



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

11217  
37

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"

"HISTERORRAFIA EN UN PLANO EXPERIENCIA ACTUAL"



FACULTAD DE MEDICINA  
Sec. de Serv. Escolares

TESIS DE POSTGRADO 26 2001

293270

Unidad de Estudios Escolares  
PARA OBTENER EL TITULO DE: M.M. de Postgrado  
ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

liberto  
PRESENTA:

DR. JORGE G. CRUZ CARRION



ASESORES:

DR. SAMUEL A. LIEVANO TORRES

CENTRO MEDICO LA RAZA  
Hosp. de Gineco-Obstetricia  
Cefe de Enseñanza e Investigacion



IMSS

MEXICO, D.F.

2001



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA No.3**

**CENTRO MEDICO NACIONAL "LA RAZA"**

**HISTERORRAFIA EN UN PLANO**

**EXPERIENCIA ACTUAL**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE GINECOLOGIA Y  
OBSTETRICIA**

**PRESENTA**

**DR. JORGE G. CRUZ CARRIÓN**

**ASESOR**

**DR. SAMUEL A. LIÉVANO TORRES**

**HISTERORRAFIA EN UN PLANO  
EXPERIENCIA ACTUAL**

**Investigador Principal y Asesor:**

Dr. Samuel A. Liévano Torres

Médico Adscrito del Hospital de Ginecología y Obstetricia No.3 Centro

Médico Nacional "La Raza"

**Médico Tesista:**

Dr. Jorge G. Cruz Carrión

Médico Residente del Hospital General de Ginecología y Obstetricia

No.3 Centro Médico Nacional "La Raza"

**Lugar de realización del proyecto:**

Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3

Centro Médico Nacional "La Raza"

# **I N D I C E**

	PAGINA
INTRODUCCIÓN .....	1
JUSTIFICACIÓN .....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
OBJETIVOS.....	15
TIPO DE ESTUDIO .....	16
HIPÓTESIS .....	17
METODOLOGÍA .....	18
RESULTADOS .....	24
CONCLUSIONES .....	31
ASPECTOS ÉTICOS .....	32
BIBLIOGRAFÍA .....	33
ANEXOS.....	37

# **AGRADECIMIENTOS**

## **A MIS PADRES**

Por el apoyo incondicional que me brindaron para la culminación de ésta especialidad.

## **A MI HERMANA**

Por su constante motivación para continuar superándome profesionalmente.

## **A LAS PACIENTES DEL HOSPITAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Quienes enriquecieron continuamente mi formación.

## **A MI ASESOR**

**DR. SAMUEL A. LIÉVANO TORRES:** Por su experiencia y paciencia, así como colaboración para llevar a cabo la presente tesis.

## **A MI MAESTRO**

**DR. VICTOR JAIME CALLEJA CALDERON:** Por su valiosa colaboración a mi tesis, sin la cual no hubiere sido posible realizarla.

# INTRODUCCIÓN

- DEFINICIÓN:

La cesárea se ha definido como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción vivo o muerto a través de una laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.<sup>1</sup>

- HISTORIA:

Innumerables referencias aparecen en las diferentes culturas desde la mitología griega hasta 1876, en que Edoardo Porro practicó una operación mutilante obstétrica, y en 1846 en Massachussets, cuando William T.G. Morton, realizó la primera aplicación médica de la anestesia, la cual permitió a los cirujanos operar con precisión y una mayor pulcritud provocando que el riesgo de sangrado e infección disminuyera y por consiguiente la morbimortalidad.

Posteriormente entre 1925 y 1980, inicia la era de las incisiones en el segmento uterino y por ende el refinamiento de la técnica. Y desde 1959, se mencionaba una nueva técnica de operación cesárea en la que se reportaba la realización de histerorrafia en un plano como Waniorek<sup>2</sup>, Poidevin<sup>3</sup> y Granjon<sup>4</sup> en Europa; Agüero<sup>5</sup> y Zerpa<sup>6</sup> en Venezuela; Ferreira en Brasil; Raimondi<sup>7</sup> en Argentina; Giamprieto en Uruguay Septién<sup>8</sup> entre nosotros, así como Calleja<sup>9</sup>, K. LaL and Tsomo<sup>10</sup>, Jelsema<sup>11</sup>, Hauth<sup>12</sup>, Tucker<sup>13</sup>, Chapman<sup>14</sup>, y otros como

Racinet<sup>15</sup>, Thoulon<sup>16</sup>, Baker<sup>17</sup>, Pelosi<sup>18</sup>, así como la experiencia de Sivasuriya<sup>19</sup> en el Mercy Maternity Hospital Melbourne y en la unidad de obstetricia del hospital Jaffna (Sri Lanka).

#### ● INCIDENCIA:

La incidencia<sup>1</sup> de la operación cesárea ha sido motivo de controversiales reportes mundiales e institucionales, así como objeto de análisis a fin de abatir las tasas de operación cesárea, en México es referida en el año de 1993 a nivel nacional del orden del 20.2%, en otras naciones consideran a futuro el disminuirlas hasta un 15%. En el Hospital de Gineco-obstetricia No.3 del Centro Médico "La Raza" se reporta un porcentaje del 75.3% en 1999.

