

# **HOSPITAL GINECOBSTÉTRICO DOCENTE “MANUEL PITI FAJARDO”. GÜINES.**

## **OMISION DEL CIERRE PERITONEAL EN LA OPERACIÓN CESÁREA**

Dr. José M. Garrido Echazábal <sup>1</sup>, Dr. Emilio Sotomayor Castro <sup>2</sup>, Dr. Ernesto R. Noa Domínguez<sup>3</sup>.

1. Especialista de I grado en Ginecobstetricia. Profesor Auxiliar.
2. Especialista de I grado en Ginecobstetricia. Profesor Instructor.

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio preliminar del tipo de ensayo de técnica quirúrgica sin cierre peritoneal en 140 mujeres cesareadas en el Hospital Ginecobstetrico Docente “Manuel “Piti” Fajardo” del municipio Güines, Provincia Habana y se comparó con 140 controles a los que se aplicó la técnica clásica, en el periodo comprendido entre enero 2005 y diciembre 2006. Ambos grupos fueron elegidos mediante el método aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Como objetivo principal se propone la evaluación de cierre del peritoneo en la operación cesárea. Los resultados principales fueron, el tiempo quirúrgico y la exposición anestésica fueron menores en las pacientes sin cierre peritoneal con respecto a la técnica clásica. Se realizó esta misma comparación con respecto a la aparición de ruidos hidroaéreos y la motilidad intestinal siendo más favorable en el grupo estudio. Se concluye que los beneficios de esta nueva técnica con menor tiempo quirúrgico y anestésico y más rápida recuperación son el resultado de realizar un menor daño durante la cirugía y excluir pasos innecesarios.

Descriptores DeCS: **PERITOE; CESÁREA**

### **INTRODUCCIÓN**

La operación cesárea es la mas antigua y moderna de las intervenciones obstétricas, en la evolución de la misma se recogen antecedentes de varias técnicas quirúrgicas a través de los siglos. Actualmente se está practicando el no cierre del peritoneo como técnica muy novedosa tanto para el paciente, como para el costo hospitalario<sup>1-4</sup>. El peritoneo es una fina membrana constituido por células primitivas denominadas mesotelio sostenidas por una delgada capa de tejido conectivo .Reviste tanto la cavidad abdominal como la pélvica donde se denomina peritoneo parietal.

En las zonas donde cubre la superficie externas de órganos, se denomina visceral <sup>4</sup>. La cesárea es uno de los procedimientos quirúrgicos más comúnmente utilizados en todo el mundo, por lo que sí se logra mejorar la técnica quirúrgica utilizada en la misma, esto representa un gran paso de avance en la evolución de las paciente mejorando su bienestar y confort siendo éste el mayor propósito del presente trabajo.

Existen múltiples publicaciones <sup>2-9</sup> donde se señala el beneficio del no cierre del peritoneo tales como, menor tiempo quirúrgico y exposición anestésica, más rápida motilidad intestinal menor dolor y menos uso de analgésicos y menor estadía hospitalaria entre otros beneficios. Es por ello que se decide elegir dicho método del no cierre del peritoneo como investigación donde se realiza un estudio preliminar del tipo de ensayo clínico de técnica quirúrgica en pacientes cesareadas sin cierre peritoneal previos criterios de inclusión y exclusión.

Este trabajo se realiza para evaluar los resultados del no cierre del peritoneo en la operación cesárea relacionar, el tiempo quirúrgico y la exposición anestésica entre ambos grupos de estudios, determinar la aparición de ruidos hidroaéreos y el restablecimiento de la motilidad intestinal

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio preliminar del tipo de ensayo clínico (de técnica quirúrgica) en 280 pacientes que acudieron al Hospital Materno “Manuel Piti Fajardo”, del municipio de Güines, provincia La Habana las cuales fueron atendidas por nuestro grupo básico de trabajo en el periodo comprendido desde enero 2005 hasta diciembre del 2006. La selección se realizó utilizando el método aleatorio simple, dividiendo estas mujeres que fueron sometidas a una operación cesárea, ya sea electiva o de urgencias en dos grupos. Uno de ellos constituyó el grupo estudio y el otro el grupo control, teniendo en cuenta los criterios de inclusión – exclusión.

-Pacientes sin antecedentes de cesárea anterior.

-Pacientes que no hayan sido sometidas a una intervención quirúrgica abdominal con anterioridad.

-Paciente que no padezcan enfermedades que interfieran con la coagulación o la cicatrización.

Los datos fueron extraídos de las historias clínicas.

