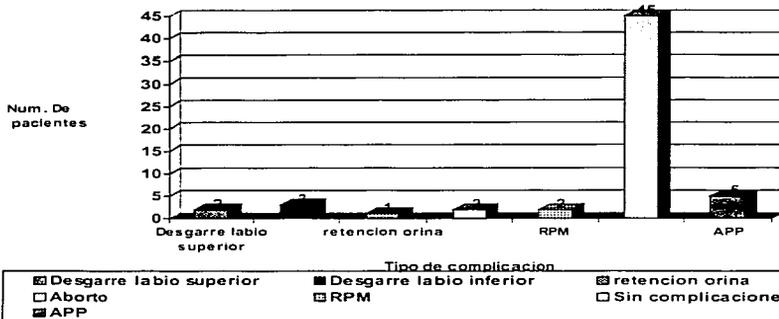


INSTITUCIÓN
FALLA DE VISIÓN

COMPLICACIONES TRAS EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

También fueron reportados en la hoja quirúrgica complicaciones como desgarro del labio superior en 2 casos y desgarro en labio inferior en 3 casos, retención aguda de orina en 1 caso. RPM en 2 casos, y con APP 5 casos, con aborto 2 casos y sin complicaciones 45 casos.

Grafica 6 Complicaciones tras el procedimiento quirurgico

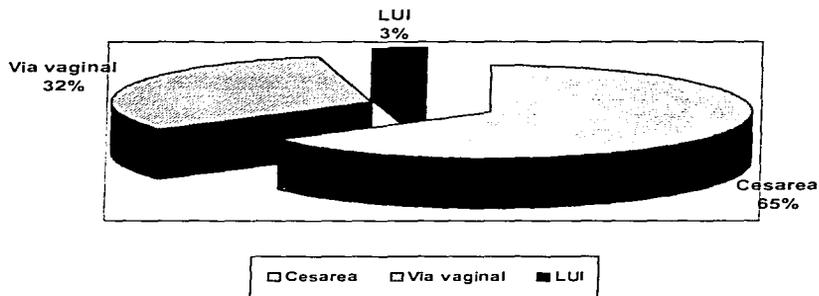


TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

VIA RESOLUCIÓN EMBARAZO

Para la interrupción del embarazo tras valoración obstétrica se optó por la vía de operación cesárea en 39 casos (60.5%), por vía vaginal 19 casos (32%) y LUI en 2 casos (3.3%).

Grafica 7 Vía de resolución del embarazo

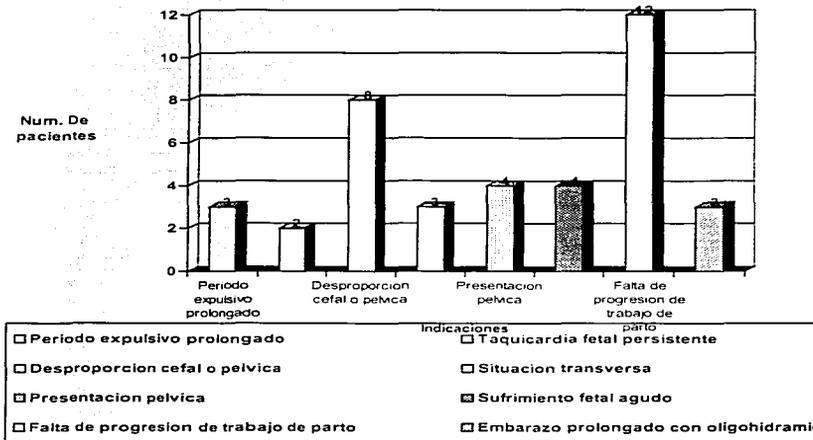


INDICACIONES PARA LA INTERRUPCION DEL EMBARAZO POR OPERACIÓN CESAREA

Las indicaciones por las cuales se llevo a cabo la interrupción vía abdominal, fueron variadas en los 39 casos en los que se realizo el procedimiento quirúrgico.

Periodo expulsivo prolongado 3, taquicardia fetal persistente 2, desproporción cefalopelvica 8, situación transversa 3, presentación pélvica 4, sufrimiento fetal agudo 4, falta de progresión de trabajo de parto 12, embarazo prolongado con oligohidramnios severo 3.

