



**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**BLOQUEO PERIDURAL TORÁCCICO Y RAQUIDEO LUMBAR  
PARA CIRUGÍA PLÁSTICA**

**Patricio Andrés Yánez García, Dr.**

**Trabajo de Titulación presentado como requisito para la  
obtención de título de Especialista en Anestesiología.**

**Quito, julio de 2014**

**UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

**Colegio de Postgrados**

**HOJA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION**

**Patricio Andrés Yáñez García, Dr.**

**Juan Francisco Fierro Renoy, Dr. -----**  
**Director del Programa de Postgrados en**  
**Especialidades Médicas**

**Mario Toscano Ortega, Dr. -----**  
**Jefe del Servicio de Anestesiología -----**  
**Director del Postgrado de Anestesiología**  
**USFQ**

**Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr . -----**  
**Decano del Colegio de Ciencias de la Salud**  
**USFQ**

**Víctor Viteri Breedy, Ph.D -----**  
**Decano del Colegio de Postgrados**

**Quito, julio de 2014**

## **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.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo de investigación en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

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

Nombre: Patricio Andrés Yáñez García, Dr.

C.I. : 170634896-6

Fecha: Quito, julio de 2014

## **UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO**

### **Colegio de Postgrados**

#### **A.- Publicaciones.-**

Pazmiño M, Yáñez P. Palacio D. Bloqueo peridural torácico y raquídeo lumbar para cirugía plástica. Cambios 2008;13:4-8

Yáñez P., García P. Aspectos legales de la transfusión de hemoderivados en el paciente crítico pediátrico hijo de padres Testigos de Jehová. A propósito de un caso mediáticamente relevante. Cambios 2014;32(In press).

#### **B.- Congresos.-**

Tema libre: Conceptos y Fundamentos de la Anestesia Total Intravenosa. 1er Curso de Actualización en Anestesia Balanceada. Octubre 6 y Diciembre 1ro, 2007. Quito- Ecuador.

Tema libre: Manejo de Vía Aérea Sangrante. Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres. Febrero 6 -11, 2012. H.C.A.M., Quito- Ecuador.

Tema libre: Atención Pediátrica Humanizada en Sala de Operaciones. El Niño en un Ambiente extraño. III Congreso Nacional de Actualización en Ginecología y Pediatría Clínica Avances 2012. Septiembre 6-15, 2012. H.C.A.M., Quito- Ecuador.

#### **C.- Posters.-**

Toscano M., Ibarra L., Pazmiño, M., Salgado C., Yáñez P. Clínica del Dolor Hospital Carlos Andrade Marín. I Congreso Ecuatoriano para el Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos. Presentación de Tema Libre. 20-22 de Septiembre 2006. Guayaquil – Ecuador.

**Dr. Patricio Yáñez G.**

**Trabajo de Titulación presentado como requisito para la obtención  
del título de Especialista en Anestesiología  
Quito, julio de 2014**

## A.- Publicaciones .-

### **Bloqueo Peridural Torácico y Raquídeo Lumbar para Cirugía plástica.**

Mario Pazmiño, Patricio Yáñez G., Diego Palacio Ludeña.  
Cambios 2008 ; Vol. VIII No.13: 4 - 8 | Enero – Junio 2008.

**Justificación:** El mercado de Cirugía plástica estética ambulatoria crece en nuestro medio, y la hospitalización de pacientes debido a un periodo postoperatorio doloroso, recuperación de la anestesia general, como de los posibles efectos adversos de la misma, aumentan la estancia hospitalaria y los costos globales de la atención. La Anestesia Neuroaxial combinada evita los efectos adversos asociados a la anestesia general, y permite una deambulación temprana. Razón por la cual las técnicas anestésicas regionales combinadas permiten reducir tanto costos, riesgos, y estancia hospitalaria. La intención fue describir como una técnica anestésica combinada conjunto con sedación, puede ser utilizada para la realización de procedimientos múltiples en Cirugía plástica de manera ambulatoria, y segura. Realizándose el bloqueo raquídeo inicial , seguido de la colocación del catéter Peridural, para garantizar la duración del bloqueo requerido y manejar la altura del bloqueo requerida para los procedimientos en Tórax.

**Resumen :** Se trata de una Descripción de una Serie de casos (14) de edades entre 21 y 45 años, Bajo clasificación ASA I, Sometidos a cirugías plásticas múltiples en un solo evento quirúrgico (Liposucción, Lipoinjerto y prótesis mamarias), que fueron realizadas bajo Anestesia Peridural continua torácica (Catéter peridural) combinada con bloqueo raquídeo y sedación transquirúrgica. Evaluándose las dosis administradas, tanto raquídeas como peridurales, tiempo de recuperación, y tiempo de alta de pacientes. La hipotensión controlada de los procedimientos combinados ayudó a disminuir la pérdida de sangre transquirúrgica.

## **Aspectos Legales de la Transfusión de Hemoderivados en el paciente crítico pediátrico hijo de padres testigos de Jehová. A Propósito de un caso mediáticamente relevante.**

Patricio Yáñez, Paulina García.  
Cambios (Publicación pendiente).

**Justificación:** En nuestro país la libertad de culto está contemplada en nuestra constitución, y los pacientes adultos deben aprobar todo procedimiento a realizarse, pero en el caso de los pacientes críticos pediátricos, son los padres quienes deben autorizar los procedimientos a realizarse. Por muchos años no se cuestionó la potestad de los padres en la toma de decisiones médicas de un menor, y muchos niños hijos de padres Testigos de Jehová han fallecido por la convicción de las creencias de sus padres. Este se ha convertido en un tema de vanguardia en jurisprudencia a nivel mundial. No existe una legislación concreta en el Ecuador sobre cómo se debe proceder en estas circunstancias, pero el caso de la Juez Arguello (Agosto 2013), abrió una ventana en defensa del derecho a la vida de los niños, aduciendo que el estado ecuatoriano debe velar por la vida de todos los niños y adolescentes, por sobre cualquier prerrogativa étnica, cultural y religiosa. El artículo tiene como finalidad divulgar en el gremio de médicos críticos el parangón que fue el caso, y las alternativas legales que se pueden tomar.

**Resumen :** El artículo es una revisión de caso, parte de la investigación de un caso reportado en el diario EL TELEGRAFO, en Agosto del año 2013, que fue categorizado como "icónico" en términos de Jurisprudencia, por la medida cautelar dictada por una Juez que autorizó al personal de salud a administrar una transfusión sanguínea a un neonato ingresado en cuidados intensivos del Hospital de Niños "Francisco Ycaza y Bustamante" de la Ciudad de Guayaquil. Además se realizó una revisión bibliográfica de las bases religiosas, bioéticas y legales que sustentan el caso. Y finalmente se describe el procedimiento legal vigente para manejo de dichos pacientes en caso de que un menor de edad hijo de padres Testigos de Jehová en estado crítico requiera transfusión de hemoderivados, y que estos nieguen el procedimiento aduciendo motivos religiosos. El Artículo contó con la colaboración de la DINAPEN, La Ex Juez Carmen Alicia Arguello, Defensoría del Pueblo, y Representante legal de los Testigos de Jehová del Ecuador.

## **B.- Presentaciones.-**

### **Conceptos y Fundamentos de la Anestesia Total Intravenosa.**

Patricio Yáñez.

1er Curso de Actualización en Anestesia Balanceada | Sábado 6 de Octubre 2007. Quito-Ecuador.

**Justificación.-** La anestesia intravenosa total iniciaba su auge alrededor del 2005 en el Ecuador, con la salida de nuevas y más baratas marcas de Propofol, al ser este más accesible, se abrió mercado para técnicas anestésicas (exentas de gases halogenados) que venían desarrollándose en Europa y en el cono sur (principalmente Chile). Las repetidas visitas de uno de los pioneros en América latina de la T.I.V.A. ( Dr. Pablo Sepúlveda) para cursos de actualización, despertó mi interés en el tema. Para esos días exponer sobre Anestesia intravenosa total era muy novedoso, y sus fundamentos farmacológicos son los temas más áridos, que a la vez sustentan la práctica de la T.I.V.A. ( TotalIntravenousanesthesia). Actualmente administro Anestesia Intravenosa Total a un 90% de mis pacientes adultos, y he participado en varios talleres sobre el tema.

**Resumen.-** Mediante la exposición de “Los fundamentos de la Anestesia Total Intravenosa” se describió el modelo farmacológico tricompartmental, Conceptos como Vida Media dependiente del contexto, órgano diana, distribución tricompartmental y el cómo funcionan las distintas constantes de intercambio entre compartimientos (Plasma, Músculo, Tejido adiposo). Todas estas variables importantes para la modelación farmacológica anestésica (Modelos Minto para Remifentanilo, Marsh y Schnider para Propofol), que nos permiten predecir y controlar el comportamiento de las concentraciones de fármacos de vida media corta, esenciales para la administración de la Anestesia Intravenosa Total.

## **Manejo de Vía Aérea Sangrante.**

Patricio Yáñez.

Congreso Nacional de Atención Prehospitalaria y Medicina de Emergencias y Desastres. | 6 –11  
Febrero 2012. H.C.A.M. , Quito- Ecuador.

**Justificación.-** La experiencia ganada en mi trabajo voluntario con Fundación Operación Sonrisa Ecuador y OperationSmile International, en el manejo anestésico de cirugía palatina, me permitió contemplar reintervenciones en los casos de sangrados postquirúrgicos de cirugía palatina (que es un ejemplo claro de vía aérea sangrante), escenario que, me siento orgulloso de haber manejado con éxito en más de una ocasión ya que se encuentra plenamente protocolizado. Encontré que compartir este tema era de particular importancia como aporte al Congreso de Emergencias y Desastres.

**Descripción.-** La vía aérea sangrante es una catástrofe potencial y uno de los escenarios más estresantes tanto para el paciente como para el personal de emergencia y sala de operaciones. Esta presentación estaba encaminada a impartir los detalles más importantes sobre el tema, pasando por una serie de clasificaciones, tomando en cuenta: edad, anatomía, tipo y volumen de sangrado, estado de consciencia y presencia de politrauma, se abordó el manejo en escenarios particulares describiendo protocolos de atención que contemplan desde tranquilizar al paciente, colocarlo en una posición segura para que no se ahogue, estabilizarlo hemodinámicamente, y evaluar la posibilidad y necesidad de intubar. Debido a la importancia de contar con experiencia y equipo necesario para un abordaje en el manejo de casos graves, se hizo un énfasis en el transporte y posición del paciente, hasta poder contar con personal y equipo entrenado en manejo de vía aérea. Finalmente se realizó una breve exposición de dispositivos para intubación endotraqueal de emergencia, bloqueo endobronquial, y un breve protocolo de intubación orotraqueal en vía aérea sangrante.

## **Atención Pediátrica Humanizada en Sala de Operaciones. El Niño en un Ambiente extraño.**

Patricio Yáñez.

III Congreso Nacional de Actualización en Ginecología y Pediatría Clínica Avances 2012. | 6-15 de Septiembre 2012. H.C.A.M. ,Quito- Ecuador.