## RESULTADOS

En este estudio no hubo diferencias significativas en cuanto a la proporción de mujeres según edad entre el grupo estudio y el grupo control (tabla 1)

Tabla 1: Proporción de mujeres del estudio según su edad

Edad en años	Grupo estudio		Grupo control		Total	
	No	%	No	%	No	%
<b>15-25</b>	48	34.29	46	32.86	94	33.57b
<b>26-35</b>	72	51.43	70	50.00	142	50.71a

<b>36-45</b>	20	14.29	24	17.14	44	15.71c
	EE=±3.6 NS				EE=±2.82 ***	
<b>Total</b>	140	100	140	100	280	100

**Fuente: Historias Clínicas**

**EE: Error estándar**

**a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955) \*\*\* P< 0.001**

**NS P> 0.05**

Con relación al tiempo quirúrgico y la exposición anestésica se encontró, que fue menor en el grupo estudio que en el grupo control (tabla 2)

Tabla 2: Promedio de Tiempo Quirúrgico y Exposición Anestésica.

	<b>Grupo Estudio</b>	<b>Grupo Control</b>	<b>Media EE Sign</b>
<b>Tiempo Quirúrgico</b>	<b>38</b>	<b>43</b>	<b>40.5 ±3.5 *</b>
<b>Exposición Anestésica</b>	<b>45</b>	<b>55</b>	<b>50.0 ±7.17 NS</b>

**Fuente: Historias Clínicas**

**EE: Error estándar**

- **P< 0.05**
- **NS P> 0.05**

La aparición de los ruidos hidroaéreos fue mas precoz en las mujeres sin cierre del peritoneo (grupo estudio) con relación a las del cierre del peritoneo (grupo control) (tabla 3)

Tabla 3: Aparición de Ruidos Hidroaéreos.

<b>RHA (Horas)</b>	<b>Grupo Estudio</b>		<b>Grupo Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>12-24</b>	102	72.86a	45	32.14b	147	52.5 a
<b>25-48</b>	35	25.00b	88	62.86a	123	43.93a
<b>+ 48</b>	3	2.14c	7	5.00c	10	3.57b

	EE=±3.98 ***				EE=±2.82***	
<b>Total</b>	140	100	140	100	280	100

**Fuente: Historia Clínica**

**EE: Error estándar**

**a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)**

**\*\*\* P < 0.001**

Con relación al restablecimiento de la motilidad intestinal se encontró que el mismo fue más precoz en el grupo estudio que en el grupo control (tabla 4)

Tabla 4: Restablecimiento de la mortalidad intestinal.

<b>Tiempo (días)</b>	<b>Grupo Estudio</b>		<b>Grupo Control</b>		<b>Total</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
<b>2</b>	85	60.71a	10	7.14c	95	33.93b
<b>3</b>	53	37.86b	95	67.86a	148	52.86a
<b>4 o mas</b>	2	1.43c	35	25b	37	13.21c
	EE=±3.98 ***				EE=±2.82 ***	
<b>Total</b>	140	100	140	100	280	100

**Fuente: Historia Clínica**

**EE: Error estándar**

**a, b: superíndices diferentes, indican diferencias significativas según Duncan (1955)**

**\*\*\* P < 0.001**

## **DISCUSIÓN**

Las razones proporcionadas a favor del cierre del peritoneo incluye la reconstrucción de la anatomía la reducción de la dehiscencia de la herida, disminución de la hemorragia y la reducción de las adherencias, sin embargo estudios clínicos y ensayos a nivel mundial indican que no hay diferencia en la resistencia de la herida, ya sea que el peritoneo estuviese cerrado o no; hay indicado que las adherencias peritoneales pueden ser mas extensas cuando el peritoneo está cerrado, probablemente como resultado de la reacción a cuerpo extraño generado por el material de sutura.<sup>1</sup>

La cesárea es una práctica tan común que cualquier mejora en la morbilidad puede tener consecuencias importantes en la práctica, desde hace varios años se vienen realizando estudios sobre el cierre V/S no cierre del peritoneo en la operación cesárea como fue: Hojberg en 1998,

en el que estuvieron 288 mujeres obteniéndose buenos resultados , se comprobó que la disminución del tiempo quirúrgico y la exposición anestésica era menor en el no cierre peritoneal<sup>2</sup> , lo cual coincide con los resultados de nuestro trabajo .

Otro estudio fue Charanchakul 2002, donde se observó una reducción significativa en la morbilidad febril<sup>3</sup>. En los resultados nuestros la reducción de la morbilidad febril no es tan significativa, pero sí existe reducción de la misma.

