

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

**TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
MEDIANTE COLOCACIÓN DE BANDA SUBURETRAL
TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSION (TOT)**

Luis Adalberto Gamboa Caiza, MD.

Trabajo de Titulación Presentado como Requisito para la
Obtención del Título de Especialista en Ginecología y Obstetricia

Quito, marzo 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Postgrados

HOJA DE APROBACION DE TRABAJO DE TITULACION

**Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Mediante
Colocación de Banda Suburetral Transobturatriz Libre de Tensión
(TOT)**

Luis Adalberto Gamboa Caiza, MD.

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

Andrés Gonzalo Calle Miñaca, Dr.
Tutor del Postgrado de Ginecología y
Obstetricia

Ricardo Xavier De La Roche, Dr.
Tutor del Postgrado de Ginecología y
Obstetricia

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

Víctor Viteri Breedy , PhD.
Decano del Colegio de Postgrados

Quito, marzo de 2015

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

COLEGIO DE POSTGRADOS

DESCRIPCIÓN DE TRABAJOS Y PUBLICACIONES

PUBLICACION DE TRABAJOS EN REVISTAS Y LIBROS

- Gamboa L, Bucheli T, Bucheli C. Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Mediante Colocación de Banda Suburetral Transobturatriz Libre de Tensión (TOT). Revista Medica VozAndes. 2015;26(3) (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, Gamboa L. Histerectomía Vaginal. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p.323 – 344. (In Press)
- Bucheli R, Jibaja I, Gamboa L. Prolapso Genital Defecto Apical Anterior Corrección con Elévate Anterior. En: Bucheli R, editor. Piso Pélvico. Quito: Editorial Ecuador; 2015. p.381 – 400. (In Press)

PRESENTACION ORAL EN CONGRESOS NACIONALES

- Gamboa L. Ruptura Prematura de Membranas: Causas, Riesgos y Tratamiento. II Congreso Nacional de Actualización en Gineco – Obstetricia y Pediatría Clínica Avances 2011. 17 al 29 de Octubre de 2011. Quito – Ecuador.
- Gamboa L. Presentación Trabajo Libre: Síndrome de Pena - Shokeir. XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia. 26 al 29 de Septiembre de 2012. Quito – Ecuador.
- Gamboa L. Amenaza de Parto Prematuro. Segundo Curso de Actualización Materno Infantil. 8 al 17 de Abril de 2013. Quito – Ecuador.
- Gamboa L. HPV y Vacunación. Primer Congreso Nacional en Tecnología Medica, Enfermedades Tropicales y de Transmisión Sexual. 14 al 17 de Mayo de 2014. Santo Domingo de los Tsachilas – Ecuador.

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

Quito, marzo 2015

©DERECHOS DE AUTOR

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

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

Firma _____

Nombre.- Luis Adalberto Gamboa Caiza, MD.

Cédula de Ciudadanía: 171874975-5

Ciudad y fecha: Quito, marzo 2015

DEDICATORIA

Por ser mi luz, amor, mi guía, mi todo dedico este trabajo a mis Padres y Esposa ya que su apoyo fui incondicional para conseguir las metas propuestas.

A mis Amados Padres y Esposa:

Luis Alonso Gamboa Gamboa.

María Fabiola Caiza Llano

Alexandra Jackeline Ortiz Pimboza

TABLA DE CONTENIDOS

I.	RESUMES DE TRABAJOS DE PUBLICACION	8
a.	TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON BANDA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSION (TOT)	8
b.	HISTERECTOMIA VAGINAL	9
c.	PROLAPSO GENITAL DEFECTO APICAL ANTERIOR CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR.....	10
II.	RESUMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICION.....	11
a.	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: CAUSAS, RIESGOS Y TRATAMIENTO.....	11
b.	SINDROME DE PENA – SHOCKEIR.....	12
c.	AMENAZA DE PARTO PREMATURO.....	13
d.	HPV Y VACUNACION.....	14
III.	JUSTIFICACION DE TRABAJOS DE PUBLICACION	15
a.	TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO CON BANDA SUBURETRAL TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSION (TOT).....	15
b.	HISTERECTOMIA VAGINAL	16
c.	PROLAPSO GENITAL DEFECTO APICAL ANTERIOR CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR.....	17
IV.	JUSTIFICACION DE LOS TEMAS DE EXPOSICION.....	18
a.	RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: CAUSAS, RIESGOS Y TRATAMIENTO	18

b. SINDROME DE PENA – SHOCKEIR	19
c. AMENAZA DE PARTO PREMATURO	20
d. HPV Y VACUNACION.....	21
V. ANEXOS.....	22

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESUMENES DE LOS TRABAJOS DE PUBLICACION

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEDIANTE COLOCACIÓN DE BANDA SUBURETRAL

TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSIÓN (TOT)

La Incontinencia Urinaria de Esfuerzo esta constituida como una de las patologías de la mujer mas frecuentes en la tercera edad y se ve modificada por diferentes factores, entre los tratamientos quirúrgicos descritos en la actualidad se utiliza bandas protésicas suburetrales transobturatriz libres de tensión, con la finalidad de brindar el soporte anatómico funcional mermado por dicha patología , por lo que se realizo un análisis retrospectivo de su uso y un seguimiento de los resultados obtenidos con dicha intervención quirúrgica realizada en el Hospital Carlos Andrade Marín en el Servicio de Ginecología en el periodo de dos años, lo que se evidencio fue consecuente y respalda las publicaciones internaciones al respecto quienes hacen referencia a los buenos resultados, altos grados de satisfacción y escasos efectos adversos que presenta dicha intervención, de los datos recolectados se logro concluir una amplia gama de beneficios por lo que consolita la utilización de esta técnica quirúrgica como la primera opción dentro del Servicio para la corrección de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo.

HISTERECTOMIA VAGINAL

La Histerectomía vaginal es sin duda uno de los procedimientos quirúrgicos mas frecuentemente realizados dentro de la Especialidad de Ginecología en la actualidad, como todo en la medicina a sido necesario algún tiempo y un camino lleno de errores y aciertos lo que a permitido depurar y establecer esta vía de abordaje como la principal para muchas patologías ginecológicas.

Las diferentes indicaciones ya descritas de histerectomía vaginal han presentado defensores y detractores a lo largo de la historia sufriendo diferentes variaciones con el paso del tiempo debido a múltiples factores entre ellos, uno de los mas importantes el establecimiento de la medicina basada en la evidencia donde se a demostrado fehacientemente con variados estudios los múltiples beneficios y menos complicaciones de la vía vaginal como primera elección de abordaje para la exceresis uterina; muchos son los factores tomados en cuenta para recomendarla entre ellos: menor tiempo quirúrgico, menor sangrado, menos riesgo de infección , deambulacion precoz, pronto retorno a las actividades rutinarias, factor estético, factor económico, que afianzan su elección. Existe una amplia variedad de patologías entre benignas y malignas que permiten su aplicación entre las mas importantes la miomatosis uterina y el prolapso genital, por lo que es mandatorio realizar una revisión de la técnica quirúrgica actual donde se describa detalladamente y se visualice la secuencia correcta de la cirugía.

PROLAPSO GENITAL DEFECTO APICAL ANTERIOR. CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

El prolapso genital es una patología benigna muy frecuente debido al incremento del promedio de vida de las mujeres y está relacionado a factores como edad, paridad, estado postmenopáusico, patologías concomitantes, antecedentes quirúrgicos que causan una alteración anatómico funcional de las estructuras de sostén del piso pélvico; debido a la alta prevalencia de histerectomía ya sea por vía vaginal o abdominal, el prolapso de cúpula vaginal o apical es uno de los principales defectos de consulta médica.

Son múltiples las opciones quirúrgicas abdominales, vaginales, laparoscópicas que se han ido utilizando para su corrección naturales y protésicas siempre procurando imitar las estructuras anatómicas que le brinda soporte y sostén a la cúpula vaginal.

El abordaje por vía vaginal con la utilización de malla protésica que coloca estructuras anatómicas fijas o de alta resistencia las mismas que brindan el sustento adecuado y evita la herniación de los órganos pélvicos es una de las más utilizadas en la actualidad con reporte de buenos resultados y grados de satisfacción a corto y largo plazo.

Se realiza una descripción escrita y gráfica de la utilización de malla elevante anterior para corrección de prolapso apical, existen indicaciones y contraindicaciones clara y definidas para su utilización, se definen además las posibles complicaciones y efectos adversos necesarios de conocerlos.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

RESUMENES DE LOS TEMAS DE EXPOSICION

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: CAUSAS , RIESGOS Y TRATAMIENTO

La Ruptura prematura de Membranas es una de las patologías que esta directamente relacionado con la prematuridad y conlleva complicaciones tan serias como la infección neonatal que esta directamente relacionada con el tiempo de exposición, su etiopatogenia esta relacionada con infecciones ascendentes, sobre distensión uterina, trastornos isquémicos decidual, defectos intrínsecos de las membranas y traumatismos obstétricos.

Los riesgos relacionados con la Ruptura Prematura de Membranas en primera instancia la colonización e infección de la cavidad uterina y por ende del producto, el prolapso de cordón umbilical que se constituye en una emergencia obstétrica, la hipoplasia pulmonar fetal relacionada con la edad gestacional a la cual se produce la rotura y finalmente el desprendimiento normoplacentario.

El tratamiento según los protocolos internacionales esta basado en primera instancia en un diagnostico acertado, hospitalización materna para instauración de uteroinhibicion de presentar contracciones uterinas, cobertura antibiótica contra los gérmenes epidemiológicamente relacionados para disminuir el riesgo de infección intramniotica y maduración pulmonar con corticoides dependiendo de la edad gestacional para disminuir el riesgo de patología respiratoria en el neonatal.

SINDROME DE PENA – SHOCKEIR

Es un Síndrome descrito por Pena y Shockeyr en 1974 constituyendo un desorden autosómico recesivo letal caracterizado por acinesia fetal, restricción del crecimiento intrauterino, polihidramnios, contracturas múltiples, anomalías faciales e hipoplasia pulmonar, debido a sus alteraciones a nivel de SNC se ve reflejada en la ausencia de movimientos fetales, alteración de la deglución concomitantemente polihidramnios y la inmovilidad del diafragma además de los músculos intercostales conduce a la hipoplasia pulmonar.

La etiología de esta patología se basa en una hipótesis de una malformación primaria que afecta las neuronas motoras del asta anterior de la medula espinal, el diagnóstico diferencial se lo realizara con la Trisomía 18 y con el Sd. Óculo. Cerebral- Esquelético, debido a que no se establece una etiología definitiva se hace difícil la consejería genética para valorar el riesgo de recurrencia.

El diagnóstico se basa en hallazgos ecográficos de controles rutinarios y se establece sobre todo en el segundo trimestre del embarazo donde se relacionan los hallazgos clínicos y exámenes complementarios que hacen sospechar de dicha patología, el diagnóstico definitivo se establece al nacimiento del producto y la valoración del fenotipo y estudio genético que descarte algún otro síndrome.

El pronóstico del Síndrome de Pena – Shockeyr es sombrío y complejo por lo que se debe enfocar de una manera interdisciplinario reforzado con soporte psicológico para los padres.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La Amenaza de Parto Prematuro se ve asociada a las complicaciones de la prematurez a corto plazo como Síndrome de Dificultad Respiratoria, Hemorragia Intraventricular, Leucomalacia Periventricular, Enterocolitis Necrotizante, Sepsis y a largo plazo como Parálisis Cerebral Infantil y Retinopatía del Prematuro; su incidencia se ha incrementado en los últimos tiempos con la instauración de terapias de fertilización y constituye la principal causa de mortalidad neonatal; a su vez representa un alto impacto económico en los servicios de salud del Mundo por las secuelas citadas anteriormente.