#### ● CICATRIZACIÓN EN LA OPERACIÓN CESÁREA:

Es importante recalcar algunos puntos de la cicatrización postcesárea, puesto que el conocer la resistencia de la cicatriz postcesárea es un dato relevante para el manejo del futuro obstétrico de la paciente encaminado a embarazos posteriores. Se ha establecido que la cicatrización<sup>20</sup> de una herida quirúrgica cuando es primaria, con una aposición correcta de tejidos, con pérdida mínima de los mismos y sin contaminación bacteriana importante se lleva a cabo por la sucesión ordenada de cambios celulares y moleculares que sirven para establecer la continuidad estructural. Al cerrarse la incisión, por ejemplo en la piel, por el

aumento de la permeabilidad capilar, el angosto espacio entre los tejidos se llena por un coágulo formado por un exudado de leucocitos, polimorfonucleares, glóbulos rojos, fibrina y macrófagos produciendo un estado de inflamación aguda característica. Para las primeras 24 horas y una vez que la herida es limpiada de los restos de la hemorragia por los macrófagos, leucocitos y células inflamatorias, empiezan a aparecer desde la periferia los fibroblastos originados probablemente de los histiocitos, que avanzan en promedio de 0.2mm en 24 horas, extendiéndose sobre el armazón de fibrina del coágulo, proporcionándole una base firme, estos mismos proliferan rápidamente en los dos o tres días siguientes.

Al aparecer las células de reparación, el exudado inflamatorio se reabsorbe, los fagocitos digieren a los leucocitos y la fibrina se digiere por las enzimas proteolíticas, simultáneamente el endotelio de los vasos capilares lesionados entra en actividad mitótica intensa y unas pequeñas yemas macizas de células endoteliales siguen el curso de los fibroblastos en el armazón de fibrina avanzando concéntricamente y en la misma velocidad que los fibroblastos (ver figura 1). Pronto se canaliza, permitiendo el paso de sangre y en dos o tres días se restablece el riego sanguíneo de uno y otro lado de la herida. Los linfáticos al contrario que los vasos se encuentran abiertos desde un principio.

- A. Migración celular con inhibición de contacto
- B. Mítosis
- C. Hemostasia/vasoconstricción
- D. Vasodilatación/aumento de la permeabilidad
- E. Esbozos endoteliales
- F. Migración de fibroblastos
- G. Leucocitos mononucleares
- H. Bandas de fibrina

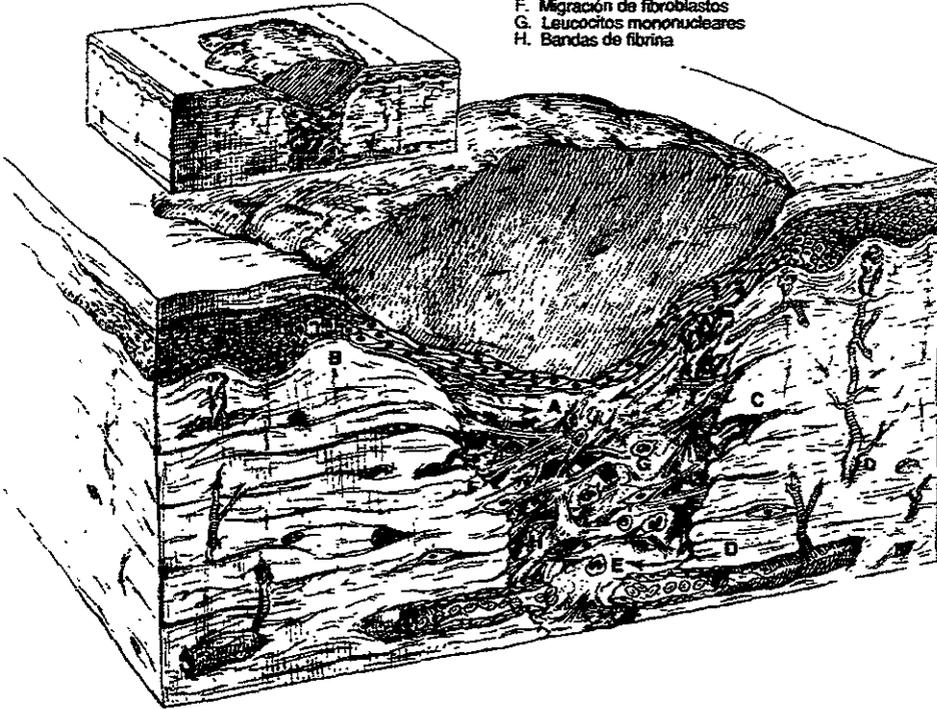


FIG.1.- PROCESO DE CICATRIZACIÓN DE LA HERIDA. TOMADO DEL LIBRO DE GINECOLOGÍA QUIRÚRGICA DE TE LINDE.<sup>24</sup>

Aunada a ésta actividad celular descrita se demuestra en la herida la existencia de una sustancia fundamental mucopolisacárida después de las primeras 24 horas, la cual va a originar la colágena que le da la fuerza de resistencia a la cicatriz, la cual no solo depende de la cantidad de ésta sino de la calidad. Las heridas producidas por sección y suturadas adecuadamente muestran un rápido aumento de la fuerza tensora desde el tercer día, para el séptimo día una herida en éstas condiciones tiene una resistencia normal.

