



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO**

---

---

**FACULTAD DE MEDICINA**

**División de Estudios De Postgrado e Investigación**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS  
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**BENEFICIOS DE LA TECNICA DE HISTERORRAFIA FERNANDEZ/GUERRA  
COMPARADOS CON LA TECNICA CLASICA DE CESAREA EN EL HOSPITAL GENERAL  
IGNACIO ZARAGOZA.**

**Trabajo de Investigacion que presenta el:**

**DR. SILVESTRE JONATHAN ESCOBEDO  
CARDENAS**

**Para Obtener el Diploma de la Especialidad en  
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

**Asesor de Tesis:**

**DR. JUAN MANUEL FERNANDEZ MONTES  
DR. PATRICIO GUERRA ULLOA**



Mexico, D.F. 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

## RESUMEN

---

**Antecedente:** La cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente realizada con el fin de interrumpir el embarazo. Sin duda alguna el desarrollo del procedimiento quirúrgico ha sido de los más significativos y de mayor impacto en la atención obstétrica. La técnica de cesárea simplificada Fernandez / Guerra es una técnica minimalista y está siendo usada cada vez más en diferentes centros hospitalarios. Es importante utilizar la técnica más efectiva y segura.

**Objetivo:** Determinar los beneficios de la técnica simplificada Fernandez/Guerra en comparación con técnica convencional de la cesarea.

**Material y método:** Estudio prospectivo, transversal, abierto, comparativo se incluyeron en el estudio a 50 pacientes que se le realizaron operación cesarea con técnica simplificada Fernandez /Guerra, y 50 paciente que se le realizaron operación cesarea con técnica convencional. Realizada en el Hospital General Ignacio Zaragoza, en el periodo de tiempo de enero del 2012 a julio del 2012. Criterios de inclusión toda paciente con indicación de cesarea mayor de 28 semanas de gestación con uso de anestesia Bloqueo peridural. Criterios de exclusión, Pacientes de menos de 28 semanas de gestación y con enfermedad de base que comprometa la coagulación y el tiempo de estancia intrahospitalaria, desconocimiento de la técnica, criterios de eliminación, Atonía uterina, hipotonía no reversible a oxitocicos, histerectomía obstétrica en bloque. Para el estudio se utilizo método estadístico Chi cuadrada y t de student.

### **Resultados:**

El sangrado fue menor en el grupo de técnica simplificada problema en comparación con la convencional. El tiempo quirúrgico fue menor en la técnica simplificada  $21.03 \pm 2.8$  minutos y de  $49.29 \pm 10.8$  para técnica convencional  $p < 0.001$ . Los días de estancia intrahospitalaria se redujeron a la mitad con el uso de la técnica simplificada,  $p < 0.05$ . Se utilizó menor cantidad de analgésicos en el grupo de pacientes con técnica simplificada, con diferencia significativa entre los dos grupos  $p < 0.0001$ .

**Conclusiones:**

La técnica simplificada de cesárea engloba una serie de factores que combinados culminan en un tiempo quirúrgico más corto, menos sangrado, recuperación más rápida y menor uso de analgésico con estancia intrahospitalaria más corta. Todo lo anterior contribuye a disminuir los costos quirúrgicos y a optimizar el uso de recursos destinados para la cesárea, tanto humanos como materiales.

Palabras claves: Cesárea, Técnica simplificada Fernandez/Guerra,

## ANTECEDENTES

---

La cesárea es la intervención quirúrgica más frecuente realizada con el fin de interrumpir el embarazo. Sin duda alguna el desarrollo del procedimiento quirúrgico ha sido de los más significativos y de mayor impacto en la atención obstétrica. Aún cuando al comienzo de su utilización ésta tenía como propósito salvar la vida del feto, el mejoramiento de las técnicas quirúrgicas y el descubrimiento de anestésicos y antibióticos la transformó en una cirugía indispensable en la resolución de complicaciones surgidas durante el embarazo o el parto. (1)

La técnica de la operación cesárea fue descrita como procedimiento médico por Mariceau recién en el siglo XVII, donde se practicaba sólo una histerotomía corporal de salvataje en casos excepcionales con alta tasa de mortalidad. Esta técnica se mantuvo hasta 1882 cuando Max Sanger introdujo la sutura de la histerotomía. Latzko realizó en 1908 la primera cesárea extraperitoneal como forma de prevenir las peritonitis postoperatorias. En 1912, Kronig realizó la primera incisión segmentaria vertical y en 1925, Kerr describe la técnica actual de histerotomía segmentaria transversal., (2)

