

Servicios de Salud de Michoacán
Hospital General “Dr. Miguel Silva”

**Comparación entre la técnica Misgav Ladach vs.
La Cesárea media umbilical en el Servicio de
Ginecoobstetricia del Hospital General “Dr. Miguel
Silva”.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:
ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA
DR. JOSÉ GABRIEL TAMAYO GUTIÉRREZ

ASESORES DE TESIS
DR. JOSÉ ANTONIO SERENO COLÓ
DR. JOSÉ GONZALEZ MACEDO

ASESOR ESTADISTICO
DRA. SANDRA HUAPE ARREOLA

Morelia, Michoacán, septiembre del 2007



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.

AGRADECIMIENTOS

A MI ESPOSA

Porque a pesar del tiempo, distancia y momentos de soledad por los que hemos pasado continuas a mi lado, por que siempre me alentaste a seguir adelante por tu confianza y a poyo incondicional que me has brindado desde el primer dia que nos conocimos y sobre todo por el amor y la paciencia que me has regalado

A MIS HIJAS

Gabriela, Montserrat y Valeria las cuales son mi punto de inspiración para querer superarme dia a dia, formando parte de los seres que mas quiero y amo en la vida.

A MIS PADRES

Por haberme dado la vida, e inculcado valores y costumbres por su amor, sacrificio y apoyo incondicional que siempre recibí y que me han permitido cumplir metas y sueños.

A MIS HERMANOS

Porque a pesar del tiempo y la distancia siempre permanecemos unidos y en todo momento me brindaron su apoyo y confianza.

A MIS MAESTROS Y COMPAÑEROS

Por sus enseñanzas, y conocimientos que me transmitieron día a día por su comprensión, paciencia y buen trato que recibí de cada uno de ellos por su dedicación y compromiso que tienen en la transmisión de los conocimientos no solo científicos sino personales.

PENSAMIENTOS

Lo que caracteriza a un hombre de ciencia no es la posesión de verdades irrefutables o conocimiento, sino la investigación desinteresada e incesante de la verdad.

Karl Popper

Grande es su sabiduría e infinito su valor. Es la más alta victoria del hombre.

Carlyle

Recuerda hay tres tipos de personas en el mundo... las que hacen que las cosas sucedan, las que miran como suceden las cosas y las que se preguntan qué demonios sucedió.

Anónimo

El fracaso es una gran oportunidad de empezar otra vez más inteligentemente.

Henry Ford

El futuro pertenece a quienes creen en la belleza de sus sueños.

Eleanor Roosevelt

Hay solamente una cosa en el mundo peor que hablen de ti, y es que no hablen de ti.

Oscar Wilde

Quien hace, puede equivocarse. Quien nada hace, ya está equivocado.

Daniel Kon

INDICE

| | Pagina |
|---------------------------------|---------------|
| Introduccion----- | 1 |
| Prefacio----- | 2 |
| Resumen----- | 3 |
| Planteamiento del problema----- | 5 |
| Antecedentes----- | 6 |
| Objetivos----- | 12 |
| Hipótesis----- | 12 |
| Justificación----- | 12 |
| Material y métodos----- | 13 |
| Resultados----- | 18 |
| Discusión----- | 26 |
| Conclusiones----- | 30 |
| Recomendaciones----- | 31 |
| Apéndices----- | 32 |
| Glosario----- | 36 |
| Bibliografía----- | 41 |

INTRODUCCION

La operación cesárea se diseñó para extraer el producto del embarazo a través de una laparotomía e histerotomía, cuando el parto no podía realizarse por las vías naturales. ⁽¹⁾⁽⁷⁾

Es una intervención quirúrgica se conoce en medicina desde la mas remota antigüedad y a través del tiempo, ha sufrido profundas modificaciones tanto en la técnica como en sus indicaciones.

Se sabe que al inicio tenia una elevada cifra de morbimortalidad materna y fetal. En su historia contemplamos pasos sucesivos que la han convertido en una operación útil y altamente apreciada en nuestros días. ⁽¹⁾

Los aportes científicos y tecnológicos que ocurrieron en el siglo XX permitieron la introducción de técnicas quirúrgicas con asepsia y anestesia confiables y de métodos sofisticados, éxito inicial de la cirugía que en un principio se vio afectado por la creencia que una vez que se incidía en el músculo uterino, no se podía suturar. Por otra parte, las complicaciones infecciosas eran tan frecuentes que la operación se volvió temible entre las embarazadas. ⁽²⁾⁽³⁾

De ser una intervención temible por las elevadas complicaciones, hoy en día se considera como un procedimiento de práctica corriente en la Obstetricia debido a los adelantos y al perfeccionamiento de la técnica a los progresos en la anestesia, a la facilidad de la transfusión sanguínea y al uso de antibióticos que han disminuido enormemente las complicaciones infecciosas. ⁽³⁾

Si bien estos logros han disminuido en forma notable la morbimortalidad de la cesárea han dado lugar al abuso de la misma en todo el mundo. ⁽³⁾

PREFACIO

Durante últimos tiempos la operación cesárea es la más practicada dentro de la obstetricia moderna, por lo que uno de los propósitos será buscar nuevas técnicas sin dejar de ser seguras.

La búsqueda de técnicas quirúrgicas simples y económicas que ofrezcan resultados satisfactorios es una opción viable en la investigación clínica en los hospitales con servicios obstétricos. Las técnicas más simples pueden resultar en menor tasa de complicaciones por esta razón la técnica de Misgav Ladach puede ser una alternativa que además reúne ventajas adicionales como las estéticas y de pronta recuperación. En nuestro medio hospitalario.

El propósito de este trabajo ha sido ofrecer información actualizada acerca de nuevas técnicas quirúrgicas de la operación cesárea. Planteando una nueva técnica de cesárea segura y un futuro no lejano pueda considerarse como una practica en nuestro medio hospitalario. Esperamos haber cumplido con este propósito y que el lector disfrute y saque provecho de tal esfuerzo.

RESUMEN

OBJETIVO GENERAL: Comparar los beneficios de cesárea con técnica de Misgav Ladach versus la tradicional media.

MATERIAL Y METODOS. Se incluyeron dos grupos de estudio con mujeres embarazadas de 37 a 42 semanas o más, en quien se indicó la operación cesárea y que se encontraban hospitalizadas en la unidad de Toco cirugía del Hospital General “Dr. Miguel Silva”. La integración de este grupo fue aleatoria., al primer grupo de estudio se le practico la operación cesárea con la técnica tradicional. El segundo grupo de estudio se le practico la operación cesárea de acuerdo con la técnica de Misgav Ladach.

Se realizo estadística descriptiva, con medidas de tendencia central y de dispersión. Para la comparación entre grupos, se realizó Prueba t de Student para variables cuantitativas y U de Mann Whitney para las variables cualitativas. Se tomo como significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS. Se comparo la morbimortalidad entre dos técnicas de operación cesárea. Se estudiaron 24 pacientes a las que se realizo cesárea con método tradicional en el grupo I, integrando el grupo II 24 pacientes con método de Misgav, encontrando resultados estadísticamente significativos con menor tiempo quirúrgico con una media en el grupo I de 24.7 ± 2.1 y 13.2 ± 2.1 para el grupo II con ($p < 0.0001$); así como también menor tiempo de entrega recién nacido en el grupo II con una media de 1.12 ± 0.43 y para el grupo I una media de 1.7 ± 0.5 con ($p < 0.0001$).

Con una disminución del sangrado 245.8 ± 38 ml y de 181.25 ± 40.3 ml con ($p < 0.0001$), con menor dolor postoperatorio a las 4 hrs. con media grupo I de 5.8 ± 1.4 y grupo II de $2.75 \pm$ con ($p < 0.0001$), a las 8 hrs. grupo I con 4.3 ± 1.8 , grupo II de 2.43 ± 2.26 con ($p < 0.010$), a las 12 hrs. grupo I con media de 3.4 ± 1.18 y grupo II 1.41 ± 1.9 con ($p < 0.002$), a las 24 hrs. grupo I con una media de 2.3 ± 1.1 y grupo II con una media 0.333 ± 0.799 con ($p < 0.0001$).

Menor uso de analgésicos, en el ketorolaco con una media para el grupo I es de 146 ± 25.5 mg y grupo II de 133.3 ± 34 mg con ($p < 0.014$), para la dipiróna en grupo I con una media de 6.4 ± 0.7 grs grupo II media de 5.18 ± 1.47 grs con ($p < 0.001$).

Con una disminución del 50 % del material de sutura utilizada en la técnica Misgav, en cuanto al antibiótico empleado y días de estancia hospitalaria no se encontró significado estadístico, se vigilaron las posibles complicaciones hasta el 10 día de pos operada.

CONCLUSIONES. En la actualidad continua predominando las técnicas tradicionales de la operación cesárea

Pero que de acuerdo a resultados estadísticos en este trabajo la técnica de Misgav no solo es segura si no que además ofrece varias ventajas.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Son el embarazo y el parto responsables del 40 % de las internaciones hospitalarias, de modo que los procedimientos obstétricos contribuyen con los gastos de salud en grado significativo. En 1996 el promedio total de gastos profesionales y hospitalarios que generaba un parto vaginal sin complicaciones a un seguro era de 7.090 dólares. Y el promedio de un parto por cesárea correspondía a 11.040 dólares.

En nuestro país las tasas actuales de la operación cesárea han rebasado todas las expectativas y según datos recientes, en la ciudad de México, en el IMSS el promedio es 35.2 % y en el ISSSTE de 48 %. En los hospitales de practica privada la cifra se eleva hasta el 63.3 %.