En cuanto a la cicatrización del músculo uterino se tomará en cuenta que éste en caso de lesión no se regenera por lo que se produce como consecuencia una cicatriz, que a su vez sufre una invasión por estructuras vecinas, que además la cicatrización se hace en un órgano que se contrae y atrofia acompañándose de un catabolismo proteico, y al ser éste de gran vascularización, la fase exudativa es más marcada con aparición rápida de fibroblastos y tejidos conjuntivos, es importante recordar que el área de la herida al cicatrizar se reduce a una quinta parte, es decir en 6 semanas cambia de 10cm de largo, a 1 ó 2 cms, la incisión transversal segmentaria sufre una cicatrización menos rápida, por esta involución uterina los puntos que aproximaron los bordes de la incisión quedan flojos y Pierden su aposición íntima. Finalmente la regeneración del segmento produce una cicatrización más densa debido a que es más fibrosa.

Existen factores que regulan la reparación de la cicatriz cesárea como son:

- ⊗ Factores constitucionales personales
- ⊗ Factores locales independientes del acto quirúrgico
- ⊗ Factores locales dependientes del acto quirúrgico

Entre estos últimos se encuentran, tales como: traumatismo de la herida quirúrgica, hematomas, acumulación de exudados, necrosis de los tejidos, duración de la intervención, interposición de material en la sutura, tipo de sutura,

material utilizado, tensión de la herida, cuerpos extraños, presencia de infección, distensión a consecuencia de un drenaje Inadecuado.

En cuanto al conocimiento del estado de la cicatriz, al no existir un procedimiento que nos revele con certeza este, existen parámetros que nos pueden ayudar a valorar el mismo como son: la clínica, el radiológico y la patología.

- INDICACIONES:

En cuanto a las indicaciones<sup>1</sup> de la operación cesárea a través de los años, ha sido objeto de múltiples controversias ya que el propósito principal de éstas se ha enfocado a reducir la morbimortalidad perinatal por lo que varían de país a país y dentro del mismo país y al tipo de nivel hospitalario en que se reporten. De ahí que se hayan tomado por una parte los estudios anglosajones que los dividen en 4 grupos, como son:

- a) Distocia
- b) Cesárea previa
- c) Situación anormal
- d) Sufrimiento fetal

Para fines prácticos se han dividido en:

***Absolutas***

***Relativas***

Cesárea Iterativa

Desproporción Céfalo pélvica.

Presentación Pélvica

Enfermedad Hipertensiva Inducida  
por el Embarazo.

Sufrimiento Fetal

Ruptura Prematura de Membrana

Retardo del Crecimiento  
Intrauterino.

Embarazo postérmino

Desprendimiento Prematuro  
de Placenta Normoinsera.

Distocia dinámica

Hidrocefalia

Isoinmunización

Inserción Baja de Placenta

Antecedente deciduitis

***Absolutas***

Placenta previa

Embarazo pretérmino

Cesárea corporal previa

Presentación de cara

Infección por Virus del  
Papiloma Humano

Prolapso del cordón

***Relativas***

Diabetes Mellitus

Antecedente de miomectomía

Baja Reserva Fetal

Compromiso histerorrafia

Miomatosis

Cirugía vaginal previa

Cesárea electiva

En algunos países se mencionan indicaciones no obstétricas como patología oftálmica trastornos neurológicos, cardiopatía, hipertensión arterial y miomas.

- TÉCNICA:

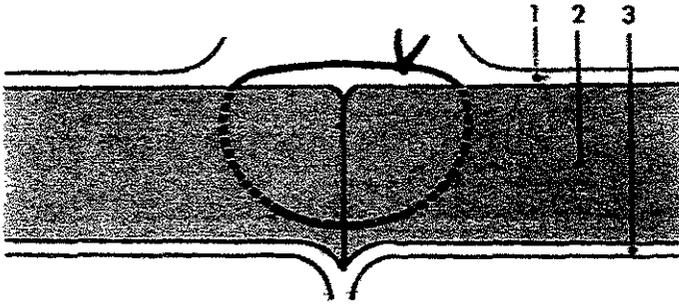
En cuanto a la técnica<sup>20</sup> la incisión de la pared abdominal se efectúa media infraumbilical o transversal suprapúbica.