En el CD Salud Reproductiva 2003<sup>4</sup>, se incluyeron algunos trabajos por varios países donde se recogieron varios datos importantes como: Se obtuvo un mejor resultado post-operatorio a corto plazo cuando el peritoneo no fue cerrado, en variantes tales como ruidos hidroaéreos y restablecimiento de la motilidad intestinal, lo cual coincide plenamente con los resultados obtenidos en nuestra investigación. Como conclusión se señala el acortamiento del tiempo quirúrgico y la exposición anestésica, la aparición precoz de los ruidos hidroaéreos favoreciendo la motilidad intestinal en menor tiempo.

Se sugiere seguir indagando en busca de más datos en cuanto a secuelas a largo plazo del no cierre del peritoneo, porque de esta forma tendremos suficientes pruebas para sustentar la utilización de esta práctica. Sí el paso del cierre del peritoneo pudiera ser omitido como hasta el momento hemos demostrado, sin efectos adversos y obteniéndose un beneficio para el paciente sería un gran avance en cuanto a técnica quirúrgica se refiere, con una reducción de la cirugía y del material de sutura, lo que implicaría un ahorro significativo, teniendo en cuenta la gran cantidad de cesáreas que se realizan en el mundo diariamente.

## **AGRADECIMIENTOS**

A la alumna de cuarto año de medicina, Sheila Villar García, por la colaboración prestada en la confección del presente del trabajo.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Ellis H. The etiology of postoperative abdominal adhesions. *British J Surg* 1962; 50:10-6.
2. Hojberg K, Aagaard J, Lursen H, Diab L, Secher NJ. Closure versus non closure of peritoneum at cesarean section-evaluation of pain. *Act Obstetrician et Gynecological Scandinavian* 1998; 33:51-64.
3. Charanchakul B, Hamontri S, Herabutya T. A randomized comparison of post-cesarean section pain between closure and non closure of peritoneum. *European Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2002; 71:15-9.
4. Wilkinson CS, Enkin MW. Peritoneal non closure at cesarean section (Cochrane Review) *Library*, 2003.
5. Balat O, Atmaca R, Gokdeniz R. Tree –layer closure technique at cesarean section. *International Medical Journal*. 2002; 44: 33-41.
6. Xavier P, Ayres de Campos, Reynolds A, Guimareas M, Santos C, Patricio B. A randomized

trial of the Misgav – Ladach versus the classical technique for caesarean section: preliminary results. *European Journal of Obstetrics & Gynecological and Reproductive Biology*. 1999; 13: 15-21.

7. Hull DB, Varner MW. A randomized studies of closure of the peritoneum at cesarean delivery. *Obstec – Gynecol* 1991; 6: 18-24.
8. Ayres de Campos D, Patricio B. Modifications to the Misgav - Ladach technique for cesarean section. *Act Obstetrician et Gynecological Scandinavian* 2000; 35: 4-11.
9. Galaal KA, Krolikowski A. A randomized controlled study of peritoneal closure at cesarean section. *Saudi Medical Journal*. 2000; 7: 21-6.

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1. Heiman J, Histschold T, Muller K, Berle P. Randomized trial of the modified Misgav-Ladach and the conventional pfannensteil techniques for cesarean section. *Geburtshilfe – Frauenheilkunde*. 2000; 1: 43-4.
2. Zhang L, Wang C, Fu S. Clinical analysis of 318 cases of new mode cesarean section. *Bulletin of Hunan Medical University*. 2000; 1: 25-7.

## **SUMMARY**

A preliminary study of the type of trial of surgical technique without peritoneal closure was carried out in 140 women who underwent cesarean delivery at the "Manuel Piti Fajardo" Gynecobstetric Teaching Hospital in the municipality of Güines, Havana Province and it was compared with 140 controls to which the classic technique was applied, in the period between January 2005 - December 2006. Both groups were chosen by means of the simple random method, considering the criteria of inclusion and exclusion. As primary target we seted out the evaluation of closure of the peritoneum at cesarean delivery. The main results were as follows: the surgical time and anesthesia exposure were smaller in those patients without peritoneal closure with respect to the classic technique. This same comparison was made with respect to the appearance of noises of the intestinal motility being more favorable in the study group. So, concluding that the benefits of this new technique with minor surgical time, anesthesia exposure and faster recovery are the result of making a smaller damage during surgery and excluding unnecessary steps.

Subject Headings: **PERITONEUM; CESAREAN SECTION**

Dr. José M. Garrido Echazábal  
E-mail: garrido@infomed.sld.cu