

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Posgrados

Disfunción Sexual Femenina

Silvana Karina Santamaría Robles, MD

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

Quito, mayo de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

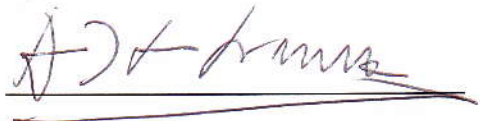
HOJA DE APROBACION DE TRABAJO DE TITULACION

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA

Silvana Karina Santamaría Robles, MD

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.

**Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas**



Rubén Bucheli Terán, Dr.

Director del Postgrado de Ginecología y Obstetricia



Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.

**Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ**

Victor Viteri Breedy, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, abril de 2014

Universidad San Francisco de Quito

Colegio de Posgrados

HOJA DE APROBACION DE TRABAJO DE TITULACION

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA

Silvana Karina Santamaría Robles, MD

Juan Francisco Fierro Renoy, Dr.

**Director del Programa de Postgrados en
Especialidades Médicas**

Rubén Bucheli Terán, Dr.

Director del Postgrado de Ginecología y Obstetricia

Gonzalo Mantilla Cabeza de Vaca, Dr.

**Decano del Colegio de Ciencias de la Salud
USFQ**

Victor Viteri Breedy, Ph.D.

Decano del Colegio de Posgrados

Quito, mayo de 2014

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSTGRADOS

DESCRIPCIÓN

PRESENTACION ORAL EN CONGRESOS NACIONALES

1. Santamaría SK. Disfunciones Sexuales (trastornos de la conducta sexual). Curso de Actualización Materno Infantil; junio 18-28, 2012, Quito, Ecuador.
2. Santamaría SK. Embarazo y VIH. III Congreso Nacional de Actualización en Gineco-Obstetricia y Pediatría Clínica, Avances 2012; septiembre 6-15, 2012 Quito, Ecuador.

PUBLICACION DE TRABAJOS EN REVISTAS

1. Santamaría SK, Siguenza R, Bucheli R. Disfunción sexual femenina, Cambios. 2011; 11 (18): 143-146
2. Santamaría SK y Chávez S. Dandy Walker, Cambios. 2013; 23 (22), (In press)

Trabajo de titulación presentado como requisito para la obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, mayo del 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: Silvana Karina Santamaría Robles

C. I.: 1803852910

Fecha: Mayo de 2014

CONTENIDO

Descripción de presentaciones orales en congresos nacionales y publicaciones de trabajos en revistas nacionales

Resumen y justificación de la presentación oral del tema: Disfunción Sexual Femenina en Curso de Actualización Materno Infantil (18-28 junio 2012, Quito, Ecuador) y publicación en la Revista Médica Cambios

Resumen y justificación de la presentación oral del tema: Embarazo y VIH, en el III Congreso Nacional de Actualización en Gineco-Obstetricia y Pediatría Clínica, Avances 2012 (6-15 septiembre 2012, Quito, Ecuador).

Resumen y justificación de la publicación del trabajo: Dandy Walker, en la Revista Médica Cambios.

ANEXO: Documentos de justificación

DISFUNCION SEXUAL FEMENINA

RESUMEN

La disfunción sexual femenina (DSF), es una unidad sintomática con componentes orgánicos (biológicos), psicológicos y sociales (interpersonal).

A pesar de que se ha demostrado que la DSF aumenta con la edad y la menopausia, hay una alta prevalencia de esta en mujeres jóvenes premenopausicas. Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de problemas sexuales en mujeres va del 30-50%.

No hay un consenso de rutina diagnóstica. Se pueden emplear preguntas directas, reportes diarios o cuestionarios como el Female Sexual Function Index (FSFI) o Female Sexual Distress Scale.

Se han reconocido factores de riesgo que pueden estar relacionados con el compromiso de la sexualidad femenina normal como el embarazo, puerperio, patología ginecológica, infertilidad, uso de medicamentos, entre otros.

Se pueden identificar alteraciones del deseo sexual, excitación, orgasmo y relaciones sexuales dolorosas.

En cuanto al tratamiento, parte del éxito del manejo consiste en determinar el lugar en el que se rompe la respuesta sexual normal. Se considera la combinación de terapia psicológica, el uso de implementos médicos, la aplicación de drogas y modificaciones en el estilo de vida tales como: dieta saludable, reducción del estrés, actividad física regular, eliminación de los factores de riesgo.

ABSTRACT

Female sexual dysfunction (FSD) is a symptomatic unit with organic (biological), psychological and social (interpersonal) components.

Although it has been shown that the (FSD) increases with age and the menopause, there is a high prevalence in younger premenopausal women. Epidemiological studies indicate that the prevalence of sexual problems in women is 30-50%.

There is no consensus diagnostic routine. You can use direct questions , daily reports or questionnaires as the Female Sexual Function Index (FSFI) and Female Sexual Distress Scale.

Some recognized risk factors that may be related to the commitment of the normal female sexuality as pregnancy, postpartum, gynecological pathology, infertility, medication use , among others.

It can be identified changes in sexual desire, arousal, orgasm and painful intercourse.

Regarding the treatment, the success of the management is to determine the location where the normal sexual response is broken. It is considered the combination of psychological therapy, the use of medical devices, drugs and implementing changes in lifestyle such as: healthy diet, stress reduction, regular physical activity and elimination of risk factors.

JUSTIFICACION

La disfunción sexual femenina es una de las preocupaciones más comunes que aqueja a las mujeres tanto premenopausicas como postmenopausicas. Su incidencia es difícil de establecer pues existe un subregistro en cuanto a su diagnóstico.

Dentro de los obstáculos para el diagnóstico de la disfunción sexual femenina se pueden mencionar: considerarlo un hecho vergonzoso, la falta de tiempo durante la consulta médica, escaso entrenamiento por parte de los profesionales, ausencia de terapia efectiva, entre otros.

Este artículo pretende dar una visión general sobre la disfunción sexual femenina; describir los tipos de alteraciones al comprender las fases de la curva de la respuesta sexual normal; identificar los factores de riesgo y mencionar las opciones terapéuticas disponibles.

Es importante tomar en cuenta las inquietudes de las pacientes respecto al tema, pues podría llegar a representar un problema serio dentro de la relación de pareja.

VIH Y EMBARAZO

RESUMEN

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es un retrovirus de la familia lentivirus. Existen dos tipos: VIH-1 y VIH-2

El virus de la inmunodeficiencia puede llegar al feto de tres maneras: Vía transplacentaria (durante el embarazo), en el momento del trabajo de parto y parto, en la lactancia

Se reconocen como factores involucrados en la transmisión vertical a la etapa evolutiva de la enfermedad, patología agregada, nivel de CD4, carga viral (>1000), conocimiento y controles de la infección previos al embarazo, adherencia a los tratamientos, consumo de drogas durante la gestación, falta de control prenatal, ruptura de membranas, trabajo de parto, numero de tactos, procedimientos invasivos (Forceps, Vacuum, Punciones), episiotomías ampliadas, desgarros cervicales, parto prematuro, parto vaginal, cesárea de emergencia

En mujeres tomando HAART, sin lactancia, con carga viral menor a 50 copias/ml al momento del parto; la transmisión vertical fue menor al 1%, independientemente de la vía del parto

Entre mujeres infectadas que no tomaron antiretrovirales durante el embarazo o tomaron solo zidovudina, ECS (cesárea electiva) fue eficaz para prevenir la transmisión vertical

Durante el embarazo, la IgG materna cruza fácilmente la placenta hacia la circulación fetal, donde persiste hasta 18 meses después del nacimiento. Por este motivo, la valoración del estado de la infección por VIH en los lactantes requiere de pruebas diferentes a las de ELISA y Western blot. Las alternativas que se presentan son el cultivo del virus y PCR, así como la determinación de anticuerpos IgA contra antígenos de VIH.

American College of Obstetricians and Gynecologists, recomienda realizar el test a todas las mujeres en su consulta pre y/o postconcepcional, en forma rutinaria.

Afortunadamente, el estado gravídico no parece alterar la evolución o la historia natural de la infección por VIH, ya que si bien es cierto se ha descrito un descenso del recuento de células CD4 durante el embarazo, estas vuelven a su línea basal después del parto.

La medida de prevención fundamental es disminuir la replicación viral, por lo tanto la administración de antiretrovirales debe iniciarse a partir de las 14 semanas de gestación y suspenderse después del parto disminuye riesgo de emergencia de resistencia y preserva las opciones de tratamiento de la madre

JUSTIFICACION

Esta conferencia de VIH y embarazo dirigida al personal de salud tiene como fin concientizar acerca de la importancia de la consulta pre y/o postconcepcional en la prevención de la transmisión vertical de este virus. Pues desde hace varios años se aconseja como práctica del control prenatal de rutina la realización de pruebas diagnosticas de VIH a toda mujer embarazada.

Además se describe la evolución de la infección y las vías de transmisión del virus, dejando atrás mitos acerca de este tema; se describen los factores involucrados en la infección tanto los relacionados a la enfermedad materna como a los aquellos que tienen que ver con patología obstétrica

También menciona los métodos diagnósticos para la madre y el recién nacido; y tratamiento antirretroviral basando en evidencia.

DANDY WALKER: REPORTE DE UN CASO

RESUMEN

La malformación de Dandy-Walker es una alteración congénita que compromete el cerebelo y el cuarto ventrículo. Esta condición se caracteriza por agenesia o hipoplasia del vermis cerebeloso, dilatación quística del cuarto ventrículo y alargamiento de la fosa posterior. Aproximadamente el 80% de los pacientes presenta hidrocefalia.

La malformación de Dandy-Walker fue descrita por primera vez por Dandy y Blackfan en 1914. La triada característica de la malformación de Dandy-Walker que consiste en (1) agenesia parcial o completa del vermis; (2) dilatación quística del cuarto ventrículo y (3) alargamiento de la fosa posterior.

La incidencia de la malformación de Dandy-Walker es de 1 caso / 25 000 – 35 000 nacidos vivos. La malformación de Dandy-Walker es la causa de aproximadamente 4-12% de los casos de hidrocefalia; las tasas de mortalidad por la malformación alcanzan entre un 12-50%; y, asociada con otras malformaciones congénitas, constituye el 83% de la mortalidad postnatal.

La malformación de Dandy-Walker ocurre más frecuentemente en mujeres que en hombres

El diagnóstico prenatal es preferible realizarlo luego de las 18 semanas, el postnatal se hace con ultrasonido transfontanelar, resonancia magnética y tomografía axial computarizada.

El tratamiento de esta patología está basado en el manejo de la hidrocefalia.

JUSTIFICACION

Se presentó un caso clínico de Dandy Walker registrado en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito.

Dandy Walker constituye una patología poco frecuente, su incidencia aún no ha sido establecida en nuestro país, solo se cuentan con estadísticas internacionales.

Puede ser diagnosticada mediante la ecografía de detalle anatómico fetal realizada entre las 18 – 22 semanas y para su seguimiento postnatal se pueden utilizar otros métodos diagnósticos de imagen.

Los esfuerzos terapéuticos se han dirigido a la solución de la hidrocefalia, que se presenta en alrededor del 80% de los casos, lo que puede obtenerse con la colocación de un sistema derivativo de LCR

Hernia de Littré en la Senectud	96
Autores: Dr. Fabricio Morales Garzón / Dr. Mauricio Puente Caizapanta / Dr. Christian Ríos Mariño / Dr. Iván Cevallos Miranda	
Reconstrucción craneoplástica mediante esteriolitografía	99
Autores: Dr. Diego Guerra Navarrete / Dra. Patricia Prado Valencia / Dr. Fred Sigcha / Dr. Cristian Valencia / Dra. Tamia Romero / Dr. Pedro Cornejo / Dr. Ruben Manzano Manzano	
Resección ultrabaja con disección del mesorecto para el tratamiento del adenocarcinoma rectal. Reporte de un caso y revisión bibliográfica	102
Autores: Dr. Juan José Enriquez Valenzuela / Dr. Santiago Iván Vásquez Suárez / Dr. Jhon Tapia Mejía / Dr. Armañudo Campos Ortiz	
Hemangiopericitoma de fosa posterior. Reporte de caso	108
Autores: Dra. Mónica Cachimuel Llugña / Dr. Patricio Vásquez Miranda / Dra. Natalia Cuenca Novillo / Dr. Fred Sigcha Báez / Dr. José López Alarcón / Dr. Raúl Endara Moreno / Dr. Ricardo Arroyo Toledo	
Metástasis única craneal de carcinoma de mama. Reporte de caso	113
Autores: Dr. Patricio Vásquez Miranda / Dra. Mónica Cachimuel Llugña / Dr. Fred Sigcha Báez / Dr. Marcelo Cevallos Gavilanes / Dr. Raúl Endara Moreno / Dra. Sonia Tello Astudillo / Dr. Ricardo Arroyo Toledo	
Un caso inusual de toxoplasmosis en un hospedador inmunocompetente	118
Autores: Dra. Angélica Ortiz Y. / Dr. Víctor Paredes / Dr. Ramiro Montenegro	
Encefalopatía "Coma" inducida por ifosfamida. Caso clínico	121
Autores: Dra. Tatiana Vinuesa / Dr. Jorge Endara / Dr. Marcelo Alvarez / Dr. Patricio Gavilanez / Dr. Eduardo Leon	
Sinovitis villonodular pigmentada de rodilla. A propósito de un caso	125
Autores: Dr. Diego Alejandro Pastor / Dr. Fabricio Aguilar / Dr. Luis R. Calderón / Dr. Milton Cajas / Dra. Carmen Benavides / Dra. Mónica Espinosa	
Inestabilidad atlantoaxoidea por artritis reumatoidea: Reporte de un caso	128
Autores: Dr. Fabricio Aguilar Erazo / Dr. Diego Pastor Mayorga / Dra. Monserrat Pavón / Dra. Mónica Espinosa	

Revisión Bibliográfica

Ascariasis de la Vía Biliar como causa de Cólico Biliar a propósito de un caso	132
Autores: Dra. Adriana Proaño C. / Dra. Lorena Novillo / Dra. Margarita Mencías	
Cáncer oculto de Mama reporte del caso y revisión de la bibliografía	136
Autores: Dr. Edwin Castelo Teran / Dr. Jorge Granja Zambrano / Dra. Cecilia Balladares / Dr. Rubén Bucheli Teran	
Disfunción sexual femenina	143
Autores: Md. Silvana Santamaría R. / Dr. Ramiro Siguenza / Dr. Ruben Bucheli T.	
Inmunoterapias para el Síndrome de Guillain-Barré	147
Autores: Dr. Guillermo Antonio Orozco Benavides / Dra. Erika Fernanda Garrido Barriga / Dr. Marcos Serrano Dueñas	
Viajes aéreos en pacientes con enfermedades pulmonares	152
Autores: Dra. Silvana Arias Durán / Dr. Fernando Moncayo Molestina	

Mística de Servicio

La historia del laboratorio clínico	160
Autor: Dr. Ramiro Salazar Irigoyen	

Propuestas de CAMócas

Reflexiones de bioética en la atención del paciente	164
Autores: Mgtr. Olga Cárdenas Cevallos / Dr. Mauricio Puente Caizapanta / Dr. Ricardo De La Roche Martínez	

Contribución Especial

El primer postgrado de anestesia en el Ecuador: Treinta años después	168
Autor: Dr. José Mayorga Barona	

Publicaciones del HCAM

Primera edición del libro, Ginecología Clínica y Quirúrgica	173
Primera edición del libro, Fundamentos Científicos y Sociales de la Práctica Pediátrica	174

DISFUNCIÓN SEXUAL FEMENINA

Md. Silvana Santamaría R.

Médica Postgradista de Ginecología y Obstetricia - USFQ-HCAM

Dr. Ramiro Siguenza

Médico Tratante de Ginecología - HCAM

Dr. Ruben Bucheli T.

Jefe del Servicio de Ginecología - HCAM

Correspondencia:

Md. Silvana Santamaría R.

E-mail: silvysantamaria@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual femenina (DSF), es una entidad sintomática con componentes orgánicos (biológicos), psicológicos y sociales (interpersonal).¹

Aunque aún no hay un consenso de rutina diagnóstica, los logros se han dado en la clasificación y diagnóstico de los diferentes tipos de DSF y la descripción de potenciales anomalías fisiológicas y orgánicas; además, se han reconocido factores de riesgo que puedan estar relacionados con el compromiso de la sexualidad femenina normal.^{1,2}

A pesar de que se ha demostrado que la DSF aumenta con la edad y la menopausia, hay una alta prevalencia de esta en mujeres jóvenes premenopáusicas.^{3,4} Estudios epidemiológicos indican que la prevalencia de problemas sexuales en mujeres va del 30-50%.³

Los obstáculos para el diagnóstico lo constituyen considerarlo un hecho vergonzoso, la falta de tiempo durante la consulta médica, escaso entrenamiento por parte de los profesionales, ausencia de terapia efectiva, entre otros.³

Un problema médico multidimensional con determinantes orgánicas, psicológicas y sociales.⁵

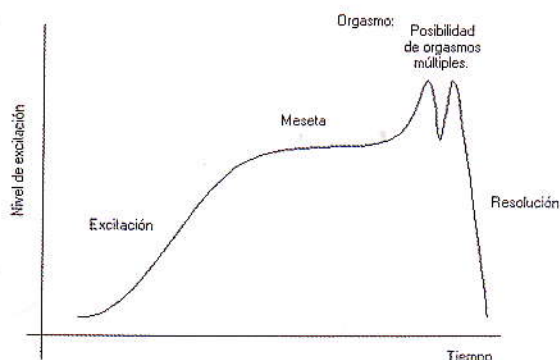
FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA NORMAL

Master y Johnson postularon una respuesta lineal que comprende 4 fases que expresan los cambios vasculares y neurológicos.⁶

1. EXCITACIÓN: Es la primera fase, hace referencia a los cambios que ocurren en el sistema nervioso central (snc), que causan vasodilatación, aumentando el flujo sanguíneo hacia los genitales; provocando de esta manera aumento de la lubricación, expansión del canal vaginal, apertura del introito, crecimiento del clítoris y elevación del útero. Su duración varía de pocos minutos a varias horas. Inicia con cualquier estímulo sexual.⁷

2. MESETA: Su duración es menor que la fase antecesora. Los cambios fisiológicos que se producen son: congestión labial y del tercio inferior de la vagina; retracción del clítoris, aumento de la secreción de las glándulas de

GRÁFICO N° 1
CURVA DE RESPUESTA SEXUAL FEMENINA



Fuente: Masters WH, Johnson VE. The human female: anatomy of sexual response. Minn Med 1960;31-36. (6)

Bartholino. Hay mayor tensión a nivel de los músculos del piso pélvico con estrechamiento del introito.⁷

3. ORGASMO: Es la terminación de la fase de meseta con relajación muscular masiva. Dura de tres a diez segundos. La estimulación aferente de la vulva y vagina viaja a estructuras supraespinales, se liberan neurotransmisores centrales, que llevan la información a la corteza cerebral hacia los sitios de placer. Se caracteriza por contracción cíclica del piso pélvico, vagina y útero; acompañado de alteración del estado de conciencia.⁷

4. RESOLUCIÓN: Etapa de disminución gradual de la tensión arterial y relajación muscular. Su duración es proporcional al tiempo de la fase de excitación. La estimulación en esta fase puede retomar la meseta de la respuesta sexual y permitir múltiples orgasmos o de lo contrario provocar dolor. En caso de no alcanzar el orgasmo, la fase de resolución es larga y frustrante.⁷

DEFINICIÓN

El International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction, en el año 2000, estableció las definiciones y clasificaciones de DSF.¹

Alteración del deseo sexual: Es el tipo más común de DSF, es la persistencia o recurrencia de la disminución o ausencia de fantasías/pensamientos sexuales y/o deseo de actividad sexual que provoque angustia personal; llamada también deseo sexual hipoactivo; además, la disminución de interés va más allá que la que se nota normalmente a causa de la edad y de la duración de la relación. La aversión sexual, hace referencia a la persistencia o recurrencia de la aversión fóbica a evitar el contacto sexual.^{1,7,8}

Alteración de la excitación: Se define como la persistencia o recurrencia de la inhabilidad de obtener o mantener excitación sexual suficiente, que cause angustia, puede ser expresado como una disminución de la excitación subjetiva o genital (lubricación, congestión) u otra respuesta somática. En algunas mujeres, la excitación emocional puede ser necesaria para la excitación sexual. Rara vez es diagnosticado, pues la mayoría de estas mujeres evitan el sexo o son anorgásmicas. Puede estar asociado a insuficiencia vascular y disfunción eréctil del clítoris, posiblemente secundaria a enfermedad vascular aterosclerótica.^{1,7,8}

Alteración del orgasmo: Es la persistencia o recurrencia en la dificultad, disminución, o ausencia del orgasmo, luego de estimulación y excitación sexual suficiente que causa angustia personal, difícil de diagnosticar.^{1,7,8}

Alteración sexual dolorosa: Incluye dispareunia, vaginismo y dolor no coital. La tasa de incidencia es de 10-15%. Las etiologías a tomarse en cuenta son: trauma, abuso sexual y violencia doméstica.^{1,7,8}

- Dispareunia: Es la persistencia o recurrencia de dolor genital asociado con la actividad sexual.
- Vaginismo: Es la persistencia o recurrencia de espasmos involuntarios del tercio inferior de la vagina, que interfiere con la penetración y causa angustia personal.
- Dolor sexual no coital: Es la persistencia o recurrencia de dolor genital inducido por estimulación sexual sin coito.

Cada una de estas se subclasifica en: Primaria o secundaria, selectiva o generalizada y dependiendo de su etiología (orgánica, psicógena, mixta o desconocida)

Las alteraciones más frecuentes son deseo sexual hipoactivo (87%), alteraciones del orgasmo (83%), dificultad en la lubricación, que compromete la excitación (75%) y dispareunia (72%)³

EVALUACIÓN

Una detallada historia clínica, permite identificar las posibles causas médicas o ginecológicas (Tabla N° 1), y obtener información psicosocial.^{1,7,8}

Tabla N° 1

Condiciones que afectan la función sexual femenina.

CONDICIÓN	EFEECTO
Deficiencia estrogénica	Disminución de lubricación vaginal
Deficiencia de testosterona	Disminución de libido
Diabetes	Disminución de lubricación vaginal, aumento de infecciones vaginales
Alteraciones de tiroides, suprarrenal, pituitaria	Disminución de lubricación vaginal
Daño de médula espinal, enfermedad cerebro vascular, parkinson, esclerosis múltiple	Disminución de lubricación vaginal, excitación, orgasmo
Vaginitis, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis	Vaginismo, dispareunia
Prolapso uterino o miomatosis uterina	Disminución de excitación
Diálisis por falla renal	Disminución de excitación y deseo, debido a desbalance hormonal
Artritis	Dolor crónico que limita el movimiento
Síndrome de Sjogren	Disminución de lubricación

Fuente: Traducido de: Adapted from Harvard Guide to Women's Health; Clinic Proceedings, 2002;77:689-702.^{7,10}

Se pueden emplear preguntas directas, reportes diarios o cuestionarios como el Female Sexual Function Index (FSFI) o Female Sexual Distress Scale.^{11,12,13}

Algunos aspectos como el embarazo provocan variación en cuanto a la frecuencia de las relaciones sexuales dependiendo del trimestre de gestación; disminuyen durante el primero y tercer trimestres y aumentan en el segundo.³ En el puerperio disminuye tanto la frecuencia de las relaciones sexuales, así como el disfrute de las mismas, relacionadas con cambios hormonales, presencia del bebe, fatiga, episiorrafia.³

Factores como la incontinencia urinaria, dolor pélvico, sangrado uterino anormal y prolapso genital se han asociado con disminución de la función sexual. Así también la histerectomía debido a daño de las terminaciones nerviosas y acortamiento del canal vaginal; independientemente de si esta es total o subtotal. La disfunción es mayor con el uso de radiación, como es el caso del cáncer ginecológico.^{3,14}

Los resultados cervicales anormales provocan ansiedad, sentimientos negativos hacia la pareja y secuelas psicosexuales.³

La infertilidad busca como fin conseguir el embarazo, antes que placer.³

En general cualquier medicamento que altere el flujo sanguíneo (antihipertensivos), con acción en el sistema

nervioso central (antidepresivos, psicotrópicos), o anti-colinérgicos; además, drogas ilícitas, alcohol o cigarrillo pueden afectar la excitación.⁷

El interrogatorio psicosocial debe enfocar la situación de la paciente en su hogar, su relación de pareja, familia y trabajo. Se debe explorar antecedentes de abuso sexual, emocional y físico.^{7,8}

EXAMEN FÍSICO

Merecen especial énfasis los sistemas vascular y nervioso, incluye: tensión arterial, pulsos periféricos, función urinaria, apariencia general, caracteres secundarios, signos de hiperandrogenismo.^{7,8}

El examen ginecológico comprende la inspección de los genitales externos. El examen especular se lo debe realizar con espejo tibio y lubricado. Las lesiones sospechosas deben ser biopsiadas y las secreciones recogidas para inspección microscópica o cultivos. Se debe realizar el tacto vaginal previo al examen bimanual. Valorar el piso pélvico (tono).^{7,8}

La examinación rectal o rectovaginal es llevada a cabo con un dedo bien lubricado.

EXÁMENES DE LABORATORIO Y OTROS

No hay un examen universal. Dentro de estos se pueden solicitar: química sanguínea, biometría hemática, perfil lipídico cuando se acompañe de riesgo vascular; si se sospecha de causa hormonal se puede solicitar: estrógenos, FSH, LH, TSH, andrógenos (testosterona libre, globulina ligadora de hormonas sexuales), prolactina, cortisol.^{7,8}

Pruebas especiales como temperatura vaginal y clitorídea y tests de sensibilidad a las vibraciones, reflejo bulbocavernoso con el fin de excluir disfunción neurológica, o ultrasonografía doppler duplex y pletismografía para medir el flujo sanguíneo a través de los órganos genitales.

TRATAMIENTO

Parte del éxito del manejo consiste en determinar el lugar en el que se rompe la respuesta sexual normal. Se considera la combinación de terapia psicológica, el uso de implementos médicos, la aplicación de drogas y modificaciones en el estilo de vida tales como: dieta saludable, reducción del estrés, actividad física regular, eliminación de los factores de riesgo.⁵

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

Terapia cognitivo conductual: Identifica y modifica factores que contribuyen a este problema tales como: compor-

tamientos que reducen el interés o confianza en la pareja, estímulo erótico insuficiente, deficiente estimulación física no genital.¹⁵

Terapia sexual para parejas se enfoca en problemas similares, enfoca técnicas que consiste inicialmente en contacto físico no sexual con progresión gradual, hasta el contacto genital. Se alienta a los compañeros a tocarse el uno al otro y proveer una retroalimentación acerca de que caricias son placenteras, lo cual puede ayudar a reducir la ansiedad.^{15,16}

Psicoterapia en caso de pobre autoimagen sexual y experiencias no sexuales de la niñez que pueden estar relacionadas con el problema; además, hipnosis y técnicas de relajación, mencionadas como prometedoras para el vaginismo.^{15,16,17}

INTERVENCIONES FARMACOLÓGICAS

NO HORMONALES

Sildenafil: El uso de inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 PDE5, conocidos por incrementar la producción de GMP cíclico y así, relajar el músculo liso de la vasculatura genital, ha sido sugerido para tratar los desordenes de excitación y del orgasmo; sin embargo, las muestras de los estudios son pequeñas.^{15,18}

Fentolamina: Es un antagonista adrenérgico no selectivo, que facilita la congestión vascular y disminuye la detumescencia, se necesitan más estudios para evaluar su valor en la DSF.^{8,15}

HORMONALES ESTRÓGENOS

Los estrógenos son necesarios para mantener la estructura morfológica de la vagina y el clitoris. Así, una disminución de sus niveles séricos, resulta en adelgazamiento del epitelio vaginal y atrofia de la pared vaginal; por lo tanto no sorprende que la mayoría de mujeres postmenopausicas experimente cambios en su función sexual.¹⁵

La evidencia no sugiere la administración de estrógenos sistémicos, o la terapia de estrógenos/progesterona para la disminución del deseo sexual. Son efectivos para la DSF relacionada con atrofia genitourinaria, se prefiere los estrógenos vaginales en dosis bajas, con menos efectos adversos que los sistémicos; opciones de este tipo son los anillos vaginales de liberación diaria, cremas de estrógenos vaginales 0,5 g o tabletas de estradiol dos veces a la semana cada una.

ANDRÓGENOS

No se ha confirmado la deficiencia androgenica en mujeres con deseo sexual hipoactivo.¹⁹

No hay información acerca de seguridad y eficacia de la suplementación de testosterona en mujeres con o sin

deficiencia de estrógenos, los riesgos de esta terapia incluyen: hirsutismo, acné, alteración de la función hepática, cambios en el perfil lipídico, aumento de la resistencia a la insulina, síndrome metabólico

Resultados de ensayos clínicos controlados con placebo, doble ciego, demostraron que la terapia de reemplazo de testosterona de 300–450mg/día dos veces a la semana, por al menos 24 semanas, fue bien tolerada en pacientes luego de ooforectomía bilateral e hysterectomía; se registraron incremento en los niveles de testosterona libre, así como mejora en el deseo sexual y aumento en la frecuencia de actividad sexual satisfactoria.¹⁵

INTERVENCIONES MECÁNICAS

Debido a que no hay ensayos clínicos controlados de estos métodos, su eficacia es no concluyente.

DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA O FLOODING

Consiste en la inserción gradual de un dilatador de un tamaño progresivamente mayor o un dedo, dentro de la vagina, para tratamiento del vaginismo. Los dilatadores vaginales están recomendados específicamente en mujeres luego de radioterapia pélvica.¹⁵

Dispositivos mecánicos como el sistema EROS-CTD, aprobado por la FDA, puede ser utilizado como terapia de segunda línea; este trabaja aplicando una gentil aspiración al clítoris, facilitando la excitación sexual.^{15,20}

INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

La eficacia en mejorar la función sexual por medio de cirugías reconstructivas de vagina por anomalías mullerianas y radioterapia pélvica tiene evidencia limitada.¹⁵

BIBLIOGRAFÍA

1. BASSON Rosemary, BERMAN Jennyfer,* y col, REPORT OF THE INTERNATIONAL CONSENSUS DEVELOPMENT CONFERENCE ON FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION: DEFINITIONS AND CLASSIFICATIONS, THE JOURNAL OF UROLOGY® Vol. 163, 888–893, March 2000
2. Edward O. Laumann; Anthony Paik; Raymond C. Rosen, Sexual Dysfunction in the United States: Prevalence and Predictors, JAMA. 1999;281(6):537-544 (doi:10.1001/jama.281.6.537)
3. Rashmi Srivastava, MD,* Raneek Thakar, MD, MRCOG,† and Abdul Sultan, MD, FRCOG†, Female Sexual Dysfunction in Obstetrics and Gynecology, OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY, Volume 63, Number 8, 2008
4. Ruba M. Abu Ali, Factors associated with sexual dysfunction in Jordanian women and their sexual attitudes, Ann Saudi Med. 2009 Jul–Aug; 29(4): 270–274
5. Marnach Mary, Understanding Women's Sexual Health: A Case-Based Approach, Mayo Clin Proc. • December 2008;83(12):1382-1387
6. Masters WH, Johnson VE. The human female: anatomy of sexual response. Minn Med 1960;31–36.
7. Joseph M. Novi, DO, FACOG,* and Nicole M. Book, MD†, Sexual Dysfunction in Perimenopause, A Review, OBSTETRICAL AND GYNECOLOGICAL SURVEY, Volume 64, Number 9, 2009
8. Pasqualotto EB et al. Female sexual dysfunction: The important points to remember, CLINICS 60(1):51-60, 2005
9. http://www.emedicinehealth.com/female_sexual_problems/article_em.htm
10. Harvard Guide to Women's Health; Clinic Proceedings, 2002;77:689–702.
11. R. ROSEN, C. BROWN The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function, Journal of Sex & Marital Therapy, 26:191–208, 2000
12. Juan Enrique Blümel M. ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA: UN TEST PARA EVALUAR LA SEXUALIDAD DE LA MUJER, REV CHILR EOV B SCTHEILT OGBINSETCEOT LG 2IN00E4C; O6L9 (20):0 141; 86-91(225
13. Pérez C et al. Prevalencia de disfunción sexual femenina en una población que asiste a una unidad de urología, Rev Mex Urol 2008; 68(2):98-102
14. Andrea Salonia, The role of the urologist in the management of female sexual dysfunctions, Curr Opin Urol 14:389–393, 2004
15. Margit E. Mayera, Ricarda M. Bauera, y col., Female sexual dysfunction: what's new? Curr Opin Obstet Gynecol 19:536–540, 2007
16. Talli Y. Rosenbaum, PT, The Role of Physical Therapy in Female Sexual Dysfunction, Current Sexual Health Reports 2008, 5:97–101
17. Katherine Angel, The history of 'Female Sexual Dysfunction' as a mental disorder in the 20th century, Current Opinion in Psychiatry 2010, 23:536–541
18. Dana A Brown, PharmD BCPS, Assessing the Clinical Efficacy of Sildenafil for the Treatment of Female Sexual Dysfunction, The Annals of Pharmacotherapy: Vol. 43, No. 7, pp. 1275-1285, 2009
19. Basson Rosemary, MD, et col, Role of Androgens in Women's Sexual Dysfunction; Menopause. 2010;17(5):962-971. © 2010 The North American Menopause Society
20. Wilson SK, Delk JR, Billups KL. Treating symptoms of female sexual arousal disorder with the Eros-Clitoral Therapy Device. J Gend Specif Med 2001; 4:54–58.

DM. Quito, abril 14 de 2014
111011241-258

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

CERTIFICA



Que el artículo titulado **DANDY WALKER: REPORTE DE UN CASO**, cuyos autoras son los doctores Silvana Santamaría Robles, Postgradista B4 Ginecología y Obstetricia, Universidad San Francisco de Quito – HCAM; y, Santiago Chávez Iza., Coordinador de la Unidad de Medicina Materno Fetal - HCAM, ha sido aceptado para su publicación en la Revista CAMbios, volumen XIII número 22, enero – junio 2013.

Atentamente,




Dr. Andrés Calle Miñaca

DIRECTOR TÉCNICO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

Elaborado por:	Lic. Dolores Reyes C.	
Revisa/ aprueba:	Dr. Andrés Calle M.	
Fecha:	2014-4-14	

DANDY WALKER: REPORTE DE UN CASO

Dra. Silvana Santamaria Robles,⁽¹⁾ Dr Santiago Chavez Iza⁽²⁾

(1) Postgradista B4. Ginecología-Obstetricia, HCAM, Universidad San Francisco de Quito

(2) Coordinador de la Unidad de Medicina Materno Fetal - HCAM

RESUMEN

La malformación de Dandy-Walker es una alteración congénita que compromete el cerebelo y el cuarto ventrículo. Esta condición se caracteriza por agenesia o hipoplasia del vermis cerebeloso, dilatación quística del cuarto ventrículo y alargamiento de la fosa posterior. Aproximadamente el 80% de los pacientes presenta hidrocefalia.

La triada característica de la malformación de Dandy-Walker consiste en: agenesia parcial o completa del vermis, dilatación quística del cuarto ventrículo y alargamiento de la fosa posterior. El diagnóstico prenatal es preferible realizarlo luego de las 18 semanas, el postnatal se hace con ultrasonido transfontanelar, resonancia magnética y Tomografía axial computarizada. El tratamiento de esta patología está basado en el manejo de la hidrocefalia.⁽¹⁾

A continuación presentamos un caso clínico de Dandy Walker registrado en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Carlos Andrade Marín de Quito

Palabras clave: Síndrome de Dandy-Walker; cisterna magna; hidrocefalia; fosa craneal posterior

SUMMARY

Dandy-Walker malformation is a rare congenital disease involving the cerebellum and the fourth ventricle. This condition is characterized by agenesia or hypoplasia of the cerebellar vermis, cystic dilatation of the fourth ventricle, and enlargement of the posterior fossa. Approximately 80% of patients have hydrocephalus.

Dandy-Walker malformation was described by Dandy and Blackfan in 1914. The characteristic triad of Dandy-Walker malformation as consisting of complete or partial agenesia of the vermis, cystic dilatation of the fourth ventricle and an enlarged posterior fossa. The prenatal diagnosis of Dandy-Walker malformation is better after 18 weeks of gestation. After birth it is best diagnosed with the help of transfontanelar ultrasound, magnetic resonance imaging, and computerized axial tomography. The treatment for this condition is based in the management of hydrocephalus.⁽¹⁾

Below is a case report of Dandy Walker joined in the Unidad de Medicina Materno Fetal of the Hospital Carlos Andrade Marín in Quito

Key Words: Dandy-Walker syndrome; cisterna magna; hydrocephalus; Cranial Fossa, Posterior

INTRODUCCION

Las anomalías del Sistema Nervioso Central (SNC) son frecuentes y pueden llegar a representar hasta el 15% del total de anomalías congénitas. Los defectos del SNC con tubo neural intacto son poco frecuentes, entre ellos constan los defectos de la fosa posterior que se presentan en 1 de cada 30.000 nacidos vivos aunque su prevalencia real es desconocida debido a la infraestimación del diagnóstico prenatal.

La malformación de Dandy-Walker es una rara enfermedad congénita caracterizada, originalmente, por ventriculomegalia, cisterna magna aumentada de tamaño y agenesia parcial o completa del vermix cerebeloso. El "complejo Dandy-Walker" incluye a la malformación, la variante y la megacisterna magna con pequeñas variaciones entre estas.

La valoración mediante ecografía de las estructuras de la fosa posterior se ha integrado dentro del screening morfológico del segundo trimestre. La detección de anomalías que afectan a dichas estructuras permite su valoración prenatal.⁽²⁾

CASO CLINICO

El 22 de julio de 2011 fue remitida desde la Ciudad de Ibarra una mujer de 35 años, ama de casa, analfabeta, casada, procedente de Otavalo, raza mestiza. cursaba un embarazo de 34,2 semanas, con hallazgos ecográficos sospechosos de malformación de Dandy-Walker y amenaza de parto pretérmino. Por esta razón, se solicita evaluación por Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del HCAM y se decide su ingreso para estudio del caso.

Paciente sin antecedentes patológicos importantes, gestaciones: 9, partos: 8. Test de O'Sullivan no se realizó, recibió maduración pulmonar 21 y 22 de julio con betametasona.

Al examen físico con fondo uterino acorde a la edad gestacional, con feto longitudinal, cefálico, actividad uterina esporádica, FCF (frecuencia cardíaca fetal) 143 lpm, tacto vaginal: cérvix dilatado 1 cm, secreción genital compatible con vaginosis, para lo que se inició tratamiento con clindamicina

Exámenes: Biometría hemática, química sanguínea y EMO normales

25 julio 2011: Ecografía realizada en la UMMF describe un feto único, cefálico, peso 2205 g, líquido amniótico normal, placenta posterior. Cisterna magna amplia de 25 mm, ausencia de vermis cerebelar, aclaramiento de circunvoluciones, cuerpo caloso presente, riñones normales. Cervicometría de 32 mm. (Figura 1 y Figura 2)

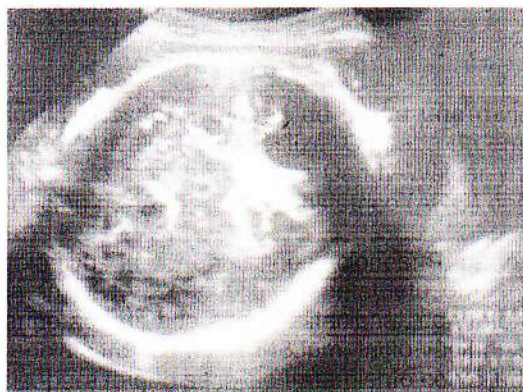


Figura 1: Cisterna magna amplia de 25 mm, presencia del cavum del septum pellucidum. UMMF, HCAM



Figura 2: Ausencia de vermis cerebelar, imagen en cerradura. UMMF, HCAM

25 julio 2011: RMN fetal: Feto único longitudinal izquierdo, placenta fúndica posterior, líquido amniótico normal. Se identifica fosa posterior y megacisterna magna amplia, esta última en comunicación con cuarto ventrículo por hipogenesia del vermis, elevación de la tórula y el tentorio. Presencia del cavum del septum pellucidum. No se aprecia hidrocefalia supratentorial, cuerpo caloso presente. Discreta ectasia renal izquierda materna. (Figura 3 y Figura 4)

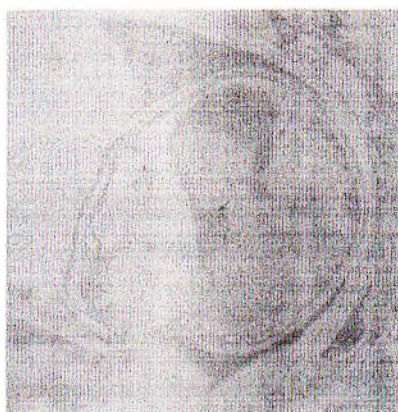


Figura 3: RMN fetal. Servicio de Imagenología, HCAM

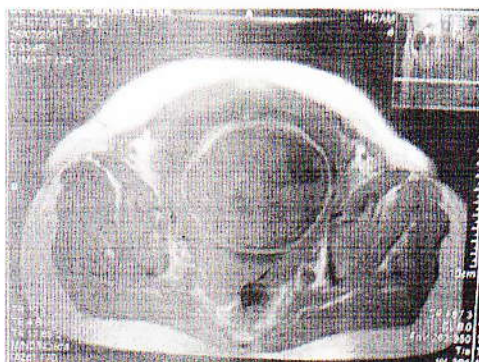


Figura 4: RMN fetal. Servicio de Imagenología, HCAM

Alta el 28 de julio del 2011 para control posterior por consulta externa.

Reingresa el 16 de agosto del 2011 con embarazo de 37,5 semanas luego de presentar actividad uterina y trauma obstétrico por volcamiento de vehículo en el que viajaba.

Se encuentra a feto con fcf de 119 lpm, actividad uterina de 1 en 10 minutos, tacto vaginal con cérvix dilatado 3 cm. Se decide terminación del embarazo por cesárea. Se recibe recién nacido vivo, masculino, peso 3340 g perímetro cefálico 36 cm, APGAR 8-9, fontanela normotensa.

16 agosto 2011: Ultrasonido transfontanelar: Estructuras intracraneales dentro de parámetros ecográficos normales. Sistema ventricular sin dilataciones. Surcos y cisuras son normales.

18 agosto 2011: TAC de cráneo simple: En el parénquima cerebral no se observan lesiones ocupantes de espacio. Sistema ventricular de configuración habitual. Relación sustancia gris-blanca conservada, presencia de fosa posterior grande con hemisferios cerebelosos abiertos lateralmente y desplazados hacia delante, lesión quística que comunica con el cuarto ventrículo, vermis de cerebelo hipoplásico.

(Figura 5)

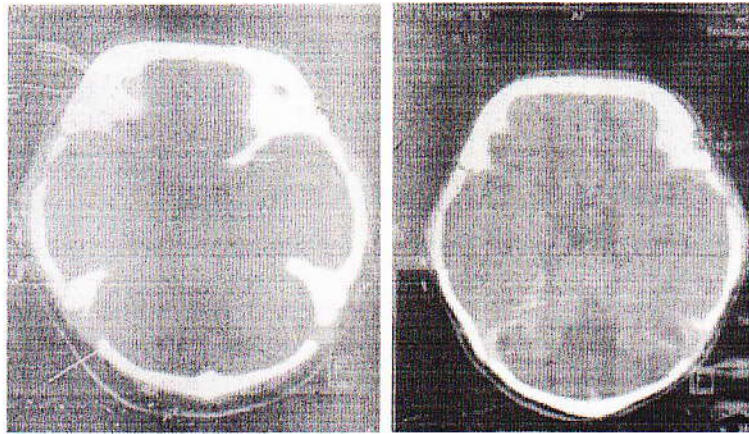


Figura 5: TAC de cráneo simple. Servicio de Imagenología, HCAM

Acudió a control en Neurología al mes de edad, con perímetro cefálico de 38 cm en percentil 50, reflejos arcaicos presentes y simétricos, tono muscular adecuado, fontanela anterior abierta, normotensa.

DISCUSION

La malformación de Dandy Walker consiste en una alteración en el desarrollo embriológico, compuesta por una asociación de anomalías en el sistema nervioso central (SNC).⁽³⁾

El complejo Dandy-Walker es una malformación congénita rara de la fosa posterior que se clasifica como:^(2,4,5)

- a) Malformación Dandy-Walker: Dilatación quística del cuarto ventrículo, agenesia parcial o total de vermis cerebelar y agrandamiento de la fosa posterior
- b) Variante Dandy-Walker: Masa quística en fosa posterior con hipoplasia variable del vermis cerebelar sin agrandamiento de la fosa posterior
- c) Megacisterna magna: Cisterna magna aumentada de tamaño con integridad del cerebelo y cuarto ventrículo

El término malformación de Dandy-Walker fue sugerido para describir el ensanchamiento quístico del cuarto ventrículo asociado con agenesia total o parcial de vermis.⁽⁶⁾

Signos característicos:

1. Agenesia completa o parcial del vermis
2. Dilatación quística del cuarto ventrículo
3. Alargamiento de la fosa posterior con desplazamiento superior del tentorio
4. Rotación antihoraria del vermis hipoplásico

Historia

Esta malformación fue descrita inicialmente por Dandy y Blackfan en 1914. Más tarde, Taggart y Walker, en 1942, señalaron que el defecto era causado por una atresia congénita de los forámenes de Luschka y Magendie.⁽¹⁾ Pero no fue hasta 1954 en que Benda propone denominar al cuadro síndrome de Dandy Walker después de estudiar seis pacientes, comprobando que la entidad se debe a un desarrollo embriológico anormal del cerebro medio y no necesariamente a la atresia de los citados agujeros.^(4,7,8)

Epidemiología

La incidencia de malformación de Dandy-Walker es 1 caso por 25 000 – 35 000 nacidos vivos en Estados Unidos. Es más frecuente en el sexo femenino, con relación 3:1.⁽⁹⁾

Un 29% se asocia con alteraciones en el cariotipo. Las tasas de mortalidad son de un 12 – 50%; y relacionadas con anomalías congénitas producen un 83% de muertes postnatales. La mortalidad incrementa cuando hay hipoplasia aislada del vermis.^(10, 11)

Se desarrolla ventriculomegalia en más del 80% de los casos, especialmente en la etapa postnatal.^(4,6) Esta malformación es una de las tres causas principales de hidrocefalia infantil, causando entre un 4 a 12% de todos los casos, siendo las otras causas la estenosis del acueducto de Silvio y la malformación de Chiari.⁽¹²⁾

Esta malformación puede asociarse a otras malformaciones genéticas, pudiendo ocurrir en el contexto de variadas alteraciones cromosómicas: trisomía 13, trisomía 18, trisomía 21 y otras.⁽¹³⁾

La malformación de Dandy-Walker se relaciona frecuentemente con otras anomalías intracraneales como agenesia del cuerpo caloso, holoprosencefalia, encefaloceles occipital y anomalías oculares. Las anomalías extracraneales incluye: riñones poliústicos, defectos cardiovasculares, polidactilia y paladar hendido. Estudios postnatales indican que la incidencia de malformaciones asociadas va del 50 al 70%.⁽⁴⁾ En ausencia de un síndrome reconocible, el riesgo de recurrencia en embarazos subsecuentes es 1-5%.

Etiología

Los factores genéticos juegan un papel importante en la etiología de esta condición. Generalmente se presenta como casos esporádicos lo que ha llevado a plantear que esta sería una malformación aislada, aparentemente no hereditaria. Sin embargo, se han descrito casos de recurrencia especialmente con antecedentes de consanguinidad paterna siguiendo un patrón de herencia autosómico recesivo, por lo que no está muy claro aun cual sería la verdadera forma de herencia de esta patología.⁽¹⁴⁾

Dentro de los factores de riesgo hay un dudoso rol de factores ambientales, principalmente dado por infecciones virales, alcohol y diabetes materna. Por tanto, como factor predisponente, se menciona la exposición durante el primer trimestre de la gestación a rubeola, CMV, toxoplasma y alcohol.⁽¹³⁾

Etiopatogenia

Como se señaló, el Dandy Walker es consecuencia de un trastorno en el desarrollo embriológico del cerebro medio que ocurre durante el primer trimestre del embarazo y hasta la actualidad, no se ha podido establecer el o las causas que inducen la malformación; sin embargo se mencionan algunos factores predisponentes como la rubéola, las infecciones por citomegalovirus y toxoplasmosis; así como el uso de la warfarina, alcohol e isotretinoína.^(8,15)

Originalmente se pensó que la atresia del foramen de Luschka y Magendie era la causa de la dilatación del sistema ventricular.⁽¹⁶⁾ Posteriormente otros autores observaron que la atresia de este foramen no estaba presente en todos los casos, y propusieron que la malformación podría ser causada por un desbalance en la producción de líquido entre el tercer ventrículo, los ventrículos laterales y el cuarto ventrículo. La producción de líquido aumentada en los ventrículos llevaría a la dilatación y herniación del rombencéfalo. La dilatación sería mayor a nivel del cuarto ventrículo, lo cual le daría la apariencia quística a la fosa posterior, y por compresión llevaría a una hipoplasia del vermis cerebeloso.⁽⁵⁾

Clínica

Las manifestaciones clínicas dependen de tres factores: en primer lugar de la severidad de la malformación, la presencia de anomalías asociadas y la edad o el momento del diagnóstico. La mayoría de los enfermos debutan durante la lactancia, las manifestaciones clínicas en términos generales son el aumento del perímetro cefálico (PC), los síntomas y signos secundarios al grado de hidrocefalia, así como el retardo en el desarrollo psicomotor. Un 80% de los pacientes nacen con un PC normal; pero al año de edad el 80% presenta una ventriculomegalia.

Después del cierre de las fontanelas y suturas las manifestaciones clínicas son las de hipertensión endocraneana secundaria a la hidrocefalia, a lo que agregan ataxia, espasticidad y pobre control motor de los movimientos finos. La mitad de los pacientes presentan un retardo mental, hecho relacionado con el grado de hipoplasia del vermis; un 15% puede presentar crisis convulsivas.⁽⁸⁾

Diagnóstico Prenatal

El diagnóstico prenatal ultrasonográfico de la malformación de Dandy-Walker es difícil hasta el inicio del segundo trimestre debido a que el cuarto ventrículo es relativamente grande y el vermis cerebelar aun no está completamente formado, lo que puede dar la falsa impresión de defectos del vermis. Se recomienda escaneo de seguimiento a las 18 semanas o después.⁽¹⁷⁾

No es fácil establecer prenatalmente el diagnóstico entre megacisterna magna y variante de Dandy-Walker, esto se puede resolver con estudios de imagen postnatales.⁽⁴⁾ Los criterios utilizados para el diagnóstico ultrasonográfico prenatal del complejo de Dandy-Walker incluyen:

Agrandamiento de la cisterna magna: profundidad antero posterior >10 mm, evaluado en una sección oblicua de la calota donde se observe el cavum del septum pellucidum y los pedúnculos cerebrales por delante de la fosa posterior;⁽⁵⁾ aplasia/hipoplasia del vermis cerebelar, evidenciada como brecha sonoluscente entre los hemisferios cerebelares en la vista transcerebelar, esta brecha esta contigua al cuarto ventrículo dilatado y se refiere algunas veces continuidad o comunicación entre la cisterna magna y el cuarto ventrículo.

La base anatómica de la brecha en forma de cerradura en ultrasonido no es clara. Aparentemente el desplazamiento lateral de los hemisferios cerebelares puede ser un evento fisiológico en algunos fetos o puede representar una malformación Dandy-Walker leve sin patología cerebelar asociada. El hallazgo de la figura en forma de cerradura no debe ser tomado como único criterio diagnóstico de esta malformación.⁽¹⁸⁾

Se utiliza la RMN fetal al final del segundo trimestre para un mejor estudio de las malformaciones de la fosa posterior. En el diagnóstico se necesita la búsqueda de anomalías adicionales en el sistema nervioso central y otros órganos.⁽¹⁹⁾ El estudio citogenético está indicado pues puede ocurrir en el contexto de varios desordenes cromosómicos.⁽¹⁸⁾

Si bien el asesoramiento para el manejo obstétrico de esta patología es difícil, se sugiere la realización de: ecocardiografía fetal, consulta con neurocirugía pediátrica, control ecográfico cada 2 a 3 semanas y resonancia magnética intrauterina y/o al nacer.

Diagnostico postnatal: ⁽⁸⁾

TAC sin contraste: Se puede observar el quiste de fosa posterior comunicado con el IV ventrículo; la ausencia total o parcial del vermis cerebeloso; los hemisferios cerebelosos, generalmente hipoplásicos por el fenómeno compresivo, desplazados hacia fuera y adelante. Cuando coexiste una hidrocefalia las alteraciones propias de la misma, con una tendencia al predominio en los cuernos occipitales.

RMN: Es el procedimiento diagnóstico de elección pues permite delimitar con exactitud las alteraciones presentes en los cortes axiales, coronales y sagitales, al mismo tiempo posibilita la identificación de las malformaciones asociadas lo que permite una planeación adecuada del tratamiento y ofrecer un pronóstico.

Ultrasonografía transfontanelar: Recomendado en lactantes, muestra el quiste de fosa posterior, la disgenesia cerebelosa y los elementos característicos de la hidrocefalia.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico está reservado para los casos de hidrocefalia. El abordaje quirúrgico directo del "quiste" con resección total o parcial de sus paredes o la fenestración no ofrece buenos resultados y por tanto está abandonado. Los esfuerzos se han dirigido a la solución de la hidrocefalia lo que puede obtenerse con la colocación de un sistema derivativo de LCR.⁽⁸⁾

Pronóstico:

El complejo Dandy-Walker está asociado con incremento en la incidencia de alteraciones del desarrollo, pero se ha sugerido que el pronóstico a largo plazo se correlaciona mejor con la presencia de otras anomalías.^(18, 20)

Las tasas de mortalidad por la malformación alcanzan entre un 12-50%; y, asociada con otras malformaciones congénitas, constituye el 83% de la mortalidad postnatal.⁽¹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zuluaga H, Henao KS, Herrera Y, Mejía MV, Prisco L. Malformación de Dandy-Walker: reporte de un caso. *Medicina UPB*, 2010; 28(2):147-153
2. Rueda C, Rubio R, Folch M, Prat M, López-Yarto M, et al. Variante Dandy-Walker: caso clínico. *Ginecol Obstet Clin*, 2009; 10(3):180-184
3. Sperperato M. Educación médica continua. Malformación de Dandy Walker y sus variantes. *Rev Arg de Ultrasonido*, 2007; 6(3):203-206
4. Wg Cdr A Alam, Gp Capt BN Chander, Sqn Ldr M Bhatia. Dandy-Walker Variant: Prenatal Diagnosis by Ultrasonography - Case Report. *Med J AFI*, 2004; 60:287-289
5. Gennari MP, Ostrovsky De Dionigi E. Actualización Complejo de Dandy Walker. Evaluación prenatal. *Rev Arg Ultrason*, 2008; 7(2):121-125
6. Paladini D, Volpe P. Ultrasound of Congenital Fetal Anomalies Differential Diagnosis and Prognostic Indicators, 2007. p32-34
7. Benda CE. The Dandy-Walker syndrome or the so-called atresia of the foramen Magendie. *J Neuropathol Exp Neurol*, 1954; 13:14-27
8. Arai M, Nasaka K, Kashihara K, Kaizaki Y: Neurocutaneous melanosis associated with Dandy Walker malformation and meningoencephalocele. Case Report. *J Neurosurg Pediatrics* 2003; 100:501-505
9. Rodríguez J, Cabal A. Síndrome de Dandy-Walker. *Aten Primaria*, 2010; 42(1):50-51
10. Blaas HG, Eik-Nes SH. First-trimester, diagnosis of fetal malformations. In: Rodeck CH, editor. *Fetal medicine*. 2. ed. Philadelphia: Churchill Livingstone, 2008. p587-588
11. Nyberg DA, Cyr DR, Mack LA, Fitzsimmons J, Hickok D, Mahony BS. The Dandy Walker malformation Prenatal Sonographic diagnosis and its clinical significance. *J Ultrasound Med*, 1988; 7(2):65-71
12. Abdel-Salam GM, Shehab M, Eaki MS. Isolated Dandy-Walker malformation associated with brain stem dysgenesis in male sibs. *Brain Dev*, 2006.
13. Osorio A. Complejo de Dandy Walker, experiencia en el Centro de Referencia Perinatal Oriente. *Rev Chil Ultrasonog* 2006; 9: 113-125.
14. Bragg TW, St George EJ, Wynne-Jones GA, Hockley A, Morton JE. Familial Dandy-Walker syndrome: a case report supporting an autosomal inheritance. *Childs Nerv Syst*, 2006; 22(5):539-41
15. Orrison W. *Neuroecografía fetal*. Neurorradiología. Torino: Harcourt, 2000. p312-314
16. Dandy WE. The Diagnosis and treatment of hydrocephalus due to occlusions of the foramina of Magendie and Luschka. *Surg Gynecol Obstet*, 1921; 32:112
17. D'Addario, V. The role of ultrasonography in recognizing the cause of fetal cerebral ventriculomegaly. *J Perinat Med*. 2004; 32(1): 5-12
18. Phillips JJ, Mahony BS, Siebert JR, Lalani T, Fligner CL, Kapur RP. Dandy Walker Malformation Complex, Correlation between ultrasonographic diagnosis and postmortem neuropathology. *Ultrasound Rev Obstet Gynecol*, 2006; 107(3):685-93
19. Teksam M., Ozyer U., McKinney A., Kirbas I., Cakir B, Fetal MRI of a Severe Dandy-Walker Malformation with an Enlarged Posterior Fossa Cyst Causing Severe Hydrocephalus, *Fetal Diagn Ther* 2005;20:524-527
20. Santhosh J, Mamatha GP. Dandy-Walker malformation: An incidental finding, *Indian J Hum Genet*, 2010; 16(1):33-35

CURSO
ACTUALIZACIÓN
MATERNAL
infantil

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS Y DE LA SALUD
DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR



Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Médica SILVANA SANTAMARÍA**

Por haber participado en calidad de: **Conferencista del Tema: Disfunciones sexuales (trastornos de la conducta sexual)**

En el **CURSO DE ACTUALIZACIÓN MATERNO INFANTIL**, organizado por el Colegio de Enfermeros y Enfermeras de Pichincha, realizado del 18 al 28 de junio de 2012 en la ciudad de Quito.

Duración Académica: 120 Horas

Quito, 28 de junio de 2012

DR. BERNARDO SANDOVAL C.
Decano de la Facultad de Ciencias Médicas y de la Salud
Universidad Internacional del Ecuador



LCDA. ROSA SANTAMARÍA A.

Presidenta
Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha



**CURSO ACTUALIZACIÓN MATERNO INFANTIL
COLEGIO DE ENFERMERAS/OS DE PICHINCHA
DURACIÓN ACADÉMICA: 120 HORAS**

TEMA: PATOLOGÍA MAMARIA			
LUNES 18 DE JUNIO DE 2012			
HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
08H00 - 09H30	INSCRIPCIONES Y ENTREGA DE MATERIALES		
09H30 - 09H45	SESION SOLEMNE DE INAUGURACION		
09H45 - 10H30	Conducta de tumores benignos de la mama	Dra. Gaby Miñaca	HCAM
10H30 - 11H15	Factores de riesgo para cáncer de mama	Dra. Mónica Cachimuel	HCAM
11H15 - 11H30	RECESO		
11H30 - 12H15	Mamografía Vs. Ultrasonido en el Diagnóstico de tumoraciones mamarias	Dr. Fernando Moreno	HCAM
12H15 - 13H00	Nuevas técnicas de diagnóstico por imagen	Dra. Katya Dávila	CEMESCAN
13H00 - 15H00	ALMUERZO		
15H00 - 15H45	Diagnóstico de lesiones premalignas del cuello uterino	Dr. Diego Calderón	HCAM
15H45 - 16H30	Estado del arte en cáncer in situ	Dr. Bernardo Sandoval C.	H. METROPOLITANO
16H30 - 17H15	Importancia del ganglio centinela	Dra. Gaby Miñaca	HCAM
17H15 - 17H30	RECESO		
17H30 - 18H15	Cuidados de enfermería en pacientes complicadas en ginecología	Lcda. Bertha Pacheco	HGOIA

TEMA: DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS			
MARTES 19 DE JUNIO DE 2012			
HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
09H00 - 09H45	Mortalidad materna en Latinoamerica	Dr. Abel Meléndez	HGOIA
09H45 - 10H30	Mortalidad materna en Ecuador. Planes preventivos	Dr. Luis Rodas	HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA
10H30 - 11H15	Violencia femenina. Visión latinoamericana	Dra. Cecilia Zurita	HGOIA
11H15 - 11H30	RECESO		
11H30 - 12H15	VIH en Ecuador, un reto para los servicios sanitarios	Dr. Walter Moya	HGOIA
12H15 - 13H00	Embarazo en la adolescente. Siempre un problema	Dr. Luis Rodas	HOSPITAL JULIUS DOEPFNER ZAMORA
13H00 - 15H00	ALMUERZO		
15H00 - 15H45	El aborto inseguro. Una causa de muerte materna	Dr. Ramiro Gómez	HGOIA
15H45 - 16H30	Contracepción de emergencia. Una solución.	Dra. Cristina Arcos	HCAM
16H30 - 17H15	Aborto séptico. Manejo	Dr. Fernando Moreno	HCAM
17H15 - 17H30	RECESO		
17H30 - 18H15	Hemorragia postparto. Protocolo de actuación	Dra. Lilián Fiallos	HCAM

TEMA: PERINATOLOGÍA

MIÉRCOLES 20 DE JUNIO

HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
09H00 - 09H45	Evaluación del corazón fetal, en población de bajo y alto riesgo	Dr. Fabricio Macias	H. METROPOLITANO
09H45 - 10H30	Métodos para evaluar el bienestar fetal	Md. Isabel Jibaja	HCAM
10H30 - 11H15	Conducta ante el Idrops.fetal, hidrotórax y ascitis aislada	Md. María Fernanda López	HOSPITAL DE LOS VALLES
11H15 - 11H30	RECESO		
11H30 - 12H15	Análisis crítico del tamizaje en el I Trimestre	Dr. Pablo Yáñez	HGOIA
12H15 - 13H00	Tratamiento quirúrgico de la hemorragia postparto	Dr. Hugo Garzón	HCAM
13H00 - 15H00	ALMUERZO		
15H00 - 15H45	Vigilancia con monitoreo fetal intraparto	Dr. Santiago Cepeda P.	HCAM
15H45 - 16H30	Complicaciones obstétricas con implicaciones graves	Lcda. Yolanda Vinueza	HGOIA
16H30 - 17H15	Crecimiento fetal restringido ¿Cuándo interrumpir?	Dr. Washington Herrera	HCAM
17H15 - 17H30	RECESO		
17H30 - 18H15	Muerte fetal un problema perinatal persistente	Md. Cecilia Valladares	HCAM

TEMA: GINECO OBSTETRICIA

JUEVES 21 DE JUNIO DE 2012

HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
09H00 - 09H45	Anestesia Obstétrica	Dr. Juan Pasquel	H. ENRIQUE GARCÉS
09H45 - 10H30	Reanimación cardiopulmonar en pacientes obstétricas	Dr. Juan Carlos López	HCAM UCI
10H30 - 11H15	Prevención de la mortalidad materna por Preeclampsia - eclampsia	Dr. Patricio Jácome	HGOIA
11H15 - 11H30	RECESO		
11H30 - 12H15	Infecciones de Transmisión Sexual en Ginecología	Md. Henry López	HOSPITAL DE LOS VALLES
12H15 - 13H00	Sexualidad y Cáncer (Alternativas de Tratamiento para el HPV Vulvar Femenina)	Dr. José Guerrero	LATACUNGA CLINICA FAE
13H00 - 15H00	ALMUERZO		
15H00 - 15H45	Síndrome Antifosfolipídico (Tratamiento Clínico durante el Embarazo)	Dr. José Guerrero	LATACUNGA CLINICA FAE
15H45 - 16H30	Trastornos hipertensivos durante el embarazo	Dra. Shary Naranjo	HCAM
16H30 - 17H15	Infección de vías urinarias. Valvuvaginitisy embarazo	Dr. Andrés Sánchez	H. METROPOLITANO
17H15 - 17H30	RECESO		
17H30 - 18H15	Disfunciones sexuales (trastornos de la conducta sexual)	Md. Silvana Santamaría	HCAM

TEMA: UCI EN OBSTETRICIA**VIERNES 22 DE JUNIO DE 2012**

HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
09H00 - 09H45	PrEeclamsia grave y síndrome HELLP	Dra. Alexandra Calvopiña	HGOIA UCIM
09H45 - 10H30	Sepsis Obstétrica	Dr. José Ortega	HGOIA UCIM
10H30 - 11H15	Ruptura hepática	Dr. Luis Unigarro	HGOIA UCIM
11H15 - 11H30	RECESO		
11H30 - 12H15	Miocardopatía dilatada	Dr. Freddy Sánchez	HGOIA UCIM
12H15 - 13H00	Embolismo líquido amniótico	Dr. Marco López	HGOIA UCIM
13H00 - 15H00	ALMUERZO		

TEMA: ATENCION PRIMARIA EN PEDIATRÍA

15H00 - 15H45	Principios de farmacología en pediatría	Dra. Alexandra Rosero	HEE
15H45 - 16H30	Enfermedad de Membrana Hialina	Lcda. Pilar Miño	HCAM
16H30 - 17H15	Neurodesarrollo en lactantes	Dr. Carlos Cárdenas C.	HCAM
17H15 - 17H30	RECESO		
17H30 - 18H15	Signos y síntomas del niño con cáncer	Dra. Carola Guerrero	HCAM

TEMA: PEDIATRÍA**SABADO 23 DE JUNIO DE 2012**

HORA	TEMA	DOCENTE	INSTITUCION
09h00 - 09h45	Evaluación clínica de los adolescentes	Dr. Santiago Vasco	HGOIA
09h45 - 10h30	Kwashiorkor (Desnutrición energética proteínica)	Dr. Freddy Cortez	Área de Salud 19 – Guamaní
10h30 - 10h45	RECESO		
10H45 - 11H30	Cuerpo Extraño en la vía aérea	Dr. Juan José Aguilar	HBO
11H30 - 12H15	Atresia de vías biliares: Manejo y rol de trasplante hepático.	Dr. Paúl Astudillo	H. METROPOLITANO

TALLERES

FECHA	TEMA	DOCENTES	HORARIO
23 de Junio	Soporte Vital Básico	Dra. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
25 de Junio	Soporte Vital Básico	Dra. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
26 de junio	Soporte Vital Básico	Dra. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
27 de Junio	Soporte Vital Básico	Dra. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
28 de Junio	Soporte Vital Básico	Dra. Norma Miranda	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00

FECHA	TEMA	DOCENTES	HORARIO
26 de junio	EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. PREVENCION DEL SEGUNDO EMBARAZO	Dr. Patricio Jácome	14h00 - 18h00
28 de junio	HEMORRAGIA EN EL EMBARAZO. PARTO Y POST PARTO COMO CAUSA DE MORTALIDAD MATERNA	Dr. Patricio Jácome	14h00 - 18h00

FECHA	TEMA	DOCENTES	HORARIO
27 de junio	EDUCACION SEXUAL CON ENFASIS EN PREVENCION DEL HIH /SIDA (ITS)	Mg. Marcia Robalino	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00
28 de junio	EDUCACION SEXUAL CON ENFASIS EN PREVENCION DEL HIH /SIDA (ITS)	Mg. Marcia Robalino	08h00 - 12h00 14h00 - 18h00

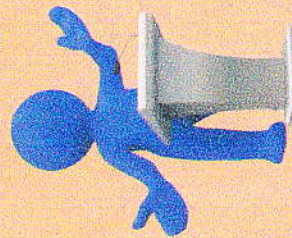
INVITACIÓN

ANAMER (Asociación Nacional de Médicos Rurales) y FACMED comprometidos con la capacitación continua y actualizada de alto nivel, tiene el agrado de invitarlos a formar parte del "III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO OBSTETRICIA Y PEDIATRIA CLINICA. AVANCES 2012", a desarrollarse en la ciudad de Quito, Auditorio del Hospital Carlos Andrade Marín, del 6 al 15 de Septiembre del 2012.

Esta jornada tratará de temas relevantes para la práctica del profesional de la salud que busca ofrecer una atención integral de calidad y calidez a los grupos más vulnerables de la sociedad, con la finalidad de ofrecer respuestas rápidas en pro del paciente adaptándose a su nivel socio económico, cultural y demográfico que palpamos en nuestro país.

El desarrollo de esta jornada contará con la participación de conferencistas de renombre a nivel nacional que compartirán sus experiencias y que junto con ustedes garantizarán el éxito en este evento.

Esperamos contar con su participación a este evento.



FACMED te da la oportunidad de ser EXPOSITOR de TEMA LIBRE.

Los mejores temas ganarán excelentes premios, además que el certificado de expositor es una gran aporte para tu Hoja de Vida.

El Equipo Académico de FACMED te brindará la asesoría que necesites para presentar tu tema!

Animatall

TITULO / CARGO	PREINSCRIPCIONES HASTA 15 DE AGOSTO	INSCRIPCIONES REGULARES
MEDICOS ESPECIALISTAS	\$160	\$180
MEDICOS GENERALES	\$140	\$155
AFILIADOS ANAMER	\$130	\$145
OBSTETRICES/OBSTETRAS	\$115	\$130
LIC. EN ENFERMERIA	\$115	\$130
AUXILIAR DE ENFERMERIA	\$100	\$115
ESTUDIANTES	\$ 80	\$ 90
OTRO (No Especificado)	\$115	\$130

REQUISITOS PARA INSCRIPCIÓN:
COPIA SIMPLE DE: TITULO PROFESIONAL Y CEDULA DE IDENTIDAD

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

Telf: 022564853 / 085022502

Av. 10 de Agosto N13-155 y Checa. Edif. Mutualista Pichincha No. 2.
6to piso. Ofi. 44 (Sector Consejo Provincial)

O mediante depósito directo a la Cta. Corriente No. 3515962704
Banco del Pichincha a nombre de HTS Cia. Ltda.
inscripciones@hts.com.ec

www.hts.com.ec

Avales Académicos e Institucionales



UNIVERSIDAD TÉCNICA
PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja



Ministerio de Salud Pública



ORGANIZAN:



Asociación Nacional de
Médicos Rurales



FACMED
Tu Salud es un Compromiso Médico

III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA CLINICA AVANCES 2012



Del 6 al 15 de Septiembre 2012
Quito - Ecuador

Auditorio
Hospital Carlos Andrade Marín

120 Horas Académicas



JUEVES 6 DE SEPTIEMBRE

- HPV y Colposcopia.
- Manejo de Tracto Genital Inferior en el Embarazo
- Manejo Inicial en Luxo Fracturas Pedirtricas.
- Consejería Sexual.
- El Cerebro Digital. Cambios en la Percepción del Adolescente.
- Canalización de la Vía Central y Periféricas en Neonatos.
- Hemorragia Uterina Disfuncional.