Ambas conociendo las ventajas y desventajas como son:

- I. Más fácil técnicamente
- II. Más rápida
- III. Sangra menos
- IV. Mejor campo operatorio
- V. Puede ampliarse
- VI. Se extrae más fácilmente el feto
- VII. Ocasiona menos hematomas y abscesos

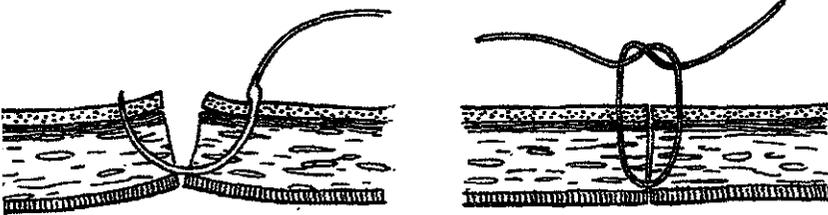
Se continúa con apertura del tejido celular subcutáneo incidiéndolo con bisturí y comprimiendo el mismo por medio de compresas, haciendo hemostasia necesaria visualizando la aponeurosis e incidiéndola con el bisturí o con tijera, separando los músculos rectos anteriores en forma digital y posteriormente incidiendo el peritoneo parietal en forma acostumbrada. Introduciendo compresas húmedas en

correderas parietocólicas con el fin de recoger todos los líquidos biológicos, se recomienda cuando menos el separador automático y la valva suprapúbica para continuar la cirugía. A continuación se pinza e incide el peritoneo visceral no despegándolo más allá de lo necesario. Para la histerotomía se realiza un pequeño corte con bisturí a nivel del tercio medio del segmento y lo continuamos arciformemente, con tijera y/o divulsión. Se tratará de respetar la integridad de las membranas, pues al hacer protrusión sobre, los bordes de la incisión disminuye el sangrado de los mismos y a la vez facilita la extracción del producto al no adosarse al mismo además, se tratará de tomar previamente los ángulos y la parte media de los bordes con el fin de disminuir el sangrado de los mismos al traccionarlos; El miometrio se sutura en un solo plano no incluyendo la decidua<sup>22</sup> (ver fig. 2 y 3) con catgut crómico del número uno con súrgete continuo que tiene la ventaja de hacer hemostasia, afrontar de forma adecuada los bordes, reducir isquemia y dejar menos material de sutura lo que no sucede cuando se dan más planos, pensando en los fines que señalan Neme, como son: coaptar lo mejor posible los bordes de la herida hacer hemostasia sin causar hipoxia y por lo tanto evitar necrosis utilizando el mínimo material, el peritoneo parietal y visceral se cierra con súrgete continuo, no se sutura músculo y la aponeurosis afronta con vicryl o daxon del 1, con súrgete continuo. Se afronta tejido celular subcutáneo con puntos separados los menos posibles previa hemostasia disminuyendo así el riesgo de lisis e infecciones. Finalmente la piel se afronta con sutura intradérmica o sarnoff, utilizando dermalón 00.



- 1.- PERITONEO
- 2.- MIOMETRIO
- 3.- DECIDUA

2.- SUTURA EXTRAMUCOSA DE LA PARED UTERINA<sup>22</sup>



3.- SUTURA DE LA PARED UTERINA SIN INCLUIR LA DECIDUA

- **MORBIMORTALIDAD:**

Siendo un problema importante de décadas pasadas actualmente la literatura<sup>1</sup> nos reporta tasas de mortalidad desde 0% hasta 3.8 y 5.7%. no ha sido la morbilidad tratándose de una cirugía mayor, tiene relación con lesiones que no se producen en el nacimiento por vía vaginal siendo entre otras: Lesiones a vejiga, intestinos, uréteres, vasos sanguíneos, laceraciones en cervix, vagina y ligamentos anchos entre las postoperatorias tenemos tales como la hemorragia, embolia pulmonar, íleo paralítico, infecciones de vías urinarias, deciduoendometritis, abscesos de pared (1.5 a 5.8%) y dehiscencia de histerorrafia .

## **J U S T I F I C A C I O N**

Siendo la operación cesárea el procedimiento más utilizado en obstetricia para la interrupción del embarazo de acuerdo a sus indicaciones absolutas y relativas, pensamos el revisar otras alternativas de su técnica quirúrgica que ya han sido investigadas y experimentadas en la literatura mundial con buenos resultados, buscando la experiencia actual en la histerorrafia en un plano en la operación cesárea, tanto en sus ventajas como en la morbimortalidad.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿La realización de la histerorrafia en un plano en la operación cesárea, tiene ventajas?

¿ La morbimortalidad de la histerorrafia en un plano en la operación cesárea es baja?

## **OBJETIVO GENERAL**

Analizar las ventajas de la realización de histerorrafia en un plano en la operación cesárea.

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

Analizar la morbimortalidad de histerorrafia en un plano en la operación cesárea

## **TIPO DE ESTUDIO**

Se trata de un estudio de casos

## **HIPOTESIS**

Hay ventajas en la realización de la histerorrafia en un plano en la operación cesárea.

En la histerorrafia en un plano en la operación cesárea la morbilidad es del 1%.

## METODOLOGÍA

### ✳ Criterios de inclusión:

Pacientes embarazadas con cualquier diagnóstico y edad que tengan indicaciones absolutas o relativas de interrumpir el embarazo por vía abdominal.

Pacientes que dieron su consentimiento informado para el procedimiento quirúrgico.

### ✳ Criterios de no inclusión:

Todas las pacientes cuya interrupción del embarazo fue por vía vaginal.

- VARIABLES:

## VARIABLE INDEPENDIENTE

La histerorrafia en un plano es el cierre del útero en la operación cesárea afrontando exclusivamente un plano muscular sin incluir la decidua.