Gráfico 8 Indicaciones para la interrupción del embarazo por vía abdominal

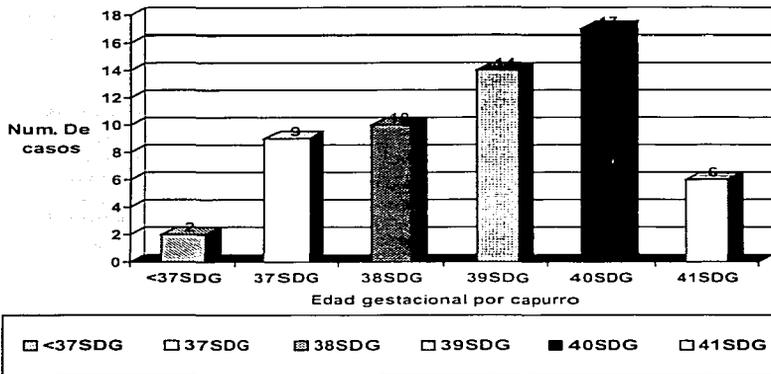


FESIC CON
FALLAS

CALIFICACIÓN DE CAPURRO DE PRODUCTOS DE MADRE CON ANTECEDENTE DE CERCLAJE CERVICAL

En base a la calificación de capurro la edad gestacional de estos productos fue la siguiente: menor de 37 semanas de gestación (SDG) 2 casos, 37 SDG 9 casos, 38 SDG 11 casos, 39SDG 14 casos, 40SDG 18 casos, 41 SDG 6 casos.

Gráfico 9 Calificación de capurro en productos de madres con antecedentes de cerclaje cervical

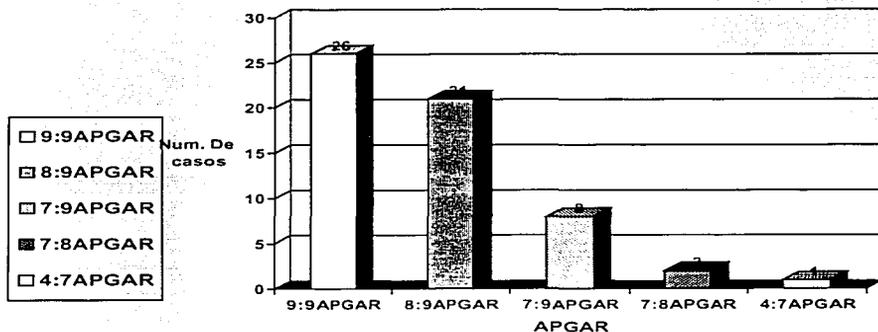


INSTITUTO VENEZOLANO DE INVESTIGACIONES CIENTÍFICAS
EVALUACIÓN DE RIESGOS

CALIFICACIÓN APGAR EN NEONATOS DE MADRES CON CERCLAJE CERVICAL

La calificación de APGAR que pediatría otorgo al primer minuto y a los 5 minutos se presentan en la siguiente relación: 9:9 en 26 casos; 8:9 en 21, 7:8 en 2, 7:9 en 8 y 4:7 en 1 caso.

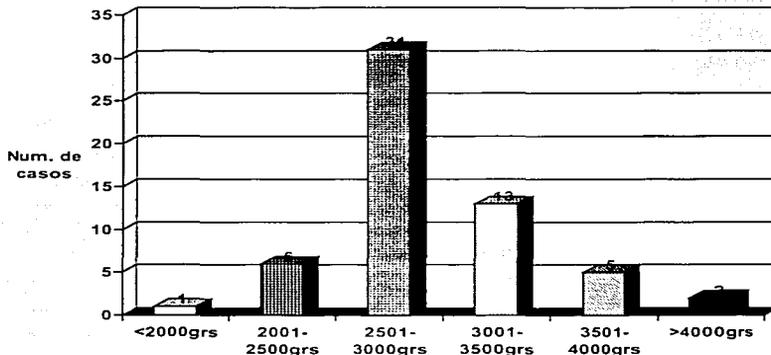
Grafica 10 Calificación de APGAR en neonatos de madres con cerclaje cervical



PESO DE LOS NEONATOS DE MADRES CON CERCLAJE CERVICAL

Así mismo se obtiene el peso de los recién nacidos donde se observa que hubo un caso menor de 2000 grs, 6 de 2001 a 2500grs., 31 de 2501 a 3000grs., 13 de 3001 a 3500grs., 5 de 3501 a 4000 a grs, y mayores de 4001 grs en 2 casos.

Gráfica 11 Peso de los neonatos de madres con cerclaje cervical



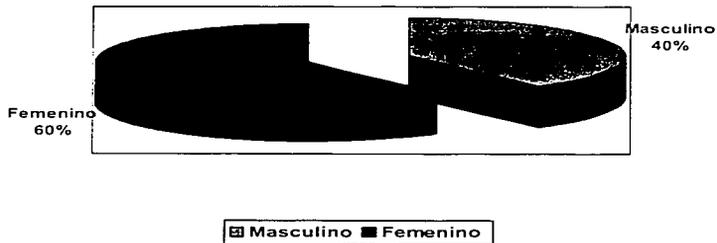
Peso		
□ <2000grs	▨ 2001-2500grs	▩ 2501-3000grs
□ 3001-3500grs	□ 3501-4000grs	■ >4000grs

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

SEXO DE NEONATOS CON ANTECEDENTES DE CERCLAJE CERVICAL

Se obtuvieron 35 productos de sexo femenino (60.3%) y 23 de sexo masculino (39.6%).