**Justificación.-** En Nuestro medio, son muy pocas las instituciones hospitalarias (inclusive las pediátricas de cuarto nivel) que contemplan un manejo pediátrico quirúrgico organizado, y adaptado a las necesidades de los niños y sus padres, valorando la importancia de la reducción del estrés en la atención ambulatoria de cirugías electivas. Si un niño atraviesa una experiencia traumática durante una hospitalización, puede dejar secuelas psicológicas que perduren hasta la edad adulta, los niños no son adultos pequeños, y se requiere que el personal de salud a su cargo (En toda casa de salud donde se realicen procedimientos electivos pediátricos) conozcan sobre el tema. La Anestesia pediátrica siempre fue y seguirá siendo uno de mis temas favoritos, razón por la que escogí la especialidad, por la que realicé una rotación pediátrica en el exterior (Hospital “Calvo McKenna”, Santiago de Chile) y razón por la que trabajo de voluntario Anestesiólogo en *Operation Smile International*, desde hace 4 años.

**Descripción.-** Tomando en cuenta las perspectivas desde varios puntos de vista, ( Administrativo, Psicológico, Médico-clínico, Anestésico y humanitario) se incorporó bajo un solo tema al manejo pediátrico para cirugías electivas . “La Atención humanizada pediátrica en sala de operaciones”, que es un término acuñado por el expositor para englobar a las normas y procedimientos que permiten al niño y a sus familiares atravesar la experiencia de una hospitalización debida a una cirugía electiva de la manera menos traumática posible. La Programación Quirúrgica, Hora de cirugía, Ayuno, Un área de juego/espera prequirúrgica, El manejo del estrés prequirúrgico en niños (La premedicación y Los procedimientos conductuales como la Presencia de los padres en la inducción de la Anestesia), El manejo de dolor, y La recuperación anestésica, fueron detallados en cuanto a su importancia, recursos y planificación.

## C.- Posters.-

### **Clínica del Dolor Hospital Carlos Andrade Marín.**

Mario Toscano, Lorena Ibarra, Mario Pazmiño, M., Carlos Salgado, Patricio Yáñez.

I Congreso Ecuatoriano para el Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos. Presentación de Tema Libre. | 20-22 de Septiembre 2006. Guayaquil – Ecuador.

**Justificación.-** La Clínica del Dolor del H.C.A.M. no había presentado estadísticas de rendimiento hasta la fecha (2006), Los postgradistas nos habíamos comprometido a colaborar en la Clínica del dolor, tanto en la atención, como en la recopilación de la información. Mediante este poster se presentó un condensado de la información de la atención desde Enero hasta Julio del 2006, y se hizo partícipe a la Clínica del Dolor del H.C.A.M. en el Primer Congreso de Manejo de Dolor y Cuidados Paliativos del Ecuador.

**Resumen.-** La Clínica del Dolor del H.C.A.M. Es una Unidad que forma parte del Servicio de Anestesiología. Su objetivo es la atención , manejo y control de pacientes con Dolor crónico y agudo tanto en consulta externa, como a pacientes hospitalizados. Además La clínica del Dolor del H.C.A.M. Facilita bloquéos peridurales programados para manejo de dolor neuropático (Radiculopatías). El jefe de esta área (Dr. Mario Toscano) nos facilitó el acceso a la información de los pacientes atendidos en el primer año del cual se obtuvo un registro. En conjunto con otros compañeros postgradistas, se procesó la información y se la presentó en el Primer congreso Nacional de Tratamiento de Dolor y Cuidados Paliativos a manera de Poster con gráficas impreso en un tamaño de 160 cm x 100cm. Los gráficos, diseño, y formato fueron realizados por el Dr. Patricio Yáñez.

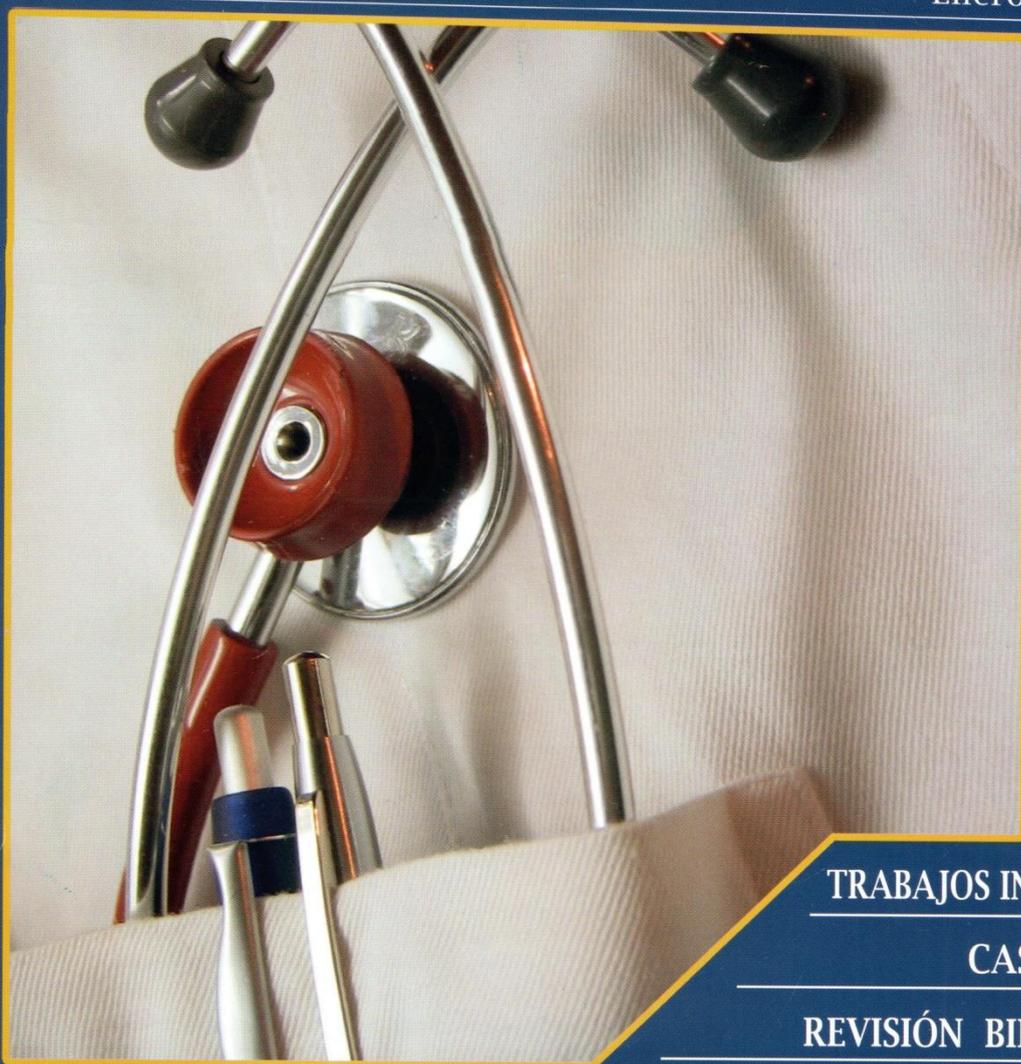
# CAMBIOS

ORGANO OFICIAL DE DIFUSION CIENTIFICA

Volumen VIII

No. 13

Enero-Junio 2008



TRABAJOS INVESTIGACIÓN ●

CASOS CLÍNICOS ●

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA ●

MÍSTICA DE SERVICIO ●



HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

## TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

### BLOQUEO COMBINADO PERIDURAL TORÁCICO Y RAQUÍDEO LUMBAR PARA CIRUGÍA PLÁSTICA

**Dr. Mario Pazmiño De La Torre**

Egresado de Postgrado de Anestesia USFQ

**Dr. Patricio Yáñez García**

Postgradista B4 de Anestesia USFQ

**Dr. Diego Palacio Ludeña**

Médico Tratante Hospital Fuerzas Armadas HGI

#### ● RESUMEN

#### ● OBJETIVO:

El bloqueo Peridural torácico constituye técnica de anestésica ambulatoria eficaz, que permite disminuir los costos y tiempo de recuperación mejora la satisfacción del paciente, también se beneficia el paciente hipotensión controlada, capaz de reducir el sangrado transoperatorio. El presente estudio retrospectivo serie de casos tiene por objetivo observar los resultados del bloqueo Peridural torácico y raquídeo asociado a sedación en cirugía plástica.

#### ● MÉTODO:

En este estudio se incluyó catorce pacientes, trece del sexo femenino y uno masculino con edades entre 21 y 45 años, encontraban en la Clasificación de estado físico de ASA I; sometidos a cirugías plásticas, se realizó liposucción, lipoinjerto y prótesis mamarias (procedimientos combinados). Después de punción Peridural torácica y colocación de catéter epidural, se realizó bloqueo raquídeo. Dosis subsecuentes de anestésico local fueron administradas a través de catéter cuando fueron necesarias para incrementar el nivel anestésico. Se administró sedación a todos los pacientes a base de midazolam, remifentanilo y Ketamina obteniendo Scores de Ramsay de 3. Fueron evaluadas las dosis epidurales administradas al igual que las raquídeas y el tiempo de recuperación y alta de pacientes.

#### ● RESULTADOS:

El nivel superior de bloqueo sensorial fue T2 en 3 pacientes (21,4%) y T4 en 11 (78,5%). La dosis media de bupivacaína

peridural torácica fue de 68,21 mg DS 6,96 (64,56 - 71,86) y la dosis media de bupivacaína raquídea lumbar fue de 17,14 mg DS 2,5 (15,79 - 18,49).

La media para el tiempo en recuperación y alta de paciente fue 230 minutos (195,25 - 264,75).

No fue necesaria transfusión sanguínea en ningún paciente.

#### ● CONCLUSIONES:

El bloqueo Peridural torácico y raquídeo lumbar combinado es una técnica segura, asociado a la sedación constituye método adecuado de anestesia el cual disminuye el tiempo de estancia postoperatoria en el centro de cirugía ambulatoria, la hipotensión disminuye el volumen de sangrado postoperatorio para cirugías plásticas combinadas.

● **PALABRAS CLAVE:** Anestésicos locales, Bupivacaína, Cirugía plástica, Liposucción, Peridural torácica.

#### ● INTRODUCCIÓN

En la actualidad existe una tendencia cada vez creciente, a realizar procedimientos ambulatorios los cuales el objetivo principal es la disminución de tiempo de recuperación y de costos hospitalarios, proporcionando a los pacientes beneficiarios de estos procedimientos, estándares adecuados de seguridad y calidad.