## VARIABLE DEPENDIENTE

- Sangrado Transoperatorio
- *Tiempo quirúrgico*
- Recuperación post-operatoria
- Consumo de material de sutura
- Procesos infecciosos
- Dehiscencia de Histerorrafia

## VARIABLE INDEPENDIENTE

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

La histerorrafia en la operación cesárea es el afrontamiento de los bordes provocados por la histerotomía, incluyendo dos planos musculares.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

La histerorrafia en un plano en la operación cesárea es el cierre del útero *afrontando exclusivamente el plano muscular y la fascia sin incluir el peritoneo ni la decidua.*

## VARIABLE DEPENDIENTE

### SANGRADO TRANSOPERATORIO

#### DEFINICION CONCEPTUAL

Se consideró como normal el que se cuantifica al iniciar el procedimiento desde que se incide la piel hasta el cierre de la misma.

#### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se midió el sangrado transoperatorio en la operación cesárea haciendo la cuantificación acostumbrada, en compresas, gasas y el líquido obtenido en el frasco del aspirador, fluctuando entre 400 y 900ml.

### TIEMPO QUIRÚRGICO

#### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Se consideró como tiempo quirúrgico de un procedimiento el que se cuantifica desde la incisión de la piel hasta el cierre de la misma.

## DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se cuantificó el tiempo quirúrgico de la operación cesárea tomando como tal el transcurrido desde la incisión en la piel hasta el cierre de la misma siendo de aproximadamente de 30 a 45 minutos.

## RECUPERACIÓN POST-OPERATORIA

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Se valoró la recuperación post-operatoria de los *procedimientos quirúrgicos* de acuerdo con la evolución clínica y paraclínica de las pacientes inicialmente en las 72 horas posteriores al evento quirúrgico.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se valoró la recuperación post-operatoria en la operación cesárea utilizando los parámetros clínicos como son: estado general, signos vitales, involución uterina, característica de los loquios, diuresis, etc. y paraclínicos tales como: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de sangrado, etc.

## CONSUMO DE MATERIAL DE SUTURA

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Las necesidades establecidas de la utilización de material de sutura en la histerorrafia en la operación cesárea tradicional incluyen cuando menos tres (dos vicryl 1, un catgut 00).

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se cuantificó el número de suturas empleadas en la histerorrafia en un plano en la operación cesárea.

## PROCESOS INFECCIOSOS

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Se consideró sepsis abdominal a la presencia de material purulento, peritonismo secundario en cavidad abdominal, o bien, la presencia de seromas, abscesos y dehiscencias a nivel de pared abdominal.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se valoró a la paciente post-operada de histerorrafia en un plano en la operación cesárea mediante los parámetros clínicos tales como: signos vitales, involución uterina, características de los loquios, etc. y paraclínicos como: biometría hemática, química sanguínea, tiempos de sangrado, etc, buscando descartar la presencia de infección.

## DEHISCENCIA DE HISTERORRAFIA

### DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Se consideró dehiscencia de histerorrafia en la operación cesárea a la separación parcial o completa de la misma a consecuencia de una oclusión técnica imperfecta, o a la colocación incorrecta de la sutura o al empleo de sutura de calibre inadecuado.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL

Se valoró mediante los parámetros clínicos y paraclínicos conocidos en forma nominal y dicotómica a la presencia de dehiscencia de histerorrafia en las pacientes post-operadas de histerorrafia en un plano en la operación cesárea.

### • TÉCNICA QUIRÚRGICA

Previa referencia de los bordes y ángulos de la histerotomía se realiza afrontamiento de los mismos utilizando vycril del número uno y realizando un súrgete anclado tomando exclusivamente músculo y fascia sin incluir la decidua (ver fig. 4 y 5), verificando hemostasia e iniciando cierre del peritoneo visceral. El cierre del resto de la pared abdominal se realiza en forma acostumbrada por el personal médico del Hospital.

## RESULTADOS

Se incluyeron cincuenta pacientes que cumplieron los criterios de inclusión que fueron sometidos a operación cesárea realizándoseles histerorrafia en un plano, comprendiendo el periodo del mes de marzo de 1999 a diciembre del 2000, para tal fin se utilizó en todos los casos vicryl del número 1, con aguja T 10, realizando un súrgete anclado según lo descrito por varios autores<sup>2,3,4,19</sup> desde 1959. (ver foto 1, con figura 4 y foto 2, con figura 5 y foto 3 y4).