La cesárea segmentaria transversal, que es el procedimiento más usado hoy en día, proviene de una modificación de la técnica de Beck implementada en 1921 por John Munro Kerr (1868-1960) y Eardley Holland (1879- 1967). (2)

Posteriormente a lo largo de los años se han desarrollado muchas variaciones en la técnica, estas variaciones se relacionaban con:

1. La **posición** de la mujer puede ser supina o con una inclinación lateral
2. La **incisión cutánea** puede ser vertical (línea media o paramediana) o abdominal inferior transversal (Pfannenstiel, Joel-Cohen, Pelosi, Mouchel o Cherney). Para las mujeres muy obesas, se sugiere una incisión transversal arriba del ombligo, pero no se ha demostrado que disminuya la morbilidad. Se ha comparado la incisión con bisturí

eléctrico y con bisturí en frío para la apertura de la pared abdominal . La hoja inferior de la vaina subrectal puede liberarse o no. (3).

3. El peritoneo de la **vejiga** puede reflejarse de forma descendente o no.

4. La **incisión uterina** puede ser el segmento inferior transversal (Munro-Kerr), el segmento inferior de línea media o el segmento superior ("clásico").

5. El **útero** puede abrirse con bisturí, tijera, por medio de una disección sin corte, o con el uso de grapas absorbibles "Grapas absorbibles para la incisión uterina durante la cesárea".

6. La **placenta** puede retirarse manualmente o con tracción del cordón, y el permitir el sangrado del cordón se ha empleado para contribuir al desprendimiento placentario

7. El **útero** puede ser liberado desde la cavidad abdominal o dejarlo en posición durante la reparación ("Reparación extraabdominal versus intraabdominal de la incisión uterina en la cesárea".) (3)

8. La **histerorrafia** puede cerrarse con suturas interrumpidas o continuas en una, dos o tres capas ("Métodos de cierre de la incisión uterina en la cesárea"/"Sutura de una sola capa versus capa doble para el cierre de la incisión uterina en la cesárea". Los estudios observacionales han sugerido que el cierre de una sola capa se asocia con mayores defectos de cicatriz de ecografía y tiene una mayor tendencia a despegarse en embarazos posteriores. En otro estudio, se descubrieron "ventanas" uterinas aumentadas después de un cierre de una sola capa, pero no ocurrieron roturas de la cicatriz (4).

9. La **sangre** puede recuperarse durante el procedimiento para una nueva transfusión (1).

10. El **peritoneo visceral o el parietal**, o ambos, pueden suturarse o dejarse sin sutura ("Sin cierre del peritoneo en la cesárea") (12).

11. Se pueden utilizar varios materiales para el **cierre de la fascia**. En mujeres con un riesgo aumentado de dehiscencia de la herida, se sugiere la realización de una sutura Smead-Jones (2).

12. Para reducir el **riesgo de una infección** se sugiere un cuidadoso manejo de los tejidos y una buena técnica quirúrgica (2).

13. Los **tejidos subcutáneos** pueden suturarse o no (2).

14. Se pueden utilizar varias técnicas y materiales para el **cierre cutáneo** (2).

Además de las variaciones en los aspectos individuales de la operación como se detalla más arriba, se han descrito varias técnicas de cesárea mas abreviadas. Las ventajas de métodos como el de Joel-Cohen, o Pelosi y Stark sobre la incisión de Pfannenstiel han sido ampliamente demostradas (3), por lo que el objetivo de este trabajo es mostrar una variante más de esta técnica cesárea, diferente a las descritas hasta ahora, con destacadas ventajas.

En 1995, Marco A. Pelosi II, en EEUU, informa de un novedoso método para realizar la cesárea, simplificando y omitiendo varios de los pasos que tradicionalmente eran practicados y logrando mejores resultados en cuanto a recuperación y tiempos operatorios (5).

El doctor Michael Stark empezó un novedoso método de cesárea, en el año 1983, y comunicó sus resultados en el año 1994, en Montreal, al cual le llamó técnica Misgav-Ladach, que es el nombre del Hospital de Jerusalén donde se inició la práctica de dicho procedimiento (6).

En el método de Kerr, el cuerpo es percibido como algo estático y la incisión es hecha disruptiionando toda la anatomía de superficie. Por el contrario, con el método Misgav-Ladach se respeta las estructuras anatómicas y se sigue los principios del minimalismo

quirúrgico, resultando aparentemente en un procedimiento más ‘fisiológico’ que el procedimiento clásico (7).