Aunque la causa exacta del trabajo de parto prematuro a menudo se desconoce existen factores predisponentes como el antecedente de partos prematuros previos, embarazos múltiples, nivel socioeconómico, la evidencia científica hace referencia de que la infección intrauterina puede jugar un papel en aproximadamente la mitad de los casos de APP.

El diagnóstico se establece con la presencia de contracciones uterinas y modificaciones cervicales, se debe hospitalizar a la paciente realizar un rastreo de las posibles causas desencadenantes de la APP para brindar el tratamiento adecuado y dependiendo de la edad gestacional implementar el protocolo de uteroinhibición, neuroprotección con sulfato de magnesio y maduración pulmonar con corticoides para disminuir el riesgo y las secuelas de la prematurez.

HPV Y VACUNACION

El Virus del Papiloma Humano es una de las infecciones de Transmisión Sexual mas prevalentes a nivel mundial y esta directamente relacionado con el Ca de Cérvix el que tiene altas tasas de mortalidad y un gran impacto económico y social, por lo que como parte de las políticas preventivas primarias de salud en el mundo se utiliza la vacuna contra los principales serotipos del HPV de bajo y alto riesgo oncogénico, para lo cual es vital conocer el la fisiopatología de la infección y el historia natural de la enfermedad para determinar el mecanismo de acción de la inmunización, ya que la infección por HPV no equivale a Ca de cérvix. Al momento existen dos principales productos a nivel comercial bivalente y tetravalente , además de una tercera monovalente que todavía no se dispone en el país las que se pueden ofertar a las usuarias.

Existen protocolos de uso de la vacuna ampliamente estudiadas y respaldadas en evidencia científica que permiten enfocarse el los grupos epidemiológicamente en riesgo , por el momento los costos para su uso son altos pero de a poco se esta logrando la instauración de dicha vacuna dentro del Programa Ampliado de Inmunización de nuestro país.

Son muchos los beneficios asociados a su utilización y pocos los efectos adversos descritos y no claramente relacionados con la vacuna, serán necesarios mas estudios al respecto para buscar ampliar la cobertura preventiva y a su vez mejorara las opciones terapéuticas ofertadas a las usuarias .

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACION DE TRABAJOS DE PUBLICACION

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

MEDIANTE COLOCACIÓN DE BANDA SUBURETRAL

TRANSOBTURATRIZ LIBRE DE TENSIÓN (TOT)

La incontinencia Urinaria de Esfuerzo tiene un alta prevalencia dentro de las patologías que afectan a la mujer en la tercera edad causando problemas físicos , económicos, psicológicos y sociales a quienes la padecen, por lo que es de importancia el abordaje de esta enfermedad, establecer su correcto diagnostico y conocer el arsenal de opciones terapéuticas tanto clínicas como quirúrgicas, para de esta manera poseer el conocimiento adecuado y mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes

Dentro de las opciones terapéuticas quirúrgicas se encuentra la utilización de bandas sintéticas suburetrales libres de tensión que en la actualidad son la primera opción para la IUE, existe amplia evidencia al respecto a nivel mundial pero en nuestro medio no se había realizado un estudio que nos de a conocer la experiencia obtenida a pesar de que esa intervención se la viene llevando ya desde hace algún tiempo en nuestro país.

Los resultados obtenidos afianzan los de publicaciones internacionales por lo que esta opción terapéutica deberá ser tomada en cuenta como una para ofertar a nuestras pacientes que padecen IUE.

HISTERECTOMIA VAGINAL

La histerectomía vaginal aunque tuvo un camino árido como técnica quirúrgica se a instituido en la actualidad como la primera vía de abordaje quirúrgico para muchos de las patologías benignas y pre malignas, como todo en medicina esta técnica se ve respaldada por múltiples estudios científicos que demuestran y la consolidan como la técnica mas inocua, fisiológica, segura, económica por lo que es importante que todo medico en formación o especialistas de Ginecología la conozcan y instauren dentro de sus protocolos de manejo.

A pesar de los beneficios de esta técnica no todo el personal especialista la conoce o la realiza dentro de su practica profesional por lo que esta publican ayuda a difundir esta técnica depurada y basada en innumerables cirugías realizadas en nuestro servicio y uno si no el pionero en este abordaje.

Son variadas las patologías benignas y pre malignas en las cuales se puede utilizar la histerectomía vaginal por como opción terapéutica siempre tomando en cuenta sus indicaciones y contraindicaciones pero sobre todo la habilidad quirúrgica del cirujano.

Se pretende incentivar el conocimiento y su practica rutinaria de la histerectomía vaginal para primero estar a la par que países industrializados en el conocimiento de técnicas y sobre todo dar mejores y mas seguras opciones de tratamiento a nuestras usuarias.

PROLAPSO GENITAL DEFECTO APICAL ANTERIOR. CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

El prolapso genital o defectos del piso pélvico son unos de los principales motivos de consulta de nuestra usuarias y poseer el conocimiento científico además de dominar la técnica quirúrgica de las opciones de tratamiento es vital en estos días por que esta publicación abre las puertas y permite dar a conocer la amplia experiencia que se tiene acerca de este tema en nuestro hospital.

La literatura científica respalda el uso de malas protésicas en los defectos apicales que tratan de recobrar la fisiología y dinámica del piso pélvico además hacen referencia los múltiples beneficios y pocos efectos adversos presentados con su uso, sin embargo si bien es cierto los pro son mas que los contras es necesario informar adecuadamente los efectos adversos y complicaciones de la cirugía correctiva de prolapso genital.

La publicación permite una ilustración grafica paso a paso de la cirugía correctiva de prolapso y muestra los prometedores resultados a corto plazo, sin embargo seria productivo que se realicen estudios a largo plazo de la calidad de vida da las paciente sometidas a la intervención y por que no que existan estudios nacionales que no ofrezcan conocer nuestra realidad respecto al manejo de esta patología tan frecuente.

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

JUSTIFICACION DE LOS TEMAS DE EXPOSICION

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: CAUSAS , RIESGOS Y TRATAMIENTO

La Ruptura prematura de membranas es un patología a la cual los especialistas se ven enfrentados todos días y como ya se dijo la principal causa de prematuridad y la puerta de entrada secuelas futuras para los neonatos, por lo que es de capital importancia que los médicos generales y no solo los especialistas posean el conocimiento actualizado en cuanto a sus posibles causas, los riesgos que esta conlleva y las opciones terapéuticas que se pueden manejar.

Es importante conocer los factores de riesgo asociados a su presentación para instaurar protocolos de manejo y disminuir así la exposición a estos; los riesgos asociados deben ser ampliamente conocidos y socializados con las usuarias para que sepan a lo que se enfrentan y el pronóstico a corto y largo plazo y sus repercusiones en su progeñie.

La literatura científica actual permite el establecer algoritmos de manejo a diferentes niveles de atención por lo que hoy en día su conocimiento es ampliamente difundido lo que permite ofrecer mejores resultados de obstétricos y perinatales.

SINDROME DE PENA – SHOCKEIR

Es un síndrome bastante raro y letal dentro de las patologías obstétricas, pero todo profesional debe poseer el conocimiento para si es el caso prestar la atención, información y consejería adecuada a la paciente.

Su diagnóstico debe ser establecido en los diferentes controles prenatales con seguimiento ecográfico, no es justificable que una patología tan relevante sea diagnosticada al nacimiento, es recomendable el manejo interdisciplinario y el apoyo psicológico a la pareja.

Debido a lo raro de esta patología es importante realizar una revisión y actualización de su conocimiento dentro de la sociedad científica.

AMENAZA DE PARTO PREMATURO

La amenaza de parto prematuro es una patología prevalente dentro la especialidad, tiene un alto impacto social y económico dentro de las instituciones públicas por las secuelas asociadas a la prematurez como ceguera, parálisis cerebral infantil, sepsis, síndrome de dificultad respiratoria y muchas mas.

Existen múltiples estudios científicos acerca de sus posibles etiologías , diagnostico y opciones de tratamiento como todo en la medicina no existe una verdad absoluta por lo que de acuerdo al avance de la ciencia se han ido modificando con el paso del tiempo y han permitido ofrecer mas y mejores resultados perinatales.

La Amenaza de parto prematuro se a incrementad en los últimos años ya sea debido a los avances en fertilidad asistida y al entendimiento y manejo mas adecuado de patologías fetales o maternas que conllevan a la culminación de un gestación antes de tiempo.

Como es un patología muy frecuente es importante poseer los conocimientos médicos actualizados basados en evidencias respecto a sus protocolos de manejo para instaurarlos en nuestros lugares de trabajo.

Es obligación del medico estar a la par de los avances científicos para ofrecer las mejores opciones y obtener los mejores resultados materno neonatales.

HPV Y VACUNACION

El HPV es un infecciones de transmisión sexual que afecta principalmente a la población femenina en edad reproductiva y es el principal factor de riesgo asociado al desarrollo del Ca de cérvix por lo que su prevención es uno los pilares fundamentales en la lucha para combatir su fatal desenlace.

Es adecuado y necesario conocer la historia natura de la enfermedad lo que permitirá hacer uso de las diferentes herramientas preventivas y terapéuticas.

Una de las medidas preventivas que se esta utilizando a nivel mundial es la vacunación basados en estudios epidemiológicos contra los principales serotipos de HPV de alto y bajo riesgo oncogénico.

Es importante la difusión a todo nivel de atención en salud del conocimiento de esta herramienta en la lucha contra esta patología ya que se a demostrado un impacto social y económico con su uso de una manera ampliada.

Existe evidencia solida que avala su uso donde se reportan excelentes resultados y escasos casi nulos efectos adversos desencadenados por la vacuna lo que la hace una buena opción, esperamos que sus costos disminuyan con lo que se permitirá un mayo acceso a la población sobre todo de los países en vías de desarrollo.

ANEXOS

Tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo mediante colocación de Banda Suburetral Transobturatriz Libre de Tensión (TOT)

Luis Gamboa Caiza, MD.(1) Dr. Rubén Bucheli Terán, MD.(2) Dr. José Bucheli Cruz, MD(3)

(1) Médico Postgradista B4 Ginecología y Obstetricia, Universidad San Francisco de Quito - Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Quito.

(2) Ex Jefe de Servicio de Ginecología - Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Quito.

(3) Jefe del Servicio de Ginecología - Hospital Carlos Andrade Marín, IESS, Quito.

Referencia: Dr. Luis Gamboa Caiza - mdluisgamboacaiza@hotmail.com

RESUMEN

Objetivo: Realizar un análisis de la experiencia en la cirugía para corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) mediante colocación de banda suburetraltransobturatriz libre de tensión (TOT) en el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín. **Materiales y Métodos:** estudio retrospectivo, entre Enero del 2011 hasta Diciembre 2013, de 1009 pacientes con diferentes grados de prolapsos genitales y con IUE que fueron corregidos quirúrgicamente con TOT. Se analizaron grados de satisfacción, complicaciones intra y postoperatorias. **Resultados:** Las cirugías para corrección de IUE corresponde al 60.6% de todas cirugías de Piso Pélvico, entre las complicaciones intraoperatorias se reporto la perforación vesical en el 1% de la casuística y de las postoperatorias se describió la retención urinaria en el 3.6%; Con respecto a los resultados de mejoría se reportaron un 91.8% de mejoría total, un 3,1% de mejoría parcial y un 1.3% no reportaron mejoría

Conclusiones: El estudio demuestra los múltiples beneficios de la corrección de IUE por esta técnica y las mínimas secuelas a largo plazo.

Palabras Claves: incontinencia urinaria, bandas, mallas.

