



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Posgrados**

**SIMIL- EXIT: TRATAMIENTO EXTRAUTERO - INTRAPARTO DE  
GASTROSQUISIS. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS  
ANDRADE MARÍN ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2012**

**Paola Alexandra Barragán Ramírez, MD.**

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la  
obtención del título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Posgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**SIMIL-EXIT: Tratamiento Extraútero - Intraparto de Gastrosquisis:**

**Experiencia en el Hospital Carlos Andrade Marín Entre Enero y**

**Agosto de 2012**

**Paola Alexandra Barragán Ramírez, MD.**

**Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.**

Director del Programa de Posgrados en  
Especialidades Médicas

\_\_\_\_\_

**Ricardo De La Roche Martínez, Dr.**

Tutor del Posgrado de Ginecología y  
Obstetricia

\_\_\_\_\_

**Andrés Calle Miñaca, Dr.**

Tutor del Posgrado de Ginecología y  
Obstetricia

\_\_\_\_\_

**Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.**

Decano del Colegio de Ciencias de la Salud  
USFQ

\_\_\_\_\_

**Victor Viteri Breedy, PhD.**

Decano del Colegio de Posgrados

\_\_\_\_\_

Quito, febrero de 2015

# **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

## **COLEGIO DE POSGRADOS**

### **DESCRIPCIÓN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES**

#### **PUBLICACIÓN DE TRABAJOS EN REVISTAS Y LIBROS**

- Chávez S., Barragán P., Ocaña E. SIMIL-EXIT: Tratamiento Extraútero - Intraparto de Gastrosquisis: Experiencia en el Hospital Carlos Andrade Marín Entre Enero y Agosto de 2012. Revista Médica Cambios. 2012; 12 (20): 9-13.
- Barragán P., Calle A. Nudo Verdadero de Cordón Umbilical. Revista Ecuatoriana de Ginecología y Obstetricia. 2014; 21(12): 71-72.
- Bucheli R, Jibaja I, Barragán P. Prolapso de Cúpula Vaginal. Colpopexia al Ligamento Sacroespinoso. Corrección con Elevate Anterior. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p. 470 – 481. (In Press)

#### **PRESENTACIONES ORALES EN CONGRESOS NACIONALES**

- Barragán P. Acretismo Placentario: Diagnóstico Prenatal. Vigésimo Congreso Ecuatoriano de Ginecología Y Obstetricia, 26 al 29 de septiembre de 2012.
- Barragán P. Evaluación del Corazón Fetal en Población de Bajo y Alto Riesgo. Segundo Curso de Actualización Materno Infantil, 8 al 17 de Abril de 2013, Quito – Ecuador.
- Barragán P. Beneficios no Contraceptivos de los AO: Prevención de Quiste de Ovario. Curso de Actualización en Planificación Familiar: Progresos en Anticoncepción y Criterios Médicos de Elegibilidad, 21 al 23 de Octubre de 2013, Quito – Ecuador.
- Barragán P. Restricción del Crecimiento Intrauterino. Segundo Congreso Internacional de Especialidades Clínicas y Quirúrgicas Aplicadas a la Práctica Diaria, 19 al 28 de Noviembre de 2012, Quito – Ecuador.

Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención del título de  
Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, febrero de 2015

## © DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento, certifico que he leído la Política de Propiedad Intelectual de la Universidad San Francisco de Quito y estoy de acuerdo con su contenido por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo de investigación quedan sujetos a lo dispuesto en la política

Así mismo, autorizo a la USFQ para que se realice la digitalización y publicación de estos trabajos de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art.144 de la Ley Orgánica de Educación Superior

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** Paola Alexandra Barragán Ramírez, MD.

**Cédula de Ciudadanía:** 180333369-7

**Fecha:** Quito, febrero de 2015

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo:

A mis padres, por su apoyo incondicional en cada paso de mi formación académica, por ser mi ejemplo y modelo a seguir.

A mi esposo, por su inagotable paciencia y comprensión en mis largas jornadas de trabajo, por motivarme a seguir adelante.