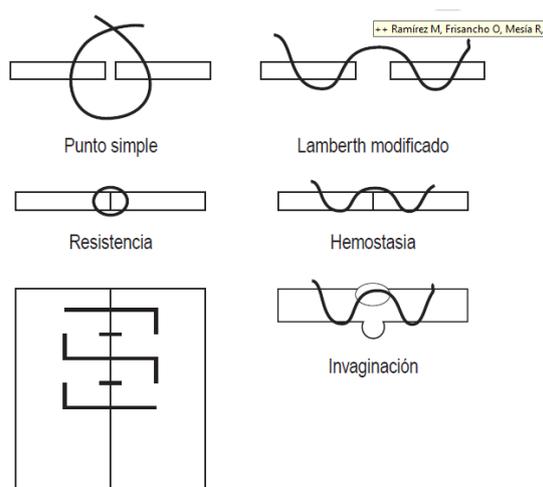
Las ventajas del método de Misgav-Ladach han sido demostradas en diversas publicaciones, y estas incluyen: recuperación postoperatoria rápida, menos reacción febril, menos necesidad de administrar antibióticos, el retorno rápido de la función intestinal, menos adherencias peritoneales y menos cicatrización en las capas abdominales. Se lleva a cabo utilizando solo tres suturas (un catgut crómico 1-0, un vicryl 1-0 y un catgut crómico 3-0 o nylon 3-0). Todas estas ventajas devienen en un menor costo para las instituciones donde se las practica, lo cual es de resaltar en países en vías de desarrollo, como el nuestro. Asimismo, es una técnica fácil de aprender y reproducir, permitiendo una extracción tan rápida del feto, como las incisiones verticales practicadas tradicionalmente en situaciones de emergencia. (8)

La técnica simplificada de Histerorrafia Fernandez/Guerra es un método innovador el cual se ofrece una serie de factores que combinados culminan en tiempo quirúrgico más corto, menor sangrado, recuperación más rápida, menor requerimiento de analgésico y menor estancia intrahospitalaria. Es la consecuencia lógica de la introducción de nuevas estrategias quirúrgicas encaminadas a producir menor daño en los tejidos y mínima manipulación, como lo es la incisión de Joel-Cohen, con la cual los vasos sanguíneos y las fibras nerviosas que tienen cierta elasticidad son desplazados hacia un lado y no sufren desgarros; además de asegurar la apertura de la aponeurosis en una zona que no se encuentra adherida al músculo, de tal suerte que éste se conserva sin desgarros. Como resultado, existe mínimo sangrado y menos trauma para los tejidos,<sup>18</sup> lo que influye directamente sobre la recuperación de la paciente. (9)

Otro punto importante es el no suturar peritoneo, ya que está comprobado que éste es un paso innecesario en la cirugía. Se ha demostrado que la reformación peritoneal resulta de la transformación de fibroblastos subperitoneales, dentro de una capa mesotelial intacta. Según Robbins, el nuevo peritoneo se origina de la transformación de células de tejido conectivo subyacente. La reformación peritoneal es completada dentro de las primeras 48 a 72 horas posteriores al daño. El suturar peritoneo incrementa la necrosis tisular y puede

retardar el proceso cicatrizal. Ellis y colaboradores establecen que esto puede ser causa de formación de adherencias *de novo*; además favorece la presencia de dolor y retarda la recuperación de la paciente, motivos por los que se debe de considerar eliminar el cierre de peritoneo parietal y visceral de la técnica operatoria de cesárea. (12)

La técnica simplificada que consiste en cierre de histerorrafia en un solo plano con vicryl del 1, utilizando un súrgete en el cual se suceden un punto simple de un Lamberth modificado (*Figura 1*) que ofrece resistencia, hemostasia e invaginación a la vez de la herida quirúrgica; se cierra aponeurosis con vycril del 1 con súrgete anclado y piel con nylon del 00 puntos subdérmicos y sólo en pacientes obesas que presentan sangrado de tejido celular subcutáneo se sutura éste con vicryl del 00. (9)