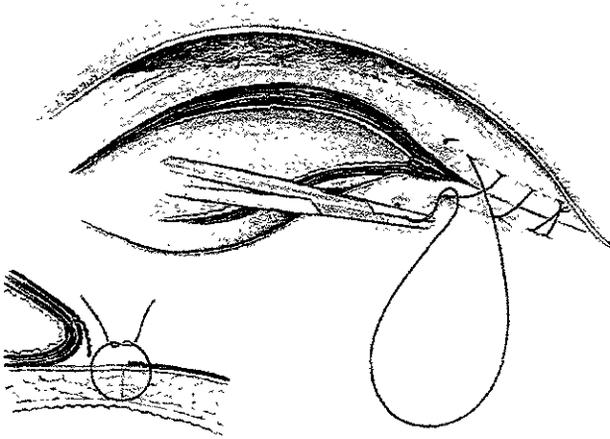


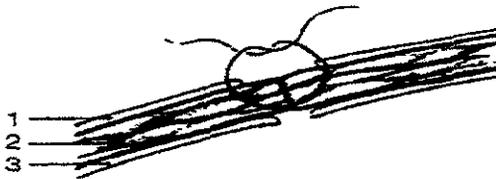
FIG. 4.- DETALLE DE LA SUTURA RESPECTO A LA PARED UTERINA<sup>21</sup>



FOTO 1.- DETALLE DEL CIERRE DE HISTERORRAFIA EN UN PLANO

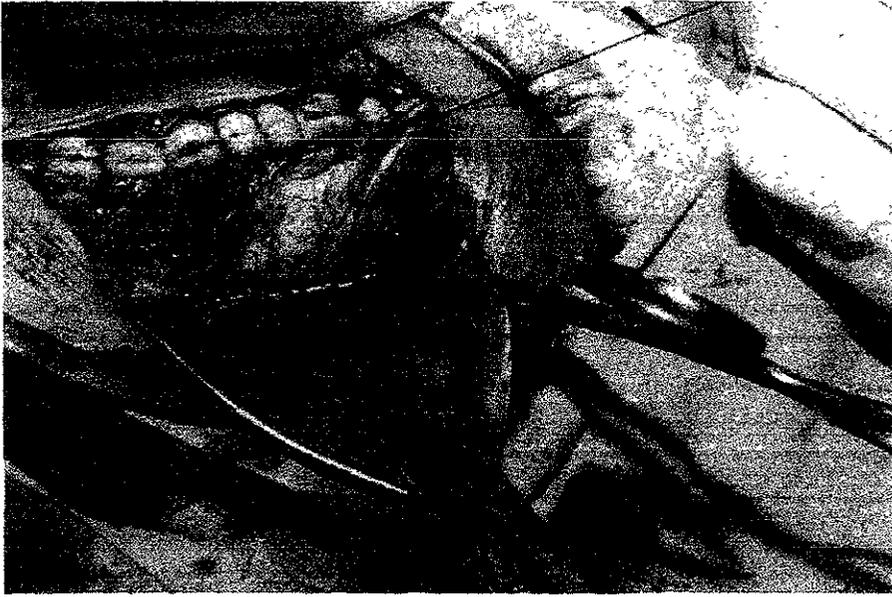


**FOTO 2.- DETALLE DE PUNTO TOMANDO ÚNICAMENTE MIOMETRIO Y FASCIA**



**FIG.5.- SUTURA DE LA HISTEROTOMIA<sup>28</sup>**

- 1.- FASCIA**
- 2.-MIOMETRIO**
- 3.-ENDOMETRIO**



**FOTO 3.- HISTERORRAFIA EN UN PLANO**



**FOTO 4.- HISTERORRAFIA DE UN PLANO DETALLE DEL CIERRE**

Las cincuenta pacientes incluidas tenían un promedio de edad de  $25.4 \pm 6$  años, la mayor frecuencia se encontró en las edades de 21 a 30 años reportándose 29 casos (58%).

El 20% (10 casos) de las pacientes tenían antecedente de una cesárea, un solo caso tenía antecedente de dos cesáreas. La paciente primigesta fue el grupo más numeroso (ver cuadro 1). Diecisiete pacientes (34%) tenían trabajo de parto previo a su intervención, de ellas 14 (82%) tenían dilatación. La dilatación más frecuente fue de 3cm. en 11 de los casos, y de los 3 restantes una tuvo 3, 4 y otra 8 respectivamente.

#### FRECUENCIA DE GESTACIONES

GESTAS	No DE PACIENTES	PORCENTAJES
1	21	42%
2	14	28%
3	12	24%
4	3	6%
<b>TOTAL</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

**CUADRO 1**

El sangrado transoperatorio tuvo una media de  $334 \pm 83$  ml. Un solo caso reporto 600ml de sangrado como máximo, dos casos reportaron 200ml como mínimo.

El tiempo quirúrgico promedio de la serie estudiada fue de  $32 \pm 4$  min. En 6 casos reportaron 40 min, y un solo caso reportó como tiempo máximo de la serie 47 min.

La recuperación postoperatoria por el evento quirúrgico *persé* no tuvo diferencia con la técnica tradicional observada por la experiencia debido a que no hubo ningún tipo de complicación reportada.