VIERNES 7 DE SEPTIEMBRE

- Síndrome de Ovarios Poliquísticos.
- Atención Primaria en Ginecología: Control Prenatal
- Pubertad y Ginecología de la Adolescente.
- Valoración de la Hemorragia Uterina Disfuncional.
- Diagnóstico de Defectos Congénitos por Ultrasonografía y Pruebas de Pesquisaje Serológico de Síndrome de DOWN.
- Actualización, Nuevas Rutas para la Contracción Hormonal.
- 50 años de Contracción: Nuevas Tendencias
- Plan de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Estrategia Nacional de Planificación Familiar
- Anticoncepción de Emergencia.
- Único Anillo de Progesterona como Anticonceptivo para Periodo de Lactancia " Progerin "
- Fotoprotección.
- Hipertensión Inducida por el Embarazo.

SÁBADO 8 DE SEPTIEMBRE

- Incidencia de Prolapso Genital en Pacientes Menopáusicas y Reparación del Piso Pélvico.
- Síndrome de Ehlers-Danlos y Embarazo.
- Infecciones más Comunes del Genital Inferior.
- Síndrome de Hiperestimulación Ovárica.
- Nueva Era del Climaterio.
- Fitoterapia y Climaterio.
- Nuevas Fronteras en la Terapia Integral para el Cáncer de Mama.
- Métodos Moleculares de Detección de HPV. Protocolo de Manejo de los Resultados de Citología y la Prueba de HPV.
- Patología Vulvar.
- Evaluación del Papanicolaou y la Colposcopia.
- Nuevos Tratamientos de los Miomas Uterinos.
- Nuevas técnicas de la Fertilización In Vitro.

DOMINGO 9 DE SEPTIEMBRE

- Temas Libres

LUNES 10 DE SEPTIEMBRE

- Síndrome Hipertensivo Gestacional.
- Ruptura Prematura de Membranas: Causas, Riesgos y Tratamiento.
- Manejo activo de la Tercera Etapa de la Labor de Parto. Revisión Actualizada.
- Misoprostol Oral en el Manejo del Aborto Incompleto en el Ecuador
- Intervencionismo Fetal.
- ITS en el Embarazo: Pautas de Tratamiento.
- Síndrome de Ehlers-Danlos y Embarazo.
- Biología Molecular de la Preclampsia.
- Anticuerpos Anti Tiroideos en Embarazo.
- MESA REDONDA:
Recomendaciones para el Uso de Antirretrovirales en Embarazadas Infectadas con el VIH-1 para la Salud Materna y la Reducción de la Transmisión Perinatal.
- Prevención y Tratamiento de la Hemorragia Post parto según normativa del MSP.
- Politrauma en el Embarazo

MARTES 11 DE SEPTIEMBRE

- Deformidades del Pie en Pediatría.
- Screening del Ter. Trimestre de Embarazo
- Ecografía Anatómica 2do. Trimestre de Embarazo
- Obstrucción de Conducto Lagrimal o Dacriocistitis.
- Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en Pediatría.
- Tratamiento Práctico del Croup, Bronquiolitis y Asma.
- Screening Genético Prenatal.
- Pautas del Manejo del Niño con Osteomielitis.
- Manejo Quirúrgico de Complicaciones Neumónicas en Pediatría.
- Lo Genético y su Importancia en el Campo de la Medicina.

MIÉRCOLES 12 DE SEPTIEMBRE

- Como hacer Medicina Basada en Evidencia. Rompiendo fronteras. Enfoque diagnóstico.
- Nuevas Actualizaciones en RCP Pediatría.
- Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediatría.
- RCP Neonatal. Actualización 2011.
- Asma y Broncoespasmo.
- Valoración Integral del Prematuro.
- Valoración Inicial del Paciente Pediatría con Trauma Abdominal.
- Valoración y Manejo de la Desnutrición Grado III en Edad Pediatría.
- Enterocolitis Ulcero Necrotizante: Abordaje Diagnóstico y de Intervención.
- Transporte y Recepción del RN.
- Estudio de Fiebre en el RN.
- Sepsis, Definiciones y Aspectos Fisiopatológicos y Evaluación del Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica y Riesgo de Morir en Pacientes Pediatría Graves.

JUEVES 13 DE SEPTIEMBRE

- Atención Integral en el Recién Nacido en la Consulta Externa.
- Manejo de Hipoglucemia en el Recién Nacido.
- Manejo de la Vía Aérea en la Edad Pediatría.
- Manejo de Hipoglucemia Neonatal
- Síndrome de Dificultad Respiratoria en el Recién Nacido.
- Pautas de Nutrición del Lactante y Preescolar en la Salud y Enfermedad. Lactancia materna
- Detección de Factores de Alto Riesgo Neurológico en el Desarrollo Psicomotriz.
- Plan de Prevención del Embarazo en la Adolescencia. Estrategia Nacional de Planificación Familiar.
- Enfoque General del Paciente Pediatría Intoxicado
- Intoxicación por Órganos.
- Atención Integral en la Niñez. Problema - Respuesta Institucional".
- Detección de Errores Congénitos del Metabolismo en el Recién Nacido.

VIERNES 14 DE SEPTIEMBRE

- Construcción de Relación Afectiva en la Adolescencia.
- Atención Pediatría Humanizada en Sala de Operaciones. El Niño en un Ambiente Extraño.
- Parámetros Prácticos para el Diagnóstico y Tratamiento del Niño Asmático.
- ORL Propedéutica y Semiología.
- Patología de Oído Externo e Interno.
- Trastornos Nutricionales. Talla Baja y Obesidad. Valoración del Niño con Desnutrición Leve-Moderada.
- Cirugía Fetal
- Enfoque Diagnóstico y de Intervención en la Desnutrición.
- Diarrea Aguda Basada en Evidencia
- Abordaje, Diagnóstico y Tratamiento Integral del Trastorno de Hiperactividad.
- Principales Enfermedades Hematológicas.

SÁBADO 15 DE SEPTIEMBRE

- Valoración y Manejo de Epistaxis en la Edad Pediatría.
- Valoración de la Obesidad Infantil.
- Dermatitis más Frecuentes en Pediatría
- Tratamiento y Claves de las Cefaleas Infantiles
- Hipotermia Selectiva para Encefalopatía Hipoxica Isquémica.
- Quemaduras en la Edad Pediatría.
- Detección de Cardiopatías Congénitas en el RN y Lactante
- Reconstrucción de Alopecia con Expandores.
- Displasia y Luxación Congénita de Cadera.
- Epidemiología del Abdomen Agudo Pediatría
- Ictericia Neonatal.
- Estreñimiento en Niños.



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
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

A LA MEDICO

SILVANA KARINA SANTAMARIA ROBLES

Por su participación en calidad de EXPONENTE con el Tema:

“EMBARAZO Y VIH”

**“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 Bobokova
 Directora
 Departamento de Ciencias de la Salud (E)
 Universidad Técnica Particular de Loja

[Signature]
 Dra. Rosa Romero de Aguinaga
 Presidenta
 Sociedad Ecuatoriana de Pediatría de
 Pichincha

[Signature]
 Md. Oscar Navarrete G.
 Presidente
 ANAMER





FACMED
Tu Solución en Capacitación Médica

Quito, 30 de agosto del 2012.

Estimada Doctora

Silvana Santamaría

Presente.-

De Nuestra Consideración,

Reciba un cordial saludo de Health Training Solutions FACMED, y ANAMER (Asociación Nacional de Médicos Rurales del Ecuador), profesionales médicos jóvenes quienes nos enfocamos en tener una capacitación continua, actualizada, y de alto nivel, orientado al personal de salud y público en general, asumiendo el gran desafío de hacer más competitivas a las personas e instituciones que confíen en nuestros servicios. En esta oportunidad tenemos el agrado de darle a conocer que nos encontramos organizando el **"III CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2012"**, que se llevara a cabo en la Ciudad de Quito del 06 al 15 de SEPTIEMBRE del 2012, con 120 horas curriculares en el Auditorio del Hospital Carlos Andrade Marín, y que tiene por objetivo capacitar y orientar a médicos generales, estudiantes de medicina, enfermeras en relación a temas de Especialidades Ginecológicas y Pediátricas, enfocado a mejorar la atención de la salud ofreciendo mejores opciones para el manejo del paciente y disminuir los índices de morbi-mortalidad.

Conocedores de su profesionalismo y amplia experiencia en temas de gran relevancia en Especialidades Ginecológicas, extendemos nuestra **INVITACIÓN**, para que asista en calidad de **EXPOSITORA** a este evento, donde contaremos con la presencia de alrededor de 400 profesionales de la salud que en la mayoría son médicos jóvenes generales, licenciadas, auxiliares de enfermería, estudiantes, entre otros, la organización de este evento está a cargo de ANAMER (Asociación Nacional de Médicos Rurales), es una sociedad sin fines de lucro que vela por los intereses de médicos jóvenes, por lo que su participación como expositor en este evento académico sería una donación.

Los temas asignados son:

1. **"EMBARAZO Y VIH"**, lunes 10 de septiembre del 2012, de 17h00 – 17h45, se dispone de 45 minutos, que se desarrollan en: 40 minutos para la exposición y 5 minutos para preguntas.

Su presencia dará realce a este evento académico. Agradecemos su atención a la presente.

Atentamente.

Dr. Freddy Guevara A.

PRESIDENTE EJECUTIVO FACMED

ORGANIZADORES DEL EVENTO



FACMED
Tu Solución en Capacitación Médica