SUMMARY

Objective: To analyze the experience in surgery for correction of stress urinary incontinence (SUI) by placement of suburethraltransobturator tension-free band (TOT) in the Department of Gynecology, Hospital Carlos Andrade Marín. **Materials and Methods:** Retrospective study from January 2011 to December 2013, 1,009 patients with varying degrees of genital prolapse and SUI were corrected surgically with TOT. Satisfaction levels, intra- and postoperative complications were analyzed. **Results:** The surgical correction of SUI corresponds to 60.6% of all pelvic floor surgery, including intraoperative bladder perforation was reported in 1% of cases and postoperative urinary retention in 3.6% described; Regarding the results of 91.8% improvement in overall improvement, 3.1% partial improvement, and 1.3% reported no improvement. **Conclusions:** The study demonstrates the multiple benefits of the correction of SUI by this technique and minimum were reported long-term sequelae.

Key Words: urinary incontinence, bands, meshes.

INTRODUCCION

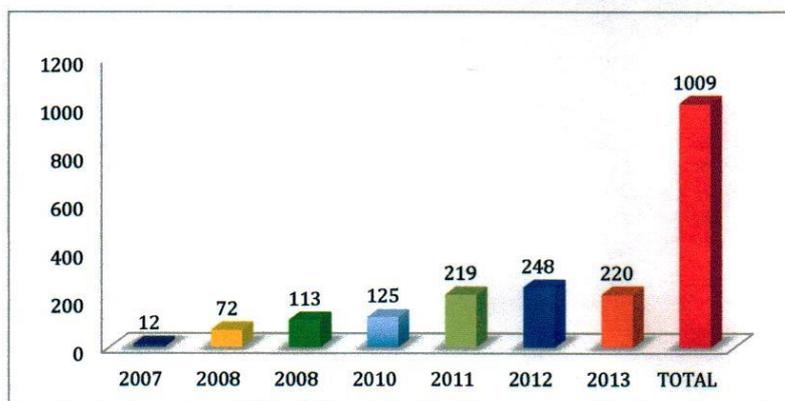
En la actualidad la alteración del piso pélvico donde se incluyen los diferentes prolapsos genitales y la incontinencia urinaria de esfuerzo se está constituyendo en una patología prevalente, afectando aproximadamente ente un 30 a 40%,^{1,2} de las mujeres adultas y de estas solo el 15%,^{3,4} acude a una consulta médica,

además supone un gran impacto económico estimado en aproximadamente 10 billones de dólares en costos directo e indirectos relacionados con IU en US, causando un alto impacto en la calidad de vida.^{5,6} Es de importancia establecer un diagnóstico adecuado,⁷ debido a que se conoce que son múltiples los factores que contribuyen a la alteración de las diferentes estructuras que le dan sostén y funcionamiento dinámico al piso pélvico,^{8,9} y , en especial a los que afectan al¹¹ Nivel III de Delancey,^{10,11} constituido por el Ligamento Pubouretral y cuya alteración se ve representada en los uretroceles, por lo que desde hace más de 100 años se viene realizando diferentes técnicas quirúrgicas correctivas para IU que reportaron variación en sus resultados, así Ulmstein,¹¹ describe la primera técnica de banda suburetral denominada *Tensión Free Vaginal Tape* (TVT) para el tratamiento de la Incontinencia Urinaria de Esfuerzo (IUE) constituyéndose en una de las técnicas más utilizadas reportando tasas de curación por arriba del 80% a los 10 años de seguimiento. En el 2001, el francés Delorme,¹¹ es quien describe una variación de la técnica denominándola *TransObturatriz Tape* (TOT) que según revisión de la literatura ofrece excelentes resultados con tasa de curación entre el 95% con mínimos efectos secundarios, pocas contraindicaciones y niveles altos de satisfacción de las pacientes, por lo que creemos conveniente un análisis de la casuística en nuestro servicio.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un recopilación de datos de manera retrospectiva (Base de Datos electrónica del Servicio: AS400) de las cirugías realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín, las mismas que corresponden al período desde enero del 2007 hasta diciembre del 2013. Así se reportan 1009 pacientes sometidas a corrección de IUE con la colocación de TOT y un análisis mediante encuesta telefónica de los grados de satisfacción en el seguimiento postquirúrgico a largo plazo (Figura I).

Figura I. Total de Bandas Suburetrales Libres de Tensión para IUE HCAM 2007 – 2013



Todas las pacientes fueron hospitalizadas el día previo a la cirugía. En dicho ingreso se realizaba la historia clínica respectiva, el Consentimiento Informado, profilaxis para vaginosis, visita pre anestésica, actualización de exámenes pre

quirúrgicos, tipificación y pruebas cruzadas. En la exploración física es fundamental especificar el tipo de prolapso genital acompañante, así como es importante tomar en cuenta aspectos como el deseo de mantener actividad sexual, edad, cirugías previas, grados de prolapso genital.

Los criterios de inclusión fueron pacientes con hipermotilidad uretral corroborado clínicamente como una escape de orina a maniobras de valsalva, pacientes con urodinamia que reportara IUE e IUE enmascarada por POP.

Los criterios de exclusión fueron pacientes con algún proceso infeccioso, urodinamia con VPP que denote un déficit intrínseco esfinteriano.

Los criterios de evaluación fueron los siguientes: mejoría total, parcial, ausencia de mejoría, tiempo operatorio, complicaciones intraoperatorias, estancia hospitalaria y complicaciones post operatorias inmediatas.

Toda la información se recopiló mediante la revisión de la Historia Clínica Electrónica bajo el sistema AS400 y una encuesta telefónica del grado de satisfacción a largo plazo. Para la TOT se utilizó la técnica estandarizada, la misma que pretende imponer un sostén protésico para disminuir la hipermotilidad uretral.

RESULTADOS

El grupo de estudio por períodos anuales se presenta en la Tabla I.

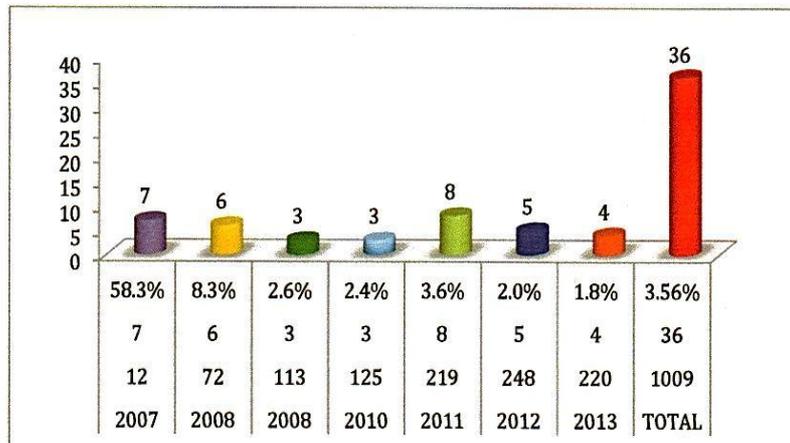
Tabla I. Total de Cirugías de Piso Pélvico en el HCAM 2007 - 2013

AÑO	Total de Cirugías	Cirugías vaginales por prolapso	Cirugías de piso pélvico con mallas	Complicaciones	Bandas suburetrales
2007	1278	100	36	11.1%	12
2008	1589	184	148	8.8%	72
2009	1736	210	152	6.6%	113
2010	1949	250	170	12%	125
2011	2541	326	258	8.9%	219
2012	2655	359	336	4%	248
2013	2520	236	236	4%	220
TOTAL	14.268	1665	1336		1009

La edad media de las pacientes sometidas a cirugía fue de 55 años, con una media de 3 parto vaginales; el promedio del tiempo de seguimiento fue de 2 años y el 30% de la pacientes contaban con estudio urodinámico que reporta IUM.

Las cirugías para corrección del IUE corresponden al 60,6% del total de cirugías de piso pélvico y en 80,2% de los casos además de la banda suburetral, se colocó algún tipo de malla para corrección del prolapso acompañante (Figura II)

Figura II. Total de Complicaciones por Bandas Suburetrales Libres de Tensión para IUE HCAM 2007 – 2013

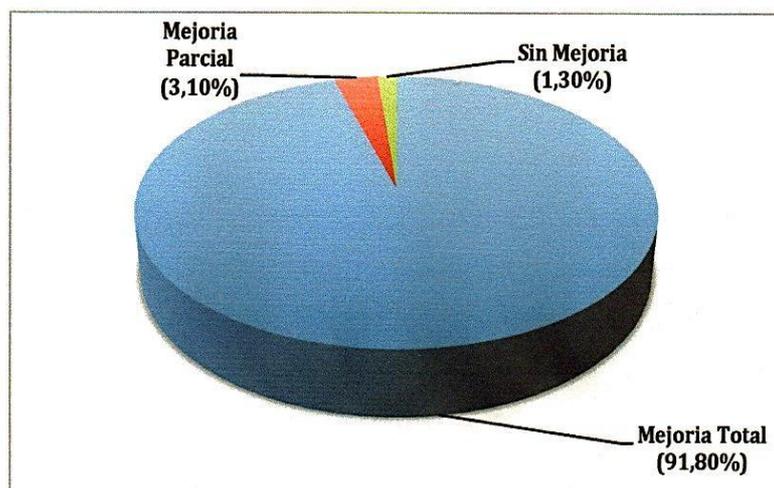


Entre las complicaciones intraoperatorias descritas se describió la perforación vesical (1%) la misma que se reparó con rafia primaria y sonda vesical permanente por 7 días, además de antibioticoterapia.

Entre las complicaciones inmediatas se reportó el 3,6% de retención urinaria, casos que recibieron medidas similares que se utilizan para la perforación vesical.

En cuanto a las complicaciones a largo plazo se describió como principal la extrusión de la banda en 0,1% de los casos que se resolvió con estrógenos tópicos y con recorte de la banda de manera ambulatoria (Figura III).

Figura III. Resultados por Bandas Suburetrales Libres de Tensión para IUE HCAM 2007 – 2013



Con respecto a los resultados de mejoría se reportaron un 91,8% de mejoría total; el 3,1% de mejoría parcial y el 1,3% no reportaron mejoría, datos que fueron recolectados a los 7 días, al mes en el control clínico y a los dos años del procedimiento bajo encuesta telefónica.

DISCUSION

La IUE se presenta sobre todo en mujeres en la tercera edad debido a múltiples factores predisponentes, desencadenantes, incitantes, promotores o descompensantes y todos ellos conllevan a una pérdida del sostén uretral y es ahí donde tiene sustento la aplicabilidad de las diferentes técnicas quirúrgicas empleadas para tratar de brindar este sostén con materiales protésicos.

Al ser cirugías mínimamente invasivas, cuentan con una alta aceptación por parte de las usuarias, los resultados obtenidos en nuestra casuística es muy similar a las reportadas en diferentes series publicadas a nivel mundial.