*Figura #1*

El cuidado postoperatorio incluye un chequeo regular de los signos vitales y de la diuresis, y de los signos de relajación uterina y hemorragia. No se ha descubierto ningún beneficio en la restricción de la ingesta oral ("Los alimentos y líquidos orales tempranos en comparación con los tardíos después de una cesárea"). Se provee la analgesia oral postoperatorio según sea el caso y los requerimientos de la paciente. Se incentiva la movilidad temprana, el contacto piel a piel con el bebé y la lactancia. Las principales complicaciones de la cesárea son el daño intraoperatorio a los órganos como la vejiga o los uréteres, complicaciones anestésicas, hemorragia infección y tromboembolismo. La mortalidad materna es mayor después de una cesárea que en un parto vaginal, a pesar de

que es difícil de saber hasta qué punto esto se debe a la operación o a la causa de la operación. La taquipnea transitoria del recién nacido es más común después de una cesárea, y no se descarta un parto traumático. Los riesgos a largo plazo incluyen un riesgo aumentado de placenta previa, desprendimiento placentario, placenta acreta y ruptura uterina. (2)

## **PROFILAXIS ANTIMICROBIANA**

La profilaxis antimicrobiana es la administración de un agente antimicrobiano dado en el momento del inicio del evento quirúrgico. El antimicrobiano no esteriliza los tejidos pero ayuda a disminuir la carga bacteriana que se produce por la contaminación intraoperatoria.

En la actualidad el término de Profilaxis Antimicrobiana Preoperatoria (PAP) es el más adecuado y está claramente demostrado el beneficio que se produce al disminuir la incidencia de infecciones postoperatorias en cirugías donde el riesgo de infección es alto y en cirugías donde el riesgo es bajo pero las consecuencias de infección son significativas.

Dada la alta probabilidad de infección de herida quirúrgica, algunos autores plantean la conveniencia de usar antibióticos para todo tipo de cesáreas al momento de pinzar el cordón umbilical. Los estudios indican que la prescripción de antibióticos es el elemento que confiere la mayor protección en contra del desarrollo de infecciones de la herida quirúrgica.

La discusión en torno a la prescripción de antibióticos profilácticos al practicar una cesárea es particularmente relevante en el caso de los países en desarrollo, da la frecuencia en el desarrollo de sepsis después de la cesárea y la ocurrencia de muertes maternas asociadas a ésta. (13).

---

**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar los beneficios de la técnica simplificada Fernandez/Guerra en comparación con técnica convencional de la cesárea en el Hospital Regional “General Ignacio Zaragoza” ISSSTE.

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Disminuir las posibles complicaciones del mayor tiempo quirúrgico

Menor riesgo de morbilidad

Establecer indicaciones para el uso de la técnica simplificada Fernandez /Guerra.

Disminuir en gasto de los recursos hospitalarios (insumos y material quirúrgico)

**PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Valorar una nueva técnica empleada en otra unidad hospitalaria, para la histerorrafia, que proporciona beneficio en reducción de complicaciones, tiempo quirúrgico y costo en los insumos en la operación cesárea en nuestra unidad.

La utilización de una nueva técnica quirúrgica para la realización de histerorrafia en la operación cesárea puede disminuir las complicaciones y costo de insumos. En la población derechohabiente del HRGIZ.

**HIPOTESIS**

El mayor tiempo quirúrgico provoca un aumento en la incidencia de complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas como sangrado, lesión a tejido, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica. La técnica simplificada reduce las complicaciones quirúrgica y postquirúrgicas así como la morbilidad y disminución de recursos hospitalarios

## **JUSTIFICACION**

La operación cesárea con técnica convencional se lleva a cabo en tiempo promedio de 30-60 min, con esto aumentando las complicaciones quirúrgica y postquirúrgicas como sangrado, lesión a tejidos, infección de herida quirúrgica, dehiscencia de herida quirúrgica, mayor tiempo de recuperación, mayor uso de analgésicos, dando como resultado aumento de la morbilidad así como aumento en gasto de los recursos hospitalarios. Por lo que se espera disminuir todas estas complicaciones con la técnica simplificada Fernandez /Guerra.

## **CLASIFICACIÓN DEL ESTUDIO:**

- Transversal
- Prospectivo
- Comparativo
- Descriptivo.

## **GRUPO DE ESTUDIO :**

Grupo problema.

Pacientes con embarazo mayor a 28 semanas de gestación con producto(s) vivo(s) con indicación de cesárea en el HRGIZ en el periodo comprendido de enero del 2012 a agosto del 2012.

Grupo Testigo.

Pacientes con embarazo mayor a 28 semanas de gestación con producto(s) vivo(s) con indicación de cesárea, utilizando técnica convencional para cesárea, en el HRGIZ en el periodo comprendido de enero del 2012 a agosto del 2012.