Grafica 12 Sexo neonatos obtenidos de madres con cerclaje cervical



FUENTE

Expedientes de 60 pacientes atendidas en el servicio de Perinatología del Hospital General de México de enero del 2000 a enero del 2003.

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

DISCUSIÓN

Dentro del rango de edad establecido, se observa que la mayoría de las pacientes se encuentran entre los 26 y 40 años (90%), con una prevalencia máxima en el rango comprendido entre los 25 y 29 años, lo cual corresponde a la etapa reproductiva ideal.

Así mismo el inicio de la vida sexual activa en el 75% de las pacientes se ve antes de los 20 años de edad y en el 50%(30 pacientes) en plena adolescencia, lo cual refleja que se exponen tempranamente a la posibilidad del embarazo y ante la pérdida del mismo en forma repetida acuden a recibir atención médica aún en edad reproductivamente apta.

Entre los antecedentes ginecológicos considerados para ampliar la percepción del contexto ambiental de estas pacientes, fue la cantidad de parejas sexuales donde llama la atención que en el 80%(48 pacientes), solo han tenido una pareja sexual y el resto (12 pacientes) por arriba de 2 parejas sexuales. Lo que establece que conservan a su primer compañero en la búsqueda de un embarazo viable, consiguiendo desde el punto de vista afectivo un apoyo loable y en un bajo porcentaje (20%) hay mas de 2 parejas previas.

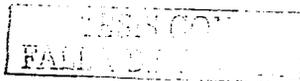
La pérdida de embarazos bien sea abortos o nacimientos prematuros fue uno de los antecedentes mas importantes en el diagnostico de la incompetencia istmicocervical con el cual solo este basto para que con 2 pérdidas previas en 20 pacientes (33.3%) se le ofreciera el procedimiento quirúrgico que nos atañe y en el 43.3% con 3 pérdidas previas, en donde aunado a otros factores, como la cantidad de las pérdidas gestacionales, las modificaciones cervicales al momento de la exploración, la prueba de Hegar positiva y el apoyo diagnóstico del ultrasonido, se consideraron para el establecimiento del la colocación del cerclaje Espinosa Flores.

Una vez que se efectuó el diagnóstico de insuficiencia istmicocervical y habiéndose informado a la paciente las características del procedimiento de corrección y posibles complicaciones así como la aceptación del mismo; se verifico que se cumplirán las condiciones para su aplicación, en el 68% de los casos se coloco entre la semana 14 y 18 de gestación, el resto fuera del rango ideal, por acudir tardíamente a recibir atención.

Cabe mencionar que en todos los casos se utilizo bloqueo peridural sin complicaciones como técnica anestésica.

Durante el procedimiento 33 pacientes (55%) presentaban un cérvix sin modificaciones y el resto 27 pacientes (45%) con cambios.

Así mismo se mencionaron como complicaciones durante el procedimiento desgarros cervicales menores que requirió de la colocación de un punto transfectivo con cc0 y solo en 1 caso se describió la retención aguda de orina probablemente por el uso de las valvas de Sims, que no amerito mayores cuidados. Con lo que se concluye que en general llevando a cabo las medidas preventivas y el cuidado minucioso de la técnica no se tiene repercusión negativa inmediata. Sin embargo en 2 casos debido a ruptura prematura de membranas se presento aborto por lo se efectuó legrado uterino instrumentado.



Una vez que se llega el momento de la resolución del embarazo, tras una valoración obstétrica se optó por la interrupción por vía abdominal en el 60.5% de los casos siendo esta la tendencia en base a que se presentan tanto alteraciones en el canal de parto como en el bienestar fetal.

Teniendo como consecuencia de la decisión obstétrica adecuadas calificaciones de Apgar en el 94.8% de los casos, considerando que el 96% de los neonatos nacieron con edad gestacional de término por Capurro, solo en 2 casos fueron menores de 36 semanas de gestación que obviamente repercutió en la calificación de Apgar y en el pronóstico del producto.

Por lo que concierne al peso de los mismos, se obtiene que en el 94% de los productos, mantienen un peso adecuado para la edad gestacional, con un 65% del total, sin superar a los 3000 gramos.