La colocación de colocación de TOT es considerada de primera elección en el tratamiento de la IUE, por que es fácilmente aplicable, segura, escasos efectos adversos, con buenos estándares de curación a corto y largo plazo. En la actualidad se viene desarrollando nuevas técnicas aun menos invasivas como la colocación de mini sling suburetrales que seguramente mejorara los parámetros ya obtenidos por la TOT, todos esto con la finalidad de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

CONCLUSIONES

Concluimos que la TOT presenta excelentes resultados de curación de la IUE con bajos parámetros de complicaciones, por lo que seria conveniente considerara su utilización en las usuarias de acuerdo a los diferentes protocolos de nuestras instituciones de salud. Es necesario estudios a largo plazo de las nuevas técnicas que se encuentran en aplicación en este momento.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cohen D. Female Pelvic Organ Prolapse: What you Should Know, Rev Med. ClinCondes, 2013;24(2) 202 – 2009
- 2.- Garely A, Noor N. Diagnosis and Surgical Treatment of Stress Urinary Incontinence. Am Col ObstetGynecol 2014;124:1011-27.
- 3.- Rogers R. Urinary Stress Incontinence in Women. N Engl J Med 2008;358:1029-36
- 4.- Khandelwal C, Kistler C. Diagnosis of Urinary Incontinence, American Family Physician April 15, 2013 Volume 87, Number 8, 543 – 550
- 5.- Charles WN, Brubaker L, Heather JL. A Randomized Trial of Urodynamic Testing before Stress-Incontinence Surgery. N Engl J Med 2012;366:1987-97
- 6.- Labrie J, Bary LC. Surgery versus Physiotherapy for Stress Urinary Incontinence. N Engl J Med 2013;369:1124-33.
7. Evaluation of uncomplicated stress urinary incontinence in women before surgical treatment. Committee Opinion No. 603. The American College of Obstetricians and Gynecologists. ObstetGynecol 2014; 123:1403-7.
8. Walters M, Ridgeway B. Tratamiento Quirúrgico del Prolapso de Cúpula Vaginal. Am Col ObstetGynecol 2013;121:354-74.
9. Donoso M, González JA, Danilla E, Tapia J, y cols. Cinta suburetral transobturatriz (TOT) en la incontinencia urinaria de esfuerzo: continencia a mediano plazo y evolución de los síntomas irritativos vesicales. Rev Chil Obstet Ginecol 2007; 72(6): 366-373.
10. Perucchini D, Fink D, Urinary Stress Incontinence in the female: Comparison of incontinence theories and new tension – free surgical procedures, GynakolGewburtshilfliche Rundsch, 2002;42(3):133 – 40.
11. DeLancey J. Structural support of the urethra as it relates to stress urinary incontinence: The hammock Hypothesis. Am J ObstetGynecol 1994, Jun 170(6):1713-20

Rev Med Vozandes
 ISSN: 1390-1656
 Indexada en las bases de datos: Lilacs/Bireme, Latindex e Imbiomed



Artículo presentado a la Revista Médica Vozandes Certificado de Recepción

Número de registro: RMV-14-046b

Título del artículo:

Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante colocación de banda suburetral-transobturatriz libre de tensión (TOT)

Autores:

Luis Gamboa Caiza ¹, Rubén Bucheli Terán ², José Bucheli Cruz ³

¹ Médico, Postgradista B4 de Ginecología y Obstetricia; Universidad San Francisco de Quito; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

² Médico Gineco-Obstetra. Ex Jefe del Servicio de Ginecología; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

³ Médico Gineco-Obstetra. Jefe del Servicio de Ginecología; Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

Tipo de artículo: Artículo Original

Recibido/registrado: 14 - Octubre - 2014

Estimado Doctor
 Luis Caiza

Le agradecemos por haber presentado a la Rev Med Vozandes un artículo de su autoría. El número de registro asignado será el único descriptor del documento y deberá utilizarlo para cualquier consulta relacionada con el estado del documento.

El artículo cumplirá primero un proceso interno de revisión. Dependiendo de la cantidad de documentos que se encuentren en trámite, el resultado de la primera fase de evaluación puede tardar aproximadamente treinta días. De considerarse pertinente, el artículo (bajo autoría anónima) será enviado a jueces externos para una segunda revisión por pares, cuyo resultado podría tardar un tiempo similar. La identidad de los revisores es confidencial.

El cumplimiento estricto de la normativa para publicación y las cualidades de contenido, son determinantes del resultado de revisión. Así, ciertas recomendaciones podrían emitirse, lo cual implica que en este momento no es posible garantizar la aceptación para publicación de su manuscrito. Los hallazgos de la evaluación le serán informados cuando estén disponibles. Hasta entonces, no deberá presentar simultáneamente el manuscrito a otra revista.

Los manuscritos aceptados quedarán en propiedad de la Rev Med Vozandes, pero el autor conservará sus derechos de propiedad intelectual. Los manuscritos no aceptados, quedarán en libertad de ser presentados a otras revistas. Los manuscritos que requieren correcciones, se consideran dentro del proceso regular de trámite y no deberán presentarse a otra revista hasta disponer de un resultado definitivo de evaluación.

La Rev Med Vozandes se reserva el derecho de aceptación de los manuscritos y el momento de su publicación. El contenido expuesto en los artículos es responsabilidad de los autores.

Reciba un cordial saludo,

Dr. Juan-Carlos Maldonado
 Editor en Jefe

La *Rev Med Vozandes* es una publicación científica del Hospital Vozandes Quito.

Dirección: Revista Médica Vozandes. Departamento de Docencia Médica; Hospital Vozandes Quito. Villalengua Oe2-37 y Veracruz; Quito-Ecuador. PoBox: 17-17-619

E-mail: revistahvq@hcjb.org

Tlf: 593+2+2262142

On-line: [<http://www.imbiomed.com.mx/>] [<http://www.hospitalvozendes.org/>]

Rev Med Vozandes
 ISSN: 1390-1656
 Indexada en las bases de datos: Lilacs/Bireme, Latindex e Imbiomed



Informe de Evaluación

Tipo de artículo: Artículo original **Número de registro:** RMV-14-046b

Título del artículo: Tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo mediante colocación de banda suburetral-transobturatriz libre de tensión (TOT)

Autores: Luis Gamboa Caiza, Rubén Bucheli Terán, José Bucheli Cruz

Recibido: 14 - Octubre - 2014

Fase de revisión: Primera [] Segunda [X]

Informe emitido: 28 - Noviembre - 2014

Decisión editorial: Aceptado

Estimado Doctor
 Luis Caiza

El artículo de su autoría ha sido revisado con mucho interés. En virtud de los hallazgos de la evaluación, destacando su cumplimiento de normativa principal, estilo narrativo, precisión de información clínica, grado de interés y aporte científico, ha sido aceptado para su publicación en la *Rev Med Vozandes*.

Por lo anterior, ahora el artículo se considera propiedad de la *Rev Med Vozandes* y no debe ser presentado nuevamente a otra revista biomédica. Usted conservará los derechos de propiedad intelectual. Cuando sea publicado, poseerá una licencia Creative Commons internacional 4.0 para atribución, sin fines comerciales y sin obras derivadas.

Sobre su artículo se cumplirán algunas tareas de edición en el texto y corrección de estilo antes de la diagramación, pero respetando la esencia del documento original. Usted recibirá oportunamente una prueba de imprenta, a fin de verificar posibles enmiendas antes de la impresión final. Le solicitamos estar atento a posibles solicitudes de clarificaciones durante el proceso de edición.

La fecha de publicación, volumen y número del ejemplar al cual será asignado su artículo, se encuentran sujetos a prioridades marcadas por el equipo editorial, pero se prevé su ubicación en el ejemplar actualmente en diagramación. Dadas sus características podría ser ubicado en la sección Cartas Científicas.

Agradecemos su participación y esperamos volver a contar con otras contribuciones en el futuro.

Reciba un cordial saludo,

Dr. Juan-Carlos Maldonado
 Editor Ejecutivo

La Revista Médica Vozandes (*Rev Med Vozandes*) es una publicación científica del Hospital Vozandes Quito [<http://www.hospitalvozandes.org/>].

La *Rev Med Vozandes* se reserva el derecho de aceptación de los artículos. La identidad de los revisores es **confidencial**. Un artículo aceptado pasa a ser propiedad de la *Rev Med Vozandes*, pero el autor mantiene su propiedad intelectual. La fecha de publicación de un artículo aceptado se encuentra determinada por su fecha de aprobación y prioridades marcadas por el equipo editorial de la revista.

Dirección: Revista Médica Vozandes. Departamento de Docencia Médica; Hospital Vozandes Quito. Villalengua Oe2-37 y Veracruz; Quito-Ecuador. PoBox: 17-17-619

E-mail: revistahvq@hcjb.org

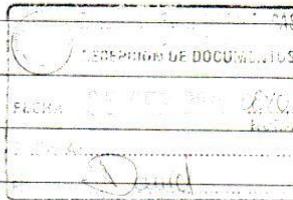
Tif: 593+2+2262142

©Hospital Vozandes Quito



Nº 2348536

1.00 USD



1

2

3

4

5

6

7 Señor Doctor

8 Milton Tapia

9 DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS U.C. DEL ECUADOR

10 En su despacho

11 Señor Decano

12 Por medio de la presente solicito se digne conceder el "Aval académico" a la obra "PISO PELVICO" Trabajada desde el año 2007 en el servicio de Ginecología del Hospital Carlos Andrade Marín en Conjunto con los Médicos Postgradistas y devengantes de beca.

13 La obra se basa en 2445 cirugías realizadas en piso pélvico cuya estadística y respaldos se incluyen en esta obra, cabe señalar que nuestra estadística (experiencia) en cirugía de piso pélvico utilizando mallas de polipropileno y técnicas innovadoras no encuentra comparación en ninguna publicación nacional ni Latinoamericana, creo necesario comunicar esta experiencia para que sirva de guía a nuestros Médicos y estudiantes.

14 Acompaño el borrador de la obra el mismo que está siendo perfeccionado en su redacción y ortografía para la impresión final

15 Agradezco su gestión

16 Atentamente

17 Dr. JOSE RUBEN BUCHELLERÁN

18 PROFESOR PRINCIPAL DE LA FACULTAD DE CIENCIA MEDICAS U.C. DURANTE EL PERIODO DE ELAVORACION DE LA OBRA

19

20 Quito, 05 Septiembre 2014

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30



" TODOPODEROSA ES LA SABIDURÍA "

CERTIFICADO

Quito, 30 de Enero del 2015

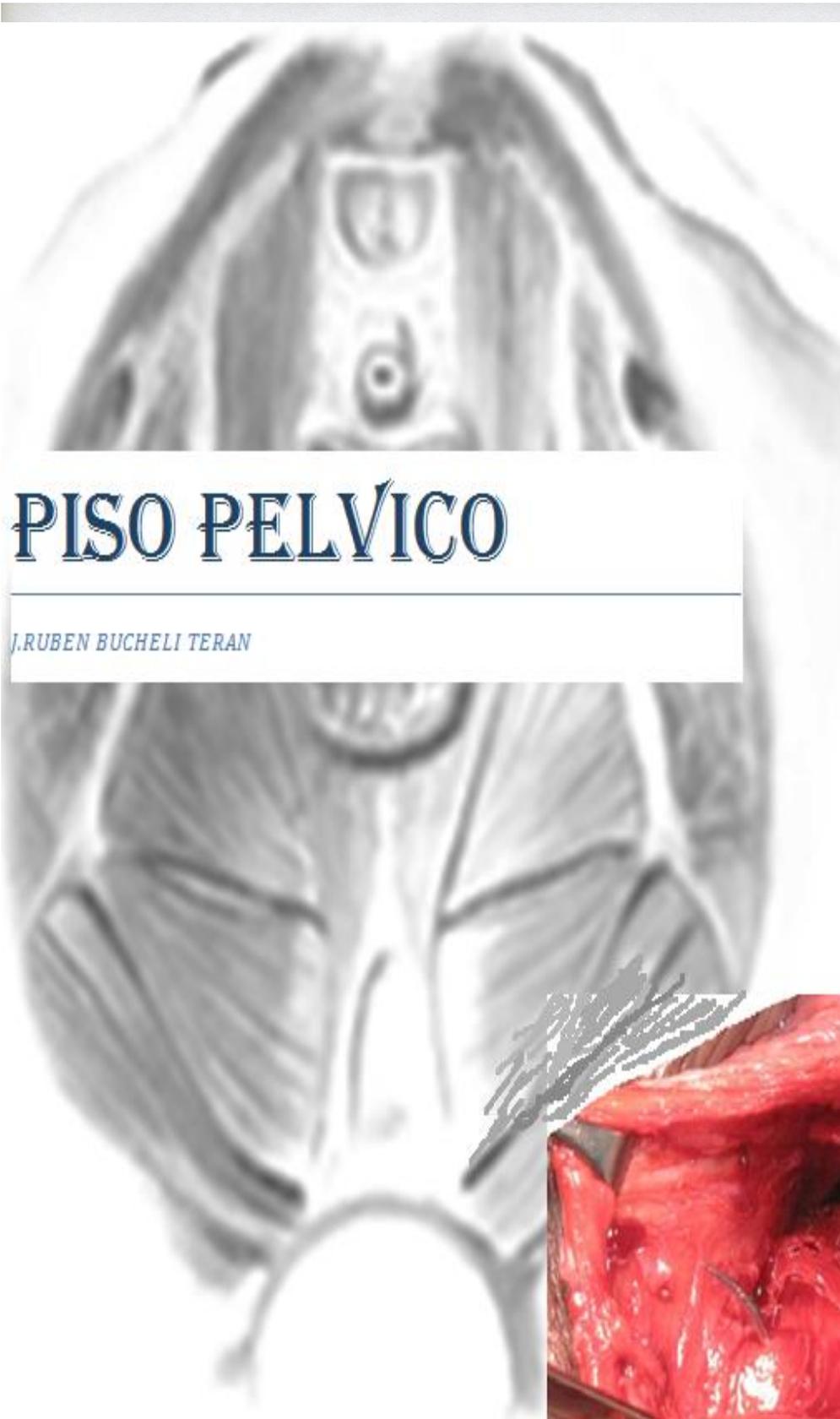
Yo, Dr. Rubén Bucheli Terán, en calidad de Autor-Editor de la obra por publicarse "PISO PELVICO" certifico que la Sres. Dres. Edison Andrés Aguilar Pozo, Paola Alexandra Barragán Hidalgo, Luis Gamboa Caiza, María Fernanda López Vaca, Henry Javier López Andrade, Sharon Carina Naranjo Espín, participaron como coautores de la obra antes mencionada.