En nuestro medio, en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”, institución de la secretaria salud son 34 %.

Consideramos que debido a que este problema va definitivamente en aumento, es necesario ofrecer una técnica quirúrgica de operación cesárea segura y simplificada, que además de ofrecer ventajas podría tomarse como una opción en nuestro medio hospitalario.

ANTECEDENTES

Aunque el objetivo del Healthy People para el año 2000 era reducir la tasa de cesáreas al 15 %. Y del 25% para el Sistema Nacional de Salud en México.

En América latina la práctica de la operación cesárea se ha incrementado por arriba de estos valores como se puede ver en la tabla No. 1:

Tabla No. I

| | |
|-------------|--------|
| Puerto Rico | 45 % |
| Chile | 40 % |
| Brasil | 27.1 % |
| Argentina | 25.4 % |
| México | 24.1 % |

Sin embargo, en la época reciente ha ocurrido un aumento considerable en la práctica de la operación cesárea, que ciertamente no es inocua y con lleva riesgos inherentes quirúrgicos y anestésicos con lo que esta técnica operatoria pierde su enorme efecto benéfico de salvar vidas de madres y recién nacidos cuando no está bien indicada.

Aceptando que dentro de la practica ortodoxa y ética de la operación cesárea en la obstetricia moderna, la frecuencia es elevada y por ello resulta justificable el que se continúen buscando técnicas quirúrgicas que sin menoscabo de la salud materna o fetal permitan obtener ventajas en cuanto al tiempo quirúrgico, menos complicaciones, menor estancia intrahospitalaria y menor costo. ^{(4) (8)}

Quizás este hecho impulso al Dr. Michael Star en 1983 a desarrollar algunas innovaciones en la técnica de la operación cesárea tradicional que, por haberse iniciado en el hospital Misgav Ladach de Jerusalén, se conoce con este nombre. ⁽¹⁾⁽⁴⁾

En el Hospital General de Viena, Austria. Que ya se aplicó con éxito a más de mil mujeres durante los últimos dos años.

D Jacobs-Jokhan y GJ Hofmeyr en 2004 en un estudio de 1221 mujeres sometidas a cesárea con cierre de la histerotomía con exteriorización del útero versus reparación intraabdominal de la histerotomía donde no encontró diferencias con la morbilidad. ⁽³⁾

El Dr. Larry C. Gilstrap y cols, en el 2004 en la 2 edición en su texto urgencia en la sala de partos y obstetricia quirúrgica sugieren que el sierra del útero en sola capa, con exteriorización del útero y no sierra de peritoneos tiene mayores ventajas que con el método tradicional. ⁽³⁾

Hospital de Cabimas “Dr. Adolfo D Empaire”, desde enero a agosto del 2003. Se aplico el método de Misgav Ladach a 80 gestantes, entre la 36 a 41 semanas y entre 15 a 37 años de edad; con indicación de cesárea electiva o de emergencia. ⁽⁴⁾

Dr. Javier García González, del Hospital La Mancha Centro de Alcázar de San Juan (Ciudad Real), ha realizado del método de cesárea Misgav Ladach, desarrollado en más de 500 intervenciones, entre los años 1984 y 1995.

D.Federeci y Col., Febrero de 1997 en estudio aleatorizado en 134 pacientes con el método de Misgav Ladach reduce tiempo quirúrgico, tiempo de entrega del niño, tiempo de recuperación, con tasas de periodo febril, infección de la herida o dehiscencia de la herida no son aumentadas por la nueva técnica. A demás durante este estudio se realizaron 7 cesáreas a las cuales ya se les había practicado este mismo método donde no se encontraron adherencias, sin defectos en la cicatriz uterina ni retracciones en el pliegue vesicouterino. Por lo que nuestro estudio aprueba la eficiencia y seguridad del método de Misgav Ladach. ⁽⁵⁾

D.Federici y cols., en el Hospital de Milán en el periodo de Noviembre de 1995 a Diciembre de 1996 reportan 139 pacientes sometidas a cesárea con el método de Misgav con excelentes resultados. ⁽⁵⁾

Ellis y asociados notaron que la reformación peritoneal ocurre en las primeras 48-72 horas posteriores al daño, al aproximar los bordes peritoneales con sutura aumenta la necrosis tisular y la reacción a cuerpo extraño puede retardar el proceso cicatricial. ⁽³⁾⁽⁷⁾

Neff y Col., 1985 cierre del peritoneo genera un incremento de la reacción tisular con lo que puede aumentar las adherencias. ⁽³⁾⁽⁷⁾

De igual forma pasa con el cierre de los peritoneos donde se ha demostrado que el cierre no ofrece mejores resultados si no por el contrario el no sierre favorece una disminución en íleo posquirúrgico, menor dolor postoperatorio y al mismo tiempo disminuye el proceso adherencial a si como también disminuye tiempo quirúrgico. ⁽⁷⁾

Víctor Jaime Calleja Calderón y cols., en grupo aleatorizado de 100 pacientes en cada grupo con sierra en solo plano y sierra en dos planos, obteniendo menor tiempo quirúrgico menor sangrado, no hubo diferencia en la morbilidad, con cicatrización semejante a los 60 días demostrado por histerografías en donde no se observo ningún defecto de llenado en la histerorrafia.⁽⁷⁾

Elizabeth Darj y cols., en 1999 en la universidad de Uppsala en un estudio alaeatorizado con técnica de Misgav Ladach versus con la pfannesntiel, encontrando menor sangrado y menor dolor postoperatorio y menor tiempo quirúrgico con el método Misgav.⁽¹¹⁾

M. Stark y cols., en el periodo de 1988 a 1990 en hospital de Jerusalén en estudio aleatorizado de 467 sometidas a operación cesárea con método de Misgav y Pfannesntiel Menor morbilidad febril, menor dolor postoperatorio menor tiempo quirúrgico y menor Adherencias e pacientes que fueron sometidas nuevamente a un procedimiento quirúrgico.⁽⁹⁾⁽²¹⁾

Tucker y Col., en 1993 en un estudio retrospectivo de 292 embarazos subsiguientes del de Hauth. Y Col., la integridad de la cicatriz uterina era la misma.⁽¹³⁾⁽¹⁴⁾

Hershey y Quilligan, 1978 no encontraron deferencias en la morbilidad febril posquirúrgica entre la exteriorización del útero contra la no exteriorización.⁽¹⁵⁾

Olivier Irion y Col., 1996 en un estudio aleatorizado en 280 pacientes no hallaron diferencias en dolor posquirúrgico, morbilidad febril, estancia hospitalaria en pacientes con cierre de peritoneo y no cierre, con recuperación más rápida del íleo posquirúrgico en el grupo en el que no se cerró con un tiempo quirúrgico mas corto de 8 minutos en promedio.⁽¹⁷⁾

Hauth. Y Col., en 1992 en un estudio prospectivo y aleatorizado en 906 mujeres, se comparo el sierre uterino en solo plano con sierre tradicional en dos planos. Con menor tiempo quirúrgico y menos puntos de hemostasia con el sierre de un solo plano. ⁽¹⁸⁾

AA Bamigboye and GJ Hofmeyr. En el sistema de datos del Cochrane e una revisión en 2007 de 2908 pacientes del sierre Contra no sierra del peritoneo, donde se reporta menor tiempo quirúrgico, menor morbilidad febril, menor íleo posquirúrgico en el grupo de no sierre. ⁽²⁰⁾

Dr. Stark mantiene que la modificación Joel Cohen de abertura y cierre de abdomen reduce el riesgo de ceroma, hematoma e infección de la herida sin observarse ninguna diferencia significativa entre cerrar y no cerrar el tejido subcutáneo, por lo menos no aumenta las complicaciones de la herida. ⁽²¹⁾

Juan José Escribano Tórtola y cols., en 2004 en estudio comparativo de costos con el método de Misgav y el tradicional en 96 pacientes sometidas a cesárea en el hospital Severo Ochoa de Madrid durante el año 2001 a 2002 encontrando una disminución de costo por procedimiento de 164.5 euros a favor de la Misgav. ⁽²²⁾

En México, la incidencia en la operación cesárea ha tenido un incremento significativo. Por lo que es necesario desarrollar e implementar técnicas quirúrgicas más simples y seguras en comparación con las técnicas tradicionales de la operación cesárea, las últimas no están sustentadas en evidencias científicas, sino en las evidencias que ofrecen la historia, del empleo cotidiano, la experiencia personal.

En México no existen estudios publicados que comparen la experiencia nacional con la técnica de Misgav-Ladach con las técnicas tradicionales media o Pfannenstiel. Sin embargo, es un hecho de observación que esta técnica es conocida desde hace varios años y comenzó a realizarse en el Hospital Español de México, actualmente se practica en el Instituto Nacional de Perinatología.

En nuestro hospital tampoco solo se realizan la técnicas tradicionales, en especial la media y en menor proporción la Pfannenstiel.

En la literatura revisada no se encontraron estudios publicados que comparen la técnica de Misgav-Ladach con la cesárea media tradicional, sin embargo esta última se ofrece como una técnica simple, rápida y que ofrece ventajas teóricas en relación menor riesgo de infección, sangrado y dolor postoperatorio.

OBJETIVO GENERAL.

Comparar beneficios de cesárea con técnica de Misgav Ladach vs.

Tradicional media

- ESPECIFICOS :**
1. Compara tiempo quirúrgico.
 2. Comparar dolor postoperatorio.
 - 3.- Compara el sangrado transoperatorio
 - 4.- Comparar estancia intra -hospitalaria

HIPOTESIS.

Hipótesis alterna: Existen diferencias entre el tiempo quirúrgico sangrado transoperatorio, dolor postoperatorio e infecciones o colecciones de la herida. En pacientes sometidas a operación cesárea con técnica tradicional versus Misgav

Hipótesis nula: No existen diferencias entre variables de tiempo quirúrgico sangrado transoperatorio dolor postoperatorio e infecciones o colecciones de la herida. En pacientes sometidas a operación cesárea con técnica tradicional versus Misgav.

JUSTIFICACION

Aceptando que dentro de la practica ortodoxa y ética de la operación cesárea en la obstetricia moderna, la frecuencia es elevada y por ello resulta justificable el que se continúen buscando técnicas quirúrgicas que sin menoscabo de la salud materna o fetal permitan obtener ventajas en cuanto al tiempo quirúrgico, menos complicaciones, menor estancia intra-hospitalaria y menor costo, en nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

Diseño del estudio. Prospectivo, Longitudinal, Comparativo y aleatorizado.

UNIVERSO. Dentro del estudio se incluyeron a mujeres embarazadas que tuvieron una indicación de operación cesárea, con embarazos de término o pos término y sin ninguna cirugía previa en el servicio de gineco-obstetricia del Hospital General “ Dr. Miguel Silva”; fue un total de 48 pacientes de los cuales se distribuyeron en dos grupos de 24 pacientes las cuales se seleccionaran al azar hasta completar los dos grupos.

Grupo de estudio. Se incluyeron un total de 48 pacientes en dos grupos de estudio, el primero se formo con mujeres embarazadas de 37 a 42 semanas o más en quien se indicado la operación cesárea la integración a este grupo fue aleatoria, a este grupo se le practico la cesárea con la técnica tradicional.

El segundo grupo se integró con mujeres embarazadas de 37 a 42 semanas de gestación, a este grupo se le practicó la cesárea de acuerdo con la técnica de Misgav Ladach.

Criterios de inclusión.

- Pacientes en edades de 15 a 35 años
- Pacientes con embarazos de 37 a 42 SDG O más con producto vivo que estén en la unidad de toco cirugía con o sin trabajo de parto.
- Pacientes sin enfermedades concomitantes en el embarazo.
- Primer cesárea

Criterios de no inclusión.

- Pacientes en quienes la operación cesárea fue antes de la semana 37
- Pacientes con edades menores a 15 años o mayores de 35 años
- Cesárea de repetición o iterativa
- Pacientes que no acepten participar en el estudio
- Pacientes que no cuenten con los estudios necesarios para la integración de diagnósticos.
- Pacientes con cirugías abdominales previas

Criterios de eliminación.

- Pacientes en que se requirió cita posterior al egreso hospitalario y no acudió a su cita
- Pacientes que el bloqueo no fue el adecuado

Variables de estudio. Tiempo quirúrgico , Sangrado transoperatorio, dolor postoperatorio complicaciones postoperatorias como hematomas colecciones o abscesos de pared.

Procedimiento. La población de estudio fueron mujeres de 15 a 35 años de edad con embarazos mayores de 37 semanas de gestación y en quien se indicó operación cesárea durante el periodo de estudio, en el Hospital General “ Dr. Miguel Silva “ de Morelia Michoacán. El estudio se realizo previa aprobación por los comités de investigación y ética del Hospital.

Todas las operaciones cesáreas fueron realizadas por el mismo cirujano el resto del equipo fue variado y cambiante. Una vez identificada la paciente fue sometida a operación cesárea se le explicaron cuales fueron la indicación de la operación a si como los riesgos quirúrgicos de cada procedimiento, se le solicito a la paciente y a un familiar responsable leer y firmar el consentimiento informado antes de efectuar cualquier procedimiento relacionado con el estudio. La obtención de la cantidad de pacientes requeridas para el estudio fue de manera consecutiva hasta integrar la totalidad.

Una vez que acepto participar en el estudio se realizo una entrevista en la cual se investigaron datos, antropometría, toxicomanías, antecedentes patológicos (enfermedades intercurrentes y propias de la gestación) antecedentes gineco-obstétricos datos clínicos del embarazo además de como se encuentra la paciente al momento de la entrevista. Dicha información se valoro nuevamente al revisar el expediente clínico, del cual además se extrajeron datos de estudios de laboratorio y gabinete que fueron de interés para el estudio.

A todas las pacientes desde su ingreso hospitalario se les solicito estudios básicos de rutina por el servicio (BH, grupo y Rh, tiempos de sangrado glicemia, examen general de orina). Además de que se realizo una BH de control de su ingreso y una de control 24 hrs. posteriores a la cesárea.

El diagnóstico de las enfermedades intercurrentes y las propias del embarazo se realizo en base al antecedente de enfermedad ya conocida cuando no se tuvo dicho antecedente el diagnóstico se realizo por clínica y estudios de laboratorio o gabinete que se consideraron pertinentes al momento de su ingreso hospitalario, durante su estancia hospitalaria.

Los datos se recabaron primero en cuanto al tiempo quirúrgico en minutos primero recabando el nacimiento del bebe, tiempo quirúrgico total que se tomo con cronometro y los encargados de tomar este tiempo fue el anestesiólogo o enfermera en turno.

Sangrado transoperatorio se valuó con la técnica estandarizada de las compresas donde cada una equivale a 100 ml aproximadamente para una mejor evaluación de esta al momento de realizar la histerotomía se realizo con cuidado de no lesionar la membrana amniótico para poderla aspirar por separado, no se utilizaron gasas ni se cuantifico el sangrado de la placenta ya que este es independiente de la técnica quirúrgica.

Dolor postoperatorio se evaluó con la escala análoga visual (EVA), que otorga un puntaje de 0 a 10. La evaluación se realizo cada 4 hrs. durante las primeras 12 hrs. Y posteriormente a las 12 hrs. siguientes los encargados de recabar esta información fueron los médicos de guardia a cada grupo se dejo analgésicos que será el prodolina 1 g iv cada 6 hrs. dejando segundo analgésico como el ketorolaco 30 mg IV cada 8 hs para de esta forma poder evaluar cantidad de analgésico en 24 horas empleado en ambos grupos.

Se aplicaron 3 dosis de antibiótico profiláctico con cefalotina cada 8 hrs. y en caso de cirugías contaminadas se utilizo segundo antibiótico como la gentamicina 80 mg iv cada 8 hrs.

Se evaluó también de forma general aparición de ruidos peristálticos con revisiones cada 4 hrs. En las primeras 12 hrs. y posteriormente a las siguientes 12 hrs, con estetoscopio, se registro únicamente la fiebre que fue mayor de 38 grados centígrados y en más de una ocasión y que no se presento dentro de las primeras 24 hrs. del postoperatorio, la estancia intrahospitalaria se siguió en días y horas, y el egreso de considero a partir de que la paciente ya halla evacuado este canalizando gases deambulando y a febril. El material de sutura utilizado se registro de acuerdo a la cantidad y tipo de material.

Se recabaron algunos datos del RN como son peso , talla, apgar, capurro y alojamiento conjunto datos que fueron evaluados por el médico pediatra y neonatólogo con el propósito de que la información reportada tuviera el mínimo de errores.

El seguimiento de las complicaciones propias de la herida quirúrgica como son hematomas o colecciones o abscesos de pared se buscaron desde las primeras 24 hrs. hasta el décimo día de pos operada tiempo en que se desarrollan estas complicaciones estas se revisaron con datos clínicos.

La información se registro en un formulario diseñado específicamente para este estudio y desde el inicio la captura de datos se realizo en una base de datos de Excel a fin de reducir el margen de error, producto de múltiples transcripciones durante el proceso.

El seguimiento se hizo a todos los sujetos en estudio hasta el momento que se considero necesario con el fin de obtener toda la información requerida para el estudio.

Los datos de la madre se identificaron con códigos para su manejo conjunto con el análisis.

ANALISIS ESTADISTICO.

Se realizó estadística descriptiva reportándose medidas de tendencia central y de dispersión, con promedio, desviación estándar y rango. Para la comparación entre grupos, se realizo Prueba t de Student para variables cuantitativas y U de Mann Whitney para las variables cualitativas. Se tomó como significativo el valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se integraron dos grupos de 24 pacientes cada grupo. El grupo I corresponde al de cesárea tradicional, y el grupo II que corresponde al de cesárea Misgav Ladach, todas las pacientes que iniciaron el estudio, lo concluyeron.

Dentro de las características demográficas básicas no se encontró diferencia significativa entre los grupos estudiados, como se muestra en la Tabla I.

TABLA I. Características demográficas básicas en los dos grupos de estudio.

| Variable | Grupo I | Grupo II | P |
|---------------------------|-----------|------------|------|
| Edad (Prom.±DE) | 20.2±4.5 | 20±4.2 | 0.89 |
| IMC(Prom.±DE) | 27.8±3.5 | 27.7±2 | 0.88 |
| Talla (Prom. ±DE) | 1.5±0.1 | 1.5±0.08 | 0.43 |
| Peso (Prom.±DE) | 66.5±11.4 | 67.29±10.2 | 0.90 |
| Semanas DG (Prom.±DE) | 39.2±1 | 39.1±0.8 | 0.44 |

Las indicaciones de la operación cesárea que se observaron en ambos grupos fueron similares y se describen en la tabla 1.

Tabla II. muestra las causas principales de la operación de ambos grupos

| GRUPO I | GRUPO II |
|----------------------|-----------------------|
| 1.-SFA.....15 | 1.- SFA.....13 |
| 2.- DCP.....4 | 2.-DCP.....5 |
| 3.- Pelvico-----2 | 3.-Pelvico.....3 |
| 4.-Macrosomico.....2 | 4.- Macrosomico.....2 |
| 4.-RCIU.....1 | 4.-Gemelar.....1 |

En cuanto al tiempo quirúrgico total, se encontró una media de 24.7 ± 2.1 para el grupo I y de 13.2 ± 2.1 en el grupo II, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0001$). como se observa en la Figura 1.

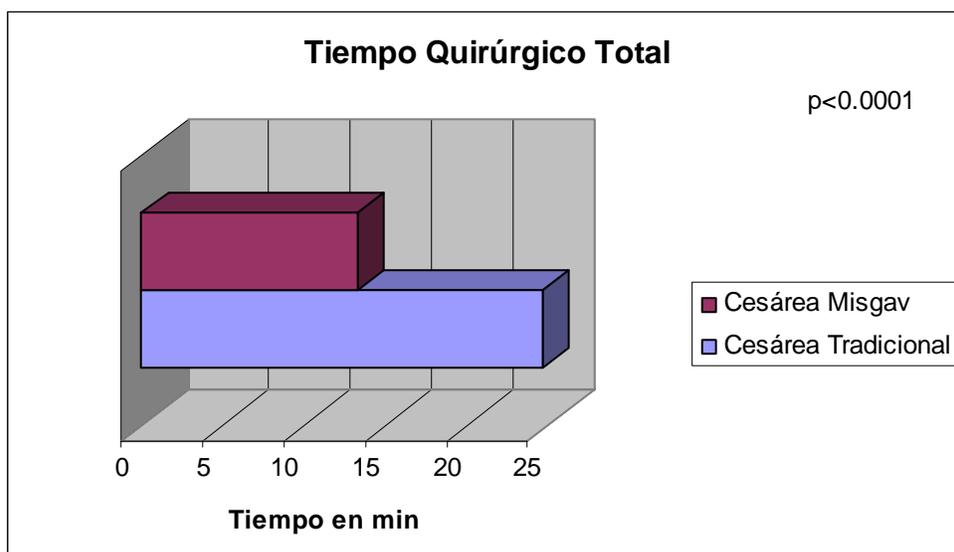


Figura 1. Muestra el tiempo quirúrgico para ambos grupos con una $p < 0.0001$

El tiempo quirúrgico del nacimiento para el grupo I tuvo una media de 1.7 ± 0.5 y para el grupo II de 1.12 ± 0.43 , la diferencia observada es estadísticamente significativa con ($p < 0.0001$), como se observa en la Figura 2

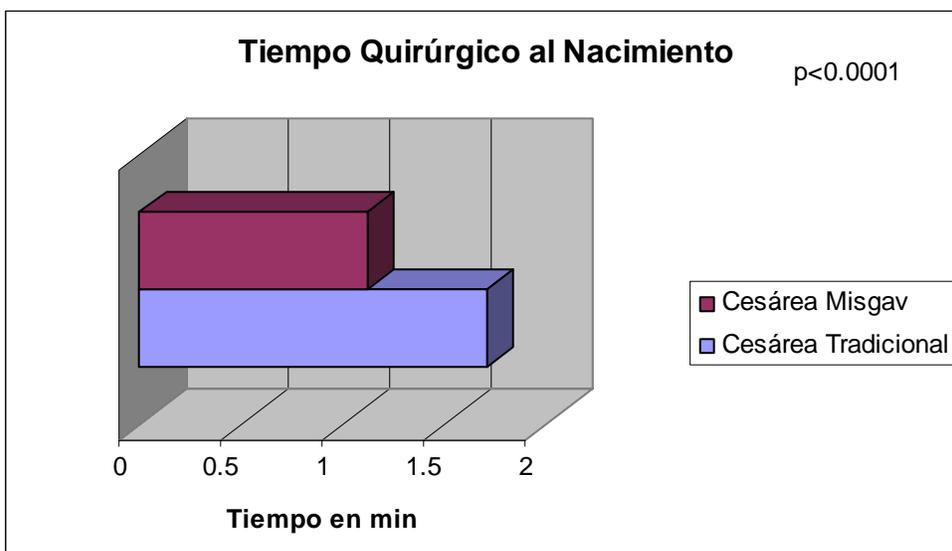


Figura 2. Muestra el tiempo quirúrgico del nacimiento del bebe, con $p < 0.0001$

En cuanto al sangrado para grupo I, la media fue de 245.8 ± 38 ml, y de 181.25 ± 40.3 ml para grupo II, con valor de ($p < 0.0001$) figura 3.

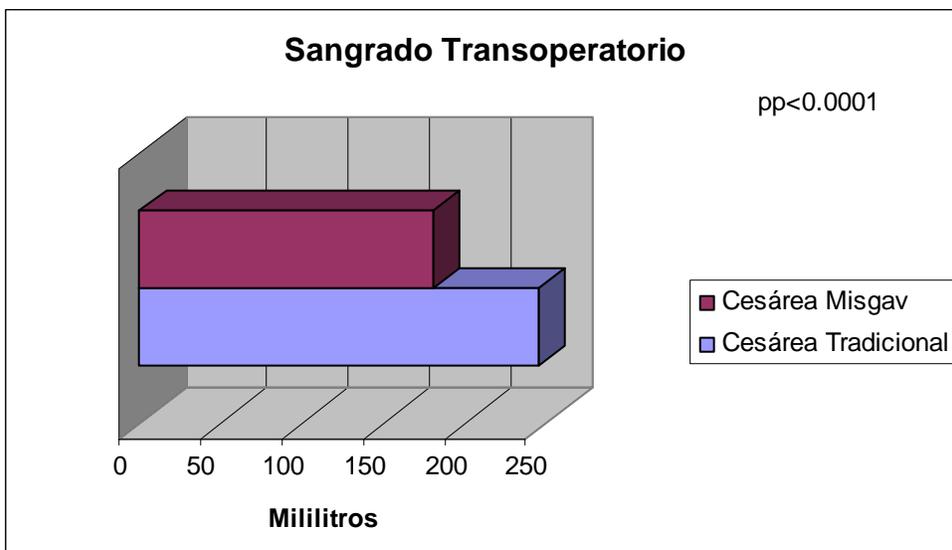


Figura 3. Muestra sangrado de los dos grupos con valor ($p < 0.0001$)

Al analizar los resultados de los parámetros bioquímicos evaluadas como BH, QS Y EGO no se observó diferencia significativa entre los 2 grupos.

La evaluación del dolor mediante el EVA se muestra en las graficas de la 4 ala 7, habiendo diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos lo cual se comenzó a observar a partir de las 4 hrs; y se mantuvo hasta las 24 hrs.

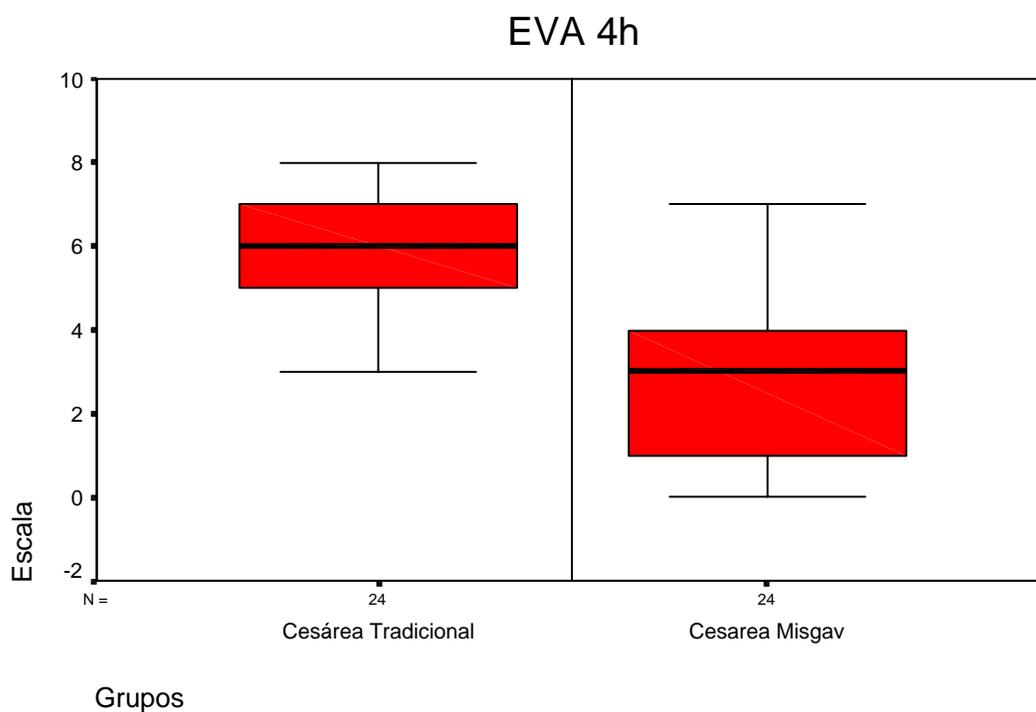


FIGURA 4. Se muestra la evaluación del dolor mediante el EVA, para ambos grupos. Con una $p < 0.0001$

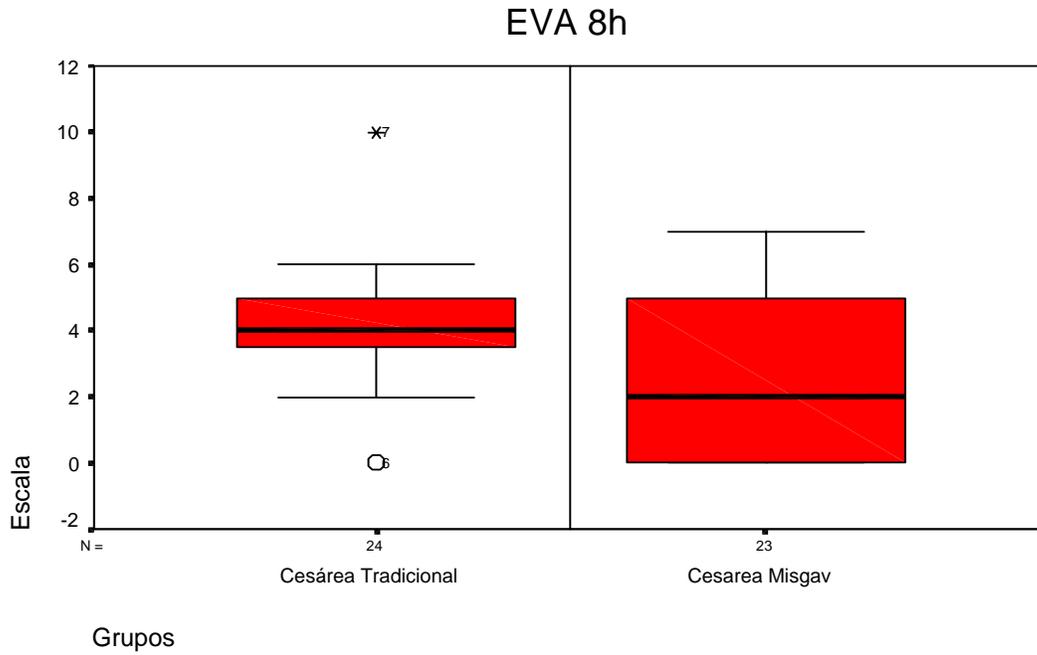


Figura 5. Muestra la evaluación del dolor mediante el EVA, en ambos grupos. Con $p < 0.010$

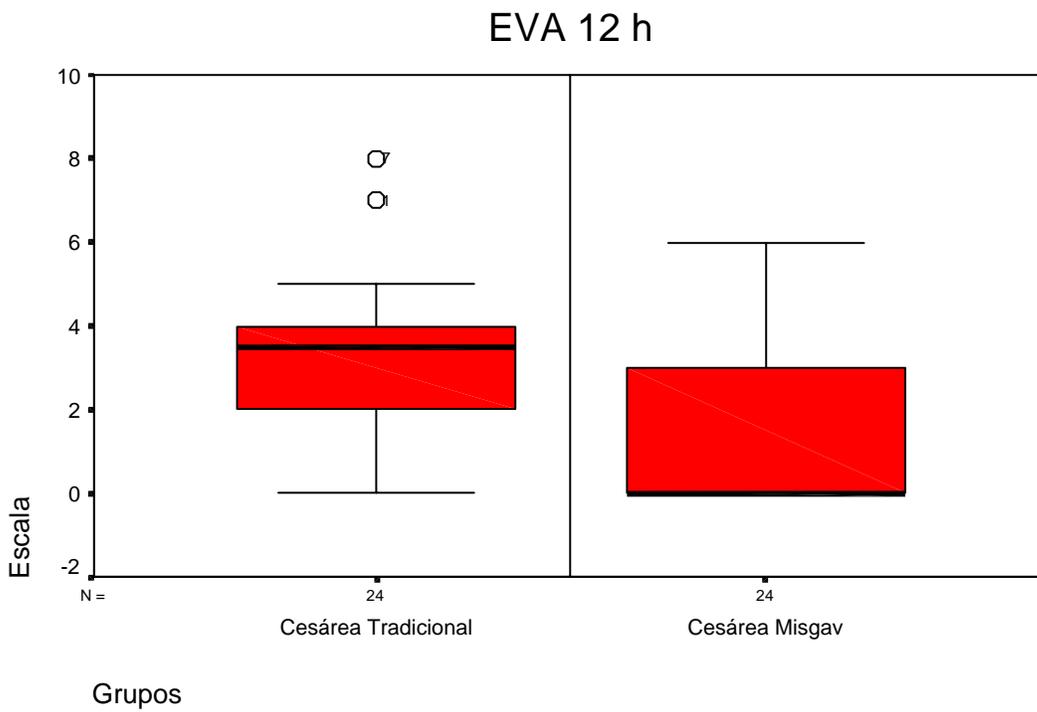


Figura 6. Muestra la evaluación del dolor mediante el EVA, en ambos grupos. Con $p < 0.002$

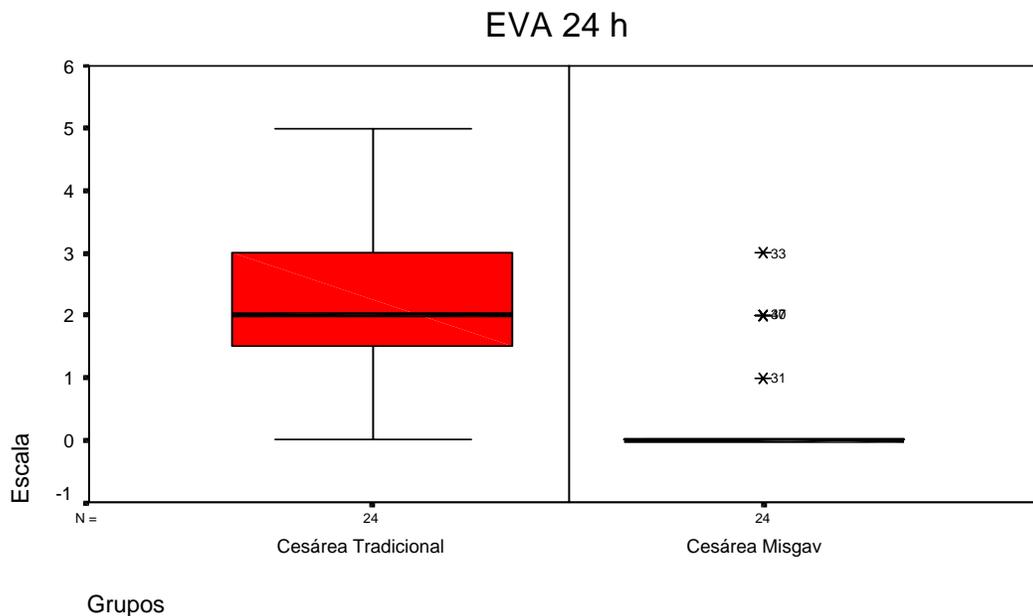


Figura 7. Muestra la evaluación del dolor mediante el EVA, en ambos grupos.

Con $p < 0.0001$

También se evaluó la dosis total de analgésico requerido después de la cirugía, encontrando una dosis mayor para el grupo I, siendo esta diferencia significativa estadísticamente.

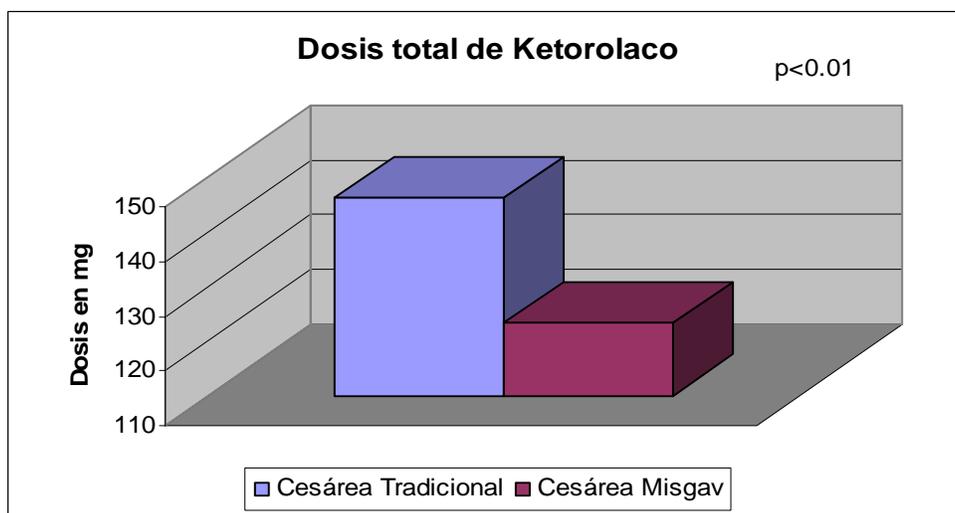


Figura 8. Muestra la dosis de analgésico en ambos grupos. Con $p < 0.014$

Para ketorolaco la dosis total empleada durante su hospitalización fue en promedio 146.3 ± 25.5 mg para el grupo I, y de 123.5 ± 34 mg para grupo II, con valor de $p < 0.014$.

El analgésico de rescate empleado como segunda opción o por razón necesaria fue la dipiróna con una dosis total durante la hospitalización con una media de 6.4 ± 0.7 gr en el grupo I y de 5.18 ± 1.47 gr grupo II con un valor $p < 0.001$) Como se observa figura 8.

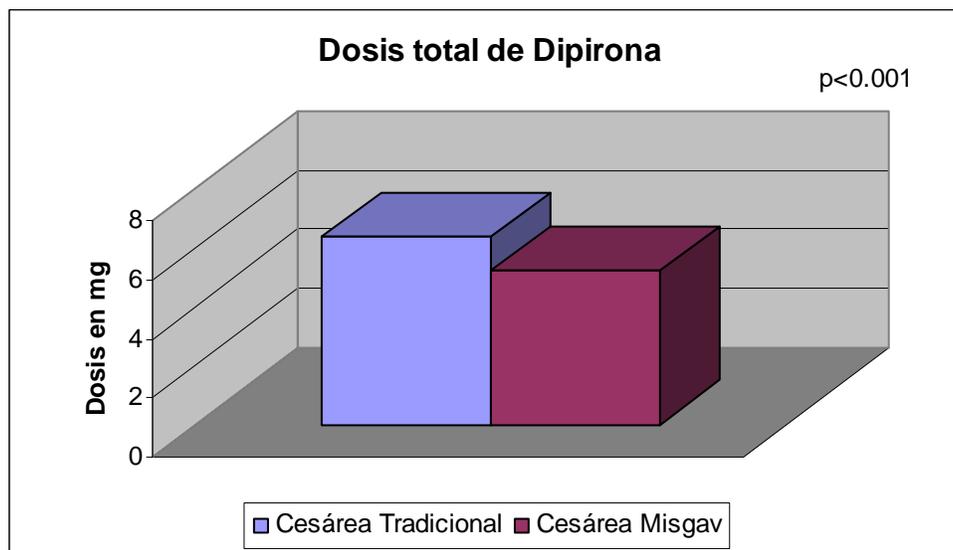


Figura 8. Muestra la dosis de analgésico en ambos grupos. Con $p < 0.0001$

El número total de material de suturas utilizado en grupo I tuvo una media de 5.25 ± 3 y en el grupo II, es de 2.87 ± 0.59 con ($P < 0.0001$).

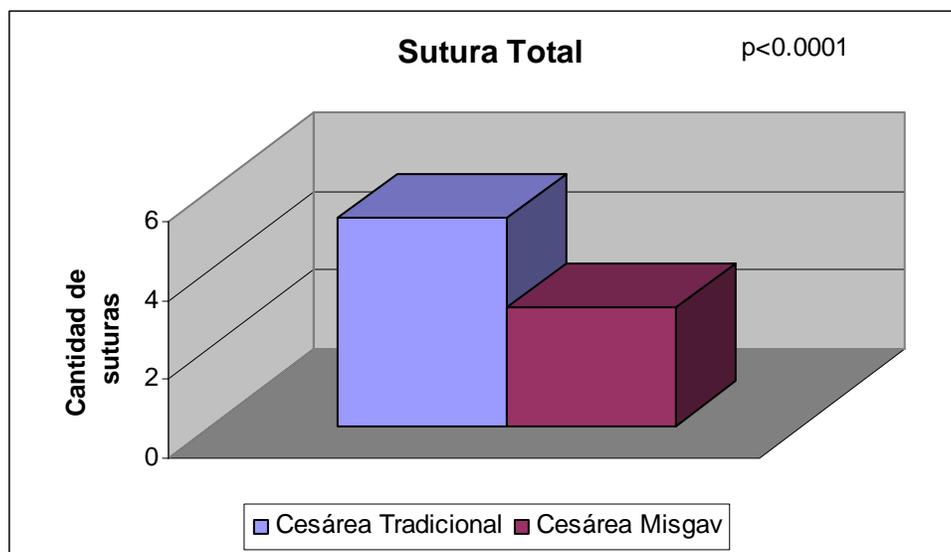


Figura 9. Muestra la cantidad de material de sutura utilizado en ambos grupos con $p \leq 0.0001$

En cuanto a los antibióticos empleados no hubo diferencia estadísticamente significativas.

Al evaluar los días de estancia intrahospitalaria no se observó diferencia estadísticamente significativa. Los días promedio de estancia fueron 1.4 ± 0.3 para grupo I, y para grupo II de 1.5 ± 0.5 con valor de $p < 0.17$.

Los ruidos intestinales se presentaron en ambos grupos en las primeras 4 hrs. de puerperio quirúrgico no hubo diferencia significativa. La evacuación intestinal en el grupo I, no se presentó hasta después de las primeras 24 hrs. Y en el grupo II se presentó en 5 pacientes durante las primeras 24 hrs que corresponde el 21 % de los casos. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Fisher $p < 0.04$)

En relación con las variables del recién nacido no se observaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos, El peso promedio del grupo I fue de 3282 ± 397 grs, grupo II es 3135 ± 451 grs con $p < 0.080$; la edad gestacional valorada mediante capurro fue para el grupo I 40.2 ± 2 y para el grupo II fue de 39.6 ± 0.71 . La talla observada en el grupo I fue 49.9 ± 1 cm. y para el grupo II fue de 50.6 ± 1.3 cm.

DISCUSION

No se observaron diferencias estadísticamente significativas en las variables demográficas básicas, lo que asegura la homogeneidad entre ambos grupos de estudio.

Las indicaciones de cesárea en ambos grupos fueron en orden de frecuencia SFA, DCP materna, Macrosomía, presentación pélvica.⁽⁷⁾ Como reporta Anita Shetty y cols.

El sangrado transoperatorio fue significativamente menor con la realización de la técnica de Misgav Ladach, hecho que concuerda con lo descrito en otros estudios.⁽¹⁾ Elizabeth Darj y cols, encontraron datos muy similares el menor sangrado transoperatorio observado con la técnica de Misgav Ladach puede relacionarse con el menor tiempo quirúrgico, y con la disección anatómica por planos y la exteriorización uterina.

La exteriorización uterina durante la histerorrafia contribuye con la menor pérdida sanguínea debido a tracción vascular y facilita la técnica, además se mantiene el masaje al fondo uterino comprobando su tono; en el presente trabajo, en el grupo sometido a la técnica Misgav, no se presentó ningún caso de hipotensión, náuseas o vomito como se ha informado en la literatura con la realización de esta maniobra.⁽⁵⁾

El tiempo quirúrgico total fue significativamente menor con la realización de la técnica de Misgav en comparación con la técnica tradicional al igual que el tiempo requerido para la entrega del recién nacido.

El tiempo promedio con la técnica original cae en un rango de 8 a 15 minutos como lo reporta Michael Stara. Federici y colaboradores en su estudio reportan tiempo medio total de 26.7 minutos y para la entrega del recién nacido es de 2.2 minutos en nuestro trabajo el tiempo promedio fue de 13.2 minutos con rango de 10 a 18 minutos y en la entrega del recién nacido fue de 1.2 minutos, la técnica de Misgav resulta más estética y anatómica en la disección de los tejidos resulta menos cruenta que la cesárea tradicional.

En los grupos de estudio no se observo ningún caso de infección postoperatoria probablemente debido al uso de antibiótico profiláctico el cual fue similar para ambos grupos de acuerdo a los lineamientos de cesárea segura de la SSA del 2003. La exteriorización del útero no contribuyo con morbilidad infecciosa en el grupo que se realizo el abordaje con técnica de Misgav Ladach. Jacobs (10).

Se observo un caso de atonía uterina que se controlo con tratamiento médico que requirió de transfusión sanguínea y correspondió al grupo de Misgav Ladach, el sangrado en este caso no fue atribuido directamente a la técnica quirúrgica, sino a los factores de riesgo propios como trabajo de partoprolongado, uso de oxitocina y analgesia obstétrica.

El tiempo promedio de estancia hospitalaria fue similar, en el grupo que se realizo la técnica de Misgav Ladach, con una media para el grupo I, 1.4 ± 0.3 y para el grupo II una media de 1.5 ± 0.5 día, no se observo diferencia estadísticamente significativa. La paciente que presento atonía uterina permaneció 3 días hospitalizada debido a la dificultad para conseguir la sangre, este hecho pudo contribuir a aumentar el tiempo promedio de estancia en el grupo II. En el estudio no se pudo demostrar menor tiempo de estancia hospitalaria, pero es menor a lo reportado en otros estudios, donde se reporta una media de 2.5 ± 1 días. (10) Ruth Seligman

La recuperación en el postoperatorio en cuanto al dolor, evaluado mediante la escala análoga visual (EVA), fue significativamente menor a partir de la primera evaluación postoperatoria realizada a la 4 hrs. con la técnica Misgav Ladach en comparación con la técnica tradicional.

La evaluación hecha a las cero horas no fue diferente en ambos grupos debido al efecto analgésico inmediato del bloqueo regional. La evaluación del dolor se mantuvo menor en el grupo de pacientes en quien se realizó la cesárea con la técnica de Misgav Ladach durante el tiempo de observación a las 8, 12 y 24 hrs. postoperatorias, estos resultados concuerdan con lo descrito en estudios previos. Elizabeth Darj y cols., encontrando menor sangrado y menor dolor postoperatorio y menor tiempo quirúrgico con el método Misgav. ⁽¹¹⁾

La dosis total de analgésicos empleados como primera y segunda opción (ketorolaco y prodolina) fue significativamente menor en el grupo intervenido con la técnica de Misgav Ladach. El empleo de dosis menores de analgésicos se relaciona directamente con menor daño tisular y el no cierre de peritoneo. Varner y cols.,. Refiere que la necesidades analgesia posquirúrgica y la función intestinal regresa con mayor rapidez cuando se dejaron abiertos los peritoneos. ⁽¹⁶⁾

Las pacientes en quienes se realizó la técnica de Misgav Ladach presentaron menor dolor postoperatorio por lo tanto la dosis total de analgésicos resulto menor.(21)

De las pacientes operadas con la técnica de Misgav el 21 % presentaron evacuación espontánea en las primeras 24 hrs y el grupo I ninguna paciente presento evacuación espontánea en el mismo lapso de tiempo, diferencia que fue estadísticamente significativa; estudios previos han demostrado que el no cierre de peritoneo disminuye el dolor postoperatorio y la probabilidad de íleo posquirúrgico. Irion y Col., observaron en grupo de pacientes con cierre de peritoneo y no cierre, una recuperación más rápida del íleo posquirúrgico en el grupo en el que no se cerró con un tiempo quirúrgico menor. ⁽¹⁷⁾

La edad gestacional mediante la evaluación de capurro al recién nacido, la talla y el peso fueron comparables en ambos grupos de estudio, no habiendo diferencia en estos parámetros.

CONCLUSIONES

En base a resultados obtenidos se puede concluir que la técnica de Misgav Ladach ofrece ventajas sobre la técnica tradicional que se ve reflejada en los siguientes puntos.

Una reducción del tiempo quirúrgico total

Un menor tiempo en la entrega del recién nacido

Una disminución del sangrado y del dolor postoperatorio

Así como una disminución en la utilización de analgésicos y una cantidad menor del material de sutura utilizado

RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta el aumento considerable que en los últimos años ha tenido la operación cesárea en nuestro hospital y a nivel mundial, justifica que se introduzcan nuevas técnicas quirúrgicas más simples sin dejar de ser seguras tomando en cuenta los resultados de nuestro trabajo podemos emitir las siguientes recomendaciones.

1. Capacitar al médico residente para que continúe con la realización de esta técnica en nuestro hospital

- 2.- Dejar abierta la posibilidad para que en un futuro se continúe un trabajo de tesis en busca de complicaciones tardías como adherencias e integridad del segmento uterino, al momento de la realización de segundo procedimiento quirúrgico, complicaciones de acuerdo a la literatura actual no se ven aumentados por esta técnica.

- 3.-Formar o establecer un protocolo de la operación cesárea de los cuidados pre quirúrgicos, transoperatorios y postoperatorios en nuestro hospital

APENDICE

HOSPITAL GENERAL “DR. MIGUEL SILVA”

ASUNTO: CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL ESTUDIO:

“Beneficios de la operación cesárea Misgav vs. Media” en el Hospital General “Dr. Miguel Silva”. Estudio de casos y controles.

INVESTIGADORES DEL ESTUDIO:

Dr. José Gabriel Tamayo Gutiérrez

Dr. José Antonio Sereno Coló

Dr. José González Macedo

DIRECCION DEL(OS) CENTRO(S) DE ESTUDIO:

Isidro Huarte y Samuel Ramos S/N. CP 58000.

Morelia, Mich., México.

NÚMERO(S) DE TELEFONO EN HORAS DE OFICINA Y DESPUES DE HORAS HABILES:

Horas hábiles: 44 31 67 87 22

Horas de oficina: (01 443) 3 12 01 02

1.- Invitación a participar. Se le invita a participar en un estudio de investigación. Lea detenidamente esta información y pregunte si tiene cualquier duda.

2.- Propósitos del estudio. El propósito del presente estudio es valorar dos técnicas quirúrgicas con diferente abordaje en pacientes con embarazo de término o posttérmino que requieren de la extracción del producto de la concepción mediante operación cesárea.

3.- Número aproximado de pacientes y duración esperada de su participación en el estudio. Participaran aproximadamente 50 pacientes que den a luz en este hospital durante los meses de julio, agosto del año en curso. Su participación inicia en el momento de su ingreso y terminará 6 a 8 días después de su egreso, durante su cita de revisión de control y retiro de puntos. El recién nacido recibirá la misma atención que cualquiera nacido en el Hospital, solo se recabará información de su expediente.

4.- Procedimiento del estudio. La selección y estudio se realizara en embarazo de término o posttérmino que requieran de primera operación cesárea y que se encuentren en la unidad de toco cirugía. Este consentimiento deberá ser firmado por la participante antes de efectuarse cualquier procedimiento relacionado con el estudio. Si es elegida para participar, se realizará una entrevista que considerará los siguientes aspectos; edad, peso talla, tabaquismo, alcoholismo, antecedentes gineco-obstétricos enfermedades intercurrentes o propias del embarazo, datos clínicos del embarazo y como se encuentra al momento de la entrevista. Dicha información será nuevamente valorada al revisar el expediente clínico, del cual además se extraerán datos de estudios de laboratorio y gabinete realizados al momento de su ingreso.

5.- Sus obligaciones. En el momento de la visita se le harán una serie de preguntas las cuales deberá contestar con la verdad y de forma clara y concisa. Deberá acudir a su segunda cita de revisión de control y de retiro de puntos, entre 6 y 8 días después de su egreso, en el consultorio de urgencias obstétricas.

6.- Posibles riesgos. Los inherentes a cualquier procedimiento quirúrgico entre ellos, está los relacionados con la anestesia, hemorragia, infección alergias y/o cualquier otro que se derive del acto quirúrgico. Ninguno de las dos técnicas de cesárea que se investigan supone riesgos distintos y/o adicionales a la cesárea.

7.- Beneficios. Los beneficios de su participación en el estudio incluyen disminuir la morbilidad postoperatoria tratando de encontrar una técnica que disminuya tiempo quirúrgico, sangrado transoperatorio, dolor postoperatorio y estancia intrahospitalaria.

8.- Pagos esperados. No recibirá ninguna compensación económica.

9.- Gastos esperados. Su participación en el estudio no generará gastos adicionales a las cuotas establecidas por su atención médica.

10.- Participación voluntaria. Su participación en el presente estudio es libre y voluntaria. Si decide no participar, la calidad de su atención no se modificará.

11.- Permiso para revisar expedientes, confidencialidad y acceso a expedientes. La información recabada será estrictamente confidencial y solo el personal médico que participa en el estudio tendrá acceso a esta información. Al firmar este documento usted acepta que la información clínica de su expediente sea utilizada para la realización del estudio. Usted tiene derechos de acceso a sus datos y la posibilidad de rectificarlos según las disposiciones y procedimientos legales locales. Puede solicitar más información al respecto con el médico responsable del estudio: Dr. José Gabriel Tamayo Gutiérrez.

12.- Preguntas e información. Si usted o sus familiares tienen alguna duda acerca del estudio póngase en contacto con el médico responsable. Si durante el curso del estudio, surge información nueva que podría afectar la disposición de usted a participar, se le enterará de dicha información.

13.- Firmas del consentimiento. Estimada señora, sírvase leer detenidamente esta sección y, si está de acuerdo con su contenido, estampe su firma y la fecha al final de la página.

Me han enterado con detalle de los procedimientos del estudio en que yo podría participar, entiendo que estoy en libertad de aceptar o negarme, y que puedo discontinuar mi participación en cualquier momento sin dar explicaciones y sin que ello afecte mi atención futura, convengo en que los datos recabados para el estudio se usen para los fines arriba descritos de manera anónima en lo tocante a la confidencialidad de mis datos, al firmar este formato, no estoy renunciando a ningún derecho que me otorgan las leyes locales.

He leído y entendido la información presentada en este formato de consentimiento informado. He tenido la oportunidad de hacer preguntas, y todas me han sido contestadas. Recibiré una copia firmada y fechada de este Formato de Consentimiento Informado.

ACEPTO LIBREMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

NOMBRE DE LA MADRE _____

FIRMA DE LA MADRE _____ *FECHA* _____

NOMBRE DEL TESTIGO _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ *PARENTESCO* _____

DIRRECCION _____

PARENTESCO _____

NOMBRE DEL TESTIGO (2) _____

FIRMA DEL TESTIGO _____ *PARENTESCO* _____

FECHA _____

GLOSARIO

ABORTO: Expulsión del producto de la gestación durante las primeras 20 semanas de embarazo. El feto pesa 499 gramos o menos no tiene ninguna denominación después de la expulsión, se le denomina producto de aborto.

Nacimiento.- Se considera como la expulsión completa ó la extracción del organismo materno del producto de la concepción, independientemente de que se haya cortado o no el cordón umbilical o esté unido a la placenta y que sea de 20 ó más semanas de gestación. El término se emplea tanto para los que nacen vivos como para los mortinatos.

CESÁREA: Se define como la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer el producto de la concepción (vivo o muerto) a través de una laparotomía e incisión en la pared uterina después de que el embarazo ha llegado a las 27 semanas.

PRESENTACIÓN: Parte del producto que se aboca al estrecho superior de la pelvis, que es capaz de llenarla y seguir un mecanismo de parto.

ANHIDRAMNIOS: Alteración fisiopatologica caracterizada por la ausencia del liquido amniótico.

OLIGOHIDRAMNIOS: Disminución en la cantidad de liquido amniótico. Menor 800 mililitros.

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS OVULARES: La salida de líquido amniótico a través de una solución de continuidad de las membranas ovulares en embarazos mayores de 20 semanas y/o por lo menos 2 hrs. antes de la iniciación del trabajo de parto.

Recién nacido: Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida.

Recién nacido vivo.- Se trata de todo producto de la concepción proveniente de un embarazo de 20 semanas o más de gestación que después de concluir su separación del organismo materno manifiesta algún tipo de vida, tales como movimientos respiratorios latidos cardiacos o movimientos definidos de músculos voluntarios.

RECIÉN NACIDO INMADURO: Se aplica al neonato cuyo peso al nacer se encuentra entre los 501 y 1000 gramos. Habitualmente su edad gestacional es de 21 a 27 semanas.

RECIÉN NACIDO PREMATURO: Neonato que tiene un peso de 1,001 a 2,500 gramos. Generalmente su edad gestacional es de 28 a 36 semanas.

FETO: Nombre que recibe el producto de la concepción partir de las 12 semanas de gestación y durante el tiempo que permanece intrauterino.

FECHA PROBABLE DE PARTO: Se aplica la regla que consiste en sumar 7 días al primer día de la última menstruación y restar 3 meses de calendario, o bien agregar 40 semanas.

Edad gestacional. Se determinara en base a la fecha de última menstruación contando a partir del primer día. Este se valorará además con un ultrasonido.

EDAD GESTACIONAL INCIERTA: Se refiere al embarazo en el cual no se conoce la fecha de la última menstruación.

EMBARAZO PRETERMINO: Edad de la gestación entre las 20 y 36 semanas.

DISTOCIA: Anormalidad en el mecanismo de parto que interfiere con la evolución fisiológica del mismo.

EUTOCIA: Parto normal con feto en presentación cefálica variedad de vértice que culmina sin la necesidad de maniobras especiales.

Parto con producto a término. Expulsión del producto del organismo materno de 37 semanas a 41 semanas de gestación.

Parto con producto posttermino. Expulsión del producto del organismo materno de 42 o más semanas de gestación.

Único. Cuando sólo se tenga el nacimiento de un recién nacido.

Múltiple. Cuando se tenga el nacimiento de dos ó más productos de la concepción.

GESTAS: Numero de embarazos que una mujer ha tenido.

GRAN MULTIPARA: Mujer que ha tenido mas de 5 hijos.

PRIMIGESTA O PRIMIGRAVIDA: Mujer que cursa con su primer embarazo.

PRIMIPARA: Mujer que ha tenido un parto.

METODO DE APGAR: Método que valora el estado de salud del recién nacido.

METODO DE CAPURRO: Método para evaluar la edad del recién nacido.

Puerperio fisiológico: Se denomina puerperio a la etapa de ajuste del estado grávido puerperal que se inicia al terminar la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos a su estado previo al embarazo. Su duración se considera de 6 semanas.

Puerperio inmediato: primeras 24 horas de concluir el parto.

Puerperio mediato: desde el período anterior hasta los 7 días posteriores.

Puerperio tardía: desde el octavo día hasta los 40 días posparto

Puerperio normal: Periodo que sigue al alumbramiento y en el cual los órganos genitales maternos y el estado general vuelven a adquirir las características anteriores a la gestación tiene una duración de 6 semanas ó 42 días.

Puerperio patológico. Se denominara de esta forma si se presenta alguna complicación desde el momento que se inicia hasta que finaliza. Entre las complicaciones que se pueden presentar tenemos.

ANEMIA: En el embarazo se considera cuando existe una hemoglobina menor de 10.5 gr./dl, durante cualquier trimestre sea único o gemelar.

ANOMALIAS CONGENITAS: Se define como toda anomalía somática o bioquímica presente en el feto o el recién nacido.

INFECCIONES DE VIAS URINARIAS: Su diagnostico se realiza cuando además de los síntomas y el EGO sugestivo de proceso infeccioso, se tiene el hallazgo en el urocultivo de mas de 100,000 UFC de un microorganismo bacteriano por mililitro de orina obtenida igualmente del chorro medio previa asepsia vulvovaginal.

Hemorragia posparto: es la pérdida sanguínea mayor de 1000 ml. después del nacimiento sea por parto o cesárea. Puede ser secundaria a atonía uterina, inversión uterina, retención de restos placentarios, acretismo placentario, desgarros o laceraciones del tracto genital, etc.

Infección puerperal: En base a su localización se pueden dividir en infecciones de las vías genitales altas y bajas, confinadas al útero y fuera de él. El comité Norteamericano de Salud Materna la definió como la situación de toda puerpera que presenta temperatura igual o superior a 38 grados centígrados durante dos días, del segundo al décimo día del puerperio.

Muerte materna: Es la que ocurre en una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días de la terminación del mismo independientemente de la duración y lugar del embarazo producido por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su manejo, pero no por causas accidentales o incidentales. Se clasifican en:

Muerte obstétrica directa: Es la que es ocasionada por las complicaciones del embarazo, trabajo de parto y puerperio intervenciones omisiones, tratamiento incorrecto, o una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte obstétrica indirecta: Son las producidas por una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Muertes no obstétricas: Son las que se producen por causas accidentales o incidentales no relacionadas con el embarazo ó su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. - Gunnar Holmgren, Lennart Sjöholm and Michael Stark, The Misgav Ladach method for cesarean section : method description. *Obstet Gynecol Scan* 1999; 78:615-621.

2.-Víctor Ruiz Velásquez, la operación cesarea primera edición, editorial la prensa médica mexicana, 1971.pp.:57-92.

3.-Larry C. Giltrap III, F. Gary. Cunningham, J. Meter VanDosten. Urgencia en la sala de partos y obstetricia quirúrgica segunda edición, editorial panamericana 2004.pp.:257-274.

4. - Guanipa M. Elizabeth, Sanchez Alejandro, the caesarean modified method of Misgav Ladach. University general hospital Dr. Adolfo De Empaire. Cabimas, Venezuela 2004.

5.- D. Federici, B. Lacelli, L. Muggiasca, A. Agarossi, L. Cipolla, M. Conti, Cesarean Section using the Misgav Ladach method. *Internacional Journal of Gynecology y Obstetrics* 1997; 57:273-279.

6.- Julio Frenk Mora, Enrique Ruelas Barajas, Roberto Tapia Conyer, M^a. De los Ángeles Quintanilla Rodríguez. Lineamiento Técnico de Cesárea Segura, SSA, 2002. pp.: 0-48.

7.-Víctor Jaime Calleja Calderón, Jesús Rodríguez Cardoso, Juan Manuel San Martín Herrasti, Ángela Sanz Carreño, cesárea. Histerorrafia en solo plano. *Ginecología y obstetricia de México* 1994; 62:304.

8.- Juan José Escribano Tortola, Elena Álvarez Castaño, A. Salcedo, Javier Martínez Salmean, evaluación de costos de la cesárea mediante técnica de Misgav Ladach y la convención al tipo Pfannenstiel. *Progresos de obstetricia y ginecología de la SEGO* 2004; 47:323=329.

9.- M. Stark, Y. Chavkin, C. Kupfersztain, P. Guedj, A.R. Finkel, evaluation of combination of procedures in cesarean section. *Internacional Journal of Gynecology y Obstetrics* 1995; 48: 273-276.

10.- Ruth Seligman, el método Misgav ladach: efecto máximo daño mínimo. *Revista Shalom* 1999; 2: 142-146.

11.-Elisabeth Darj, and Marie-Louise Nordstrom, the Misgav Ladach method for cesarean section compared to the Pfannesntiell method *Obstet Gynecology Scan* 1999;78:37-41.

12.-Atkinson MW, Owen J, Wren A, Hauth JC. The efecto of. Manual removal of placenta on post cesarean endometritis.*Obstect Gynecol* 1994; 83:538.

13.-Tucker JM, Hauth JC, Hodgkins P, Owen J, DuBard M, Winkler CL. Trial of labor after a one-or two-layer closure of a low transverse uterine incision. *Is J Obstet Gynecol* 1992; 166:408.

14.-Tucker JM, Hauth JC, Hodgkins P, Owen J, Winkler CL. Trial of labor after a one-or two-layer closure of a low transverse uterine incision. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168:545.

15.-Hershey DW, Quilligan EJ.Extra-abdominal uterine exteriorization at cesarean section. *Obstetec Gynecol* 1978;52:189.

16.-Hull DB, Varner MW. A randomized study of closure of the peritoneum at cesaream delivery. *Obstet Gynecol* 1991; 77:818.

17.- Olivier Irion, Frank Luzuy, Francois Beguin, Nonclosure of the visceral and peritoneum at caesarean section: a randomized controlled trial. *British Journal of obstetrics and Gynaecology* 1996;103:690-694.

18.- John C, Hauth, MD, John Owen, MD, and Richard O. Davis, MD, transverse uterine incision closure: One versus two layers. Am J Obstetric and Gynecology 1992; 167:1108-1111.

19.-Pietrantonio M, Parson MT, O'Brien WF, Collins E, Knuppel RA Spellacy WN. Peritoneal closure or non-closure at cesarean. Obstet Gynecol 1991; 77:293-296.

20.-AA Bamigboye and GJ Hofmeyr, closure versus non-closure of the peritoneum at caesarean section. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007.

21.- M. Stark, Y. Chavkin, C. Kupfersztain, P. Guedj, A.R. Finkel, evaluation of combination of procedures in cesarean section. International Journal of Gynecology and Obstetrics 1995; 48: 273-276.

22.-Terán Dávila J y Turmero JA, Cesárea Segmentaria sin cierre de ambos peritoneos Rev. Obstet Ginecol Venezuela marzo 1998; 58(1):13-15.

23.-F. Gary Cunningham, Paul C. MacDonald, Norman F. Gant, Kenneth J. Leveno, Larry C. Gilstrap Williams Obstetricia cuarta edición, editorial Masson, 1996.pp.:579-597.

24.- Habek D, Klinika Za, the Misgav Ladach method for cesárea section Am Journal 2007; 61 : 153-60.

25.- Sholz Hs, Gynacol Geburtshilfliche Rundsch Wound rupture after Misgav Ladach cesarea section Am Journal 2004; 44: 238-39.