**CRITERIOS DE INCLUSION:**

Toda paciente con indicación de cesarea mayor de 28 semanas de gestación con uso de anestesia Bloqueo peridural

**CRITERIOS DE EXCLUSION:**

Pacientes de menos de 28 semanas de gestación y con enfermedad de base que comprometa la coagulación y el tiempo de estancia intrahospitalaria, desconocimiento de la técnica

**CRITERIOS DE ELIMINACION:**

Atonía uterina, hipotonía no reversible a oxitoxicos, histerectomía obstétrica en bloque.

**DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO**

Este es un estudio prospectivo, transversal, y analítico realizado de enero del 2012 a agosto del 2012, realizado a toda mujer con embarazo de mayor a 28 semanas de gestación a quien se le realizo operación cesarea con técnica convencional y con técnica simplificada Fernandez/Guerra utilizando como fuente de información adicional los expedientes clínicos.

<b>OPERALIZACION DE LAS VARIABLES</b>	<b>TIPO DE VARIABLE</b>
EDAD	Cuantitativa
Sexo	Cualitativa
Edad gestacional	Cuantitativa
Tiempo quirúrgico	Cuantitativa
Sangrado transoperatorio	Cuantitativa
Uso de analgesicos	Cualitativo
Tiempo de estancia intrahospitalaria	Cuantitativa

## ANALISIS DE DATOS

Los datos sobre las variables que se analizaran se obtendrán de los expedientes. De la hoja de anestesiología se obtuvo información para valorar el sangrado y tiempo quirúrgico; este último se consideró a partir de que se incide la piel hasta el momento en el cual se sutura la misma por completo. De la hoja quirúrgica se obtuvo información para valorar complicaciones e incidentes de la hoja de enfermería se extrajeron datos para determinar la cantidad de analgésicos utilizados en el periodo posoperatorio y la estancia intrahospitalaria de cada paciente. Todas las mujeres fueron anestesiadas con bloqueo peridural durante la cirugía.

Se aplicó estadística descriptiva y analítica para la comparación de los grupos de estudio, los datos fueron analizados utilizando la prueba *Chi cuadrada*, se utilizó para la comparación de proporciones y la *prueba t de student* para comparar medias entre los grupos. Para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico, **SPSS**. Para la valoración del dolor, se utilizó la escala de *Escala de Andersen*:

<b>0</b> = Ausencia de dolor
<b>1</b> = Dolor ligero a la movilización o la tos
<b>2</b> = Dolor ligero en reposo o moderado con la movilización o tos
<b>3</b> = Dolor moderado en reposo o severo con la movilización o tos
<b>4</b> = Dolor severo en reposo y extremado con la movilización o tos
<b>5</b> = Dolor torturante en reposo

### Recursos.

*Recursos materiales quirúrgicos, Expedientes clínico, notas medicas, hojas blancas, computadora, lápices, plumas*

**Recurso Humano.**

*Medicos de Base, personal que realiza los eventos quirúrgicos y residentes*

**Recurso Fisicos: Equipo necesario para el desarrollo de la investigación**

*Material quirúrgico, quirófano, equipo de anestesia, Expedientes médicos, libreta de registro de procedimientos de tococirugia*

**Costo de la investigación.**

*No se requieren recursos adicionales*

**PRODUCTO ESPERADOS**

Tesis de grado

Articulo científico.

Prevención

Deteccion de factores de Riesgo

---

## RESULTADOS

En el *cuadro I* se observan las indicaciones de cesárea en cada grupo de estudio. La distribución por edad y grupo de estudio aparece en el *cuadro II*. No hubo diferencia significativa entre uno y otro grupos. La pérdida hemática durante el acto quirúrgico se valoro mediante toma de Biometria hemática pre y postquirúrgico encontrando una diferencia significativa, presentando menor sangrado utilizando técnica simplificada fernandez/Guerra. *Cuadro 3*.

El tiempo quirúrgico fue menor en la técnica simplificada (*Figura 1*) y la diferencia fue estadísticamente significativa. La vía oral fue mejor tolerada en el grupo de técnica simplificada. Por último, se utilizó menor cantidad de analgésico en el posoperatorio mediato en este último grupo mencionado (*Cuadros 4*), existiendo diferencia significativa en la administración de analgésico intramuscular.

Cuadro # 2

Edad materna de paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convencional y técnica simplificada F/G

Edad	Tecnica simplificadaF/G	Tecnica Convencional
15 - 20	2	1
21 - 25	4	3
26 - 30	12	18
31 - 35	21	12
36 - 40	9	13
41 - 45	2	3

Las complicaciones posoperatorias encontradas fueron fiebre dentro de las primeras 24 a 48 horas en el 1% (n = 2) de las pacientes con técnica simplificada y en el 4% (n = 6) de las mujeres con técnica convencional.

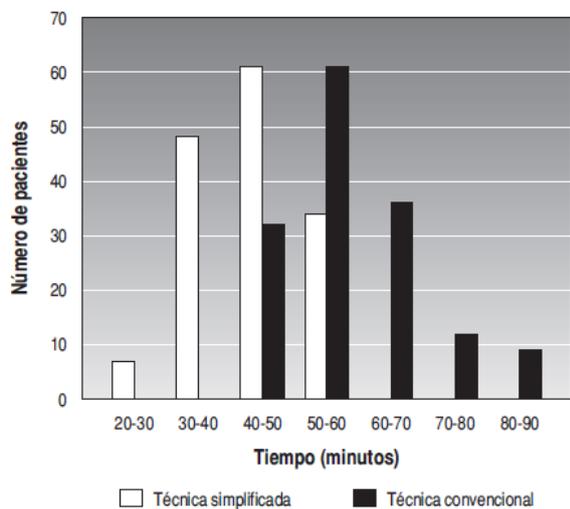


Figura 1. Evaluación del tiempo quirúrgico con técnica simplificada y con técnica convencional.

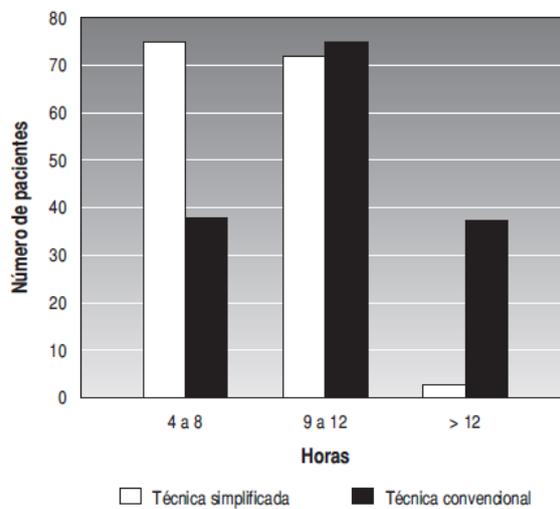


Figura 2. Tolerancia a la vía oral en horas posteriores a cirugía en operación cesárea con técnica simplificada y técnica convencional.

### Cuadro # 3

Perdida de sangre en paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convenciona y técnica simplificada F/G

gramo de Hb	Tecnica simplificadaF/G	Tecnica Convencional
< 1	42	33
2	7	11
3	1	3
> 4	0	3
Total	50	50

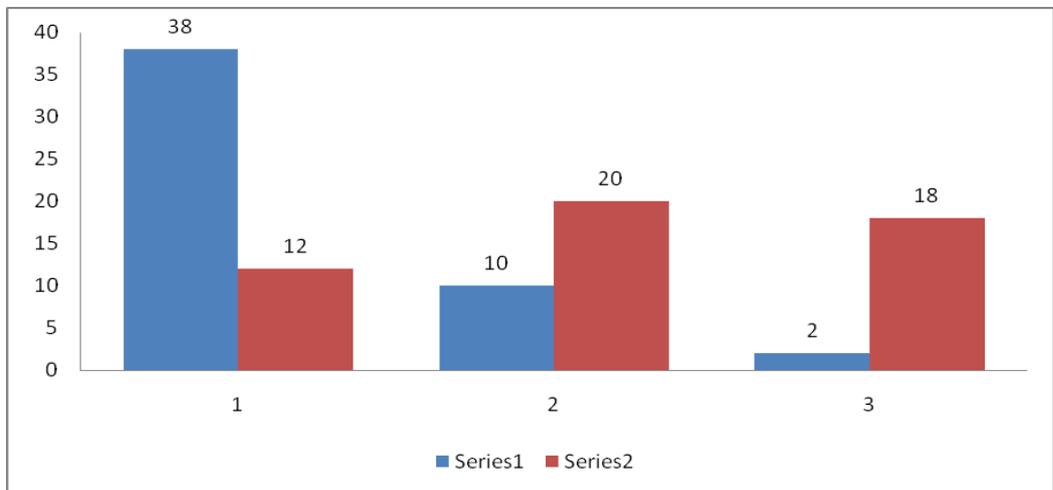
Cuadro # 4

Uso de analgésicos en paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convencionada y técnica simplificada F/G

Analgesicos	Tecnica simplificadaF/G	Tecnica Convencional
1	38	12
2	10	20
3 o mas	2	18
Total	50	50

Figura # 4

Uso de analgésicos en paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convencionada y técnica simplificada F/G



Menor duración del dolor postoperatorio y un uso menor de analgesia, definido como el número de inyecciones de analgésicos. Habiendo utilizado menor numero de analgesion y dosis en la técnica simplificada Fernandez/Guerra.