En cirugía plástica es necesaria una recuperación precoz con una movilización temprana de paciente para prevenir complicaciones derivadas de la inmovilidad prolongada, la cual

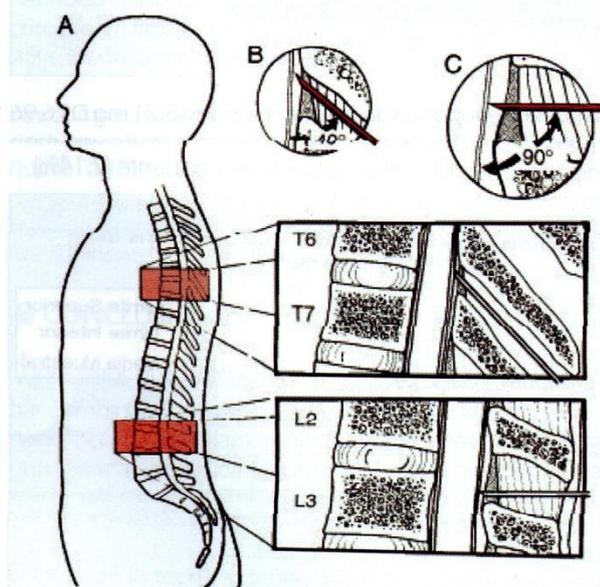
se obtienen mediante el uso de procedimientos anestésicos adecuados para el tipo de cirugía ambulatoria a realizarse.

El bloqueo peridural torácico implica una mayor dificultad técnica en la realización del mismo por que las apófisis espinosas tienen mayor angulación, se inserta la aguja más perpendicular a 40° de angulación con respecto al plano de la piel; además de un espacio epidural de menor tamaño 3 a 5 mm. Pero desde el punto de vista clínico los procedimientos peridurales torácicos no parecen ir asociados a una mayor incidencia de lesiones neurológicas, ya que los anestesiólogos que eligen esta vía de entrada suelen ser especialistas con mucha experiencia en anestesia peridural lumbar.

Debe administrarse 1,6 ml de la solución anestésica por cada segmento a bloquear, usualmente son 19 segmentos lo que se traduce a volúmenes grandes de solución anestésica.

La hipotensión es directamente proporcional al nivel de bloqueo simpático el cual produce dilatación de los vasos de capacitancia arteriales y venosos, lo que conduce a una disminución de la RVS y del retorno venoso (disminución de la precarga) si el bloqueo está sobre T4 interrumpe las fibras simpáticas cardíacas lo que conduce a bradicardia, disminución de GC y un descenso mayor de la presión arterial.

El paciente se beneficia de esta "hipotensión controlada", la cual disminuye la cantidad de hemorragia transoperatoria mediante el mantenimiento de una presión arterial media de 50 mmHg, el cual se logra con el bloqueo simpático.



© Elsevier Science 2005

Imagen Nº 1

La bupivacaína es un anestésico local tipo amida de acción prolongada el cual es uno de los más utilizados, proveyendo una gran seguridad para el paciente. La bupivacaína se sintetiza en forma de dos isómeros dextrógiro R (+) y levógiro L (-), es comercializada en forma racémica con una composición de 50% de cada una, desde el año de 1972 se evidenció la menor cardiotoxicidad de el isómero levógiro L (-) comercializada como levobupivacaína cuya dosis tóxica sería 1,6 veces mayor que la racémica.

La dosis máxima de bupivacaína al 0,5% que se debe administrar a un paciente de 70 kg es de 225 mg por vía epidural o una dosis de 3 mg/kg, y por vía raquídea es de 20 mg.

Los efectos indeseables son cardiotoxicidad y toxicidad en el SNC. La toxicidad se observa en concentraciones plasmáticas de 1,5 µg/ml, la cardiotoxicidad aparece previa a la toxicidad del SNC incluso en concentraciones tóxicas subconvulsivas, produciendo arritmias ventriculares, con prolongación de intervalo PR y estrechamiento de QRS, la probabilidad de toxicidad cardiovascular se incrementa con hipoxia y acidosis.

Los pacientes que recibieron anestesia ambulatoria o extra-hospitalarios los criterios de alta incluyen; deben estar alerta sin efecto residual de ningún sedante, sin dolor, sin náuseas ni vómitos y con la capacidad de caminar para salir lo más normal posible de la unidad, se espera que tengan adecuada tolerancia oral a líquidos y diuresis espontánea; aun así la tasa de reingresos imprevistos es de 1%, las causas más frecuentes son náuseas y vómitos, dolor y sangrado del área intervenida.

Las ventajas de la anestesia regional en la cirugía extrahospitalaria son mejor control del dolor sin uso de altas dosis de opioides, disminución notable de náusea y vómito postoperatoria, acortamiento del tiempo de retorno al hogar, pocas complicaciones y gran satisfacción del paciente.

#### ● MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo una serie de casos en pacientes ambulatorios sometidos a liposucción, lipoinjerto y prótesis mamarias (procedimientos combinados) desde Noviembre de 2007 a Mayo de 2008.

En este estudio se incluyó catorce pacientes, trece del sexo femenino y uno masculino con edades entre 21 y 45 años, que se encontraban en la Clasificación de estado físico de ASA I; los que aceptaron voluntariamente el procedimiento y fueron pacientes ambulatorios que el mismo día retornaron a sus hogares.

Los datos fueron obtenidos de las hojas de anestesia e historia clínica que son parte de archivo del Centro de Cirugía Ambulatoria.

## BLOQUEO COMBINADO EPIDURAL TORÁCICO Y RAQUÍDEO LUMBAR PARA CIRUGÍA PLÁSTICA

No se administro ninguna medicación preoperatoria a los pacientes que fueron sometidos a este procedimiento anestésico.

Luego de canalización de vía venosa periférica calibre N 18 en miembro superior izquierdo y administración de bolo de 500 ml de Lactato de Ringer, además de una adecuada monitorización (FC, EKG, Oximetría, TA).

Con el paciente en posición de sedestación se localiza el espacio intervertebral torácico y lumbar; se cumplió con normas de asepsia y antisepsia adecuadas previas a la realización del procedimiento anestésico.

El bloqueo peridural torácico se logro con la técnica de pérdida de la resistencia con aguja epidural Tuohy N 18 se introdujo catéter epidural con técnica seca, luego se realizo bloqueo raquídeo con aguja espinal Quincke N 27 a nivel lumbar.

Los pacientes recibieron solución de bupivacaina a 0,5% y fentanilo en espacio epidural, además de bloqueo raquídeo con bupivacaina hiperbárica al 0,5% y fentanilo; dosis subsiguientes de anestésico local fueron administradas a través de catéter epidural cuando fueron necesarias para incrementar el nivel anestésico.

Luego de instaurado el bloqueo anestésico se administro sedación a todos los pacientes a base de midazolam, remifentanilo y ketamina obteniendo Scores de Ramsay de 3. Durante todo el procedimiento fue administrado rutinariamente oxígeno por cánula nasal a 2 lts por min.

El área quirúrgica fue infiltrada mediante Solución de Klein preparada con SS 0.9% 960 ml adicionada lidocaína al 2% sin epinefrina 600 mg, Bicarbonato de Sodio 18 mEq y Epinefrina 1,5 mg; se tomo en consideración que aproximadamente el 80% del volumen infiltrado se reabsorbe al momento de calcular la administración de líquidos intravenosos transoperatorios.

Fueron evaluadas las dosis epidurales administradas al igual que las raquídeas y el tiempo de recuperación y alta de pacientes.

El tiempo de alta fue calculado desde fin de cirugía hasta el momento de alta de paciente tomando en cuenta que debe haber completa recuperación del bloqueo neuroaxial, valoración de Bromage de Cero; el paciente debe ser capaz de valerse por si mismo, tener adecuada tolerancia a líquidos claros y micción espontánea.

### ● RESULTADOS

En este estudio se incluyo catorce pacientes, trece del sexo femenino y uno masculino, la edad promedio fue de 27,2 años

con variación desde 21 a 45 años, los cuales ninguno tuvo enfermedades concomitantes (Clasificación de estado físico de ASA I), ni tomaba ninguna medicación preoperatoria.

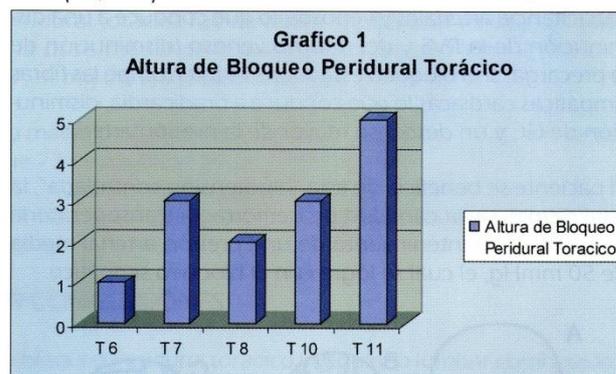
La altura media de los pacientes fue de 1,61 mts (IC 1,58 a 1,63) con un peso promedio 58,64 (IC 54,65 a 62,63).

Tabla N 1 Datos Demográficos

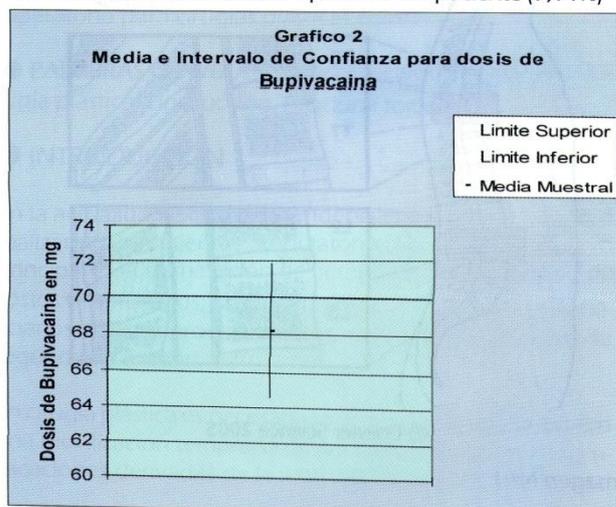
Edad (años)	27,21 ± 3,72 (23,49 - 30,94)
Peso (Kg)	58,64 ± 3,99 (54,65 - 62,63)
Altura (mts)	1,61 ± 0,028 (1,58 - 1,63)

\*Valores Expresados en Medias e IC

El sitio de punción peridural torácico T6 en 1 (7,14%), T 7 en 3 (21,43%), T 8 en 2 (14,29%), T 10 en 3 (21,43%), T 11 en 5 (35,71%)



Dosis media de bupivacaina peridural fue de 68,21 mg DS 6,96 (IC 64,56 a 71,86), fue necesaria la administración de una dosis adicional a través del catéter epidural en 1 paciente (7,14%)

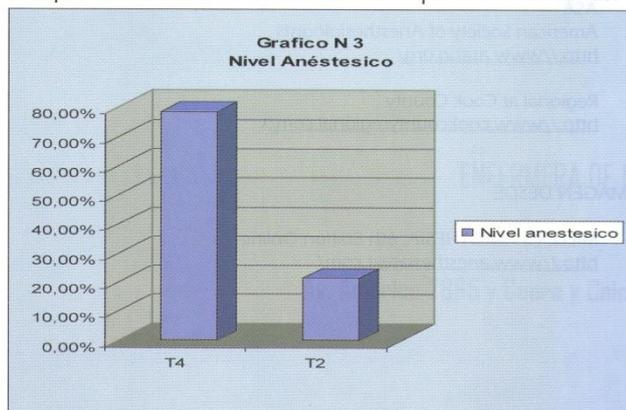


## REVISTA CAM-BIOS VOLUMEN VIII - 13

Dosis media fentanilo peridural fue de 75 µg DS 42,74 (IC 52,6 a 97,39) que fue adicionada a la solución de bupivacaína epidural al momento de administrar la dosis inicial.