## TABLA DE CONTENIDOS

I.	REÚMENES DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN .....	8
	a. SIMIL-EXIT: TRATAMIENTO EXTRAÚTERO-INTRAPARTO DE GASTROSQUISIS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2012.....	8
	b. NUDO VERDADERO DE CORDÓN UMBILICAL .....	10
	c. PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL COLPOPEXIA AL LIGAMENTO SACROESPINOSO CORRECCIÓN CON ELEVATE ANTERIOR.....	11
II.	RESÚMENES DE TEMAS DE EXPOSICION.....	14
	a. ACRETISMO PLACENTARIO DIAGNÓSTICO PRENATAL .....	14
	b. EVALUACIÓN DEL CORAZÓN FETAL EN POBLACIÓN DE BAJO Y ALTO RIESGO .....	16
	c. BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LOS AO: PREVENCIÓN DE QUISTE DE OVARIO. ....	18
	d. RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO .....	20
III.	JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN .....	23
	a. SIMIL-EXIT: TRATAMIENTO EXTRAÚTERO-INTRAPARTO DE GASTROSQUISIS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2012. ....	23
	b. NUDO VERDADERO DE CORDÓN UMBILICAL .....	25
	c. PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL COLPOPEXIA AL LIGAMENTO SACROESPINOSO CORRECCIÓN CON ELEVATE ANTERIOR.....	26

IV.	JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN.....	27
a.	ACRETISMO PLACENTARIO DIAGNÓSTICO PRENATAL.....	27
b.	EVALUACIÓN DEL CORAZÓN FETAL EN POBLACIÓN DE BAJO Y ALTO RIESGO .....	29
c.	BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LOS AO: PREVENCIÓN DE QUISTE DE OVARIO.....	30
d.	RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO .....	32

## **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

### **RESÚMENES DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN**

#### **SIMIL – EXIT: TRATAMIENTO EXTRÚTERO-INTRAPARTO DE GASTROSQUISIS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2012**

Se conoce como gastrosquisis a una severa anomalía de la pared abdominal fetal, que consiste en el cierre incompleto del anillo umbilical, a través del cual protruyen las asas intestinales fetales a la cavidad amniótica.

Se presenta en 1 de cada 2.500 recién nacidos. Los neonatos afectados son sujetos de una potencial morbilidad y prolongada estancia hospitalaria.

Se presentó la experiencia en el Hospital Carlos Andrade Marín con la técnica SIMIL – EXIT, que consiste en la reducción precoz de las vísceras en herniadas del recién nacido, con soporte de circulación feto- placentaria, para el tratamiento quirúrgico de la gastrosquisis.

Entre enero y agosto del 2012 se identificaron y trataron dos recién nacidos con gastrosquisis con la técnica SIMIL - EXIT, tras realizar diagnóstico y seguimiento ecográfico prenatal desde las semanas 14 y 22 de gestación respectivamente. La terminación del embarazo fue por cesárea electiva, y el momento de interrupción

del mismo estuvo en dependencia del diámetro de las asas intestinales, no mayor a 18 mm, priorizando la maduración pulmonar fetal.

Se realizaron 2 cesáreas a las 35 semanas de edad gestacional. Se consiguió la reducción completa de asas intestinales a los 6 minutos; el soporte de circulación feto-placentaria se mantuvo por 4 minutos. Ningún paciente requirió asistencia ventilatoria. Se inició la alimentación oral a los 6 y 8 días, y el alta hospitalaria se dio a los 23 y 20 días en cada caso.

La técnica SIMIL-EXIT ha demostrado ser eficaz para la reducción precoz del contenido intestinal herniado, no requiere anestesia general para el recién nacido, es un procedimiento relativamente rápido y disminuye la morbilidad neonatal y estancia hospitalaria al compararlo con otras técnicas.

## **NUDO VERDADERO DE CORDÓN UMBILICAL**

El nudo verdadero de cordón umbilical es una entidad de difícil diagnóstico prenatal, por carecer de signos ecográficos específicos y por su baja incidencia. Sin embargo, conlleva un importante riesgo perinatal que incluye restricción del crecimiento intrauterino, asfixia y muerte perinatal.

Se presentó el caso de una paciente de 24 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien al momento de su ingreso al centro obstétrico del Hospital Carlos Andrade Marín cursaba un embarazo gemelar de 34 + 5 semanas, monocorial – biamniótico, amenaza de parto pretérmino y preeclampsia leve. Se realizó el parto por cesárea, obteniéndose dos recién nacidos de sexo femenino, con APGAR 8 – 9 al primer y quinto minuto en ambos casos. Se evidenció la presencia de nudo verdadero de cordón umbilical laxo, en el segundo producto, sin repercusiones perinatales en cuanto a bienestar fetal se refiere.