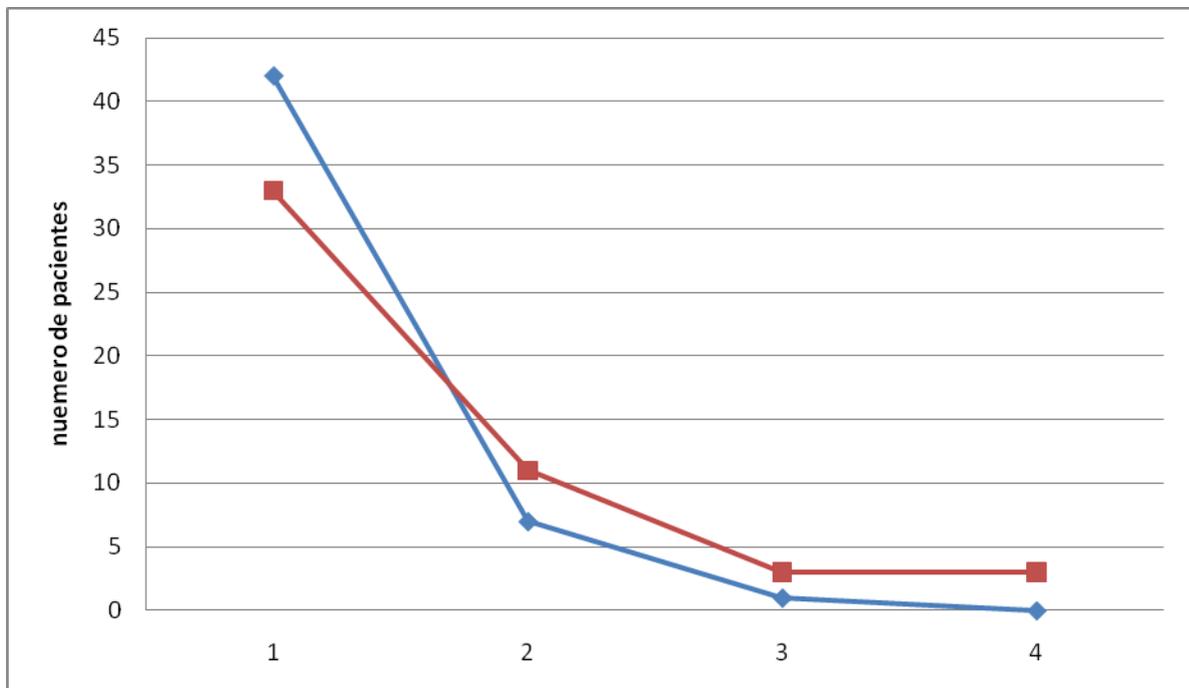
Cuadro #

Perdida en paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convencional y técnica simplificada F/G

gramo de Hb	Tecnica simplificadaF/G	Tecnica Convencional
< 1	42	33
2	7	11
3	1	3
> 4	0	3
Total	50	50

Figura #

Perdida en paciente sometidas a técnica quirúrgica de operación cesarea con técnica convencional y técnica simplificada F/G



## DISCUSION

La técnica simplificada de cesárea ofrece una serie de factores que combinados culminan en tiempo quirúrgico más corto, menor sangrado, recuperación más rápida, menor requerimiento de analgésico y menor estancia intrahospitalaria. Es la consecuencia lógica de la introducción de nuevas estrategias quirúrgicas encaminadas a producir menor daño en los tejidos y mínima manipulación, como lo es la incisión de Joel-Cohen, con la cual los vasos sanguíneos y las fibras nerviosas que tienen cierta elasticidad son desplazados hacia un lado y no sufren desgarros; además de asegurar la apertura de la aponeurosis en una zona que no se encuentra adherida al músculo, de tal suerte que éste se conserva sin desgarros. Como resultado, existe mínimo sangrado y menos trauma para los tejidos,<sup>18</sup> lo que influye directamente sobre la recuperación de la paciente.