Dosis media de Bupivacaína hiperbárica al 0,5% por vía raquídea fue de 17,14 mg DS 2,5 (IC 15,79 a 18,49).

Nivel anestésico alcanzó a nivel T 4 en 11 pacientes (78,57%) y a nivel T2 en 3 pacientes (21,42%), en los pacientes que se sometieron a colocación de prótesis mamarias.



Tiempo promedio de alta fue de 230 min. DS 66,33 (IC 195,25 a 264,74) los cuales recuperaron movilidad con una puntuación de Bromage de cero, además de buena tolerancia a líquidos y diuresis espontánea.

No hubo reingresos por ninguna causa, los principales descritos en la literatura son dolor, náusea y vómito, sangrado del sitio de la incisión quirúrgica.

Las complicaciones fueron una paciente presentó hipotensión durante la realización del bloqueo peridural la cual requirió administración de líquidos y vasopresores, otra paciente fue imposible la colocación de catéter epidural sin repercusión en el procedimiento ya que el nivel anestésico fue suficiente para realizar el procedimiento.

### CONCLUSIONES

Concluimos que el bloqueo epidural torácico y raquídeo lumbar combinado utilizando bupivacaína al 0,5%, asociada a sedación con midazolam, remifentanilo y ketamina, constituye una técnica anestésica segura y de calidad que permite la realización de cirugías plásticas combinadas en varias zonas corporales, que incluyen mamas, abdomen, glúteos y lipoaspiración.

El éxito de la técnica depende de las habilidades del anestesiólogo en la realización del procedimiento como en la capacidad para manejar los efectos del bloqueo sobre parámetros hemodinámicos y respiratorios, asegurados

todos los factores se puede brindar a los pacientes adecuados resultados y seguridad en cirugía ambulatoria.

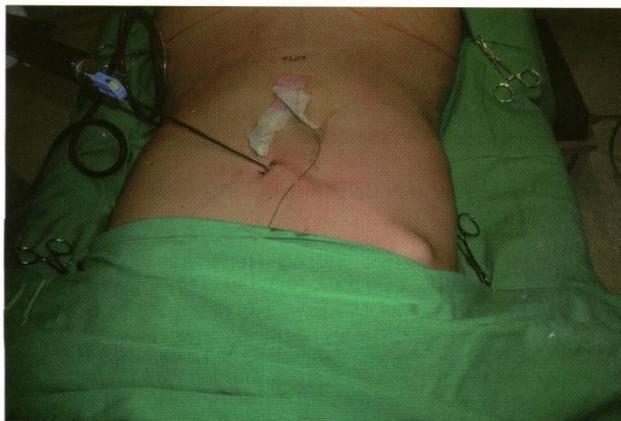
El anestésico local elegido, la bupivacaína se encontró dentro de parámetros de seguridad muy inferiores a dosis tóxicas, no se llegó a dosis que produzcan cardiotoxicidad que es la complicación más temida y toxicidad de SNC expresada principalmente por convulsiones.

El bloqueo Peridural torácico y raquídeo lumbar es una técnica anestésica, la cual disminuyó el tiempo de estancia postoperatoria en el centro de cirugía ambulatoria, la hipotensión disminuyó el volumen de sangrado postoperatorio para cirugías plásticas combinadas por lo cual no fue requerida transfusión sanguínea.

### FOTOGRAFIAS



**Foto N° 1**  
Bloqueo Raquídeo Lumbar y Catéter epidural Torácico (colocado).



**Foto N° 2**  
Paciente de cubito prono con punta de Vibroliposuctor a nivel de T3

## BLOQUEO COMBINADO EPIDURAL TORÁCICO Y RAQUÍDEO LUMBAR PARA CIRUGÍA PLÁSTICA

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Miller RD.: Anestésias Raquídea, epidural y caudal. Anestesia Miller. 2005; 6ta. Edición. Cap 43, Páginas 1653 - 1683.
2. Mulroy MF., McDonald SB.: Anestesia Regional en Cirugía Extrahospitalaria. Clínicas de anestesiología de Norteamérica 2003; 21: 281-295.
3. Guzman E., Guzman R.: Anestesia general para Cirugía Plástica. Anestesia Ambulatoria. 2003; 2da Edición. Páginas 145-154
4. McGraffth B., Chung F.: Recuperación postoperatoria y alta. Clínicas de anestesiología de Norteamérica 2003; 21: 359-378.
5. Hughes CE. Reduction of liposuction risks and mortality: an ASAPS Survey. *Aesthetic Surg J.* 2001; 21(2): 120-127.
6. Sperhake D., Otto K., Correia JC.: Peridural Torácica Alta Associada ou não à Peridural Torácica Baixa em Pacientes Ambulatoriais: Implicações. *Clínicas Rev Bras Anesthesiol* 2004; 54:4: 479-490
7. Nociti JR., Mateus PS., Barbin E. Gonzalez R.: Ropivacaina em bloqueio peridural torácico para cirurgia plástica. *Rev Bras Anesthesiol* 2002; 52: 2: 156-165
8. Udelsmann A., Rodolfo de Sá SE., Ubaid S., Silva WA., de Moraes AC.: Efeitos hemodinâmicos da intoxicação aguda com bupivacaina e a mistura enantiomérica - Estudo experimental em suínos. *Rev Assoc Med Bras* 2007; 53(6): 502-505
9. Mather L, Copeland S, Ladd L. Acute toxicity of local anesthetics: underlying pharmacokinetics and pharmacodynamics concepts (A review article). *Reg Anesth Pain Med* 2005; 30: 553-566
10. Klein JA.: Tumescer Technique for Local Anaesthesia Improves Safety in Large Volume Liposuction. *Plast Reconstr Surg* 1993; 92:1085-1098. (Abstract)
11. Vaca Escobar B., Guerra Navarrete D., Manzano Manzano R.: Cambios respiratorios post-abdominoplastia. *Cir. plást. Iberolatinoam* 2007; 33(1): 69-72.
12. Ramírez Guerrero JA.: Liposucción. Consideraciones anestésicas y perioperatorias. *Rev Mex Anest* 2007; 30 (4)
13. Korttila K.: Recovery from outpatient anesthesia. Factors affecting outcome. *Anesthesia* 1995; 50: 22 - 28 (Abstract)
14. Awad IT., Chung F.: Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Canadian Journal of Anesthesia* 2006; 53: 858 - 872
15. Shnaider I., Chung F.: Outcomes in day surgery. *Curr Opin Anesthesiol* 2006.19(6):622-629
16. Rawal N.: Postoperative pain relief using regional anaesthesia. *Current Anaesthesia & Critical Care* 2007; 18(3):140 - 148
17. Wu CL., Naqibuddin M., Fleisher LA.: Measurement of patient satisfaction as an outcome of regional anesthesia and analgesia: A systematic review. *Reg Anesth Pain Med* 2001; 26:196-208
18. Williams BA.: Potential Economic Benefits of Regional Anesthesia for Acute Pain Management: The Need to Study Both Inputs and Outcomes. *Reg Anesth Pain Med* 2006; 31 (2): 95 - 99

### PAGINAS ELECTRÓNICAS RECOMENDADAS

- SAMBA  
Society for Ambulatory Anesthesia  
<http://www.sambahq.org/>
- ASRA  
American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine  
<http://www.asra.com/>
- ASA  
American Society of Anesthesiologists  
<http://www.asahq.org/>
- Regional at Cook County  
<http://www.cookcountyregional.com/>

### IMÁGEN DESDE

- MILLER'S ANESTHESIA, 6th Edition Online  
<http://www.anesthesiatext.com/>



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL  
HOSPITAL "CARLOS ANDRADE MARIN"

DM. Quito, junio 11 de 2014  
111011241-365

LA DIRECCIÓN TÉCNICA DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA DEL  
HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN

CERTIFICA

Que el artículo titulado **ASPECTOS LEFALES DE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN EL PACIENTE CRÍTICO PEDIÁTRICO HIJO DE PADRES TESTIGOS DE JEHOVÁ. A PROPÓSITO DE UN CASO MEDIÁTICAMENTE RELEVANTE**, cuyo autor es el doctor Patricio Yáñez García, Egresado del Postgrado de Anestesiología, Universidad San Francisco de Quito, ha sido aceptado para su publicación en la Revista CAMBIOS, volumen XIII número 23, julio- diciembre 2013.

Atentamente,

Dr. Andrés Calle Miñaca  
DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA



Elaborado por:	Lic. Dolores Reyes C.	<i>DR</i>
Revisa/ aprueba:	Dr. Andrés Calle M.	<i>AC</i>
Fecha:	2014-6-11	



Av. 18 de Septiembre S/N y Ayacucho Teléf. 2944200/300  
Quito - Ecuador

**Renovar para actuar,  
actuar para servir**

## **PEDIÁTRICO HIJO DE PADRES TESTIGOS DE JEHOVÁ. A PROPÓSITO DE UN CASO MEDIÁTICAMENTE RELEVANTE.**

Dr. Patricio Yáñez G.<sup>(1)</sup>, Dra. Paulina García<sup>(2)</sup>

1. Egresado del Postgrado Anestesiología U.S.F.Q.

Médico tratante fundación operación sonrisa ecuador.

2. Docente de Cátedra de Bioética de la Universidad Internacional del Ecuador.

Médico tratante de Medicina Interna del Hospital Vozandes Quito.

Dirección de Correspondencia: Dr. Patricio Yáñez  
patricioyanezg@hotmail.com

### **RESUMEN**

En el mes de Agosto del año 2013, se dio lugar un caso en la ciudad de Guayaquil, que llamó la atención a los medios de comunicación. Una Juez, dictaminó una orden Judicial (medida cautelar) para la administración de sangre a un neonato ingresado en Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, que requería transfusión sanguínea urgente, y que era hijo de padres que negaban la transfusión al menor de edad aduciendo motivos religiosos. Este artículo tiene como objetivos verificar fuentes sobre el caso y realizar una revisión bibliográfica sobre los fundamentos religiosos, bioéticos y legales que sustenten el evento. Para el desarrollo del mismo se realizó entrevistas tanto a la Juez involucrada, como al procurador Jurídico de la Congregación de los Testigos de Jehová del Ecuador, al Asesor Jurídico de la Jefatura de la DINAPEN (Dirección Nacional de la Policía especializada en Niños, Niñas y Adolescentes), y al Director Nacional Tutelar de la Defensoría del Pueblo del Ecuador. Este reporte de caso, además, cuenta con una revisión actualizada del tema con el fin de esclarecer las condiciones en las que se debe recurrir a instancias judiciales ante la negativa de los padres de transfusión a menores de edad en condiciones críticas.