## **PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL: COLPOPEXIA AL LIGAMENTO SACROESPINOSO CORRECCIÓN CON ELEVATE ANTERIOR**

El prolapso de órganos pélvicos es un problema de salud que afecta hasta un 50% de mujeres multíparas. Cursa síntomas como sensación de cuerpo extraño en vagina, síntomas urinarios y/o disfunción sexual que afectan la calidad de vida de las pacientes.

El prolapso de cúpula vaginal se define como la salida de la cúpula vaginal a través del introito posterior a histerectomía, puede estar o no acompañada de defectos en la pared anterior o posterior de la vagina.

La eversión total de la vagina post histerectomía por prolapso genital ocurre en el 0.2- 43% de casos y es el resultado de la pérdida del sostén del nivel I de Delancey. Después de una histerectomía abdominal el riesgo de presentar prolapso de cúpula se ha establecido en 3.6 por 1000 mujeres/año, y 5.5 por 1000 mujeres/años tras una histerectomía vaginal.

Entre los factores promotores para el desarrollo de este problema se encuentran la obesidad, tabaquismo, patología pulmonar, estreñimiento, ocupación. Se han citado también factores incitantes como el embarazo y el parto.

La fijación de cúpula vaginal al ligamento sacro-espinoso fue descrita por primera vez por Sederl en 1958 y se introdujo en Estados Unidos por Randall y Nichols en 1971. Esta técnica fue utilizada inicialmente para la corrección del prolapso

posterior a histerectomía, pero actualmente se usa de manera profiláctica durante la histerectomía vaginal. Con esta técnica, la recurrencia de prolapso se presenta de entre 2% y 4% de casos, logrando curación completa entre 88% y 90% según las diferentes series.

Una de las técnicas que permite corregir el prolapso de cúpula vaginal fijándola hacia los ligamentos sacro-espinosos, por abordaje vaginal, utiliza material protésico, una malla de polipropileno conocida como "Elevate Anterior", a continuación se describe la técnica quirúrgica:

Se identifica la cúpula vaginal y con dos pinzas de Allis se aplica tracción hacia abajo para determinar el grado de prolapso tanto de la cúpula como de la pared vaginal anterior. A continuación se realiza hidrodissección de la mucosa vaginal con solución salina o solución anestésica. Se realiza una incisión longitudinal en la pared vaginal anterior desde el cérvix hacia el vértice de la vejiga y se procede a realizar disección roma la mucosa vaginal separándola de la fascia vesico-vaginal en dirección a las espinas ciáticas.

Se insertan los brazos de fijación apical en el ligamento sacro-espinoso, previamente identificado por palpación, de forma bilateral con la aguja de fijación, se desliza la malla sobre los brazos de fijación a través de los orificios designados para este fin y se procede a realizar el ajuste deseado con el dispositivo de tensado. Se puede fijar con puntos los extremos superior e inferior de la malla si se desea. Luego se recorta el excedente de malla así como la porción restante de los brazos de fijación apical.

En este momento se observa ya la reducción del prolapso tanto de la cúpula vaginal como del defecto de la pared vaginal anterior de haber existido. Finalmente se sutura la mucosa vaginal anterior y con este paso termina el procedimiento.

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**RESÚMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN**

**ACRETISMO PLACENTARIO DIAGNÓSTICO PRENATAL**

El acretismo placentario es la adherencia anormal de la placenta a la pared uterina, que invade las vellosidades trofoblásticas más allá de la decidua. Es una complicación de la gestación con elevada morbimortalidad y constituye una de las principales causas de hemorragia e histerectomía obstétrica.

La incidencia de placenta ácreta es de 2 a 3 por cada 1000 partos. En la mayoría de los casos, se presenta en pacientes con cicatriz uterina previa o antecedentes de legrados.

El ultrasonido y la resonancia magnética son los métodos imagen utilizados para la detección y caracterización de esta patología. Sin embargo la ecografía con Doppler se considera el estándar de oro para su diagnóstico prenatal. El diagnóstico definitivo, sin embargo, se realiza a través estudio histopatológico, al comprobar la invasión de las vellosidades coriales al miometrio.