Otro punto importante es el no suturar peritoneo, ya que está comprobado que éste es un paso innecesario en la cirugía. Se ha demostrado que la reformación peritoneal resulta de la transformación de fibroblastos subperitoneales, dentro de una capa mesotelial intacta. Según Robbins, el nuevo peritoneo se origina de la transformación de células de tejido conectivo subyacente. La reformación peritoneal es completada dentro de las primeras 48 a 72 horas posteriores al daño. El suturar peritoneo incrementa la necrosis tisular y puede retardar el proceso cicatrizal. Ellis y colaboradores establecen que esto puede ser causa de formación de adherencias *de novo*; además favorece la presencia de dolor y retarda la recuperación de la paciente, motivos por los que se debe de considerar eliminar el cierre de peritoneo parietal y visceral de la técnica operatoria de cesárea.

El cierre de la histerorrafia en dos planos fue tomado directamente de la técnica utilizada para la reparación vertical, por lo que el cierre en dos planos de la incisión transversal baja (Kerr) no tiene validez científica. En contraparte, el cierre de histerorrafia en un solo plano rompe menos tejido, produce menos isquemia, introduce una cantidad menor de material extraño a la incisión quirúrgica, acorta el tiempo quirúrgico y ha demostrado una hemostasia eficaz.

Las ventajas de la técnica simplificada de cesárea son evidentes, no sólo por la disminución del tiempo quirúrgico, que tal vez sea la menos importante de sus ventajas, sino porque

ofrece una menor morbilidad al provocar menor cantidad de sangrado y una recuperación más rápida de la paciente, demostrada en este estudio, al disminuir la cantidad de analgésicos utilizados y la estancia intrahospitalaria, situaciones que no sólo repercuten en un mejor manejo de la paciente, sino también en la optimización de recursos intrahospitalarios, economizando costos sin afectar la calidad de los manejos quirúrgicos.

---

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Ramírez M, Frisancho O, Mesía R, Távara L. Histerorrafía en un solo plano como alternativa en la cesárea. *Gin y obst* - vol. 41 n°3 setiembre 1995
- (2) Aller J. Moreno-Iztúriz, Moreno J. Cesárea, Histerectomía Obstétrica e Histerorrafía. *Obstetricia moderna*. Cap 45 pag 573-582
- (3) Hofmeyr GJ, Mathai M, Shah A, Novikova N. Técnicas para la cesárea. Reproducción de una revisión Cochrane, traducida y publicada en *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008, Número 2
- (4) Ramírez M, Frisancho O, Mesía R, Távara L. Histerorrafía en un solo plano como alternativa en la cesárea. **Gin y obst** - vol. 41 n°3 setiembre 1995
- (5) Novoa S. Cesárea tipo Pelosi. *Ginecol Obstet (Perú)*. 2002; 48(4):225-9
- (6) Seligman R. El método Misgav Ladach: efecto máximo, daño mínimo. *Rev Shalom*. 1997;2:142-6.
- (7) Ansaloni L, Brundisini R. Prospective, randomized, comparative study of Misgav Ladach versus traditional cesarean section at Nazareth Hospital, Kenya. *World J Surg*. 2001;25(9):1164-72.
- (8) Monteverde G, Coromot E, Sanchez AJ. El método para cesárea de Misgav Ladach. Nueva alternativa quirúrgica. *Indexmedico Journal [Internet]*. 2004(10) [citado el 12 de agosto de 2009]. Disponible en: [http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed\\_journal/edicion10/cesarea/monteverde.htm](http://www.indexmedico.com/publicaciones/indexmed_journal/edicion10/cesarea/monteverde.htm)
- (9) Guerra, P, Fernandez J: Técnica simplificada de operación cesárea (Fernández-Guerra) versus técnica convencional. *An Med* 2006; 51 (4): 159-163
- (10) Cárdenas, Rosarto.: Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gaceta Médica de México*. 2002; 138: 357-366.
- (11) Cunningham Gary; "Williams Obstetricia"; Vigésima edición; Editorial Panamericana, Buenos Aires; 1998.
- (12) Ricardo, Jorge.; Operación Cesárea: Recuento Histórico. *Revista Salud Pública Colombia*. 2002; 4: 57-69
- (13) Joura E. Letter: Non-closure of peritoneum and adhesions: The repeat cesarean section. *Acta Obstet Gynecol Sacand*. 2001;80:286.
- (14) Cárdenas, R. Complicaciones asociadas a la cesárea: la importancia de un uso módicamente justificado. *Gaceta Médica de México*. 2002; 138: 357-366.