Palabras Clave.- Testigo de Jehová, Transfusión, Constitución del Ecuador, Código de la Niñez y Adolescencia, Medida cautelar.

### **SUMMARY**

In August 2013, a particular medical case grabbed the attention of the Media in the city of Guayaquil. A known Judge granted a Judicial order (interim measure) for the administration of a blood transfusion to a newborn child who was an inpatient in a Newborn Intensive Care Unit and needed the treatment urgently. The parents of the Child denied the blood transfusion due to their religious beliefs.

The objectives of the present article are to share the interviews of the sources of the case and confirm the event. In addition, a review of the Religious, bioethical and legal issues behind the event, has been portrayed. Interviews to the Judge involved, the Jehova's Witness of Ecuador Attorney, the Legal Adviser of DINAPEN (Police Specialized in Children National Management Office ), and the National tutelary Attorney of the Public Defense Office of Ecuador were performed. Furthermore, the article will set the procedure in

which legal action shall be sought for the administration of blood transfusions in critical situations when parents deny a blood transfusion in children.

Key words.- Jehova's Witness, Transfusion, Ecuador's Constitution, Children and adolescent Code of Conduct of Ecuador, Interim measure.

## REPORTE DE CASO

Un caso mediáticamente relevante.-El 15 de Agosto del 2013, el diario El Telégrafo (Gráfica 1.), publicó un artículo refiriéndose a un caso que se suscitó en la ciudad de Guayaquil. Se trata de un paciente neonato ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital del Niño "Francisco de Ycaza y Bustamante" de Guayaquil, de dos semanas de vida, con un diagnóstico de Atresia esofágica tipo III. Aparentemente, la madre (de 17 años), y sus abuelos, se negaban a que el niño recibiera una transfusión sanguínea por motivos religiosos, la cual era necesaria para la cirugía. El artículo afirmaba que los familiares pertenecían a la congregación de los Testigos de Jehová (Lo cual fue negado por la misma congregación a través de su procurador jurídico). El personal de salud de la unidad se comunicó con la DINAPEN (Dirección Nacional de la Policía Especializada para Niñas, Niños y Adolescentes) que a través de un Fiscal, solicitó a la Juez Carmen Alicia Arguello, quien dictó una Orden Judicial (medida cautelar), que autorizaba a los médicos a realizar el procedimiento. El paciente fue transfundido, e intervenido quirúrgicamente con éxito. El caso fue descrito como un precedente legal para futuros casos similares. La verdad es que es un caso que recibió atención de los medios de comunicación, pero es icónico desde el punto de vista mediático y no de jurisprudencia, ya que según la defensoría del pueblo del Guayas, varios casos ya han sido manejados de manera similar, sustentados en argumentos legales que están vigentes desde hace muchos años.



Gráfica 1.

## INTRDUCCION

Hasta hace poco tiempo en nuestro país, el comportamiento médico frente a un paciente crítico pediátrico hijo de padres Testigos de Jehová, fue motivo de muchas discusiones sobre bioética y jurisprudencia, en torno a transfusión de hemoderivados. La falta de conocimiento sobre aspectos legales en cuanto al manejo de dichos pacientes, ha dado a lugar a varios casos en los que se han perdido vidas de infantes bajo la defensa del principio bioético de Autonomía, el cuál descansa sobre los padres del niño, y que, al presentar un consentimiento informado, niegan la administración de hemoderivados en circunstancias críticas.

En nuestro país el tema no ha sido legislado en detalle, y no hay directrices legales concretas, razón por la que el tema se presta a mucha especulación.

Debemos aclarar que el presente artículo está destinado al manejo de pacientes pediátricos críticos, en donde la transfusión de hemoderivados es una necesidad imperativa. En el caso de que un paciente pediátrico hijo de padres Testigos de Jehová, requiera una transfusión sanguínea para una cirugía programada (electiva) debido al alto riesgo de sangrado, existen muchos protocolos, que deben ponerse en marcha previos al procedimiento quirúrgico electivo (Autotransfusión autóloga, uso de eritropoyetina, hipotensión controlada, coadyuvantes farmacológicos hemostáticos, y Sistemas de recuperación de sangre perdida transquirúrgica), además de contar con grupos de apoyo como Los *Comités de Enlace de los hospitales* (que facilitan la transferencia a hospitales donde se cuente con los recursos humanos y de infraestructura para el manejo de estos pacientes).

En el caso de los pacientes CRITICOS pediátricos muchos de estos procedimientos no se pueden aplicar, debido la imperiosa necesidad de transfundir y la falta de tiempo para acceder a la infraestructura y recursos en los protocolos antes mencionados, además estos pueden poner en mayor riesgo la vida del paciente e incluso están contraindicados, también cabe recalcar que la efectividad y la rentabilidad de estos procedimientos todavía es cuestionada.

Es por eso que es importante compartir con los especialistas que trabajan en Medicina crítica pediátrica sobre los aspectos legales actuales y vigentes en el caso particular de estos pacientes.

Sobre los niños, sus padres y la religión.-

Desde el punto de vista de ciencias cognitivas no se puede hacer la afirmación que un infante es parte de una congregación religiosa, o que puede ser caracterizado bajo el calificativo de una determinada religión, ya que hasta que éste no tenga la edad, y/o capacidad cognitiva de decidir por sí mismo sobre el tema, éste no podrá categorizarse bajo ninguna denominación religiosa. Esta es la razón por la que no se debe hablar de *niños Católicos, niños Musulmanes, o niños Testigos de Jehová*, y deben ser más bien descritos como: *Niños hijos de padres Católicos, Niños hijos de padres Musulmanes, y Niños hijos de padres Testigos de Jehová*, etc.

Fundamentos Religiosos, Bioéticos y Legales.

**Fundamentos Religiosos.-** Si bien la congregación de los Testigos de Jehová del Ecuador ha aclarado que en el caso de la Juez Arguello no se trataba de un paciente de esta congregación, se reconoce que los padres del paciente negaron la posibilidad de transfusión sanguínea por motivos religiosos. Ahora bien, solo esta congregación es conocida por negarse bajo mandato bíblico a las transfusiones sanguíneas.

El rechazo a las transfusiones sanguíneas se incorpora al cuerpo doctrinal de los Testigos de Jehová en 1945, bajo la presidencia de Nathan Knorr un conocido patriarca de la congregación (La prohibición fue publicada en “La Atalaya” el 1º de julio de 1945).

Actualmente los Testigos de Jehová defienden su doctrina del rechazo a la sangre siguiendo una triple vertiente: la puramente religiosa, la ético-jurídica (basada en el principio bioético de autonomía) y la “científica” (basada en los prejuicios, y efectos adversos e indeseables de la transfusión de hemoderivados y en la validez de alternativas terapéuticas a la transfusión). El presente artículo está destinado a la discusión de la vertiente ético-jurídica.

El origen de la prohibición se encuentra en la Biblia y se basa en diversos pasajes de: Génesis, Levítico, Deuteronomio ( antiguo testamento) y Hechos de los Apóstoles ( nuevo testamento) :

Genesis 9,3-4. ” 3 -Todo animal moviente que está vivo puede servirles de alimento. Como en el caso de la vegetación verde, de veras lo doy todo a ustedes. 4 - Solo carne con su alma, su sangre, no deben comer.”

Levítico 17:10 ” 10 - En cuanto a cualquier hombre de la casa de Israel o algún residente forastero que esté residiendo como forastero en medio de ustedes, que coma cualquier clase de sangre, ciertamente fijaré mi rostro contra el alma, que esté comiendo la sangre, y verdaderamente la cortaré de entre su pueblo.”

Levítico 17: 13-14 “ 13- En cuanto a cualquier hombre de los hijos de Israel o algún residente forastero que esté residiendo como forastero en medio de ustedes que al cazar prenda una bestia salvaje o un ave que pueda comerse, en tal caso tiene que derramar la sangre de esta y cubrirla con polvo. 14 - Porque el alma de toda clase de carne es su sangre en virtud del alma en ella. En consecuencia dije yo a los hijos de Israel: “No deben comer la sangre de ninguna clase de carne, porque el alma de toda clase de carne es su sangre. Cualquiera que la coma será cortado”.”

Deuteronomio 12: 23 “23 - Simplemente queda firmemente resuelto a no comer la sangre, porque la sangre es el alma y no debes comer el alma con la carne.”

Hechos 15:28-29“28 - Porque al espíritu santo y a nosotros mismos nos ha parecido bien no añadirles ninguna otra carga, salvo estas cosas necesarias: 29 - que sigan absteniéndose de cosas sacrificadas a ídolos, y de sangre, y de cosas estranguladas, y de fornicación. Si se guardan cuidadosamente de estas cosas, prosperarán. ¡Buena salud a ustedes!”.”

**Bases Bioéticas.-** Ya son más de 30 años de la presentación de los mundialmente aceptados Principios de Bioética de Beauchamp y Childress (Beneficencia, No maleficencia, Autonomía y Justicia), de estos, El *principio de Autonomía* es sin lugar a duda el punto de partida para el presente tema.

El principio de Autonomía exige el respeto a la capacidad de decisión de las personas, y el derecho a que se respete su voluntad, en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas. En términos de Investigación médica, este principio es una aplicación clínica del término "Respeto por las personas", expuesto por el Informe Belmont (1979) para la Investigación en seres humanos y concuerda con La *Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos* (UNESCO 2005). La aplicación de este principio fomenta una relación médico paciente respetuosa exaltando y promoviendo la relevancia de las libertades del paciente, haciéndole partícipe en las deliberaciones y decisiones del médico. En la práctica, este principio es validado y expresado a través del *Consentimiento informado*.

Existe un consenso en exigir cuatro condiciones intelectuales para que una persona sea considerada autónoma:

- Capacidad de comprender la información relevante.
- Capacidad para comprender las consecuencias de cada decisión.
- Capacidad para elaborar razonamientos a partir de la información que se le transmite y de su escala de valores.
- Capacidad para comunicar la decisión que haya tomado.

A esas cuatro condiciones hay que añadir una circunstancia externa: la ausencia de coacción (Coerción).

Según ello, existen grupos de pacientes en los que es más difícil aplicar el principio de autonomía, como es el caso de los psiquiátricos, recién nacidos e infantes, deficientes mentales severos, y pacientes en coma que no hayan expresado directrices anticipadas. En estos casos los familiares se consideran depositarios de la autonomía. En el caso de pacientes en coma, o con demencia, habrá que tener en cuenta si existe un documento de voluntades anticipadas. Si no fuera así, también en este caso los familiares serían depositarios de la autonomía.

Respecto a los niños, su capacidad de autonomía va apareciendo de forma gradual. La madurez de su intelecto dependerá de la edad, de su habilidad cognitiva y de su carácter emocional.

Ahora bien, Los principios de bioética son directrices filosóficas de moralidad socialmente aceptadas, pero se debe tener en cuenta que, de ninguna manera estas están por encima de la ley.