Es lo que puedo decir en honor a la verdad, los Sres. Dres. pueden hacer uso del presente en lo que estimen conveniente a sus intereses.

Atentamente,



.....
Dr. Rubén Bucheli Terán
C.C. 1700916784
Telf. 2506667



PISO PELVICO

J. RUBEN BUCHELI TERAN



AUTOR EDITOR**Dr. José Rubén Bucheli Terán****INDICE DE AUTORES Y COLABORADORES****Dr. José Rubén Bucheli Terán (Autor)**

Médico Gineco Obstetra , Master en Administración Hospitalaria, Ex Jefe de Servicio de Ginecología Y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, Profesor Principal de Ginecología y Obstetricia Facultad de Ciencias Médicas Universidad Central del Ecuador, Director del Programa de Postgrado en Ginecología y Obstetricia Universidad San Francisco de Quito, Coordinador Académico de Postgrados Facultad de Ciencias de La Salud, Universidad San Francisco de Quito, Maestro de la Ginecología y Obstetricia Latinoamericana, FLASOG Panamá, 1996, Experto Latinoamericano en Climaterio y Menopausia , FLASCYM 2001, Guatemala.

Dr. José Rubén Bucheli Cruz

Médico Oncólogo Ginecólogo, Cirugía Oncológica Ginecológica , Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Andrade Marín, Tutor de Postgrado En Ginecología, Universidad San Francisco de Quito; Tutor de Postgrado Cirugía Oncológica Ginecológica Facultad de Ciencias Médicas Universidad Católica del Ecuador.

Dra. Isabel Jibaja Polo

Médico Gineco Obstetra, Tratante Devengante de Beca Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Carlos Andrade Marín.

Dra. Gabriela Miñaca Torres

Médico Gineco Obstetra, Tratante Devengante de Beca, Servicio de Gineco Obstetricia Hospital Carlos Andrade Marín.

Dr. Henry López Andrade

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito

Dra. Sharon Naranjo Espín

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito.

Dra. Paola Barragán Ramírez

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito

Dr. Andrés Aguilar

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito.

Dra. María Fernanda López

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito.

Dra. Silvana Santamaría Robles

Médico Gineco Obstetra, egresada Postgrado Ginecología y Obstetricia Universidad San Francisco de Quito.

Dr. Luis Gamboa

Médico Postgradista R3 Gineco Obstetricia, Hospital Carlos Andrade Marín, Universidad San Francisco de Quito

INDICE DE CAPITULOS

		NUMERO DE HOJA
1	PISO PELVICO. GENERALIDADES <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán</i> <i>Dra. Gabriela N. Miñaca Torres,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo,</i> <i>Dr. Andrés Aguilar, Dr. Luis Gamboa,</i> <i>Dra. Sharon Naranjo</i>	
2	EMBRIOLOGIA DEL TRACTO GENITAL FEMENINO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo,</i> <i>Dra. Gabriela N. Miñaca Torres</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
3	ANATOMIA FISILOGIA <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
4	FISIOLOGIA DE LA MICCION <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
5	FISIOPATOLOGIA DEL PISO PELVICO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dr. Henry J. López Andrade</i>	
6	CRITERIO PARA DECIDIR LA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dra. Sharon C. Naranjo Espín</i>	
7	CUIDADOS PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA GINECOLÓGICA <i>Dr. José Rubén Bucheli Terán,</i> <i>Dra. Isabel Jibaja Polo</i> <i>Dra. Sharon C. Naranjo Espín</i> <i>Dra. Silvana Santamaría Robles</i>	

- 17 **HISTERECTOMIA VAGINAL**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 18 **PROLAPSO GENITAL-DEFECTO ANTERIOR.
CORRECCION CON PERIGEE**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 19 **PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL Y
ANTERIOR.
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 20 **PROLAPSO GENITAL-DEFECTO POSTERIOR.
CORRECCION CON APOGEE**
Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza
- 21 **PROLAPSO GENITAL -DEFECTO APICAL Y
POSTERIOR.
CORRECCION CON ELEVATE POSTERIOR**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca
- 22 **INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
BANDA
SUBURETRAL TOT**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca
- 23 **INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO
SISTEMA DE SLING CON INCISION UNICA**
Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dra. María F. López Vaca

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

CAPITULO 17

HISTERECTOMIA VAGINAL

Dr. José Rubén Bucheli Terán
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza

WORLD JOURNAL OF SURGERY

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

cáncer de cuello uterino, considerada una obra maestra de la cirugía.⁽²⁾

Hoy en día ya no se trata de defender o atacar una u otra vía, sino conocer las indicaciones de una y otra. Jean-Louis Faure, cirujano ginecológico abdominalista, aseveraba que "la discusión sobre la bondad de una u otra vía, se suscita no entre vaginalistas o abdominalistas, sino entre los que saben hacer la histerectomía vaginal y los que no saben hacerla, pero que, no percatándose de ello, insisten en proscribirla."

Indicaciones:

La mayoría de los estudios han concluido que la histerectomía vaginal debe ser la vía preferida de la histerectomía, ya que se asocia con menos complicaciones, menor duración de la hospitalización y los gastos del hospital más bajas que la histerectomía abdominal, aunque un estudio finlandés grande informó hallazgos discordantes. Los datos de estudios observacionales deben ser interpretados con cautela, ya que la ruta de la histerectomía es probable que haya sido influenciada por la gravedad de la enfermedad subyacente y la complejidad del procedimiento.^(1,2,3,4)

Históricamente, la histerectomía abdominal ha sido designada como la ruta apropiada para las condiciones más graves que se cree requerir una exploración abdominopélvica más a fondo, así como los procedimientos que se consideren demasiado difícil de realizar a través de la vagina. Esta opinión ha sido el resultado de la mal definida, pero tradicionalmente aceptada, pero contraindicaciones para la vía vaginal, entre

ellas: EL tamaño del útero (peso uterino estimado < 280 g [un útero normal pesa entre 70 y 125 g] o el tamaño del útero menos de 12 semanas), la vagina considerado " demasiado estrecha " (por ejemplo, la vagina más estrecha que 2 traveses de dedo, sobre todo en el ápice), la falta de descenso uterino y la movilidad, presencia de enfermedad anexial, cirugía pélvica previa, malignidad; estrechez pelviana, y que tenga que explorar la parte superior del abdomen. Sin embargo, estas indicaciones tradicionales para la laparotomía han sido impugnadas.^(1,2,3,4)

En 1999, la Reconstructive Pelvic Society publicó directrices sistemáticas para la selección de la ruta de la histerectomía, y excluyó a algunos de los principios tradicionales descritos anteriormente (tabla 2). Después se emitieron estas directrices, un cambio a los procedimientos realizados por vía vaginal se produjo, con la reducción de las complicaciones, días de hospitalización y los costos.^(1,2,3,4)

DIRECTRICES PARA LA HISTERECTOMIA VAGINAL

Amplitud vaginal de mas de dos traveses de dedo

Histerocele G I

Peso de útero de menos de 280 gr

Patología confinada al útero

Tabla 1

Se recomienda la histerectomía vaginal, la vía de elección en la mayoría de las mujeres. Este enfoque está asociada con un más rápido retorno a la función normal en comparación con la histerectomía abdominal. En los casos con potencial co - patología extrauterina (por ejemplo, endometriosis, enfermedad inflamatoria pélvica, patología

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

anexial , dolor pélvico crónico) , la laparoscopia puede ayudar a evaluar el abdomen / pelvis y ayudar en la realización de la histerectomía vaginal con o sin ooforectomía

Sin embargo , no todas las histerectomías pueden ser o deben ser abordados por vía vaginal. Las tablas muestran contraindicaciones para el vaginal tabla 3). Aunque ningún tamaño del útero específico está incluido , el cirujano debe juzgar si el acceso a la fuente de la sangre está limitado por el tamaño del útero o de la estructura de la pelvis .

Contraindicaciones para la Histerectomía Vaginal

Sospecha de patología maligna anexial
Conocimiento de la presencia de un cáncer
Adherencias intrapélvicas conocidas
Acceso dificultoso a los vasos uterinos para tamaño uterino
Contraindicación para posición de litotomía

Tabla 2

Indicaciones HCAM

Hay cinco categorías diagnósticas generales de indicaciones de histerectomía:

- 1) leiomiomas uterinos
- 2) prolapso de órganos pélvicos
- 3) dolor pélvico o de infección (por ejemplo, endometriosis, enfermedades inflamatorias de la pelvis)
- 4) sangrado uterino anormal
- 5) enfermedad maligna y premaligna

INDICACION	2011	2012	2013
Miomatosis			118

uterina	
Prolapso	80
Genital	
Dolor pélvico	1
SUD	5
Enfermedad	26
maligna o	
premaligna	
TOTAL	230

TECNICA QUIRÚRGICA.

1. En posición ginecológica realizar examen bajo anestesia y se verifican hallazgos correlacionándolos con los anteriores en miras de reconfirmar diagnóstico y proyección operatoria.
2. Se realiza asepsia y antisepsia del campo operatorio y de genitales externos y vagina.
3. Se colocan campos quirúrgicos estériles.
4. Se plican labios menores a los pliegues genitocurales o a la cara interna de los muslos en diferentes ángulos, para exponer el introito y ampliando la visión del campo operatorio.
5. Se realiza vaciamiento vesical con sonda metálica.
6. Se pinza y tracciona el cuello (ambos labios) con pinza de 4 dientes (de Pozzi) procurando hacer buena presa, para evitar los sangrados secundarios a los desgarros que se originan al traccionar el útero. Se tira de la pinza hasta exponer lo más que se pueda el cuello.
7. Se realiza con bisturí una incisión circular sobre el cuello, en el punto de reflexión sobre este hace la vejiga. Esta incisión debe ser lo suficientemente profunda en el labio anterior y en el labio posterior para alcanzar las fibras fasciales, pero no tan profundas

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

que se caiga en el plano del estoma cervical dificultando el clivaje ulterior de los planos.

8. Terminada la sección vaginal se tracciona la pinza cervical exponiendo el plano anterior, rechazando por disección digital y en sentido medial –siempre sobre el cuello y nunca lateralmente – la fascia pubovesicocervical, hasta que se hagan netos los pilares de la vejiga, los cuales se pinzan, cortan, ligan y reparan para en tiempo quirúrgico posterior fijarlos medialmente a cúpula.

9. Se tracciona la pinza en sentido a la sínfisis púbica exponiendo el fondo de saco vaginal posterior, se rechaza la fascia rectovaginal hasta observar el peritoneo, el cual se pinza, corta y abre con tijeras, y posteriormente se amplía digitalmente la celiotomía hasta que quepan dos dedos cómodamente en este espacio. Es conveniente mantener reparado el peritoneo posterior.

10. Los dedos introducidos a abdomen por la celiotomía reconocen al útero y sus anexos. Se bascula en sentido anterior de manera que ocupe totalmente el plano anterior, procediendo a abrir el peritoneo anterior, el cual se recomienda también mantener reparado. Así queda expuesto intraabdominalmente todo el campo operatorio.

11. Todos los pedículos se ligan con sutura cromado 1. Los planos de fascia con cromado 0 y el peritoneo y la mucosa vaginal con cromado 00.

12. Se tracciona fuertemente del cuello a la derecha del cirujano exponiendo el pedículo inferior derecho (ligamento uterosacro y de Mackenrodt). Se pinza, corta, liga y repara.

Se procede de idéntica manera en el lado opuesto.

13. El cirujano ahora introduce uno o dos dedos siguiendo el borde posterior y lateral del útero para exponer y tensionar el pedículo medio (arterias uterinas y ligamentos de Mackenrodt) mientras el ayudante mantiene en tracción ipsilateral el cuello. Se pinza corta, liga y repara el pedículo medio de cada lado.

14. Se repite el procedimiento anterior, pero esta vez exponiendo y tensionando el pedículo superior (Ligamento redondo, mesosalpinx, útero-ovárico), se pinza, corta, liga y repara cada pedículo superior

15. Se revisa la hemostasia de cada pedículo y se peritoniza, utilizando como guía los reparos previos colocados en el peritoneo anterior y posterior.

16. Se realiza la culdoplastia y se fijan los pedículos inferiores a nivel medial de cúpula.

17. Se inicia y procede a realizar colporrafia anterior según técnica convencional. Se fijan los pilares vesicales. 18. Se fijan los pedículos medio y superior a cada lado de los ángulos de la recién formada cúpula vaginal, utilizando una nueva sutura que debe lazar estos pedículos por delante de la sutura hemostática previamente realizada.

19. Se realiza la colporrafia posterior según técnica convencional.

HISTERECTOMIA VAGINAL USO DE GIA (auto suturas)

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL



Fig 1: Corte circular de mucosa con electrobisturi, todo el círculo



Fig 2: Despegamiento de mucosa pared anterior y posterior mediante montada

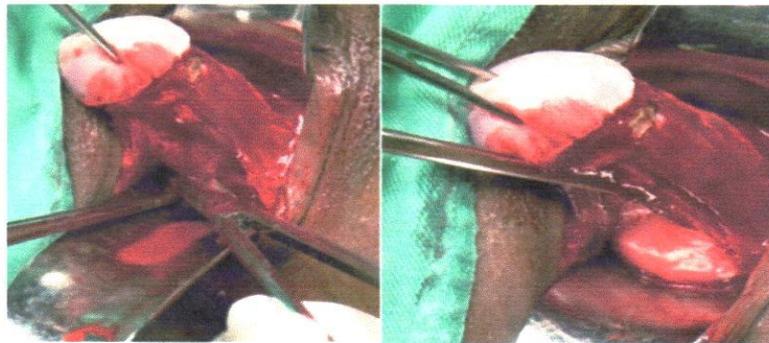


Fig 3: Cérvix libre mucosa deslizada

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

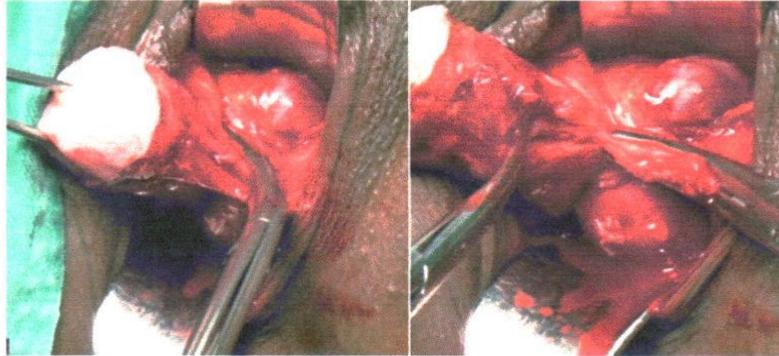


Fig 4: Pinzamiento de ligamentos mackenrose –corte

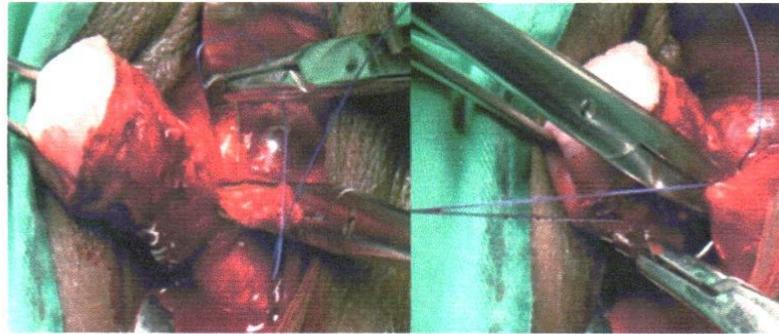


Fig 5: Ligadura vycril I se deja reparo

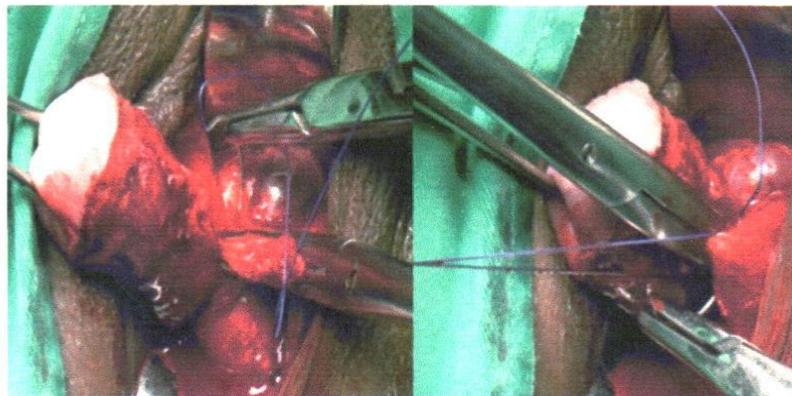


Fig 6: Ligadura vycril I se deja reparo

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

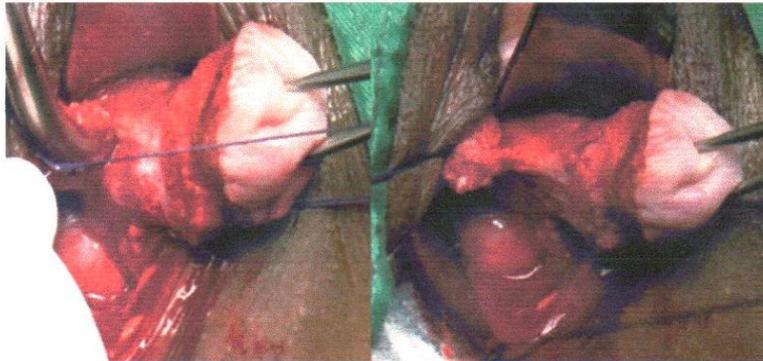


Fig 7: Mismo procedimiento lado opuesto

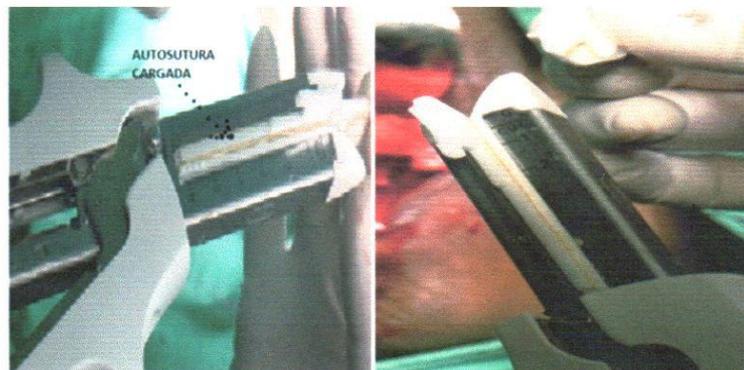


Fig 8: Utilización de autosuturas



Fig 9: El aditamento antideslizante permite fijar la sutura y evitar su desplazamiento

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL



Fig 10: Se puede mantener la membrana antideslizante integra o se puede fraccionarla

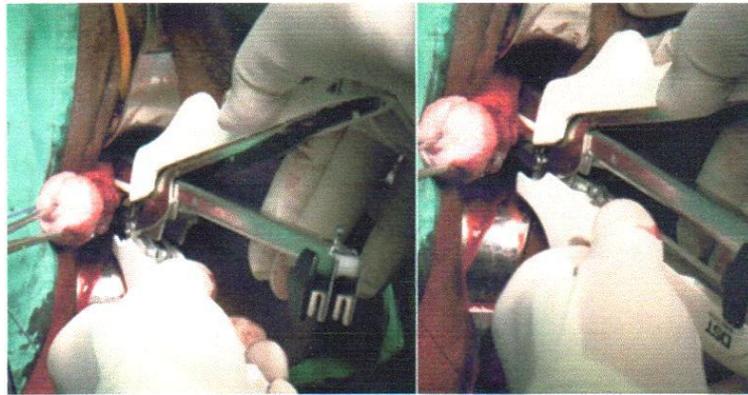


Fig 11: Cuando se fracciona se arma la pistola aplicadora: brazo posterior-anterior

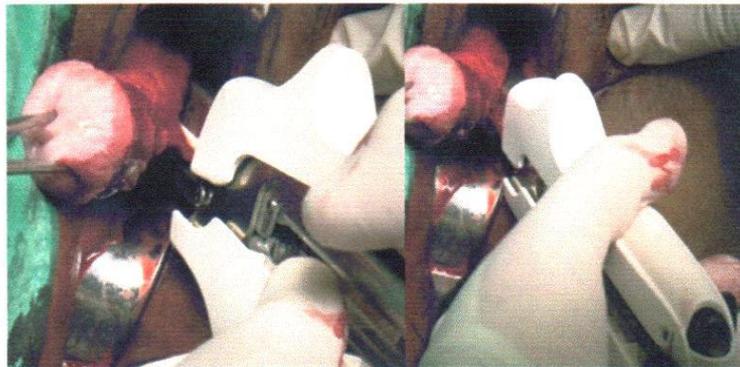


Fig 12: Presión sobre el tejido se cierra la pistola aplicadora

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL



13: Se desliza con el dedo el aditamento lateral que aplica al bajar y corta al subir



Fig 14: Desplazar aditamento hacia arriba . Regresar presionando aditamento hacia abajo



15: Pistola de autosutura desarmada

Borde uterino pedículos sellados

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL



Fig 16: G.I.A. armado (autosutura)

Se coloca antideslizante



Fig 17: Presentación de pedículo para aplicación de GIA. sobre ligamento ancho



18: Brazo de pistola aplicadora bajo el pedículo; acople con segundo brazo de pist

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

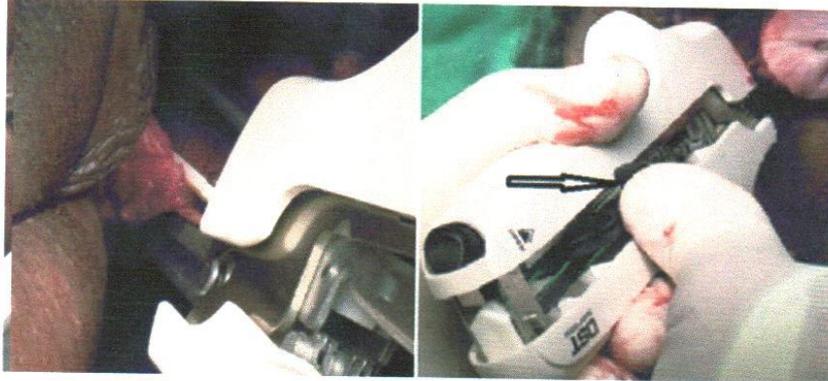
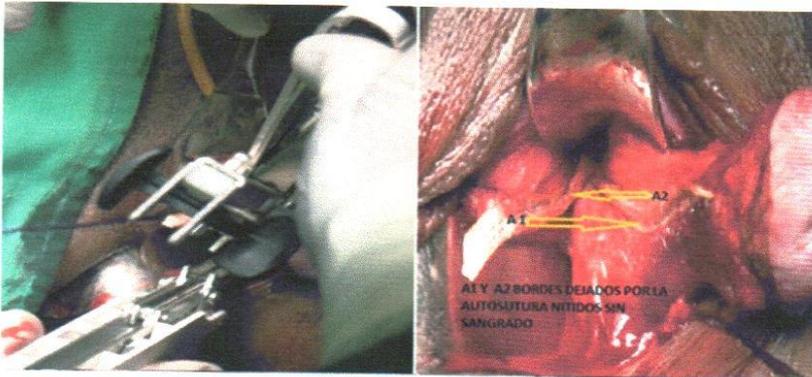


Fig 19: Presión al cerrar acople - Inicio de desplazamiento de aditamento sellador



20: Regreso presionando aditamento que corta al regreso separando en dos ped



21: Desacople de pistola aplicadora GIA- Borde libres separados de pedículo

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

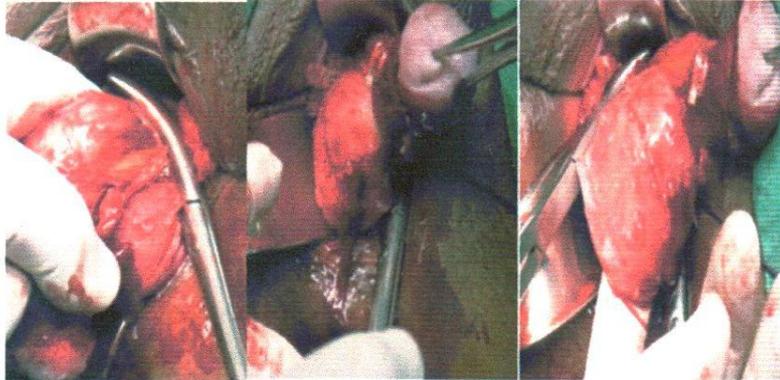


Fig 22: Pinzamiento y corte resto pedículos derecho e izquierdo

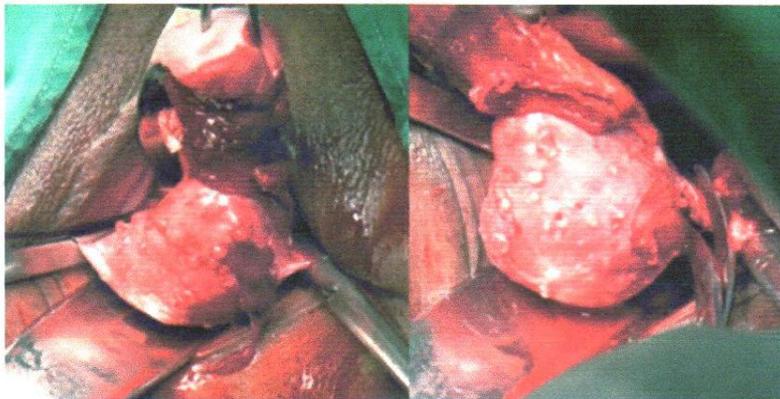


Fig 23: Pinzamiento bilateral alto de pedículos, corte y retiro de útero

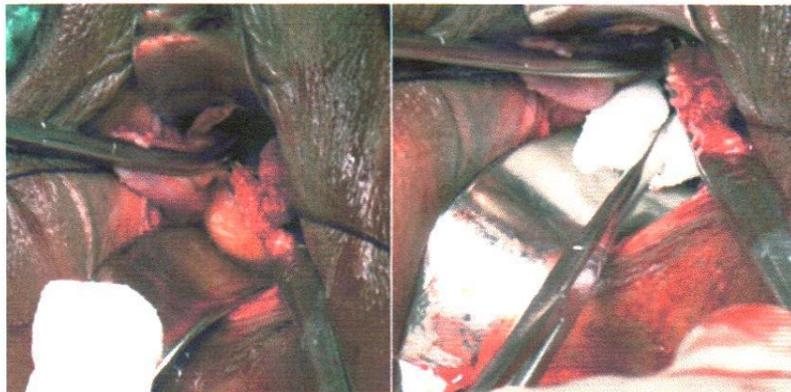


Fig 25: Ambos pedículos altos pinzados (trompas y ligamentos redondos)

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

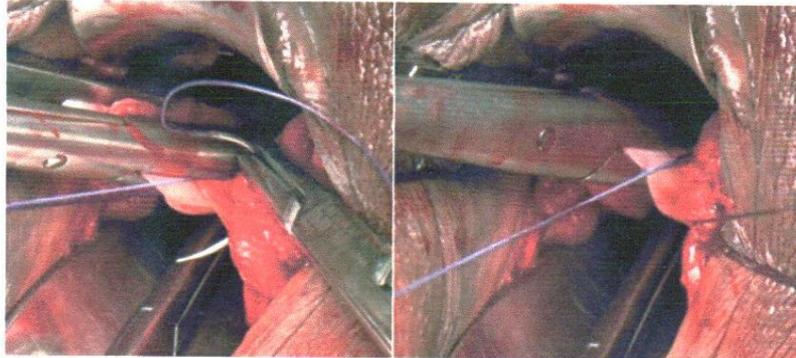


Fig 25: Punto de transfixión; para luego en el mismo proceso fijarlo al pedículo de Mackenrot

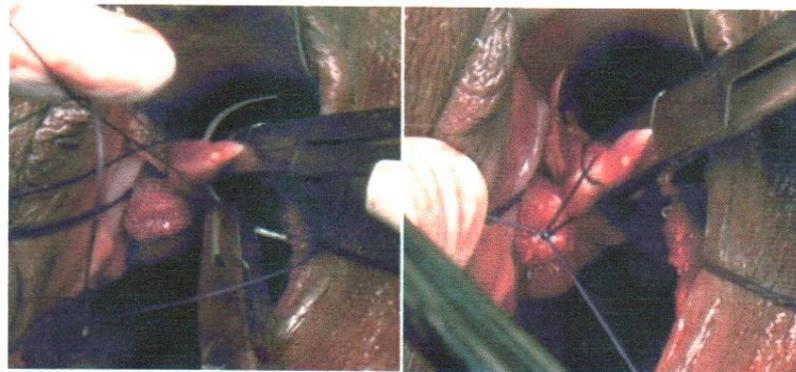


Fig 26: Lado izquierdo del operador mismo procedimiento

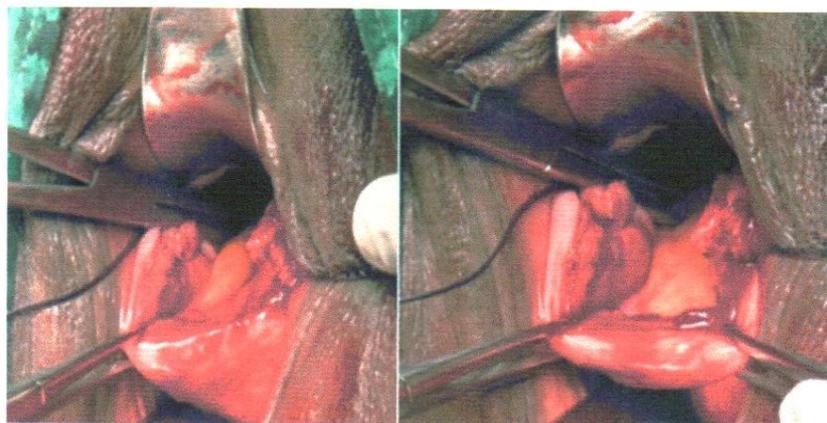


Fig 27: Presentación de borde posterior de cúpula

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

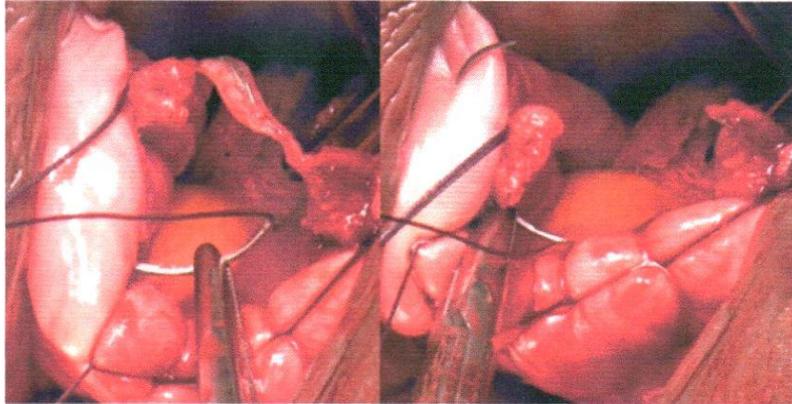


Fig 28: Sutura de cúpula surgette cruzado serosa pared serosa

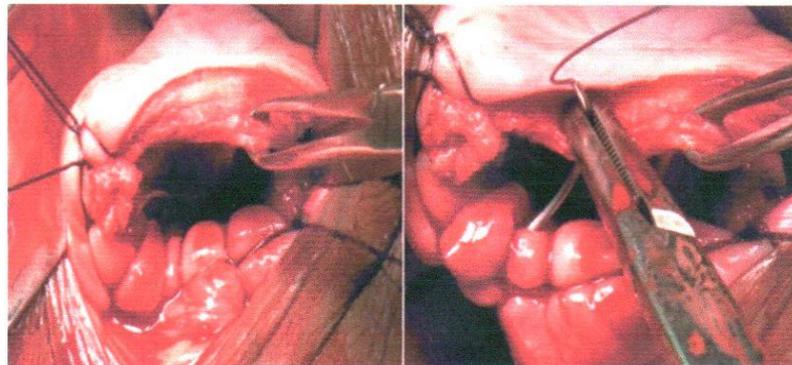


Fig 29: Se fijan a pedículos reparados a nivel de extremos de cúpula abierta

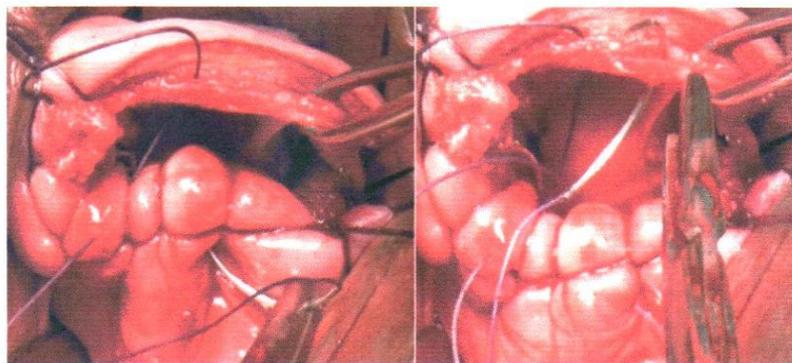


Fig 30: Reparó de serosa pared anterior sutura continua no cruzada serosa –pared posterior