Se presentó el caso de una paciente de 30 años de edad, con antecedente de dos cesáreas previas, atendida por primera vez a las 26 semanas de gestación, en quien se confirma placenta previa y acretismo con ecografía y Doppler color, se realiza RMN y cistoscopia que permiten excluir la percretismo. Se realizó cesárea

programada a las 34 semanas de gestación e inmediata histerectomía obstetricia, la paciente requirió transfusión trans-operatoria de hemo componentes y fue dada de alta 72 horas posteriores a la cirugía en buen estado general.

Tanto en el diagnóstico, como en el manejo de este caso participo un equipo multidisciplinario conformado por gineco - obstetras, urólogos y anesthesiólogos.

## **EVALUACIÓN DEL CORAZÓN FETAL EN POBLACIÓN DE BAJO Y ALTO RIESGO**

La evaluación ecográfica del corazón fetal se ha convertido en una práctica de rutina en el control prenatal de las pacientes con gestaciones de alto y bajo riesgo en todo el mundo. Hoy en día, la ecocardiografía fetal se considera un paso fundamental y de enorme importancia en el ámbito del diagnóstico prenatal.

Las cardiopatías congénitas afectan al 1% de todos los recién nacidos y la mortalidad asociada puede llegar hasta un 35% de los afectados.

En presencia de una cardiopatía fetal, el riesgo de padecer anomalías cromosómicas es alto y el riesgo de malformaciones coexistente se incrementa 10 veces.

Entre las indicaciones de ecocardiografía fetal se encuentran:

- Condiciones maternas que incrementan el riesgo: enfermedad metabólica, cardiopatía, obesidad, exposición a teratógenos
- Antecedentes familiares: hijo previo con cardiopatía
- Condición fetal de riesgo: anomalía cromosómica, hidrops, infección fetal TORCH, anomalías extra cardíacas.

El momento ideal para realizar este estudio es entre las 12 y 14 semanas de gestación y en el segundo trimestre del embarazo entre las 20 y 22 semanas.

El estudio del corazón fetal debe incluir:

- Valoración del situs

- Evaluación de cuatro cámaras
- Identificación de la emergencia de la aorta
- Evaluación del tracto de salida de la arteria pulmonar
- Exploración de los grandes vasos
- Confirmación del drenaje venoso sistémico a aurícula derecha
- Confirmación de existencia del ductus venoso
- Observación del arco aórtico
- Evaluación del arco del ductus arterioso

Con la visualización de las cuatro cámaras se puede detectar entre el 5 y 50% de defectos cardiacos congénitos, con la evaluación de los tractos de salida la detección aumenta a un 80% y con la aplicación del Doppler se incrementa hasta un 90%.

El diagnóstico de malformaciones cardíacas fetales, requiere la actuación de un equipo multidisciplinario conformado por ecocardiografista, cardiólogo pediatra, cirujano cardiaco, genetista y neonatólogo.

La ecocardiografía fetal es el método diagnóstico de elección, no invasivo, que permite establecer opciones de tratamiento, determinar pronóstico y a través del intervencionismo reducir la mortalidad de los fetos y recién nacidos afectados.

## **BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LOS AO: PREVENCIÓN DE QUISTE DE OVARIO**

Uno de los métodos de planificación familiar más difundido y de gran aceptación por parte de las usuarias lo constituyen los anticonceptivos orales (AO), los cuales desde su introducción en el mercado, han ido experimentando cambios progresivos con el afán de pasar de formulaciones hormonales de altas dosis a compuestos de dosis mínima eficaz, con menor espectro de efectos adversos y con un perfil de efectos secundarios que podrían considerarse benéficos y que se ha popularizado mucho en los últimos años, pues algunas mujeres utilizan los AO exclusivamente por estos efectos.

Entre los benéficos no contraceptivos de los AO, demostrados con evidencia científica, encontramos: control del dolor pélvico crónico, dismenorrea y mittelschmerz, reducción del flujo menstrual y control de metrorragias, disminución duradera del riesgo de cáncer de ovario y endometrio, mejoría de la densidad mineral ósea y disminución del acné.

Algunos autores han demostrado eficacia en el tratamiento de la endometriosis y hoy en día forman parte del arsenal terapéutico para el manejo de la misma.

Los AO se han utilizado por mucho tiempo para acelerar la resolución de quistes ováricos, pero la eficacia de este tratamiento no se ha logrado establecer con certeza. Se han realizado ensayos aleatorizados en mujeres que desarrollan quistes ováricos tras inducir ovulación, pero no se ha demostrado diferencia estadísticamente significativa entre resolución espontánea y tratamiento con AO,

sin embargo, estos resultados no se pueden extrapolar a la población general, ya que los quistes fueron producto de estimulación ovárica y no de aparición espontánea. Se requiere mayor evidencia para establecer a ciencia cierta el efecto de los AO sobre los quistes funcionales de ovario.

## RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) es la incapacidad del feto de alcanzar un crecimiento intrauterino óptimo en relación a su potencial genético y constituye una de las principales complicaciones del embarazo que se relaciona con mayor morbi-mortalidad perinatal y efectos negativos a largo plazo.

Los fetos con RCIU y los fetos pequeños para la edad gestacional se presentan en el 4% al 15% de los embarazos.

Existe clara evidencia de que las alteraciones de la curva de crecimiento en la vida fetal influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas que incluyen problemas cardiovasculares y diabetes en la vida adulta.

De acuerdo a lo descrito en varias recomendaciones internacionales, se puede catalogar como RCIU a aquellos productos de la gestación que cumplan alguno de estos criterios:

- Crecimiento fetal bajo el percentil 10 para la edad gestacional con signos de compromiso de la circulación feto placentaria identificadas por Doppler, disminución del líquido amniótico o alteración en las pruebas de bienestar fetal.
- Fetos con un peso inferior al percentil 3 para la edad gestacional calculado por ecografía.
- Fetos con circunferencia abdominal bajo el percentil 2,5 para la edad gestacional sin alteración de otros parámetros biométricos.

Se han identificado factores de riesgos maternos, fetales y placentarios para el desarrollo de RCIU, entre ellos:

- Maternos: malnutrición severa, hipertensión, diabetes pregestacional, enfermedades cardiovasculares, renales y trombofilias; abuso del alcohol, tabaco o drogas
- Fetales: anomalías cromosómicas, infecciones fetales, displasias esqueléticas, gestación múltiple.
- Placentarios: infartos placentarios, vasculitis, placenta previa.

La RCIU se clasifica en constitucional, asimétrica y simétrica, esta última con peor pronóstico ya que evidencia afectación fetal temprana.

Las pruebas de bienestar nos ayudan a establecer la severidad del problema, por lo que las alteraciones del monitoreo fetal electrónico, el perfil biofísico menor a 6/10 puntos y las alteraciones de la hemodinamia fetal identificadas por Doppler son las herramientas fundamentales para determinar la conducta a seguir. La maduración pulmonar fetal se debe priorizar en todos los casos.

Es necesaria la hospitalización de la gestante en los siguientes casos:

- Presencia de síndrome hipertensivo asociado con el embarazo
- Signos sugestivos de asfixia fetal al Doppler
- Enfermedades maternas asociadas
- Dificultad para realizar un adecuado seguimiento ambulatorio o indicación de terminar la gestación.

La actuación del obstetra para decidir el momento de la terminación de la gestación debe radicar en sopesar entre los riesgos de la prematuridad y los riesgos de dejar el feto en un ambiente hostil, que pueden llevar a complicaciones a corto y largo plazo.

## **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

### **JUSTIFICACIÓN DE TRABAJOS DE PUBLICACIÓN**

#### **SIMIL – EXIT: TRATAMIENTO EXTRAUTERO – INTRAPARTO DE GASTROSQUISIS EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN ENTRE ENERO Y AGOSTO DE 2012**

La gastrosquisis es una grave malformación congénita que permite la herniación de las asas intestinales a través de un defecto de cierre de la pared abdominal fetal.

Su prevalencia se ha incrementado considerablemente en los últimos años llegando a presentarse en 1 de cada 2500 nacidos vivos. Los neonatos que la padecen se exponen a una potencial morbimortalidad y prolongada estancia hospitalaria tras su corrección quirúrgica.

El manejo tradicional de la gastrosquisis implica reducción progresiva de las asas intestinales hacia la cavidad abdominal tras la ampliación quirúrgica del defecto original, este proceso puede demorar días y requiere el soporte de nutrición parenteral y ventilación mecánica.

En el 2005 el doctor Javier Svetliza, desarrollo la técnica SIMIL – EXIT, con la cual se reducen las asas intestinales herniadas en un solo tiempo durante la cesárea y sin interrupción del soporte circulatorio feto-placentario.

Esta innovadora técnica ha demostrado ser altamente efectiva, no requiere anestesia general para el recién nacido, es relativamente rápida y su relación costo efectividad es adecuada.

Por ello, en el Hospital Carlos Andrade Marín y por primera vez en el país se reprodujo con éxito esta revolucionaria técnica, ya que contamos con el equipo multidisciplinario capacitado tanto para la detección y manejo pre y posnatal de estos pacientes. Manteniendo así a la institución a la vanguardia de los avances científicos en el ámbito de la salud y proporcionando a nuestros pacientes la mejor atención medica posible.

## **NUDO VERDADERO DE CORDÓN UMBILICAL**

El nudo verdadero de cordón umbilical es un hallazgo poco frecuente, pero conlleva un alto riesgo perinatal, puede cursar con restricción silente del crecimiento intrauterino y serias alteraciones de la hemodinamia fetal que en último término llevan a la asfixia y muerte perinatal de manera abrupta.

El riesgo de recién nacido con peso bajo y prematuridad es alto y la mortalidad perinatal descrita alcanza un 6%.

A pesar de los avances en ultrasonografía y otras técnicas de imagen, el diagnóstico continúa siendo limitado y difícil, lo cual condiciona de manera significativa la vigilancia del bienestar fetal, e impide al Obstetra determinar el momento oportuno para la interrupción del embarazo y tomar las precauciones necesarias para enfrentarse a una posible asfixia perinatal.

La baja prevalencia, la dificultad en el diagnóstico y las repercusiones negativas que esta patología acarrea sobre el feto y la familia han motivado la presentación de este caso clínico.

## **PROLAPSO DE CÚPULA VAGINAL: COLPOPEXIA AL LIGAMENTO SACROESPINOSO CORRECCIÓN CON ELEVATE ANTERIOR**

Hasta un 50 % de mujeres presentarán prolapso de órganos pélvicos en algún momento de su vida, especialmente quienes han tenido partos vaginales.

Su impacto sobre la calidad de vida de la mujer es muy importante, pues quienes lo padecen cursan con síntomas como incontinencia urinaria y disfunción sexual.

El prolapso de cúpula vaginal en cambio se produce de forma posterior a histerectomía vaginal o abdominal por cualquier causa.

La eversión total de la vagina post histerectomía ocurre en el 0.2- 43% de casos y es el resultado de la pérdida de los elementos de sostén tras la cirugía.

Actualmente existen múltiples técnicas propuestas para la corrección del prolapso genital ya sea por vía abdominal, vaginal, laparoscópica o combinada, sin embargo la sacro-promoto fijación y la fijación a ligamento sacro espinoso han demostrado mejores resultados a largo plazo, por ello se expone la técnica de fijación de la cúpula vaginal a ligamento sacro – espinoso con malla elevate anterior.

## **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

### **JUSTIFICACIÓN DE LOS TEMAS DE EXPOSICIÓN**

#### **ACRETISMO PLACENTARIO DIAGNÓSTICO PRENATAL**

El acretismo placentario es una grave complicación de la gestación, por un defecto en el proceso de placentación. Se presenta en 2 a 3 de cada 1000 partos.

El incremento de la tasa de cesáreas a nivel mundial ha determinado una frecuencia ascendente de esta patología en la población de embarazadas, y el riesgo de padecerla se incrementa aún más en aquellas gestantes que han tenido más de una cesárea.

Las pacientes que presentan acretismo placentario tienen riesgo incrementado de hemorragia obstétrica masiva con trastornos subsecuentes de la coagulación y necesidad de histerectomía obstétrica de urgencia, con posibilidad lesión quirúrgica de uréteres, vejiga y otras estructuras pélvicas, en casos graves puede morir la madre o feto.

Por ello, el diagnóstico prenatal oportuno es de vital importancia, ya que solo de esta manera se puede reducir la morbimortalidad materna y neonatal asociada. El manejo de la gestante con acretismo placentario, es complejo y requiere la

participación de un equipo multidisciplinario conformado por un ginecólogo obstetra, cirujano general, urólogo y si es posible hematólogo, quienes deben orientarse hacia la interrupción programada del embarazo tomando las precauciones y medidas necesarias preservar la vida de la madre y el feto y minimizar al máximo la posibilidad de complicaciones.

## **EVALUACIÓN DEL CORAZÓN FETAL EN POBLACIÓN DE BAJO Y ALTO RIESGO**

Las anomalías estructurales del corazón, son las malformaciones congénitas severas más comunes. Afectan del 0.8 al 1% de los recién nacidos y conllevan una mortalidad perinatal elevada de hasta un 35%.

Se sabe que en presencia de una cardiopatía fetal, el riesgo de que existan malformaciones extra-cardíacas o anomalías cromosómicas asociadas es alto.

Se ha descrito que en más del 90% de los casos, las cardiopatías se presentan en fetos que pertenecen a la población general, es decir sin antecedentes ni factores de riesgo conocidos. Por ello el papel de la ecocardiografía antenatal de cribado es fundamental para su diagnóstico y se considera la herramienta principal para el diagnóstico de las mismas.

La valoración ecográfica del corazón fetal permite identificar de manera segura y precisa, una serie de defectos cardiacos, muchos de los cuáles en el pasado requerían de procedimientos invasivos para su detección. Su práctica se ha vuelto una norma en el control prenatal en casi todo el mundo, ya que ha demostrado tener un efecto claramente beneficioso sobre el pronóstico de los recién nacidos, al permitir adecuar el control de la gestación y planificar el parto. Todo esto influye de manera positiva sobre el pronóstico postnatal.

## **BENEFICIOS NO CONTRACEPTIVOS DE LOS AO: PREVENCIÓN DE QUISTE DE OVARIO**

Tras su introducción en los años 60, los anticonceptivos orales (AO) han cambiado de forma dramática la forma de ver la sexualidad y le han permitido a la mujer y a la familia planificar el número de hijos que desean tener.

Aproximadamente 65 millones de mujeres en el mundo usan anticonceptivos orales para prevenir el embarazo. El contenido hormonal de los AO se ha modificado con el paso de los años, siendo estos los fármacos que mayores estudios han generado.

Los AO se consideran fármacos seguros, en muchos países son de venta libre y actualmente se puede encontrar en el mercado formulaciones con dosis hormonales muy bajas, con alta eficacia anticonceptiva y menores efectos adversos, sobre todo cardiovasculares.

Numerosas publicaciones serias han dejado claro que los AO además de su función anticonceptiva exhiben un perfil de efectos secundarios beneficiosos para la salud de la mujer, entre los cuáles se puede mencionar el control del dolor pélvico crónico y dismenorrea, reducción del flujo menstrual, disminución del riesgo de cáncer de ovario y endometrio, control del acné, entre otros.

Por muchos años los AO se han utilizado para el tratamiento de quistes funcionales de ovario, sin embargo no existe evidencia sólida que respalde esta

conducta. Sin embargo algunos estudios sugieren que los AO podrían tener un efecto preventivo más que terapéutico.

## RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o incapacidad del feto de alcanzar un crecimiento intrauterino óptimo en relación a su potencial genético, es una de las principales patologías que complica el curso normal del embarazo, se relaciona con importante morbi-mortalidad perinatal y la evidencia ha demostrado que su impacto puede expresarse con el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas incluso en la vida adulta.

La incidencia de restricción del crecimiento intrauterino y fetos pequeños para la edad gestacional se ha reportado entre el 4% y 15% de todos los embarazos.

Esta patología se considera una entidad multifactorial donde están involucrados aspectos fisiopatológicos fetales, placentarios y maternos, entre los que se destacan reducción de nutrientes y enfermedades cardiovasculares maternas, alteración del flujo placentario, infecciones congénitas, anomalías cromosómicas, entre otras.

Por otra parte, aspectos sociales maternos como como condición socioeconómica baja, malnutrición, consumo de drogas y alcohol se han relacionado también con fetos con peso bajo al nacer.

Por todo lo expuesto, el diagnóstico temprano de restricción del crecimiento intrauterino es fundamental en el intento de reducir la mortalidad y la morbilidad asociada a este problema.