**Bases Legales.-** La Constitución de la República de Ecuador.- En su *Sección Quinta*, destinada a *Niñas, niños y adolescentes* (que cuenta con 3 artículos), dice:

Art. 44.- El estado, la sociedad y la familia promoverán de forma prioritaria el desarrollo integral de las niñas, niños y adolescentes, y asegurarán el ejercicio pleno de sus derechos, se atenderá al principio de su interés superior y *sus derechos prevalecerán sobre los de las demás personas*.

Art. 45.- Las niñas, niños y adolescentes gozarán de los derechos comunes del ser humano además de los específicos de su edad, El Estado *reconocerá y garantizará la vida*, incluido el cuidado y protección desde la concepción.

Código de la Niñez y la adolescencia.- En el Título II, sobre Principios fundamentales dice:

Art. 11.- El interés superior del niño.-

El interés superior del niño es un principio que está orientado a satisfacer el ejercicio efectivo del conjunto de los derechos de los niños, niñas y adolescentes; e impone a todas las autoridades administrativas y judiciales y a las instituciones públicas y privadas, el deber de ajustar sus decisiones y acciones para su cumplimiento.

Para apreciar el interés superior se considerará la necesidad de mantener un justo equilibrio entre los derechos y deberes de niños, niñas y adolescentes, en la forma que mejor convenga a la realización de sus derechos y garantías.

Este principio prevalece sobre el principio de diversidad étnica y cultural. El interés superior del niño es un principio de interpretación de la presente Ley. Nadie podrá invocarlo contra norma expresa y sin escuchar previamente la opinión del niño, niña o adolescente involucrado, que esté en condiciones de expresarla.

Art. 12.- Prioridad absoluta.-

En la formulación y ejecución de las políticas públicas y en la provisión de recursos, debe asignarse prioridad absoluta a la niñez y adolescencia, a las que se asegurará, además, el acceso preferente a los servicios públicos y a cualquier clase de atención que requieran.

Se dará prioridad especial a la atención de niños y niñas menores de seis años.

En caso de conflicto, los derechos de los niños, niñas y adolescentes prevalecen sobre los derechos de los demás.

Y en el Capítulo II.- Derechos de supervivencia

Art. 20.- Derecho a la vida.-

Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la vida desde su concepción. Es obligación del Estado, la sociedad y la familia asegurar por todos los medios a su alcance, su supervivencia y desarrollo.

Se prohíben los experimentos y manipulaciones médicas y genéticas desde la fecundación del óvulo hasta el nacimiento de niños, niñas y adolescentes; y la utilización de cualquier técnica o práctica que ponga en peligro su vida o afecte su integridad o desarrollo integral.

**Interpretación de la ley y jerarquía de jurisprudencia.**-El término *Patria potestad* es definida como la obligación legal del estado de proteger los intereses de los pacientes incompetentes. También es un argumento legal utilizado en defensa de la transfusión sanguínea de pacientes críticos menores de edad, pero no ha sido utilizado debido a la relevancia de la constitución en estos casos. En nuestro país contamos con un sistema de justicia constitucional en donde hay una jerarquía de jurisprudencia, La pirámide de Kelsen. En esta jerarquía de jurisprudencia prevalece la Constitución de la República (supremacía de la constitución), luego los tratados internacionales, luego Códigos y leyes

orgánicas, luego Ordenanzas distritales, luego decretos presidenciales, y luego acuerdos ministeriales (Gráfica 2). Por ejemplo: Ninguna ley en el código orgánico puede tener mayor validez que la Constitución de la República.

En el caso del Código de la Niñez, esta, está categorizada como una ley orgánica, el segundo escalón en importancia de la pirámide de Kelsen. Por lo que en el Ecuador tanto la constitución (carta magna) como el código de la niñez (ley orgánica) salvaguardan el derecho y protección de la vida de los menores de edad por sobre cualquier ideología cultural o religiosa.



Grafica 2.

## DISCUSION

En el caso mencionado, La juez Carmen Alicia Arguello, reconoció los artículos 44 y 45 de la constitución Ecuatoriana, y los artículos 11 y 12 del título II, y el artículo 20 del capítulo II del Código de la Niñez del Ecuador, y tomando estas como sustento legal, emitió una medida cautelar, para que se vele por la vida del menor de edad ordenando la necesaria transfusión.

Cabe recalcar, que ambas leyes están vigentes desde hace varios años pero no es frecuente que se utilicen como fundamento legal aplicado en casos como este. O sea ya está vigente, pero no se había aplicado o ejercido en estos casos. En la actualidad la DINAPEN en Quito ha tramitado en más de tres ocasiones casos parecidos en el Hospital de Niños “Baca Ortiz” de la capital, que no han sido conocidos por los medios.

En principio, el interés superior de la salud y la vida de un niño o adolescente, debe ser garantizado por el estado. Sin desmerecer la libertad de culto que también está vigente en la constitución del Ecuador, y con el respeto que la misma se merece, debemos reconocer la importancia de ponderar el derecho a la vida de un infante por sobre los designios religiosos de los padres.

La ponderación del derecho a la vida está muy clara en nuestra legislación, pero debido a que no existe una norma específica o legislación explícita de aplicación directa, este tema debe ser manejado bajo interpretación de la ley, razón por la que fue por muchos años un tema muy polémico.

## CONCLUSION

Todo niño o adolescente (menores a 18 años) en estado crítico que requieran transfusión urgente de hemoderivados, debe recibir dicho tratamiento. Los médicos están en la obligación constitucional de realizarla. Si los padres no autorizan la transfusión por CUALQUIER motivo, es RECOMENDABLE comunicar a la DINAPEN y/o a la Defensoría del Pueblo para que a través de un fiscal, y/o un Juez autorice una orden judicial (medida cautelar), pero ésta no es necesaria para realizar la transfusión de hemoderivados.

De ninguna manera queremos vulnerar las libertades de la congregación de los Testigos de Jehová del Ecuador, que de hecho, facilitaron información colaborando para la realización del presente artículo, la función de éste es presentar una perspectiva legal actualizada sobre el tema, sustentada bajo argumentos legales de personería jurídica, y por sobretodo la intención es salvar vidas.

A continuación, una lista de teléfonos de las instituciones con las que se puede contar en el caso que se requiera intervención legal.

DINAPEN (Dirección Nacional De la Policía Especializada para niños, Niñas y Adolescentes):

Sitio web: [www.policiaecuador.gov.ec/dinapen/](http://www.policiaecuador.gov.ec/dinapen/)

Dirección Nacional: 3280898 / 3280899

Pichincha: (02) 2950214

Guayas: (04) 2307212

Azuay: (07) 2845822 / (07) 2341112

Defensoría del Pueblo del Ecuador:

Sitio web: [www.dpe.gov.ec](http://www.dpe.gov.ec)

Pichincha: 3301112 / 3303431

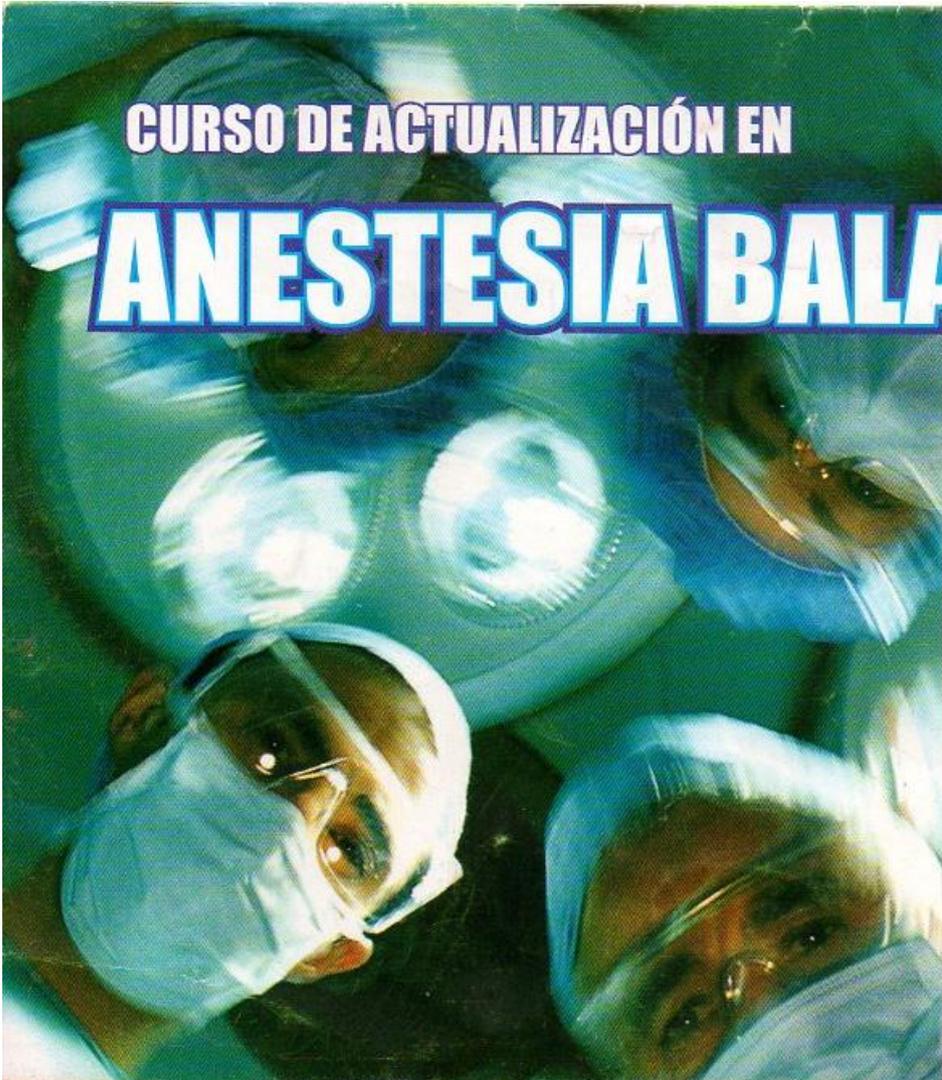
Guayas: (04) 2326306 / (04) 2326904 / (04) 2327026

Azuay: (07) 2828241 / (07) 2835988

## BIBLIOGRAFIA

1. Arguello, Carmen Alicia. Ab. Ex Jueza 2da de Garantías Penales. "Abogada Alicia Arguello Cifuentes". Correo electrónico del autor. 23 Abril 2014.
2. Beca, Juan pablo, Bioética clínica. Ed. Mediterráneo Ltda. Santiago, Chile. 2012. p75 – 83
3. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 6ª ed. New York: Oxford University Press, 2009. p 15, 20, 47
4. Clinical strategies to avoid Blood transfusion. Watch tower society of Pennsylvania, Hospital information services for Jehovah's Witness, 2007.
5. C.E.P. (Corporación de estudios y publicaciones), Código de la Niñez y Adolescencia, legislación conexas y concordancias, versión profesional. Octubre 2013, p2, 4