En cuanto al sexo de estos recién nacidos solo se comenta que hay un discreto aumento en el nacimiento de niñas(35) y niños (23) respectivamente, lo cual no es significativo para el fin de este estudio y se presenta como mención observacional.

TESIS CON
FALLA DE CENSURA

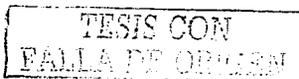
CONCLUSIONES

- El rango de edad de las pacientes se encuentra dentro del periodo ideal para la fertilidad.
- Así mismo el inicio de la vida sexual de estas pacientes se llevo a cabo en plena pubertad.
- El diagnostico se estableció en el 81% de las pacientes clinicamente en base al interrogatorio, sus antecedentes ginecológicos y a las condiciones cervicales al momento de la primera consulta .
- El cerclaje cervical Espinosa Flores fue colocado desde la semana gestacional 13 hasta la 21 con indicaciones precisas cumpliendo con las condiciones recomendadas por la literatura mundial.
- Cumpliendo minuciosamente con la técnica quirúrgica del cerclaje el riesgo de complicaciones durante el procedimiento es menor del 10 %.
- Hay mayor tendencia a la resolución por vía abdominal en las mujeres con antecedente de cerclaje cervical.
- El cerclaje cervical Espinosa Flores logra favorecer la viabilidad de los embarazos en madres con diagnóstico de insuficiencia istmicocervical.
- En el 95% de los recién nacidos sus condiciones generales fueron adecuadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

1. Te Linde, Ginecología Quirúrgica. 7ma. Edición Argentina, Editorial Panamericana, 1993.
2. Sanchez C.J. y Col. Evaluación de la operación Espinoza Flores en la insuficiencia istmicocervical. Ginecología y Obstetricia de México 1989;57:185-189.
3. Dexeus Santiago, Operatoria Obstetrica Vol.III 2a. Edición Barcelona España, Salvat Editores. 1988.
4. Fernandez H. et. Ville Técnicas del Cerclaje del cuello uterino. Enciclopedia Medica Quirúrgica pag.41895 (Elsiever, Paris, Francia. 1991)
5. Gervaise A. y col. Técnicas del cerclaje del cuello uterino. Enciclopedia medica Quirúrgica pag.E-41-895 (Elsevier, Paris, Francia 2001).
6. Vinatier D. Abortos Espontaneos Reiterados. Enciclopedia Medica Quirúrgica pag.777-A-20 (Elsevier, Paris Francia 1998)
7. Mandohuri Karp, MD y Goldkarend MD Savannah Georgia. Cerclaje Cervical de Emergencia. American J.O. Volumen 181 Agosto 1999.
8. J.Roberto Ahued Ahued, C.Fernandez del Castillo S. Incompetencia Istmicocervical. Obstetricia y Ginecología Aplicadas. Pag.458-460 Editorial. J.G.H. Editores 1a. Edición México 2000.
9. Antonio Andrade Vargas y cols. La Operación Espinosa Flores en la Insuficiencia Istmicocervical. Ginecología y Obstetricia de México. Vol.39 Año XXXI No.235 Mayo 1976.



10. Efraín Perez Peña. Un Enfoque Integral .Infertilidad ,Esterilidad y Endocrinología .Cap.1. 2a.Edición Salvat 1998.
11. Iffy Leslie .Incompetencia Istmicocervical. Obstetricia y Perinatología. Principios y Practica. Cap.32.Edit. Medica Panamericana 1990.
12. Marjorie C.Treadwell MD. Factores Pronostico y complicaciones del cerclaje cervical. Pag.555.
13. Sictske M.Althuisius MD.Gustaata.Beka PhD. Incompetencia cervical prevención con cerclaje. American Journal obstetric and Ginecology Oct.2000 Vol.183Amsterdam Holanda.
14. Gerardo Casanova Roman. Temas Actuales en Ginecología. Programa de actualización Medica Continua Ginecologica.Vaginosis Bacteriana. FEMEGO, Pharmacia. Intersistemas 1a.Edición.
15. Errol. R. Norwitz MD. PhD Cerclaje Cervical. Secretos de la Ginecoobstetricia, 2a.Edición. pag.333-338.McCraw-Hill Interamericana 1997.
16. Jonathan S.Berek . Infertilidad . Novak.s.Cap.27 Sección V pag.944 12a. Edición. 1996.
17. Miles J.Novy MD.y Cols.Transactions of Sixty-seventh annal Meeting of the pacific Coast Obstetrical and Gynecological Society,American Journal Of Obstetrics and GynecologyVol.184.No.7 June2001.
18. S. Dexeus , Pedro N. Barry. Primera consulta de la pareja estéril. Departamento de obstetricia y ginecología. Instituto Universitario Dexeus. Barcelona España 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN