

## Complicaciones quirúrgicas en el embarazo, 2a. parte

### Participantes:

**Coordinador: Dr. Fernando Herrera y Lasso**, Director de la ENEP Zaragoza, UNAM. Secretario de la Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia.

**Dr. Tito Amador Durán**, Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital General Ignacio Zaragoza, ISSSTE. Profesor Titular de Ginecoobstetricia, Sistema Modular, ENEP Zaragoza, UNAM.

**Dr. José Díaz y Díaz**, Jefe de la División de Ciencias de la Salud, ENEP Zaragoza, UNAM. Médico Ginecoobstetra, Hospital de Ginecoobstetricia No. 4, IMSS.

**Dr. Guillermo Martínez Zalce y P.**, Jefe del Departamento Clínico, Hospital de Ginecoobstetricia 2-A, IMSS. Profesor Titular Sistema Modular de Medicina, ENEP Zaragoza, UNAM.

**Dr. Jorge Rafael Montalvo Sánchez Mejorada**, Médico Adscrito, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital 1º de Octubre, ISSSTE, y asistente de la Dirección del mismo hospital.

**Dr. José Alberto Sahagún Quevedo**, Profesor Titular Clínica 7-A, ENEP Zaragoza. Jefe del Servicio de Ginecoobstetricia, Hospital Tecamachalco, IMSS.

### Dr. Herrera y Lasso

Como principal complicación de la segunda mitad del embarazo y diríamos que con más frecuencia del tercer trimestre del embarazo, la placenta previa constituye, con mucho, el fenómeno hemorrágico más importante. Doctor Amador, una vez diagnosticada la placenta previa, ¿debe ser sujeta a tratamiento quirúrgico?

### Dr. Amador

No necesariamente, la conducta quirúrgica debe estar sujeta a una serie de factores entre los cuales destaca el sitio de implantación de la placenta, la magnitud del volumen de la hemorragia, las condiciones del cuello uterino, que puede estar totalmente dilatado y borrado y la conducta sería diferente, y finalmente la viabilidad y edad del feto. En general, serían los principales indicadores para tomar o no una actitud quirúrgica en ese momento.

**Dr. Herrera y Lasso** Con estos factores, ¿en qué casos, a su juicio, estaría indicado el tratamiento quirúrgico?

**Dr. Amador** Bueno, todos sabemos que en el caso de placenta previa central, no queda más recurso que la operación cesárea para extraer el producto. Cualquier otro tipo de implantación que coexista con hemorragia profusa, también es tributaria de cirugía y naturalmente el sufrimiento fetal sería otra

La placenta previa es la complicación hemorrágica más importante de la segunda mitad del embarazo. La conducta quirúrgica depende del sitio de implantación de la placenta, de la hemorragia y de las condiciones del cérvix. La cesárea es el recurso después del primer sangrado, por incisión media infraumbilical. La de Fan Steel, aunque más cosmética, no da suficiente visualización. Unos autores prefieren la cesárea corporal, otros la segmentaria. La anestesia preferida es la general con propanilida o eponol. En casos de hemorragia incoercible o penetración de la placenta, hay que hacer histerectomía.

**Cuadro 5. Placenta previa.**

## Factores que intervienen en la decisión quirúrgica

- »Sitio de implantación. (Sobre una cicatriz anterior).
- »Placenta central.
- »Placenta marginal posterior.
- »Magnitud de la hemorragia.
- »Sufrimiento fetal.
- »Condiciones del cervix uterino.
- »Viabilidad del feto.
- »Edad del feto.
- »Acretismo placentario.

de las condiciones para que la cesárea sea ineludible.

**Dr. Díaz y Díaz** Existe una variedad de implantación anormal de placenta que es la placenta marginal posterior, en la que la placenta actúa como tumor previo y que impide la evolución del trabajo de parto. En esta condición, aún cuando no exista la situación clínica de placenta previa sangrante, cuando se hace el diagnóstico de implantación marginal posterior, es indicación precisa de interrumpir el embarazo por la vía abdominal.

**Dr. Martínez Salce** Nosotros tenemos la idea de que de acuerdo con la edad de la gestación, a veces un primer sangrado puede no ser muy profuso, entonces hay que hacer todo para llegar al diagnóstico de que la paciente es portadora de una placenta previa. La experiencia nos ha dicho que un segundo sangrado puede poner en peligro la vida de la paciente y agravar el estado de sufrimiento fetal que tuviera el producto en esas condiciones; después de un primer sangrado, cuando se hace el diagnóstico de placenta previa central, la mayoría de las veces no debe esperarse a un nuevo sangrado que podrá poner en peligro la vida de la madre y a pesar de la edad de la gestación está indicado intervenir e interrumpir el embarazo. Siempre el pediatra puede hacer más por un producto aunque sea de bajo peso, si se lo entrega en buenas condiciones que si se espera a un nuevo sangrado que puede poner en peligro la vida de la madre y del niño; en esa con-

dición creo que es mejor interrumpir el embarazo por cesárea.

**Dr. Herrera y Lasso** Se refiere usted doctor Martínez Salce, por supuesto, a los casos de placenta previa oclusiva o central total y se recomienda en general hasta donde es posible, si no ha habido un nuevo evento de sangrado, mantener el embarazo hasta la semana 36 aproximadamente, porque las estadísticas demuestran que el mayor índice de sangrados, dado el crecimiento súbito del útero, ocurre de la semana 36 en adelante. La disparidad de crecimiento entre la placenta y el útero condiciona el que se presente el sangrado; por lo tanto, yo estaría de acuerdo con usted en que ningún caso de placenta previa oclusiva o central total, debe ser mantenido más allá de la semana 36, máximo 37, del embarazo. Doctor Amador, una vez decidida la intervención quirúrgica, ¿qué tipo de laparotomía prefiere?

**Dr. Amador** Deberé entender con esta pregunta que se está refiriendo a las incisiones que habitualmente llevamos a cabo para extraer por la vía suprapúbica un producto a término o no a término, dependiendo de las circunstancias. Categóricamente, por las circunstancias en que se diagnostica la situación crítica de la paciente, deberemos inclinarnos inexorablemente por la incisión media infraumbilical, dado que la incisión de Fan Steel, aunque es cirugía de tipo cosmético, muy agradable para las pacientes jóvenes sobre todo, dificulta un poco más la visualización del campo quirúrgico y la extracción en fin, que por las circunstancias

particulares de la entidad a que nos enfrentamos deberemos preferir siempre la medida infraumbilical

**Dr. Herrera y Lasso** Y en relación a la histerotomía, a la sección del útero, ¿cuál tipo de incisión prefiere usted o en qué casos usa una y en cuales otra, doctor Amador?

**Dr. Amador** Esta es una pregunta muy interesante dado que la respuesta puede estar sujeta a controversia y de hecho, actualmente todavía no nos hemos puesto de acuerdo en cual es el tipo de histerotomía más idóneo para la extracción del producto. Muchos prefieren, independientemente del tipo de implantación, la incisión clásica, es decir la corporal, y otros optan por la cesárea de tipo segmentaria, transversal. Es válido llevar a cabo una cesárea corporal para evitar el paso del producto por la placenta, es decir, que la incisión baja estaría sujeta a una mayor hemorragia con el riesgo consecuente para el producto; de este modo, si nosotros optamos por la vía corporal, estaríamos soslayando la placenta y consecuentemente estaríamos en esta forma evitando mayores daños de los que ya por la misma hemorragia está sufriendo el producto.

**Dr. Herrera y Lasso** En una paciente con placenta previa, ¿cuál es el tipo de anestesia más adecuado para la extracción abdominal del producto?

**Dr. Amador** Dada la prisa con la que nosotros debemos actuar, las condiciones críticas de la paciente y a sabiendas de que cualquier tipo de bloqueo peridural o subaracnoideo, aumenta el riesgo de hipotensión, hay que inclinarse por la anestesia general y de preferencia por la propanilida o eponol. El cirujano que se enfrenta a esta situación, deberá ser un cirujano suficientemente avezado en estas lides para llevar a cabo una intervención lo más rápidamente posible a favor de los intereses del feto.

**Dr. Herrera y Lasso** Doctor Amador, nos ha hablado usted de la cesárea y yo le preguntaría si existen candidatas a una cesárea histerectomía por placenta previa.

**Dr. Amador** No exactamente candidatas,

yo creo que esto está regulado por las circunstancias de cada caso y podríamos ejemplificar algunos. En el caso de existencia de placenta previa con acretismo placentario, puede en un momento dado ser indicación de histerectomía; otro caso es la hemorragia secundaria incoercible a los métodos médicos habituales.

**Dr. Martínez Salce** La ruptura uterina en paciente con cesárea previa, es tributaria de posibilidad de histerectomía. Nosotros recomendamos en el caso de acretismo placentario, sobre todo en hospitales de enseñanza, que el residente, cuando ve dificultad para tratar de despegar la placenta, no trate de despegarla porque podemos tener sangrados y riesgo muy importante; en ese caso, es preferible que no se intente despegar la placenta sino que directamente se haga una histerectomía. También en el caso de placenta central oclusiva baja, después del nacimiento del niño no hay una buena contracción, no se forman las ligaduras vivas de Pinard y entonces también nos obliga a hacer histerectomía postcesárea.

**Dr. Herrera y Lasso** Podríamos por lo tanto resumir que es especialmente el sangrado o la penetración de la placenta lo que nos obliga a hacer una histerectomía postcesárea en casos de placenta previa y en estos casos, doctor Amador, ¿qué tipo de técnica debe realizarse?

**Dr. Amador** Hay que recordar que habitualmente cuando se lleva a cabo la decisión quirúrgica, el estado de la paciente generalmente es malo, en la misma medida que también es malo el pronóstico para el feto. Creo que vale la pena inclinarse por la histerectomía subtotal, conservando anexos en términos generales, ya que esta técnica nos ahorra bastante tiempo, un factor muy importante para el pronóstico; hay cirujanos extraordinariamente hábiles que se inclinan por la histerectomía total pero habitualmente conservando siempre los anexos; es lógico, si está embarazada quiere decir que esta mujer todavía está en edad reproductiva y le queda un largo camino que recorrer para su actividad hormonal y deberemos conser-

var el ovario porqué de otra manera estaríamos obligados a llevar por un tiempo indeterminado el tratamiento con terapia hormonal sustitutiva.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Alguien quisiera comentar en relación a las técnicas?

**Dr. Díaz y Díaz** Desde luego que estamos abordando en general un tema, en el que debe mencionarse continuamente que la habilidad del cirujano es muy importante; en ese sentido deberíamos decir que un cirujano que no se sienta entrenado, mejor que no se meta a hacer estas intervenciones; pero hay otros aspectos en relación a la histerectomía, concretamente en relación a las técnicas, en las que sí valdría la pena aclarar algunas cosas. Desde luego que si la situación de la paciente es crítica por hemorragia, por mal estado, es preferible tener una mujer viva con un cérvix, que tener una mujer muerta con una histerectomía total muy bonita. Creo que además de la situación hemorrágica transoperatoria, si nosotros optamos por hacer las técnicas subfaciales, vamos a aumentar todavía en forma muy considerable la hemorragia transoperatoria; creo que para la cesárea histerectomía debe de elegirse definitivamente la histerectomía clásica con la extirpación total del útero.

**Dr. Sahagún** Yo quisiera agregar que hablando de habilidad quirúrgica, para realizar una cesárea histerectomía, parece ser que el problema es precisamente el dejar o no dejar cuello y esto va a depender del estado crítico que observemos en la paciente. De cualquier forma, un recurso quirúrgico para extirpar totalmente el útero es el dejar un hueco de la histerotomía y a través de él, como vía de entrada o vía de referencia, localizar el cuello que normalmente está dilatado y en esa forma tomar los ligamentos ya inferiores, ligamentos cardinales, y posteriormente hacer una extracción total. Yo pienso que esta maniobra, se lleva 15 ó 20 minutos más tal vez, pero permite realizar una histerectomía total perfectamente bien elaborada.

**Dr. Martínez Salce** Nosotros también tenemos por costumbre lo que decía el doctor Díaz y Díaz, no empecinarnos en querer ha-

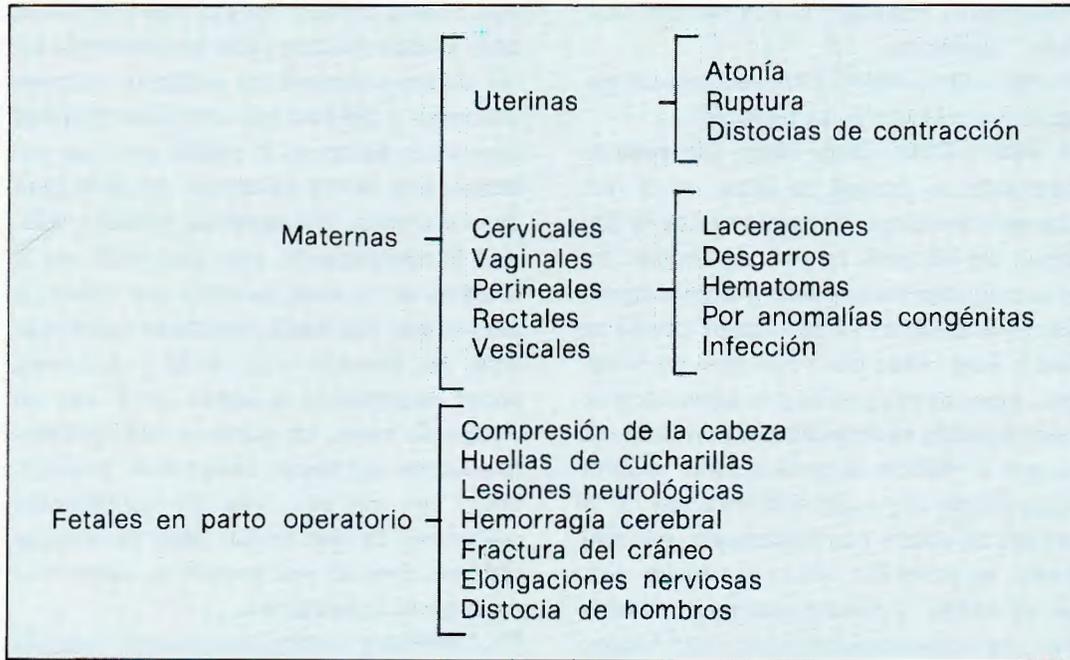
cer histerectomía total en todos los casos, más vale dejar un cuello cuando las condiciones de la paciente no son muy adecuadas, pero cuando hacemos una histerectomía total, dejamos siempre los pedículos extraperitoneales y además una cosa que hacemos siempre es no cerrar la cúpula sino que ponemos una jareta alrededor de ésta para dejarla abierta. Ultimamente, también tenemos la tendencia de usar una sonda en T a través de la cual sacamos dos tubos de penros que van hacia correderas parietocólicas, las dejamos a ese nivel y posteriormente conectamos la sonda en T con un equipo de vacío, un portovac por ejemplo, que extrae una buena cantidad de secreciones y con eso nos evita las posibilidades posteriores de que se nos haga un absceso residual. Esta es una manera de cómo manejamos la histerectomía.

**Dr. Herrera y Lasso** Diríamos que también existe un caso en el cual es indispensable quitar el cuello, es el caso de la placenta oclusiva central ya que ese sitio seguirá sangrando a pesar de que se quite el útero, y por ello es indispensable quitar el cuello. Podríamos resumir lo dicho hasta aquí de esta técnica quirúrgica, diciendo que siempre que el estado de la paciente no sea gravísimo o grave y que permita el extirpar el útero completo y la habilidad del cirujano así también lo permita, se debe realizar una histerectomía total sin anexos y que existen ocasiones en las cuales es indispensable de todo modos retirar el cérvix.

Pasemos ahora a algunos de los problemas que pueden suceder durante la extracción del producto; iniciaremos por el parto vía vaginal y para ello le preguntaríamos al doctor Sahagún cuales son las complicaciones más frecuentes del par-

**Las complicaciones del parto eutócico que requieren tratamiento quirúrgico pueden ser uterinas: ruptura, que es la más grave del parto, atonía, conglutinación del cérvix o desgarros del mismo. En la vagina, desgarros altos que pueden incluir el cérvix. En el periné: tumores, estrechez y malformaciones congénitas. En una multipara nos inclinamos a una histerectomía total abdominal; cuando la pa-**

**Cuadro 6. Complicaciones quirúrgicas del parto vaginal.**



**ciente tiene pocos hijos y desea la procreación debemos intentar la histerorrafia. El suturar las laceraciones cervicales con puntos separados o continuos depende de la extensión y trayecto de las lesiones.**

to normal en relación a problemas quirúrgicos, o sea especialmente, cuales son las complicaciones de la atención del parto normal desde el punto

de desgarros altos que incluyen el cérvix que también pueden requerir de una reparación quirúrgica. En el periné podemos tener tumores, estrechez de la vagina, malformaciones congénitas que puedan requerir de la resección de tabiques reales para poder ampliar estas vías y resolver el parto.

de vista quirúrgico.

**Dr. Herrera y Lasso** En torno a cada una de ellas y sin tratar de ser exhaustivo, diríamos que la ruptura uterina es la complicación más grave del parto y que requiere tratamiento quirúrgico. ¿Podría usted decirnos qué tipo de tratamiento quirúrgico prefiere, histerectomía o histerorrafia?

**Dr. Sahagún** Desde el punto de vista del parto normal se pueden presentar complicaciones maternas.

**Dr. Sahagún** Va a depender en primer lugar de las condiciones feto-maternas, desde luego que una ruptura uterina requiere de una intervención quirúrgica que dependerá del grado, del sitio de ruptura y de la extensión de ésta. Es necesario tomar en cuenta también los antecedentes obstétricos de la paciente, si se trata por ejemplo, de una paciente múltipara, podemos inclinarnos hacia una histerectomía total abdominal, o bien si se trata de una paciente que ha tenido pocos hijos y que hay deseo de procrea-

Hay complicaciones uterinas, (por atonía, por ruptura), etc., cervicales, vaginales y perineales.

**Dr. Herrera y Lasso** En esas condiciones, ¿cuáles serían, en un parto eutócico, las complicaciones posibles que ameritaran algún tratamiento quirúrgico?

**Dr. Sahagún** Complicaciones en el canal del parto que tiene que recorrer el producto. Complicaciones uterinas del tipo de la ruptura uterina. O bien la atonía uterina por problemas de contractilidad. En el cérvix podemos tener conglutinación o bien desgarro del mismo. En la vagina vemos

ción, debemos intentar la histerorrafia. También dependiendo del sitio y de la extensión de la ruptura, podemos hacer una reparación lo más bien hecha posible. En el caso de atonía uterina, el tratamiento de elección es el uso de ocitócicos y en caso de que no haya una respuesta adecuada, también tendrá que intervenir mediante una histerectomía.

**Dr. Herrera y Lasso** En el caso de las laceraciones cervicales, doctor Sahagún, ¿usted piensa que se deben suturar con puntos separados o ser suturadas con surjetes o continuos o qué tipo de sutura se debe realizar en estos casos y con qué material?

**Dr. Sahagún** Esto también va a depender de la extensión y el trayecto de estas lesiones; cuando hay un desgarro pequeño podemos utilizar puntos separados o puntos en equis para cohibir la hemorragia y tratar de reparar anatómicamente los bordes de la herida. En casos en que los desgarros son longitudinales y no muy irregulares ni muy profundos, podemos utilizar un surgete anclado con fines hemostáticos. El material que utilizamos generalmente es catgut del cero.

**Dr. Herrera y Lasso** Doctor Sahagún, los desgarros vaginales, ¿cómo los sutura usted?

**Dr. Sahagún** Lo que se necesita en estos casos es visualizar perfectamente bien el área mediante valvas, para lo cual se necesita un ayudante, y así localizar perfectamente el sitio y la profundidad de estas lesiones. Se sutura en un solo plano, generalmente desde el profundo con puntos separados o puntos en equis para hacer una hemostasia correcta.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Todo tabique vaginal es tributario de su extirpación durante el parto?

**Dr. Sahagún** Depende si el tabique es completo o incompleto; con esto me refiero a que si obstruye en un momento dado totalmente la vagina. Si es un tabique completo, desde luego que sí, la extirpación debe ser total a través de puntos de referencia de un lado hacia el otro haciendo una resección total del tabique. Si el tabique se encuentra en partes muy altas vecinas al cérvix, posi-

blemente se decida una cesárea, o sea la interrupción por vía abdominal. Si el tabique se encuentra en las partes bajas, generalmente son de fácil resolución haciendo una resección completa en forma circular y posteriormente al nacimiento se hará una reparación, dependiendo de cada caso.

**Dr. Herrera y Lasso** En ocasiones podría dejarse el tabique siempre que no obstruya el tránsito de la cabeza, se rechaza hacia un lado y puede perfectamente evolucionar el parto. Finalmente, en relación a estas complicaciones del parto diríamos: ¿qué características deben tener las suturas de los desgarros perineales?

**Dr. Sahagún** En estos planos los desgarros pueden ser de primero, segundo o tercer grado dependiendo de su extensión. Las reparaciones deben ser anatómicas, tratando de visualizar perfectamente los planos ofendidos y tratando de hacer una hemostasia cuidadosa que es un punto importante para una evolución correcta. Cuando los desgarros lesionan planos profundos, se hace una reparación anatómica que reconstruya los planos quirúrgicos y anatómicos de acuerdo a sus funciones; es el caso, por ejemplo, de los desgarros que lesionan el esfínter externo del ano, que son frecuentes; se trata de buscar los dos cabos que se repliegan hacia los lados del ano y se unen en la parte media, generalmente con puntos separados. Posteriormente se va haciendo la reparación igualmente por puntos separados con catgut atraumático, hasta llegar a los planos superficiales.

**Dr. Herrera y Lasso** Atención especial merecería en estos casos el desgarro del recto. ¿Es una condición frecuente? y ¿cómo la resuelven?

**Dr. Sahagún** Ocurre con más frecuencia en las primigestas, cuando la atención obstétrica no es la adecuada en sitios donde no se cuenta con lo necesario o el personal o el médico no está calificado para evitar este tipo de desgarros. Para evitar el desgarro del recto, se recomienda hacer una episiotomía medio lateral amplia.

**Dr. Díaz y Díaz** Solamente cabría añadir,

que se considera que la episiotomía forma parte de la atención del parto normal y que cuando hay necesidad de un parto operatorio por aplicación de fórceps, debe preferirse la episiotomía medio lateral para evitar el desgarro del recto como se ha mencionado, y en todo caso cuando se ha hecho una episiotomía media en la que hay necesidad de ampliarla o de aplicar un fórceps, es preferible la sección quirúrgica del esfínter del recto que puede suturarse más fácilmente, a dejar que se produzca la laceración del esfínter que queda más anfractuoso o sangra más y es de evolución un poco más tórpida.

**Dr. Martínez Salce** Una vez que se presenta la lesión de recto, hay que reconocerla y proceder a su reparación de inmediato. Lo que se debe hacer primero, es la sutura del recto sin perforar la luz intestinal, hacer nada más una sutura muscular sin serosa. Posteriormente se debe reparar siempre el esfínter y después del periné.

**Dr. Sahagún** Las complicaciones van a depender del tipo de técnica que se aplique. La episiotomía media, si no se realiza con la técnica adecuada, protegiendo el recto y suturando el esfínter externo del ano, trae como consecuencia la falta de retención de las heces o de gases. También pueden lesionarse directamente las paredes rectales ocasionando fistulas recto-vaginales. Otra complicación menos frecuente son los hematomas que en ocasiones disecan las estructuras anatómicas vecinas y llegan a poner en peligro a las pacientes por hemorragia.

**Las complicaciones de la aplicación del fórceps las podemos dividir en maternas y fetales; entre las maternas: desgarros de cérvix, de vagina o de periné y lesiones de vejiga o de recto, menos frecuentes; de las fetales; lesiones neurológicas, paresia facial, hemorragia cerebral y fractura de cráneo, entre otras. El parto pélvico tiene un pronóstico feto-materno malo; para el**

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Qué complicaciones se pueden presentar más frecuentemente por una aplicación de fórceps y cuál es su etiología?

**Dr. Sahagún** En primer lugar, debemos decir que respecto al fórceps se

exigen determinados requisitos para su aplicación. Algunos de ellos son: que la cabeza fetal

se encuentre en tercero o cuarto plano, los fórceps medios o los altos no se utilizan por los daños que ocasionan; que la vejiga y el recto estén vacíos; que el producto esté vivo; que haya una dinámica de parto normal; que no haya contraindicaciones para la atención obstétrica por vía vaginal, que el cuello esté borrado desde luego y perfectamente dilatado. Las complicaciones las podemos dividir en maternas y fetales. En el organismo materno tenemos desgarros del cérvix, de vagina, de periné, lesiones de vejiga y recto, menos frecuentes, fistulas, infecciones y hemorragia como consecuencia; esto va a depender del tipo de fórceps empleado, siendo los más traumáticos para la madre el Salinas y el Tarnier, desde luego más notable cuando el cirujano tenga poca práctica en el uso de ellos. En el feto se presentan complicaciones menores como pueden ser las huellas de las cucharillas sobre la cara, dando lugar a lesiones neurológicas, paresia facial, etc. y laceraciones superficiales. Las complicaciones mayores incluyen hemorragia cerebral, lesiones intracraneanas leves y severas, fractura de cráneo, etc.; se atribuyen generalmente a fallas técnicas del médico, aplicaciones incorrectas, altura de la toma, mala indicación, etc.

**Dr. Herrera y Lasso** Terminaríamos este tema de la complicación de la atención vaginal, haciendo una pregunta general sobre el parto pélvico que cada día pierde más terreno en su realización. En primigesta, debe ser siempre tributario de cesárea, sin embargo, cuando se atiende en una secundigesta o múltipara es riesgo quirúrgico alto para la madre y para el feto. ¿Cuáles serían las complicaciones más frecuentes en uno y en otro de esta atención pélvica?

**Dr. Sahagún** Desde luego, el parto pélvico tiene un pronóstico feto-materno malo. En cuanto a la vida del producto puede haber compresiones de cordón, distocias de hom-

**producto, circulares de cordón o distocias, para la madre, rupturas uterinas o laceraciones múltiples del canal del parto.**

**Cuadro 7. Complicaciones fetales en el parto pélvico.**

Compresión del cordón umbilical.  
Distocia de hombros.  
Retención de cabeza última.  
Hipoxia severa.  
Elongación del plexo braquial.  
Elongación cervical.  
Fractura de clavícula.

bros o de cabeza última y todo esto se va a traducir en un mal estado neo-natal. Definitivamente el producto obtenido por un parto pélvico siempre tiene un pronóstico más serio, más grave, que un parto eutócico.

**Dr. Herrera y Lasso** De las complicaciones maternas, ¿cuáles serían las más frecuentes?

**Dr. Sahagún** La ruptura uterina, frecuente cuando se prolonga un parto y cuando las fuerzas contráctiles del útero exageran sus funciones; también múltiples laceraciones del canal del parto.

**Dr. Díaz y Díaz** En el caso del parto pélvico no cabe la prueba del parto; es muy frecuente valorar insuficientemente los casos. Si una mujer que ya ha tenido uno o dos partos vaginales puede tener fácilmente un parto pélvico por vía vaginal, es algo que a veces se estima con una clínica muy gruesa; decir que un producto es pequeño y que no tendrá problemas en el momento del parto, sucede que a veces tienen complicaciones, se retiene la cabeza o hay elongación de los brazos y hay necesidad de hacer maniobras muy importantes que producen lesiones tanto maternas como fetales. Insistimos que en el caso del parto pélvico no cabe la prueba del parto, porque si el parto es fácil y normal, todos muy contentos, pero si el producto se atora, lo primero que se ocurre preguntar es quién fue el que dijo que este niño nacía por las vías naturales y me parece que ese es el origen de todas las complicaciones en el parto pélvico. Para la madre, las maniobras que se hacen, el Cristeller, las maniobras suprapúbicas que tratan de empujar la cabeza que se está atorando allá abajo,

son la fuente principal de la ruptura uterina en el parto pélvico. La dilatación incompleta del cérvix deja salir el segmento que es menos grande del feto, que es la parte pélvica y en el momento en que viene la cabeza, ésta se empieza a atorar y es cuando hay laceraciones importantes del cuello uterino, y luego las agresiones directas al feto para tratar de acomodar todos sus segmentos para la extracción o la aplicación del fórceps de Piper en la cabeza última que también no está exenta de riesgos y que sobre todo son maniobras en las cuales el cirujano está angustiado ante una situación obstétrica difícil y que aunque sea un cirujano preparado, en estas situaciones está muy expuesto a cometer errores y a producir complicaciones.

**Dr. Herrera y Lasso** Doctor Díaz y Díaz, ¿con esto quiere usted decir que se inclinaría por que el parto pélvico sea igual a cesárea?

**Dr. Díaz y Díaz** Dada la morbilidad materna tan importante que tiene el parto pélvico y la morbimortalidad fetal y dado el énfasis tan importante que se le ha dado últimamente al estado del feto antes y después del parto, yo me inclino a decir que en la actualidad no se conciben todas estas agresiones y que el parto pélvico debe ser igual a la extracción abdominal del producto.

**Dr. Herrera y Lasso** Le pediríamos al doctor Sahagún que nos contestara en relación a la cesárea previa, ¿qué se entiende actualmente por cesárea iterativa?

**Dr. Sahagún** Se considera cesárea iterativa cuando existe el antecedente de dos o más cesáreas previas y se va a realizar una

**Cesárea iterativa es la que tiene indicación absoluta de repetición; sus riesgos son la dehiscencia de la cicatriz o la ruptura uterina. Si hay ruptura prematura de membranas se procede a la inducción del parto. La cesárea segmentaria tipo Kerr es la que tiene mejor pronóstico, la corporal y la segmento corporal no son recomendables por dejar cicatriz de mala calidad. Las complicaciones son desgarros o prolongación de la histerostomía, acretismo placentario y várices uterinas con hemorragias intensas.**

nueva cesárea. Esto desde un punto de vista obstétrico. Desde el punto de vista semántico consideramos también cesárea iterativa la de indicación absoluta de repetición.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Cuáles son los riesgos que se observan en la paciente con antecedentes de cesárea previa?

**Dr. Sahagún** Consideramos como riesgos con este antecedente a la dehiscencia de la cicatriz uterina o ruptura favorecida por las contracciones del trabajo de parto, recordando que éstas se inician en la parte alta del útero donde se encuentran los marcapiasos a un lado de las trompas; estas contracciones producen la distensión del segmento en las partes bajas, debilitando la cicatriz. Se incluyen también algunas complicaciones placentarias del tipo de implantación de la placenta sobre la cicatriz con acretismo, favorecido por el hecho que la cicatriz anterior tiene vasos de neoformación y condiciones especiales para la implantación baja e inadecuada de la placenta.

**Dr. Herrera y Lasso** En caso de cesárea iterativa con ruptura prematura de membranas, ¿cuál sería la conducta a seguir más adecuada?

**Dr. Sahagún** Aunque la paciente esté sin trabajo de parto, cuando se presenta una ruptura prematura de membranas, una vez confirmado el diagnóstico, procedemos a la inducción del parto. Dependiendo del tiempo de gestación, si éste es de menos de 34 semanas utilizamos inductores de la maduración de los factores pulmonares fetales mediante el uso de corticoides a las dosis recomendadas. En el caso de antecedente de cesárea puede inducirse también el trabajo de parto mediante vigilancia personal del médico y si no existe una indicación actual de cesárea. En el caso de dos cesáreas previas y R.P.M. debe efectuarse la operación cesárea de inmediato.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Qué tipo de incisión en la cesárea iterativa tiene mejor pronóstico?

**Dr. Sahagún** Definitivamente la cesárea segmentaria tipo Kerr, debido a que se siguen los trayectos de las fibras musculares

del útero; además, el segmento es el mejor sitio por su escaso grosor y la cicatriz queda sellada por el peritoneo vesical. La corporal y la segmento corporal no son recomendables porque las fibras musculares se inciden longitudinalmente en forma vertical y la cicatrización no es la adecuada; también existe problema con el peritoneo visceral por su disposición anatómica, queda una cicatriz de mala calidad para un futuro embarazo con posibles problemas de contractilidad, creando distosias dinámicas y riesgo de ruptura. En lo concerniente a la incisión sobre pared abdominal, si la causa de la cesárea es definitiva, tiene mejor pronóstico la vertical y media, ya que deja anatómicamente mejor cicatriz para futuras cesáreas, quedando una zona de fibrosis mínima en relación a la incisión transversal suprapúbica que estéticamente es mejor, pero que deja una zona de fibrosis más amplia y dificulta las cesáreas posteriormente.

**Dr. Díaz y Díaz** Sí, solamente quisiera agregar en relación a las incisiones uterinas en la cesárea iterativa, que no es raro encontrar la vejiga adherida en forma importante al segmento uterino y que cuando se practica una incisión segmentaria transversal, con frecuencia ésta se extiende hacia la vejiga, hay laceraciones importantes de vejiga y está descrito que éste es el inicio de muchas fistulas vesicouterinas. En este sentido, cuando hay dificultad para despegar la vejiga del segmento uterino anterior, es preferible la incisión segmento corporal por arriba de esta brecha, que empeñarse en tratar de disecar la vejiga.

**Dr. Martínez Salce** Si hacen dos tipos de incisiones, cuando la paciente ya ha sido tributaria de una incisión tipo Kerr y se decide hacer un segmento corporal, o sea una V prolongada hacia arriba, siempre debe de ir seguida de oclusión tubaria para evitar problemas de rupturas ulteriores.

**Dr. Herrera y Lasso** Doctor Sahagún, finalmente le preguntaríamos las complicaciones de la cesárea iterativa.

**Dr. Sahagún** Quien va a realizar una cesárea en forma repetida, debe estar conscien-

**Cuadro 8. Complicaciones quirúrgicas del parto con cesárea previa.**

- »Dehiscencia de la cicatriz anterior.
- »Implantación de la placenta sobre la cicatriz.
- »Acretismo placentario.
- »Ruptura prematura de membranas.
- »Infección amniótica.
- »Ruptura uterina.
- »Desgarros del segmento.

te de que en ocasiones se tiene que enfrentar a problemas serios, que requieren de una intervención más amplia del tipo de la histerectomía post cesárea y de que ésta no es sencilla y se requiere de experiencia y habilidad por parte del cirujano, además de contar con los medios necesarios para llevarse a cabo. Las complicaciones más frecuentes del transperitorio en una cesárea iterativa pueden ser: desgarros o prolongación de la histerotomía, acretismo placentario, dificultad para despegar la vejiga, várices uterinas, que producen hemorragias graves, etc.

**Las indicaciones de la esterilización son: patología de orden médico o bien para contracepción en mujeres sanas. Es preferible practicar la esterilización fuera del embarazo, ya que las fallas son en menor número y las complicaciones también. El realizar la esterilización en el postparto tiene las ventajas de la mejor disposición psicológica de la mujer para facilitar la decisión, el hacer innecesaria una nueva hospitalización y la administración de anestésicos, ahorro en camas y económico. Se puede realizar en el postaborto por la técnica de Purandare.**

**Dr. Herrera y Lasso** Dentro de los procedimientos que se utilizan actualmente para controlar el número de hijos que una pareja desea tener, existe uno que es definitivo, irreversible y que con mucha frecuencia se realiza en el postparto o después de una cesárea, nos referimos a la oclusión tubaria bilateral o bien llamada también ligadura de

trompas. Doctor Díaz y Díaz, ¿cuáles son las

**Cuadro 9. Indicaciones absolutas de esterilización.**

1. Enfermedades graves asociadas a la gestación.
2. Enfermedades incapacitantes que impiden el cuidado familiar.
  - a) Cardiopatías clase III y IV.
  - b) Diabetes con daño vascular manifiesto.
  - c) Nefropatías, hipertensión arterial.
  - d) Enfermedades neurológicas.
  - c) Neumopatías: Tuberculosis, neumoconioses.
  - d) Colagenopatías, enfermedades degenerativas.
  - e) Errores congénitos del metabolismo y padecimientos hematológicos.
3. Indicaciones obstétricas.
  1. Gran multiparidad.
  2. Cesárea repetida.
  3. Enfermedad vascular hipertensiva crónica o aguda con carácter recurrente.
  4. Infertilidad de carácter no reversible.
4. Indicaciones fetales.
  1. Mujeres Rh negativas sensibilizadas. Esposo Rh positivo. Homocigote. Productos muertos.
  2. Alteraciones genéticas de carácter dominante y padecimientos recesivos ligados al cromosoma sexual.

indicaciones y motivos más comunes por los cuales una mujer y su cónyuge solicitan esterilización?

**Dr. Díaz y Díaz** En general, las indicaciones caen en dos categorías mayores: La primera está compuesta de factores externos sobre los cuales la mujer no tiene control y que se refieren a patología de orden médico, alto riesgo de una nueva gestación, anomalías genéticas de carácter dominante, multiparidad, pobreza, etc.

La segunda categoría incluye la esterilización que se lleva a cabo puramente por razones contraceptivas en mujeres sanas que

### Cuadro 9 bis. Indicaciones

#### Esterilización post parto o post-cesárea

Patología médica  
Embarazo de alto riesgo.  
Anomalías genéticas  
Multiparidad  
Pobreza  
Contracepción

### Cuadro 10. Esterilización post-parto métodos

Post. Cesárea Ligadura y Sección Técnica Pomeroy o Kroener.  
Post. Aborto. Vía vaginal. Técnica de Purandare.  
Minilaparotomía ligadura tubaria.  
Laparoscopia: Coagulación y sección de la trompa técnica de Steptoe.  
Post-parto: Insición periumbilical. Técnica Pomeroy y Kroener.

simplemente desean terminar su vida reproductiva.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Hay alguna razón que haga preferible practicar la esterilización quirúrgica coincidiendo con el embarazo o independientemente de él?

**Dr. Díaz y Díaz** La experiencia general indica que los resultados de la cirugía para esterilización son mejores cuando ésta se practica fuera del embarazo, ya que el número de fallas es menor y además las complicaciones quirúrgicas y post quirúrgicas ocurren con menos frecuencia.

Esto se explica fácilmente ya que las condiciones locales de los tejidos están sujetas a los cambios propios del embarazo y por tanto, se encuentran congestionadas, edematosas, hiperémicas y si no se aplica una técnica operatoria escrupulosa es cuando surgen las complicaciones de la cirugía y la falla del método.

Sin embargo, la oclusión tubaria bilateral post parto que se efectúa inmediatamente después de que ha ocurrido el alumbramiento, ofrece algunas ventajas prácticas que es necesario considerar.

Las disposición psicológica de la mujer es más apropiada para tomar la decisión de ya no tener más hijos, sobre todo cuando el embarazo que acaba de terminar ha cursado complicado, o bien el trabajo de parto o ha ocurrido un aborto. El simple hecho de estar conscientes de que han adquirido una nueva responsabilidad con el producto que está por nacer o que ya nació, facilita la toma de esta decisión por parte de la pareja.

Por otro lado, el practicar la oclusión tubaria bilateral en el post parto inmediato hace innecesaria una nueva hospitalización con este motivo y la administración de anestésicos. Además, desde el punto de vista institucional representa un ahorro para la ocupación de las camas y a nivel privado un ahorro económico.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Cuáles son los métodos quirúrgicos para la esterilización en el post parto inmediato o en el post aborto?

**Dr. Díaz y Díaz** La oclusión tubaria bilateral puede efectuarse durante la operación cesárea o bien al término del alumbramiento cuando el parto ha ocurrido por la vía vaginal.

En el caso de la oclusión tubaria post aborto, es posible efectuarla durante el legrado uterino por la vía vaginal con la técnica de Purandare, haciendo una incisión a través del fondo de saco de Douglas y así tener acceso a las trompas de Falopio o bien mediante la práctica de una "minilaparotomía" supra púlica.

Un método moderno, práctico y simple en manos experimentadas lo constituye la sección y electrocoagulación de las trompas uterinas a través de la laparoscopia.

Todos estos métodos ofrecen ventajas e inconvenientes, así como algunas complicaciones inherentes al método que explicaremos más adelante.

**Dr. Herrera y Lasso** De los métodos señalados anteriormente, ¿cuál sería el más recomendable?

**Cuadro 11. Complicaciones quirúrgicas de la esterilización tubaria.**

- » Formación de hematomas.
- » Hemorragia post quirúrgica.
- » Infección.
- » Abscesos locales.
- » Complicaciones propias de la laparoscopia.
  - a) Quemaduras.
  - b) Hemorragias.
  - c) Complicaciones derivadas del pneumoperitoneo.
- » Lesiones vesicales o intestinales.
- » Perforación del útero.

**Dr. Díaz y Díaz** Aparentemente, la conducta de efectuar la ligadura y el corte de las trompas a cielo abierto, es decir con el vientre ante nuestros ojos, sería el procedimiento ideal. Sin embargo, esto no es una realidad. Desde hace varios años se han estado presentando reportes de embarazos subsecuentes a la esterilización tubaria durante la operación cesárea. La selección de la vía de acceso y de la técnica quirúrgica a emplear, está en función de la habilidad del cirujano para la práctica de ella. Así, por ejemplo, cuando se revisan los casos publicados por Purandare en la India con un índice de éxito muy alto sin fallas y sin complicaciones, parecería que la vía de acceso a través del fondo de saco vaginal sería la ideal; sin embargo, esta técnica ofrece dificultades para exteriorizar los anexos, sobre todo cuando el útero está en ante verso flexión que es la posición normal del útero.

Del mismo modo, la oclusión tubaria mediante la práctica de laparoscopia ofrece los riesgos propios de la punción abdominal, el pneumoperitoneo y el manejo de corriente eléctrica en el interior de la cavidad abdominal con lesiones al intestino, etc. Con esta técnica, además de las complicaciones quirúrgicas, también se han señalado fallas del método y ocurrencia de embarazos.

Es decir, que no existe el método ideal ya que todas ellas ofrecen riesgos de complicación y falla por embarazo. El éxito en los

resultados de la aplicación de las técnicas quirúrgicas para esterilización en el embarazo está en función de la habilidad del cirujano para llevar a cabo el procedimiento, de lo escrupuloso de la técnica, sin descuidar el menor de los detalles.

**Dr. Herrera y Lasso** Refiriéndonos a las técnicas quirúrgicas concretamente, ¿cuáles son las más usadas?

**Dr. Díaz y Díaz** Con motivo del desarrollo de los programas de Planificación Familiar voluntaria a nivel institucional, se actualizaron algunas técnicas quirúrgicas que fueron ideadas para la interrupción de la luz tubaria e impedir así el paso del óvulo y del espermatozoide a través de ella y de este modo evitar el embarazo. Estas técnicas están consideradas como procedimientos definitivos de esterilización y así deben ser planteadas a la pareja, ya que la restauración de la permeabilidad tubaria después de éstas operaciones, es difícil y de resultados muy pobres.

De las numerosas modalidades que existen para la oclusión tubaria, son dos técnicas las que han tenido mejor aceptación por la facilidad en la técnica y por sus buenos resultados.

Una es la técnica de Pomeroy, que consiste de una manera general en la ligadura de la trompa a nivel del istmo, haciendo una asa con la propia estructura y seccionando con tijera esta asa para dejar así un pequeño muñón en el sitio de sección de la trompa.

Se recomienda particularmente en el post parto inmediato o durante la operación cesárea tener el cuidado de no puncionar, con la aguja que sirve para efectuar la ligadura, los pequeños vasos que transcurren en el mesosalpinx a fin de evitar la formación de hematomas y se aconseja además utilizar el catgut como material de sutura para que al cicatrizar la trompa y reabsorberse el catgut después de 15 a 20 días, además de quedar obstruidos los extremos de la trompa, se separen uno o dos centímetros, quedando un espacio entre un segmento y el otro de tal manera que sea imposible una retunelización del conducto tubario.

En cambio, si se hace la sutura con seda, siempre quedarán unidos o aproximados los dos extremos cortados, aunque se haya resecado un tramo de 2 centímetros con el asa de trompa, lo que favorece la recanalización de este órgano y la falla del método.

Otra técnica sencilla y de buenos resultados fue propuesta originalmente por Kroener quien ideó la fimbriectomía, pensando justamente que la parte más activa de la trompa es la fimbria y que la integridad de la misma es definitiva para la captación del óvulo una vez que éste ha sido expulsado del ovario. La técnica se reduce a efectuar una doble ligadura, puede hacerse con seda por transfixión o por anclaje y dejar así perfectamente cerrada la trompa. Las complicaciones quirúrgicas que se han reportado con el empleo de estas técnicas, se refieren a la formación de hematomas, hemorragia que ocurre al producirse la involución de los cambios propios del embarazo, edema, congestión y que condicionan que la ligadura no esté bien adosada a los tejidos y la infección que es responsable de la formación de abscesos locales; se ha descrito también la ocurrencia de embarazo ectópico posterior a la oclusión tubaria.

A pesar de que estas técnicas se efectúan a cielo abierto durante la operación cesárea o en el post parto inmediato, aparentemente no hay posibilidad de error, como puede ser ligar un ligamento redondo en lugar de la trompa o no practicar la sección completa de la misma; la realidad es que el procedimiento falla con una frecuencia que aunque variable es estadísticamente significativa.

**Dr. Herrera y Lasso** La minilaparotomía ofrece mayores dificultades para realizarse, en comparación a la técnica a cielo abierto durante la operación cesárea?

**Dr. Díaz y Díaz** Desde luego que no, ésta procedimiento puede ser realizado en el postparto o post aborto inmediato. La única dificultad relativa durante la minilaparotomía suprapúbica, es la movilización uterina y el acercamiento uterino a la pared abdominal, favoreciendo en esta forma el acceso a las trompas. Se han descrito múltiples mo-

dalidades con el objeto de lograrlo, desde una simple cureta para legrado uterino unida a una pinza que sostiene el cérvix (Possi), hasta instrumentos especiales diseñados con este fin.

En términos generales podemos decir que la minilaparatomía es el procedimiento de esterilización femenina más difundido mundialmente, gracias a las ventajas que ofrece, como son:

- a) Es una intervención de fácil realización tanto por el Cirujano General como por el especialista en Gineco-Obstetricia.
- b) Es de rápida ejecución.
- c) Puede efectuarse con instrumental quirúrgico simple.
- d) Hospitalización de sólo 8 a 24 hs.
- e) Cuando se realiza en el post parto o post aborto, se aprovecha el procedimiento anestésico que se ha aplicado previamente o puede usarse anestesia local.
- f) Tiene un bajo índice de complicaciones y un alto grado de efectividad en función de las diferentes técnicas de oclusión tubaria.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Cuáles son las complicaciones y contraindicaciones de este método?

**Dr. Díaz y Díaz** Dentro de las complicaciones que pueden presentarse, que van del 1 al 4.5%, se anotan lesiones de importancia, como son: la perforación uterina producida por el movilizador, lesiones vesicales e intestinales, laceraciones y desgarros del mesosalpinx con hemorragia y he-

**Las complicaciones de la minilaparotomía son: perforación uterina, lesiones vesicales e intestinales, laceraciones y desgarros del mesosalpinx con hemorragia y hematoma. La obesidad exagerada es una contraindicación relativa para este método y no se debe usar en el puerperio, postparto o postaborto con proceso infeccioso agregado o antecedente de ruptura prematura de membranas. La minilaparotomía postparto presenta las dificultades de acceso a las trompas por adherencias peritoneales o epiploicas en pacientes con antecedentes quirúrgicos o de infección pélvica. Esto ha llevado a seleccionar la operación de Pomeroy.**

matoma del mismo, así como complicaciones menores del tipo de hematoma y absceso de la pared abdominal.

Estas complicaciones se dan con frecuencia por sobre estimar algunas de las contraindicaciones para realizar la minilaparotomía. Dado que el útero debe ser manipulado para colocarlo en contacto con la pared abdominal, cualquier obstáculo al movimiento uterino como procesos adherenciales secundarios a endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica crónica, tumoraciones pélvicas o embarazo, contraindican la realización de esta técnica de esterilización.

La obesidad exagerada es una contraindicación relativa, puesto que es difícil alcanzar los órganos pélvicos a través de una pequeña incisión, lo cual aumenta la dificultad técnica, prolongada el tiempo quirúrgico y favorece la posibilidad de morbilidad.

Está contraindicada formalmente en aquellos casos de puerperio post parto o post aborto en donde exista un proceso infeccioso agregado o bien el antecedente de ruptura prematura de membranas.

**Dr. Herrera y Lasso** Debe considerarse la oclusión tubaria por métodos endoscópicos como procedimiento reservado al especialista?

**Dr. Díaz y Díaz** Definitivamente podemos afirmar que se requiere entrenamiento para desarrollar habilidad para practicar los métodos endoscópicos en general y para la cirugía endoscópica en particular. Su conocimiento es una valiosa ayuda en la simplificación de las técnicas de esterilización tubaria.

Su indicación precisa se encuentra fuera del estado grávido puerperal, aunque puede practicarse en casos no complicados de aborto espontáneo en el puerperio post legrado uterino.

Los procedimientos endoscópicos requieren inversiones de consideración en equipos y mantenimiento, además de personal con buen entrenamiento y por ello, si bien son métodos recomendables y confiables, adolecen de los problemas de costo.

Creemos que escapa a la finalidad de este simposio dirigido a médicos generales y estudiantes de medicina, la descripción de la técnica, sus indicaciones, riesgos y contraindicaciones, cuya orientación deberá estar reservada al especialista.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Puede practicarse la minilaparotomía suprapúbica en el post parto inmediato?

**Dr. Díaz y Díaz** Creemos que en nuestro medio, los procedimientos que pudieramos llamar del futuro están representados en la esterilización quirúrgica, primordialmente la minilaparotomía bien sea practicada en el puerperio inmediato, aprovechando la hospitalización obstétrica o lejos de éste en forma ambulatoria.

Aunque la intervención puede practicarse sin mayores dificultades en el curso de las 72 hr. al parto, podemos afirmar en términos generales, que el tiempo ideal para realizarla es el que sigue inmediatamente al parto y al alumbramiento, cuando el túero se encuentra en estado de retracción hemostática y su fondo es palpable a nivel o pocos centímetros por debajo del ombligo. En esta oportunidad, la masa uterina ocupa aún buena parte de la cavidad abdominal y su cara anterior está en contacto directo con la pared abdominal, lo que permite al cirujano practicar la minilaparotomía que no debe denominarse suprapúbica sino más bien infraumbilical, para tener así acceso fácil al cuerpo del útero.

Por otra parte, y muy importante, la paciente se encuentra aún bajo los efectos de la anestesia, general o de conducción, que se le haya aplicado en los estadios finales del parto. No se hace necesario un traslado ya que en la misma mesa, cambiando la posición obstétrica por el decúbito dorsal y haciendo los arreglos de ropas e instrumental, se puede proceder a la operación.

Cuando no es la indicación médica la que predomina para la esterilización, deben tomarse en cuenta los siguientes criterios.

- a) Edad. Conviene disuadir de la esterilización a mujeres menores de 25 años, aduciendo como razones las

posibilidades de muerte del esposo o de los hijos o el deseo posterior de más familia.

- b) De preferencia, que la paridad no sea menor a 3 hijos y de sexos diferentes.
- c) Descartar antecedentes de infección pélvica.
- d) Tomar en cuenta el espesor de la pared abdominal.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Representa riesgos y complicaciones la minilaparotomía post parto?

**Dr. Díaz y Díaz** Las dificultades aparatosas se refieren especialmente al acceso a las trompas y son determinadas por adherencias peritoneales e epiploicas en pacientes con antecedentes quirúrgicos abdominales o de infección pélvica.

Los cambios pélvicos determinados por el embarazo y su persistencia en el puerperio inmediato son los factores de riesgo de hemorragia uterina, tubárica o subserosa, de perforaciones uterinas cuando se requiere instrumentación transvaginal para movilizar el útero, de trastornos tromboembólicos originados en los cambios gravídicos vasculares o de coagulación y de infección a causa de las mismas modificaciones anatómicas, especialmente cuando la esterilización se practica tardíamente en el puerperio.

La suma de todos estos factores de posibles complicaciones ha llevado a seleccionar la operación de Pomeroy, practicada a través de minilaparotomía en el puerperio inmediato, como la técnica más adecuada y de mejores efectos de seguridad e inocuidad.

**La anestesia de elección deberá estar en relación con las necesidades de cada paciente. La atención obstétrica mejora cuando se emplea anestesia. La anestesia junto con la hemorragia, la infección y la toxemia constituyen las patologías más importantes para la madre. La neuroleptoanalgesia puede producir depresión tanto materna**

**Dr. Herrera y Lasso** Dado que hasta este momento hemos tratado los procedimientos quirúrgicos originados por el embarazo o durante el embarazo, pasaríamos a un tema general que requiere un criterio

que debe tener muy claro el médico general y el gineco-obstetra en relación a cual es el tipo de anestesia que se debe emplear en la paciente que va a ser sometida a una cirugía. Doctor

**Montalvo**, ¿qué características debe tener la analgesia y la anestesia obstétricas?

**Dr. Montalvo** No existe un método ideal aún que prevea las complicaciones que pueda tener cualquier procedimiento anestésico analgésico en relación a la unidad feto-materna. El método de elección deberá adaptarse a las necesidades de cada paciente. Consideramos que los factores a tomarse en cuenta para la elección del método son los siguientes: Primero, el estado fisiológico, psicológico y los deseos de la paciente; en segundo término debemos considerar el estado del feto en el momento de la expulsión, las necesidades obstétricas para dicha expulsión, la presencia o ausencia de patologías agregadas o complicaciones de la misma, la personalidad, experiencia, destreza, práctica y pericia del médico que va a aplicar dicho procedimiento anestésico o analgésico y por último contar con los elementos de los que se dispone en el medio ambiente en el cual se está desarrollando dicha actividad. Posterior a la evaluación de los puntos señalados contaremos con elementos suficientes para poder elegir en forma específica el método anestésico y analgésico adecuado para brindar alivio óptimo al dolor sin peligro para la madre o el producto.

**Dr. Herrera y Lasso** En relación a la misma anestesia en el embarazo, ¿la atención obstétrica se facilita cuando se emplea anestesia?

**Dr. Montalvo** Las experiencias mundiales consideran que la evolución y la atención obstétrica de la paciente mejora, a diferencia a lo que en otras épocas y en los últimos años en algunas partes del mundo se pensó al desarrollar otro tipo de métodos de control

**como fetal; la anestesia y analgesia regional puede producir colapso vascular; sin embargo, tiende a desplazar a la anestesia general; el método de elección es el bloqueo peridural. No se deben usar antibióticos profilácticamente pues favorecen las superinfecciones.**

analgésico de tipo psicológico. No por lo anterior dejamos de notar que la anestesia junto con la hemorragia, la infección y la toxemia, constituyen las cuatro patologías más importantes causantes de muerte materna, ya que los métodos de anestesia general facilitan, por ejemplo, el vómito, siendo la causa de regurgitación y aspiración de vómito una de las entidades más frecuentes de muerte materna. Los otros procedimientos del tipo de la neuroleptoanestesia producen depresiones respiratorias tanto maternas como fetales en forma importante. La anestesia o analgesia regional de tipo de bloqueo peridural o bloqueo subdural, pueden producir colapso vascular que al mismo tiempo que compromete la vitalidad materna comprometerá la vitalidad fetal; sin embargo y como hemos mencionado, una evaluación adecuada del caso específico de la paciente, la urgencia de la resolución del problema que se suscite en el momento específico, nos dará una mejor resolución del problema y un pronóstico mucho más saludable tanto para madre como para la continuación o resolución del embarazo.

**Dr. Herrera y Lasso** En estos aspectos generales, mencionaríamos finalmente si tiene alguna ventaja la anestesia regional sobre la anestesia general y en qué casos se debe emplear una y otra a su criterio.

**Dr. Montalvo** Existe la tendencia a desplazar la anestesia general por la regional considerando las ventajas que proporciona la segunda; podemos señalar al respecto que, primero, anula totalmente el dolor; segundo, en ausencia de complicaciones no produce depresión materna y fetal; tercero, no impide la progresión del parto o en condiciones en que ésta pudiese disminuir es fácilmente restablecible, si es necesario puede prolongarse para continuar con un parto, ya sea de un parto de tipo asistido con la aplicación de un fórceps o la resolución del parto por vía abdominal; la mujer permanece despierta y es un factor de cooperación y en un momento dado de seguridad para la paciente y para el mismo médico. Dentro de los métodos, el más frecuentemente utilizado

en la actualidad, es el bloqueo peridural que tiene las ventajas ya mencionadas y que en una unidad de atención institucional es el método de elección, siempre y cuando se cuenten con recursos adecuados como es la capacitación del personal y recursos materiales. Entre las anestésicas regionales para situaciones un poco más limitadas o con carencias, recomendaríamos la utilización de anestesia regional del tipo de bloqueo paracervical y el bloqueo de los pudendos que nos va a facilitar el realizar ciertos procedimientos quirúrgicos en la resolución del problema. Ante la emergencia, la urgencia obstétrica o urgencia de otro tipo complicando el embarazo, la mayoría de las escuelas se inclinan hacia la anestesia general, sobre todo en la utilización de anestésicos, como ya se había mencionado anteriormente, de los anestésicos inyectables tipo del Propanidid, la Keltamina, el Alpagecin, que nos dan un tiempo para resolver la cirugía y antes de comenzar a pasar directamente a circulación feto-placentaria que sería uno de los factores que complicasen una atención adecuada.

**Dr. Herrera y Lasso** Hemos hecho una revisión de los problemas más frecuentes tanto desde el punto de vista de problemas del embarazo que requieren tratamiento quirúrgico como problemas quirúrgicos que se presentan durante el embarazo. A continuación veríamos cuales son los cuidados post quirúrgicos que se tienen que realizar en una paciente que ha sido sometida a una intervención durante el embarazo o en el puerperio inmediato.

**Dr. Martínez Salce** A las pacientes que han sido sometidas a cirugía durante el embarazo o en el puerperio inmediato, debemos de tener en cuenta que la mayoría de las veces son pacientes que por la emergencia no han sido vistas previamente y en las cuales puede haber cierto grado de anemia, de hipoproteïnemia, de condiciones cervico-vaginales que no son las más adecuadas; entonces, en esas condiciones debemos esperar que el promedio de complicaciones sea un poco mayor que en una paciente que

ha sido preparada previamente para la cirugía. Es muy importante, pues, si la paciente nos llega de emergencia, pedir los exámenes mínimos de laboratorio previos a la intervención, si existe un factor de anemia corregible. En el momento de la intervención, el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico es importantísimo y en el postoperatorio inmediato hay que recordar que hay una baja de potasio en una paciente sometida a una intervención, que hay que corregir si existe una buena diuresis por que si no se nos podría presentar el problema del ilio dinámico. En cuanto al manejo de vísceras, habíamos dicho que debe ser el mínimo hasta donde sea posible. Si la paciente que operamos es de cesárea, entonces con el manejo mínimo de vísceras debemos restituir líquidos y hay que establecer la deambulación lo más rápido posible, o sea dentro de las 12 a 24 horas del postoperatorio inmediato.. Debemos vigilar que exista buena motilidad intestinal para reiniciar la alimentación, si no ha habido manejo de vísceras; la alimentación la damos en las primeras 24 horas y en pacientes que hayan sido sometidas a otro tipo de cirugía, por ejemplo, una histerectomía postparto, en ellas iniciamos el primer día hidratación, alimentación por vía oral a base de líquidos y si se ha restablecido el tránsito intestinal, dieta blanda al segundo día.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Qué ventajas tiene levantar precozmente a las pacientes en el postoperatorio inmediato?

**Dr. Martínez Salce** El levantar a las pacientes en el postoperatorio inmediato, desde luego nos va a disminuir las posibilidades grandes de las tromboflebitis y de los problemas vasculares de miembros inferiores, que se presentan indudablemente con mayor frecuencia en pacientes que no se movilizan, esto es una de las cosas importantes. Cuando la paciente no puede ser levantada al día siguiente, en cama se le debe dar masaje en miembros inferiores para evitar esta irregularidad.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Se deben usar antibióticos de manera profiláctica en la pacien-

te que ha sido sometida a algún procedimiento quirúrgico?

**Dr. Martínez Salce** Desde luego, si vamos a entender como profilaxis el dar el antibiótico en una paciente que no tenga indicación, entonces ahí está totalmente contraindicado el uso de antibióticos profilácticamente, pero si existe una ruptura de membranas de más de seis horas, ahí ya no se están dando de manera profiláctica; si ha existido manejo de vísceras, estábamos hablando de padecimientos que coinciden con la gestación, por ejemplo en el caso de una apendicitis aguda, ahí hay que indicar el antibiótico y no se está dando de manera profiláctica. Cuando por cualquier circunstancia descubrimos que una paciente tiene una vulvovaginitis importante previa a la cirugía, hay que hacer el aseo de la vagina, la embrocación vaginal con sustancias antisépticas y el uso de antibióticos es indicativo en estos casos. Es importante que tengamos la idea de que el antibiótico profiláctico no debe ser usado como tal, pues en ciertos casos ayuda a las superinfecciones de hospital cuando se presenta un proceso infeccioso posterior.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Qué tipo de complicaciones son más frecuentes en el postoperatorio inmediato de una operación cesárea o de una cesárea histerectomía?

**Dr. Martínez Salce** Desde luego de las complicaciones hay que tener en cuenta cual fue la causa de la cesárea histerectomía; habíamos hablado del acretismo placentario de la ruptura uterina, etc. Desde luego, las complicaciones que sí podemos tener más frecuentemente son, en primer lugar, las infecciones de pared que se nos presentan en un porcentaje relativamente alto en las pacientes en postoperatorio inmediato. El tratamiento, como todos los abscesos, debe ser el drenaje; la curación local, antes de poder o desear el uso de un medicamento de tipo antibiótico, se debe tomar siempre el cultivo previo al manejo; sin embargo, en el absceso de pared está visto que el uso de antibióticos no es indicativo, porque muy rara vez el antibiótico llega a nivel de la zona de lesión,

entonces el manejo debe ser drenaje del absceso y curación del mismo. En las pacientes en postcesárea, después de las infecciones de pared se nos presenta con mucha frecuencia la infección de la cavidad uterina dando lugar a las endometritis. Las endometritis las manejamos con el uso de antibióticos y ergonóvnicos, para ayudar al drenaje. De preferencia, en la primera elección, usamos un penicilínico y en caso de pensar en gram negativos, un aminoglucósido; si después de tres días de manejo hemos visto que no se obtiene situación de mejoría, es indicativo bajar a la paciente a cirugía, hacer una revisión de la histerorrafia, legrado si la histerorrafia está endeble. Si ha habido lesión de la histerorrafia y si la infección ha salido de útero, si tiende a ir hacia los parametrios, entonces es indicativo de histerectomía.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿En el postoperatorio tardío y a partir de cuándo lo considera usted así, cuáles son las complicaciones más frecuentes?

**Dr. Martínez Salce** En el postoperatorio tardío, yo considero que una vez que ha salido la paciente de la sala de recuperación y la pasamos a piso, al tercer o cuarto día es cuando se pueden presentar las complicaciones tardías de una cirugía. En una paciente atendida obstétricamente por parto eutócico, lo que vemos más frecuentemente es la infección de la vagina, las dehiscencias de la episiotomía o los abscesos de la episiotomía; ellos deben ser tratados por drenaje y curaciones locales; se deben dar antibióticos de acuerdo con la flora que se considere predominante que en la mayoría de los casos en nuestros hospitales es por *Escherichia*

*coli* o enterobacterias y a veces gérmenes gram negativos y tratamiento local; no se debe tratar de suturar esas heridas porque si no hay el peligro de que se vuelva a formar un nuevo absceso y entonces se dejan cerrar por segunda intención en la mayoría de las veces. Cuando la infección sucede en una paciente, posterior a una cesárea, lo que más frecuente vemos tardíamente son abscesos de pared o los problemas de infecciones a nivel de cavidad uterina que me había adelantado un poco hablando de ellos.

**Dr. Herrera y Lasso** ¿Cómo se manejan entonces los problemas infecciosos del útero en el postparto?

**Dr. Martínez Salce** En el postparto los manejamos con el uso de antibióticos y ergonóvnicos, dándolos por aproximadamente tres o cuatro días y cuando no se tiene respuesta entonces es indicativo de legrado, para tomar cultivo durante el legrado y dar el antibiótico de elección.

**Dr. Herrera y Lasso** Los problemas infecciosos del útero postcesárea, ¿cómo se deben manejar, doctor Martínez Salce?

**Dr. Martínez Salce** En los procesos infecciosos postcesárea en el útero, el manejo inicial es a base de antibióticos, reposo relativo de la paciente, ergonóvnicos y si en tres o cuatro días no se obtiene legrado, decíamos, se debe bajar a sala de operaciones. Se hace revisión de la histerorrafia; si ésta se encuentra abierta, es indicativo de histerectomía; si la histerorrafia está íntegra se procede a hacer legrado. Cuando durante la revisión se ha visto que la infección va más allá afuera del útero, es indicativo de histerectomía. □