6. “Fallo obliga transfusión a bebé Testigo de Jehová”, <http://www.telegrafo.com.ec/sociedad/item/fallo-obliga-transfusion-a-bebe-de-testigo-de-jehova.html> , El Telégrafo, 15 Agosto 2013.
7. Dennett, Danniell. Romper el hechizo: La Religión como un fenómeno natural, Madrid, Katz 2007.
8. Dawkins R. El Espejismo de Dios, Ed. Espasa. España. 2010.p361
9. Guerra JL. Director Nacional Tutelar de la defensoría del pueblo del Ecuador. Entrevista personal. Abril 2014.
10. [http://en.wikipedia.org/wiki/Nathan\\_Homer\\_Knorr](http://en.wikipedia.org/wiki/Nathan_Homer_Knorr)
11. Miller, Ronald D. Fleisher ; Lee A. Miller Anestesia. Ed. Elsevier, 2005, p1840, 3181, 2482
12. RevistaAtalaya. Watch Tower Society. 1 de julio de 1945. p198-201
13. Registro Nacional de Derechos de Autor, Constitución de la República del Ecuador con últimas reformas. Ed. Jurídicas “EDIJUR”, 2014. p17
14. Tapia, José Luis. Procurador Judicial de los Testigos de Jehová del Ecuador. “Contestación a Consulta – Testigos de Jehová”, Correo electrónico, 7 de Febrero 2014.
15. Traducción del nuevo mundo de las santas escrituras. Sitio Oficial de Los testigos de jehová. <http://www.jw.org/es/publicaciones/biblia/nwt/libros/> , 5 Febrero 2014.
16. Vallejo, Alberto. SUBM. Asesor Jurídico de la Jefatura de la DINAPEN. Entrevista personal. Marzo 2014.
17. Asociación médica mundial. Manual de ética médica, ed. II, 2009.
18. [http://www.legisalud.gov.ar/pdf/amm\\_manual09.pdf](http://www.legisalud.gov.ar/pdf/amm_manual09.pdf)
19. <http://www.unav.es/cdb/usotbelmont.html>
20. [http://www.bioetica.org.ec/c\\_bioetica\\_ddhh.htm](http://www.bioetica.org.ec/c_bioetica_ddhh.htm)
21. [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=31058&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=31058&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
22. Von Engelhardt D, Maimetti J. Bioética y humanidades Médicas. Ed. Biblos, Buenos Aires, Argentina, p167



**CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN**  
**ANESTESIA BALANCEADA**

**ORGANIZA:**

POSGRADO DE ANESTESIA DEL HOSPITAL CAM-USFQ  
 SERVICIO DE ANESTESIA DEL H.C.A.M.

- > **PRIMER MÓDULO** 06 - 10 - 07  
 FUNDAMENTOS DE LA ANESTESIA BALANCEADA
- > **SEGUNDO MÓDULO** 01 - 12 - 07  
 CLÍNICA ANESTÉSICA
- > **TERCER MÓDULO** 12 - 01 - 08  
 MONITOREO EN ANESTESIA BALANCEADA
- > **CUARTO MÓDULO** 23 - 02 - 08  
 MISCELÁNEOS Y EXPERIENCIAS - CONCURSO

**LUGAR:**

HOSTERÍA SAN JOSÉ DE PUEMBO  
 CUPO LIMITADO: 80 PERSONAS

**AVAL ACADÉMICO:**

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO  
 COLEGIO MÉDICO DE PICHINCHA  
 SOCIEDAD DE ANESTESIOLOGÍA DE PICHINCHA



Universidad  
 San Francisco de Quito



<b>1</b>			
<b>MODULO 1</b>		<b>FUNDAMENTOS DE LA ANESTESIA BALANCEADA</b>	
		<b>SABADO 6 DE OCTUBRE DEL 2007</b>	
		<b>RESPONSABLE : AGA</b>	
<b>HORA</b>	<b>Tiempo Min.</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Lugar de concentración HCAM</b>
7h 15		Salida desde Quito	
8h00		Inauguración	
8h15	40	Aspectos filosóficos de la Anestesia	Esencia filosófica de la Anestesia e importancia
8h55	40	Historia de la anestesia inhalatoria – intravenosa y relajación muscular	Breve reseña histórica de los inicios de la anestesia
9h35	40	Bases y acciones moleculares de los anestésicos	Fisiología de la sinapsis
10h05	40	Neurotransmisores en anestesia y dolor	Revisión de los sistemas neurotransmisores
<b>10h45</b>		<b>RECESO</b>	
11h	40	Fisiología respiratoria aplicada a la anestesia	Principios de la ventilación Intercambio-perfusión aplicados a la anestesia
11h40	40	Conceptos y fundamentos de la anestesia total intravenosa	Principios básicos de la anestesia intravenosa total distribución compartamental
12h20	40	Agentes inhalatorios de uso actual: SEVOFLURANO –DESFLURANO –HALOTANO	Revisión de la acción farmacológica de los agentes inhalatorios actuales y de uso frecuente
13h	40	Rol actual del OXIDO NITROSO en la anestesia balanceada	Estado del arte. Rol del N2O en la anestesia actual
<b>13h40</b>		<b>ALMUERZO</b>	
14h30	40	Reclutamiento alveolar . Tipos de ventilación en el quirófano	Utilidad e indicaciones de las maniobras de reclutamiento alveolar y PEEP durante la anestesia
15h10	40	Agentes anestésicos intravenosos –inductores	Revisión farmacológica actualizada de los inductores utilizados en nuestro medio
15h50	40	Opioides en anestesia .	Revisión farmacológica de los fármacos opioides en anestesia y dolor
16h30	60	Experiencias en el manejo de la anestesia balanceada MESA REDONDA	Diversos esquemas de inducción y mantenimiento de la anestesia
<b>Total</b>	<b>500</b>		<b>Moderador:</b> Dr. Manuel Sempértegui <b>Participantes :</b> DR. Dr. Ramiro Salgado Dr. Milton Chango Dr. Carlos Salgado

<b>2</b>			
<b>MODULO 2</b>		<b>CLINICA ANESTESICA</b>	
		<b>SABADO 01 DE DICIEMBRE DEL 2007</b>	
		<b>RESPONSABLE : ORGANON</b>	
<b>HORA</b>	<b>Tiempo Min.</b>	<b>Contenidos</b>	<b>Lugar de concentración . HCAM</b>
7h 15		Salida desde Quito	
8h15	40	Relajantes NM . de uso moderno. Antagonistas específicos	Análisis clínico de la relajación neuromuscular
8h45	40	Gases Medicinales . Normas de calidad	Revisión de la manufactura y procesos de fabricación . Normas de calidad
9h20	40	Inducción inhalatoria y mantenimiento con gases anestésicos VIMA	Estado actual de la inducción y mantenimiento anestésico con gases
10h00	40	Sedo analgesia con Remifentanil	Uso de remifentanil en procedimientos de analgesia y sedación
10h40	40	Analgesia con Oxido nitroso	Estado del arte.
<b>11h</b>		<b>RECESO</b>	
11h40	40	Evacuación de gases en los quirófanos	Importancia de los sistemas de evacuación de gases
12h10	40	Hipotensión controlada con anestesia balanceada	Uso combinado de Remifentanil-Sevoflurano- N2O- Rocuronio
<b>12h50</b>		<b>ALMUERZO</b>	
13h40	40	SIMPOSIUM :MANEJO DE LA VIA AEREA	VALORACIÓN –ALGORITMOS USO DE MASCARAS LARINGEAS EN ANESTESIA FIBROSCOPIA
14h30	40	Sedación en Pediatría	Técnicas de sadación para procedimientos de corta duración
15h10	40	Remifentanil en anestesia pediátrica	Estado actual del uso de Este opioide en la anestesia pediátrica .
15h50	40	Costo Beneficio de la anestesia balanceada	Análisis objetivo de la farmacoeconomía y eficiencia del uso de anestesia balanceada
16h30	60	Relajación NM. Reversión o no reversión	Análisis de la necesidad de reversión de los relajantes Es o no importante con el uso de Rocuronio.
<b>Total</b>	<b>500</b>		<b>MODERA:</b> Dr. Gustavo Cifuentes Dra. Carmen Núñez Dr. Manuel Panzeri Dr. Mario Pazmiño Dr. Carlos Campana Dra. Susana Cueva  <b>MODERA:</b> Dr. Edgar Pardo <b>PARTICIPAN:</b> Dra. Paulina Flores Dr. Santiago Bastidas Dr. Danny Suárez

CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN

# ANESTESIA BALANCEADA



COLEGIO MÉDICO DE PICHINCHA



Universidad  
San Francisco de Quito



SOCIEDAD DE  
ANESTESIOLOGÍA DE  
PICHINCHA

## CERTIFICAMOS

Que el **Dr. Patricio Yáñez**

asistió al 1er. Curso de **ACTUALIZACIÓN EN ANESTESIA BALANCEADA**  
realizado en Quito, con una duración de 32 horas  
en calidad de expositor del tema:

**“Conceptos y fundamentos de la anestesia total intravenosa”**



**Dr. Enrique Noboa Izquierdo**  
Decano del Colegio de  
Ciencias de la Salud USFQ

*Alberto Narváez*

**Dr. Alberto Narváez**  
Presidente del Colegio  
Médico de Pichincha

*Mario Toscano*

**Dr. Mario Toscano**  
Director del programa de  
Posgrado de Anestesia  
HCAM-USFQ



*Marcelo García*

**Dr. Marcelo García**  
Presidente de la Sociedad de  
Anestesiología de Pichincha

Octubre 2007 - Febrero 2008

# CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES



**Del 6 al 11 de Febrero del 2012**  
**Auditorio General**  
**Hospital Carlos Andrade Marín**  
**Quito - Ecuador**

**60 horas**  
**Académicas**

## Viernes 10 de Febrero

HORA	TEMA
08h00-08h40	<b>Aspectos básicos en el Manejo de trauma de mano</b> / <i>Dr. Fernando Hidalgo</i> / Traumatólogo Ortopedista y Cirujano en miembro superior y mano. Médico Tratante Hospital Carlos Andrade Marín y Clínica Pichincha.
08h40-09h20	<b>Manejo de Vía Aérea Sangrante</b> / <i>Dr. Patricia Yáñez</i> / Posgrado en Anestesiología. Médico Tratante Hospital Carlos Andrade Marín
09h20-10h00	<b>Evaluación inicial del Trauma Facial</b> / <i>Dr. Rene Enriquez</i> / Posgrado en Cirugía Plástica. Médico Tratante Hospital de los Valles
10h30-10h30	Receso
10h30-12h00	<b>Celebración Religiosa (Día Mundial del Enfermo)</b> / Dirección HCAM
12h00-13h00	Almuerzo
13h00 -13h50	<b>Manejo de la Salud y Higiene Mental en Aspectos de Desastres</b> / <i>Dr. Carlos Medina</i> / Cirujano y Psiquiatría. Médico Hospital Carlos Andrade Marín.
13h50-14h30	<b>Enfermedades que se deben vigilar en situación de refugio provisional</b> / <i>Dr. Morris Valle</i> / Médico Emergenciólogo Residente Hospital Carlos Andrade Marín.
14h30-15h00	<b>El Personal Local de Salud y la Comunidad Frente a los Desastres Naturales</b> / <i>Msc. Santiago Tarapues</i> / Masterado en Atención, Administración y Prevención en Desastres. Director Provincial de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgo
15h00-15h30	<b>Intervención de la comunidad en las acciones de salvamento y Después del desastre</b> / <i>Msc. Santiago Tarapues</i> / Masterado en Atención, Administración y Prevención en Desastres. Director Provincial de la Secretaría Nacional de Gestión de Riesgo
15h30-16h10	<b>Prevenir y atenuar las consecuencias de los desastres</b> / <i>Pablo Torrealba</i> / Expositor franco/chileno. Coordinador Proyecto Alerta Temprana del Banco Interamericano de Desarrollo. Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos
16h10-16h40	<b>Implementación de imágenes satelitales en zonas de riesgo</b> / Expositor franco/chileno. Coordinador Proyecto Alerta Temprana del Banco Interamericano de Desarrollo. Secretaría Nacional de Gestión de Riesgos
16h40-17h20	Receso
17h20-18h00	El rol de las ONG - El rol de las FFAA - Legislación y diseño institucional . Mapas comunitarios de riesgos. Mapa de recursos

## Sábado 11 de Febrero

### Talleres

HORA	TEMA
08h00-10h00	RCP : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Algorritmos</li> <li>• Medicación</li> <li>• Cambios con actualizaciones</li> </ul>
10h00-13h00	Farmacología y Manejo de vía aérea: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicación</li> <li>• Consideraciones para uso de dispositivos de vía aérea</li> </ul>
13h00-14h00	Almuerzo
14h00-16h00	Inmovilización : Beneficios y contraindicaciones.
16h00-18h00	Simulacro: Simulacro ante un accidente. Acción inmediata.



**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR**  
**LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**  
 MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
 ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES



Confieren el presente

**C E R T I F I C A D O**

*Al Doctor*

**PATRICIO ANDRES YANEZ GARCIA**

Por su participación en calidad de **EXPONENTE** del Tema:

**Manejo de Vía Aérea Sangrante**

**“CONGRESO NACIONAL DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA Y  
 MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES”**

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 11 de febrero de 2012.

**Duración: 60 horas**

Quito, 13 de febrero de 2012

Dr. Milton Tapia C.,  
 DECANO  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
 UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Dr. Freddy Guevara A.,  
 PRESIDENTE EJECUTIVO  
 HEALTH TRAINING SOLUTIONS

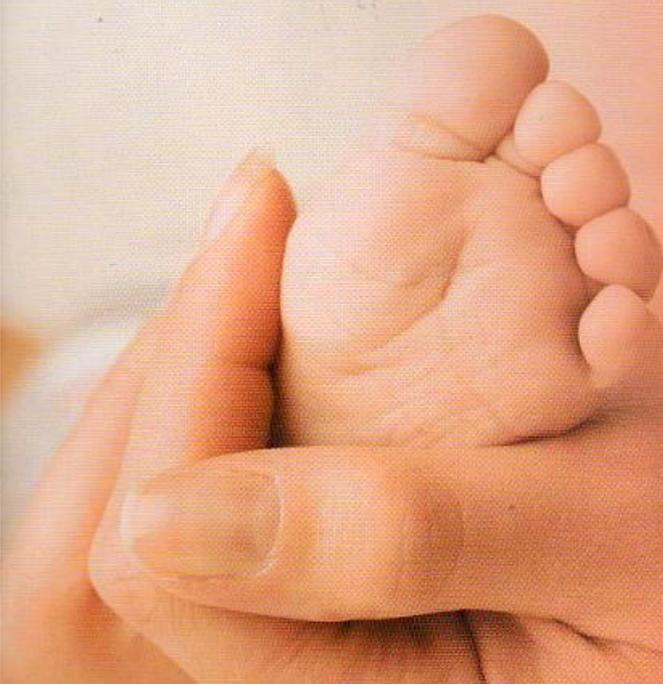
Dr. Mario Artieda T. MSc.,  
 SECRETARIO ABOGADO  
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

# III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2012

Del 6 al 15 de Septiembre 2012  
Quito - Ecuador

Auditorio Hospital Carlos Andrade Marín

120 Horas  
Académicas



## VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE

HORA	TEMA
08H00-08H45 08H45-09H30	<b>Postgrados en España / MIR</b> <i>Grupo CTO</i>
09H30-10H15	<b>Atención Pediátrica Humanizada en Sala de Operaciones. El Niño en un Ambiente Extraño</b> <i>Dr. Patricio Andrés Yáñez García</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Cirugía Neonatal, Retos e Innovación Permanente</b> <i>Dr. Jorge Mier</i>
11H15-12H00	<b>Fluidoterapia, Transfusión de Sangre y Hemoderivados en Pacientes Pediátricos</b> <i>Dra. Carmita Núñez</i>
12H00-12H45	<b>Cirugía de Oído Congénito</b> <i>Dr. Marco Antonio Guevara Sánchez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15	<b>Enterocolitis Necrotizante en el Recién Nacido</b> <i>Dr. Marco Antonio Vega Jiménez</i>
14H15-15H00	<b>Retinopatía de la Prematuridad</b> <i>Dra. Sofía Urresta</i>
15H00-15H45	<b>Síndrome de Dificultad Respiratoria Neonatal</b> <i>Dra. Lissette Núñez</i>
15H45-16H15	<b>RECESO</b>
16H15-17H00	<b>Cirugía Fetal</b> <i>Dr. Cesar Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca</i>
17H00-17H45 17H45-18H30	<b>Persistencia del Conducto Arterioso: Manejo Quirúrgico</b> <i>Dr. Rommel Oswaldo Espinoza de los Monteros</i>

## SÁBADO 15 DE SEPTIEMBRE

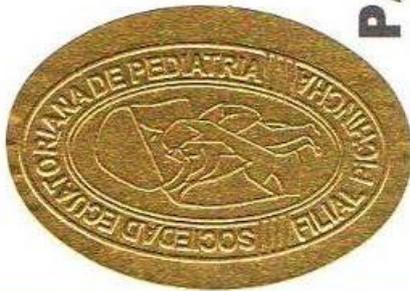
HORA	TEMA
08H00-08H45	<b>Curso para Concurso de Méritos y Oposición Ecuador</b> <i>Grupo CTO</i>
08H45-09H30 09H30-10H15	<b>Atresia Esofágica</b> <i>Dr. Dalton Leonardo Proaño Flores</i>
10H15-10H30	<b>RECESO</b>
10H30-11H15	<b>Manejo de Niño Traumatisado</b> <i>Dr. Mario Ernesto Murgueitio Eguez</i>
11H15-12H00 12H00-12H45	<b>Lesiones Ostiocartilaginosas en Niños</b> <i>Dr. Mario Ernesto Murgueitio Eguez</i>
12H45-13H30	<b>ALMUERZO</b>
13H30-14H15 14H15-15H00	<b>Malformaciones Congénitas Renoureterales</b> <i>Dra. Nancy Iza</i>
15H00-15H45 15H45-16H30	<b>Ictericia Neonatal</b> <i>Dr. Patricio Ordoñez Guerrero</i>

\* Las charlas están sujetas a cambios debido a que el expositor puede atrasarse al llegar, alargarse en la charla o, en casos fortuitos, llegar a ausentarse. Agradecemos su comprensión.



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
La Universidad Católica de Loja

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR**  
**SOCIEDAD ECUATORIANA DE PEDIATRÍA- FILIAL PICHINCHA**  
**ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS RURALES**



Confiere el presente

# CERTIFICADO

AL DOCTOR ESPECIALISTA EN ANESTESIOLOGIA

**PATRICIO ANDRÉS YÁNEZ GARCÍA**

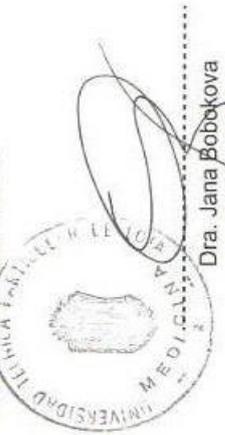
Por su participación en calidad de EXPONENTE con el Tema:

**“ATENCIÓN PEDIÁTRICA HUMANIZADA EN SALA DE OPERACIONES. EL NIÑO EN UN AMBIENTE EXTRAÑO”**  
**“III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA. AVANCES 2012”**

Realizado en la ciudad de Quito, del 6 al 15 de Septiembre de 2012

**Duración: 120 horas**

**Quito, 17 de Septiembre de 2012**



Dra. Jana Bobkova  
Directora

Departamento de Ciencias de la Salud (E)  
Universidad Técnica Particular de Loja

Dra. Rosa Romero de Aguinaga  
Presidenta  
Sociedad Ecuatoriana de Pediatría de Pichincha

Md. Oscar Navarrete G.  
Presidente  
ANAMER



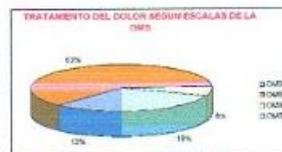


# HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARIN

# CLINICA DEL DOLOR

## Consulta Externa

Los presentes gráficos describen la experiencia clínica en el servicio con los pacientes atendidos entre los meses de Enero a Julio del 2006, la gran mayoría son remitidos desde los servicios de Oncología y Traumatología.



## Bloqueos

Los procedimientos realizados en el periodo entre Enero a Julio del 2006, incluyen Bloqueos peridurales con corticoides en su mayoría para tratamiento de Radiculopatías.



Jefe del Servicio de Anestesiología y Clínica de Dolor

Dr. Mario Toscano

Medicos Residentes Postgradistas

Dra. Lorena Ibarra,  
Dr. Mario Pazmiño,  
Dr. Carlos Salgado.



**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL  
COLEGIO DE MEDICOS DEL GUAYAS  
SOCIEDAD ECUATORIANA PARA EL ESTUDIO  
Y TRATAMIENTO DEL DOLOR**

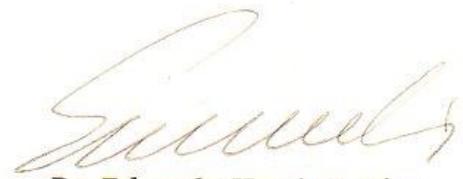
**CONCEDEN EL PRESENTE  
DIPLOMA**

**A** DOCTOR PATRICIO A. YANEZ como AUTOR TEMA LIBRE Y

.....  
**Como participante del I Congreso Ecuatoriano para el  
Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos, realizado  
en Guayaquil del 20 al 22 de Septiembre del 2006, con  
una duración 36 horas.**

  
**Dr. Wilson Maitta Mendoza**  
Decano de la Facultad  
de Ciencias Médicas  
Universidad de Guayaquil

  
**Dra. Nancy Lino**  
Presidenta de la Sociedad  
Ecuatoriana para el Estudio  
y Tratamiento del Dolor

  
**Dr. Eduardo Marriott Díaz**  
Presidente del Colegio de Médicos del Guayas