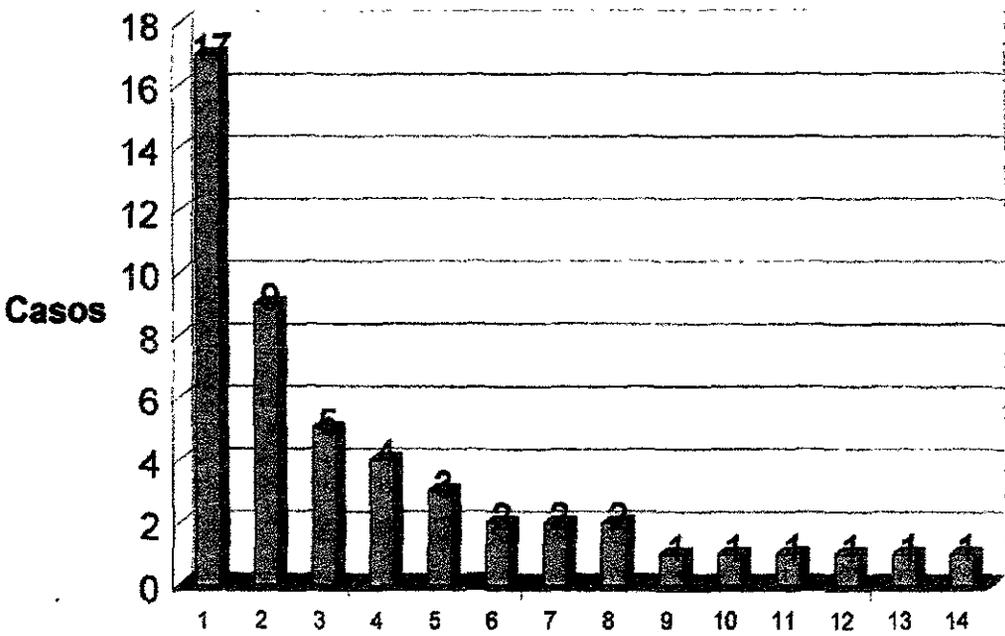
En 21 casos la estancia hospitalaria se extendió a más de tres días debido a la patología de fondo motivo de su ingreso hospitalario que fue Preeclampsia Severa. Ningún caso fue reintervenido ni se reportó infección o dehiscencia de histerorrafia.

La edad gestacional con mayor frecuencia fue la de 29 casos de término, en 21 casos la interrupción del embarazo fue a edad gestacional prematura.

Las indicaciones de interrupción del embarazo en ésta serie fue en primer lugar Preeclampsia Severa, con 17 casos (34%) y en segundo lugar la Desproporción cefalo-pélvica con 9 casos (18%), ver gráfica 1.

**ESTA TESIS NO SALE  
DE LA BIBLIOTECA**

## Indicaciones de Cesárea



Preeclampsia Severa	17	Polidramnios Severo	8	Oligodramnios Severo	11
Desproporción Cefalopédica	2	Presentación Pélvica	7	Situación Transversa	12
Ruptura Prematura de Membranas	3	Embarazo Gemelar	8	Antecedente de Síndrome de Bater	13
Senescencia Placentaria	4	Edad Reproductiva Avanzada	9	Hydrocefalia Mielomeningocele	14
Sufimiento Fetal Agudo	5	Cesarea Iterativa	10		

**GRÁFICA 1**

## CONCLUSIONES

La Histerorrafia en un plano con el personal entrenado en dicha técnica ofrece las mismas ventajas que la Histerorrafia realizada por la técnica tradicional en tres planos.

La principal ventaja de la Histerorrafia en un plano radica en el ahorro de dos suturas por cirugía.

En el presente estudio no se demostró morbimortalidad por la técnica quirúrgica a las 72 horas de postoperatorio.

Se hace necesario mayor investigación sobre ésta técnica de histerorrafia en un plano, posiblemente con estudios comparativos para determinar su implantación como una técnica rutinaria en la atención obstétrica de las pacientes, así mismo especificar sus indicaciones y *contraindicaciones*.

## ASPECTO ÉTICO

El estudio se condujo de acuerdo a los criterios institucionales y nacionales para la investigación en medicina y de acuerdo con las recomendaciones de Helsinki en 1952, y modificaciones de Tokio en 1975, Venecia 1983 y Hong Kong en 1989.

## BIBLIOGRAFIA:

1. Programa de actualización continua para Gineco-obstetra Libro 3 "Parto y Cesárea" , 1999, págs. 28-38. Editores Intersistemas.
2. Waniorek A: Hystero-graphy after cesareansection for evaluation of suture technique. *Obst Gynec* 1967: 29:322.
3. Poidevin, L. O. S.: *Cesarean Section scar*. Ed. Charles C. Thomas Springfield 1965
4. Granjón, A., y Parent, B.: La hernie de L'isthme uterine. *Press. Med.* 74: 2145, 1966.
5. Aure, M; y Agüero, O.: Cesáreas en la maternidad Concepción Palacios (1953-1962). *Ginec. Obstet. Méx.* 28: 641, 1970.
6. Zerpa E: La sutura del músculo uterino en un solo plano. *Revista de Obstetricia y Ginecología. Venezuela:* 1961; 21:27.

- 7.** Raimondi D : Histerorrafia en un solo plano. Prensa Médica, Argentina. 1961:48: 941.
  
- 8.** Septién LM, Canilli F. Bases Histológicas y funcionales para la elección dl tipo de cesárea. *Semana Médica de México*, 1963; 36: 49.
  
- 9.** Calleja C.VJ et al: Cesarean section: One plane hysterorrrophy. *Ginec Obst Mex* 1994; 62:304.
  
- 10.** K.Lai and P. Tsomo. Comparative study of Single layer and conventional closure of uterine incision in cesarean section, *Int J. Gynecol Obstet* 1988; 27: 349-352.
  
- 11.** Russel D: Jelsema et al, Continuous nonlocking, single layer repair of the low transverse uterine incision. *J. Reprod Med* 38 (5), 1993: 393-396.
  
- 12.** J.C. Hauth et al, Transverse uterine incision closure. One- versus two- layers; *Am J. Obstet Gynecol* 1992; 167: 1108-1111.

- 13.** JM: Tucker et al, Trial of labor after a one or two layers closure of low transverse uterine incision. Am. J. Obstet Gynecol 1993; 168: 545-546.
- 14.** S..J: Chapman et al, One versus two layer closure of a low transverse cesarean: The Next Pregnancy Obstet Gynecol, 1997; 89: 16-18.
- 15.** Racinet C, Favier M. *La cesarienne*. Masson Paris . 1984; pp1-184.
- 16.** Thoulon JM, Raundrant D. Les cesariennes. *Encycl Med Chir* (Paris, France). Techniques chirurgicales, urologie- gynecologie. 41900. 21p.
- 17.** Emily Baker, MD. et al, Nacimiento por cesárea y cesárea hysterectomía. Clin. Obstet and Gynecol 1994 (4) pág 745-753.
- 18.** Marco A. Pelosi MD. et al, Simplified Cesarean Section Contemporary Ob/Gyn. December 1995, pp. 89-100

- 19.**Sivasuriya , Sriskanthan R, Sriskandarayah: A new technique for closure of the uterus at cesarean section. Aust NZJ Obstet Gynaecol, 1988; 28: 96.
- 20.**Ruiz Velasco. Cesárea. Libro conmemorativo del XXV Aniversario de la Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia. Méx. DF.1970.
- 21.**Cirugía Ginecológica. Hirsch. Quinta Edición. Marbán Libros.  
Pág.170.
- 22.**Praxis Médica. Clínica y Terapéutica. Tomo10. Ediciones Latinoamericanas.
- 23.**Encyclopedie Medico. Chirurgicale. Tomo 5. Cesáreas.  
Pág.41900-13. Editions Techniques de México.
- 24.**Ginecología Quirúrgica.Te Linde. Séptima Edición. Editorial Panamericana. Pág. 201

"HISTERORRAFIA EN UN PLANO. EXPERIENCIA ACTUAL"

CASO #

ANEXO 1

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

EDAD: \_\_\_\_\_ FIL. \_\_\_\_\_

G. \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ A. \_\_\_\_\_ T/A \_\_\_\_\_ P. \_\_\_\_\_ R. \_\_\_\_\_

BH \_\_\_\_\_ QS \_\_\_\_\_ TP \_\_\_\_\_ TPT \_\_\_\_\_

TIEMPO DE TRABAJO DE PARTO \_\_\_\_\_

CUELLO: BORRAMIENTO \_\_\_\_\_ DILATACIÓN \_\_\_\_\_

MEMBRANAS: INTEGRAS \_\_\_\_\_ ROTAS \_\_\_\_\_

INDICACIÓN: \_\_\_\_\_

ANALGESIA \_\_\_\_\_

TIEMPO QUIRÚRGICO \_\_\_\_\_ SANGRADO \_\_\_\_\_

COMPLICACIONES \_\_\_\_\_

EVOLUCIÓN:      1º                  2º                  3º                  4º                  5º

DÍAS

INV. UTERINA \_\_\_\_\_

LOQUIOS \_\_\_\_\_

TEMPERATURA \_\_\_\_\_

PULSO \_\_\_\_\_

HB \_\_\_\_\_

LEUCOS. \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# CARTA DE CONSENTIMIENTO

ANEXO 2

DATOS DEL PACIENTE \_\_\_\_\_  
NOMBRE \_\_\_\_\_

NO. DE AFILIACIÓN \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_

A QUIEN CORRESPONDA:

DECLARO LIBRE Y VOLUNTARIAMENTE QUE MI NOMBRE  
ES \_\_\_\_\_

Y QUE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
CLÍNICA QUE SE REALIZARÁ EN

Y CUYOS OBJETIVOS SON \_\_\_\_\_

SE ME HA EXPRESADO QUE DE ÉSTA INVESTIGACIÓN SE ESPERA  
OBTENER EL SIGUIENTE BENEFICIO: \_\_\_\_\_

ENTIENDO QUE ESTARÉ SOMETIDO A LOS SIGUIENTES  
PROCEDIMIENTOS: \_\_\_\_\_

LOS CUALES INCLUYEN LOS SIGUIENTES RIESGOS: \_\_\_\_\_

SE ME HA INFORMADO, EXPLÍCITAMENTE, QUE SOY LIBRE DE  
RETIRARME DEL ESTUDIO EN EL MOMENTO EN QUE ASÍ LO DECIDA  
Y ESTOY CONSCIENTE DE QUE PUEDO SOLICITAR MAYOR  
INFORMACIÓN ACERCA DEL PRESENTE ESTUDIO, SI ASÍ LO DESEO.  
ADEMÁS DE MI PERSONA FIRMA COMO TESTIGO \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL TESTIGO

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_