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

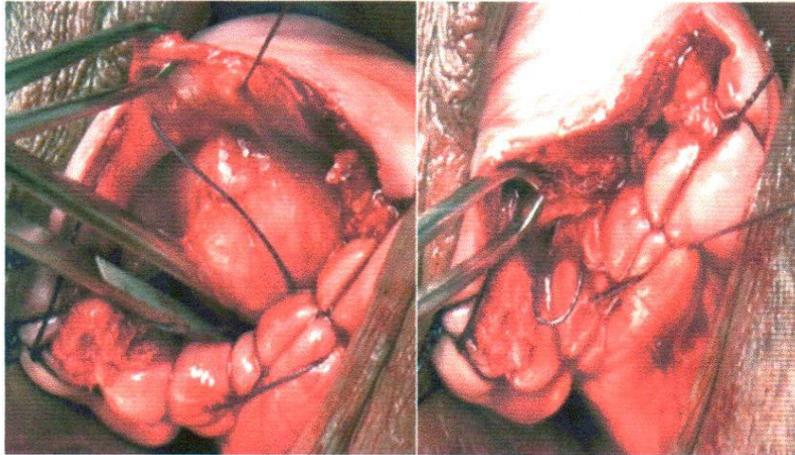
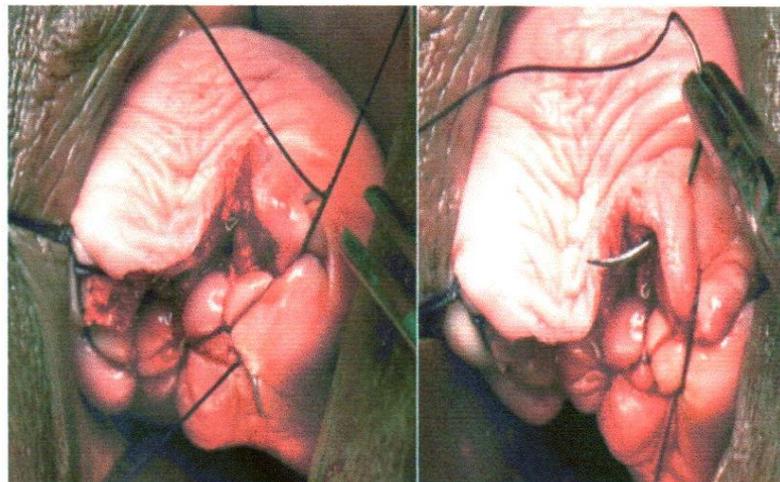


Fig 31: Serosa se sutura a pared posterior borde de cúpula



32: Sutura continua mucosa – mucosa borde anterior con borde posterior cúpula

PISO PELVICO HISTERECTOMIA VAGINAL

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICA

1. Maresh MJA, Metcalfe MA, McPherson K. The VALUE National Hysterectomy Study: description of the patients and their surgery. *Br J Obstet Gynecol.* 2002;109:302-12.
2. Rodríguez N. La histerectomía vaginal en pacientes sin prolapso: indicaciones, técnica y recomendaciones. *Rev Cubana Obstet Ginecol.* 1995;21(1):23-5.
3. Reich H. *Laparoscopic hysterectomy. Surgical Laparoscopy & Endoscopy.* New York: Raven Press; 1992. Pp. 85-8.
4. Yovarone R. La histerectomía vaginal en úteros no prolapsados: Una vieja "nueva" opción. *Arch Gin Obstet.* 2002;40(1):223-6.
5. Mendoza Romero J, Alonso FJ, Dicriscio R, Pérez Canto G, Teppa Garran A. Histerectomía vaginal asistida por laparoscopia. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2005;65(2):69-75.
6. Fenner DE. Training of a gynecologic surgeon. *Obstet Gynecol.* 2005;105:193-6.
7. ACOG. *Quality Assurance in Obstetrics and Gynaecology.* Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynaecologists; 2003.
8. Boukerrou M, Lambaudie E, Collinet P. A history of cesareans is a risk factor in vaginal hysterectomies. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2003;82:1135-9.
9. Comité de acreditación en transfusión (CAT). Estándares de acreditación. Asociación Española de Hematología y Hemoterapia. Sociedad Española de Transfusión Sanguínea Ind Gráf. 3era Edición. Madrid: El Instalador; 2006. Pp. 44-50.
10. Paredes Vila P. Fístulas urinarias yatrogénicas en la mujer. *Rev Cubana Cir.* 1973;12(1):75-81.
11. Alonso Domínguez FJ. Complicaciones urológicas de la cirugía ginecológica. *Rev Cubana Cir.* 1986;34(4):4.
12. Salinas H. Análisis clínico y económico de la histerectomía abdominal versus la histerectomía vaginal en el hospital clínico de la universidad de Chile. Revisión de 2.338 casos. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(4):227-33.

*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*

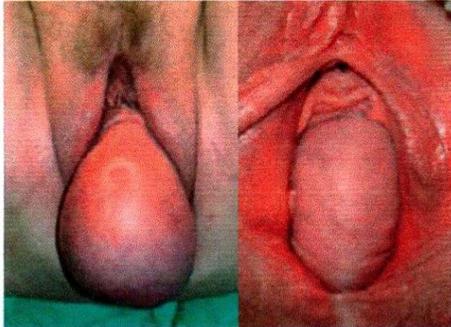
CAPITULO 19

**PROLAPSO GENITAL-
DEFECTO APICAL
ANTERIOR.
CORRECCION CON ELEVATE
ANTERIOR**

**Dr. José Rubén Bucheli Terán,
Dra. Isabel Jibaja Polo
Dr. Luis Gamboa Caiza**

*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*

**DEFECTO APICAL ANTERIOR
CORRECCIÓN CON ELEVATE**



PROLAPSO DE CUPULA VAGINAL

En condiciones normales con la mujer en posición ortostática, el tercio superior de la vagina se encuentra en posición horizontal, reposando sobre la musculatura del diafragma pélvico. El ápice de la vagina se mantiene en esta posición por los ligamentos cardinales y sacrouterinos. Sin embargo en la corrección de las distocias, se debe buscar reposicionar la vagina a la posición más próxima posible de la original, sea usando los ligamentos naturales de suspensión vaginal (cardinales y sacrouterinos), o empleando otros puntos de suspensión (tales como el ligamento sacroespinoso o a la fascia del músculo íleooccígeo) o, también, buscando la creación de neo-ligamentos por medio de prótesis. Las principales cirugías para la corrección de los prolapsos apicales son:

- *Promonto fijación de la cúpula vaginal*: consiste en fijar el ápice vaginal o el

cuello del útero en el promontorio sacro, generalmente con la interposición de malla de material sintético. El procedimiento puede ser realizado de forma convencional y, recientemente, por vía laparoscópica. Se trata de una técnica muy difundida y adecuadamente estandarizada, con elevado índice de éxito, además de preservar parcialmente el eje vaginal. Presenta, como desventaja, la necesidad eventual de acceso combinado por vía vaginal para corrección de otros defectos asociados.

- *Fijación de la cúpula al ligamento sacroespinoso*: Es la cirugía más utilizada en el tratamiento del prolapso apical, manteniendo el eje vaginal próximo al fisiológico, sin embargo dislocado lateralmente, con alta tasa de cura. Generalmente es utilizado el ligamento sacroespinoso derecho, sin ser necesaria la

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL

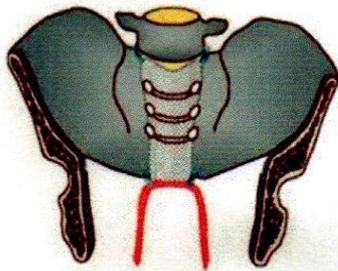
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

fijación bilateral. Presenta como riesgo principal la posibilidad de lesión inadvertida de los vasos o nervio pudendos interno durante la aplicación de las suturas, con sangrado o dolor persistente en el gluteo.

- *Colpopexia transcoccígea*: Se basa en el empleo de prótesis de polipropileno en forma de cinturón, que son aplicadas bilateralmente a través de punciones cutáneas en la fosa isquiorrectal y fijadas a la cúpula vaginal, a nivel de los ligamentos sacroespinosos. Tiene como objetivo reproducir la fijación natural concedida por los ligamentos sacrouterinos.

Ese procedimiento fue descrito recientemente, y presenta como ventaja la facilidad técnica, así como también mantener el eje vaginal fisiológico.

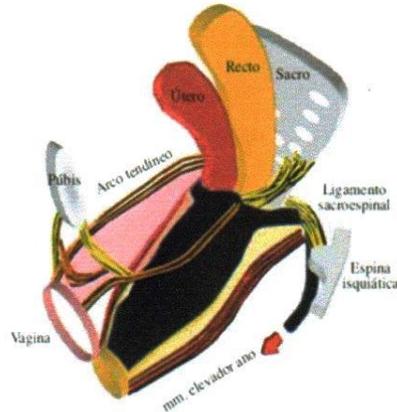
Puede ser empleada, en conjunto, con mallas para corrección de rectoceles y de enteroceles.



Representación esquemática de promonto fijación de la cúpula vaginal. Se emplea malla sintética o injerto de material biológico para fijación de la cúpula vaginal al promontorio sacro

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL

CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR



Colpopexia transcoccigea: representación esquemática. Obsérvese que las astas de las prótesis son ancladas en los **ligamentos sacroespinosos**.

El sistema de reparación del prolapso anterior y apical

Elevate es totalmente transvaginal y comprende de agujas de acero inoxidable que se utilizan para implantar una malla en el suelo pélvico.

El Sistema Elevate Anterior consta de:

- A. Una (1) malla de IntePro Lite con dos (2) puntas de autofijación integradas de polipropileno.
- B. Dos (2) brazos de fijación apical con puntas de autofijación de polipropileno.
- C. Dos (2) arandelas de cierre con aplicador de arandelas
- D. Una (1) herramienta de ajuste
- E. Una (1) aguja anterior de acero inoxidable con mango de plástico rosa
- F. Una (1) aguja apical de acero inoxidable con mango de plástico naranja y mecanismo de liberación

- G. Una (1) vaina de plástico (para aguja apical)

Indicaciones de Uso

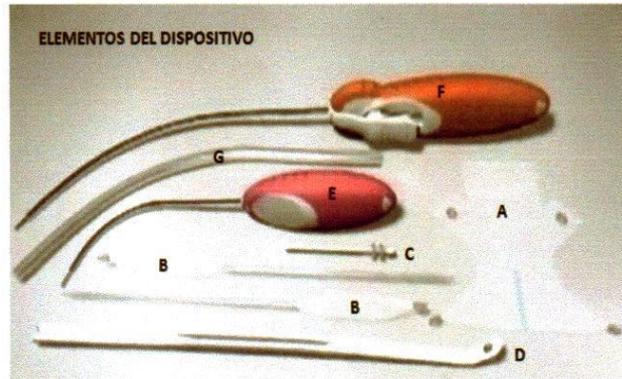
El sistema de reparación del prolapso anterior y apical Elevate está indicado para el tratamiento del prolapso vaginal anterior y/o apical

Contraindicaciones

- No implante el sistema Elévate Anterior en bebés, niñas, mujeres embarazadas o mujeres que tengan la intención de quedar embarazadas, ya que esta malla no se extiende significativamente a medida que la paciente vaya creciendo.
- No implante el sistema Elevate anterior en pacientes con afecciones preexistentes que supongan un riesgo quirúrgico inaceptable

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

- No implante el sistema Elevate Anterior tras una apertura intraoperatoria programada o accidental del tubo gastrointestinal.



1.- MALLA

2.- ORIFICIOS POR DONDE CORRE
 ADITAMENTO 3 QUE YA A FIJADO LA MALLA

3.- ADITAMENTO EXPANSOR DE FIJACION
 ANTERIOR DE LA MALLA, RAMA
 IZQUIERDA

4.- ADITAMENTO EXPANSOR POSTERIOR DE
 FIJACION DE LA MALLA EN SACRO ESPINOSO

5.- AGUJA CON MANGO ROSADO QUE UBICA
 LA MALLA PARA FIJARLA DETRÁS DEL ARCO
 CRURAL EN SU PUNTA DESPLAZA EL
 ADITAMENTO 3 EXPANSOR DE FIJACIÓN

6.- ADITAMENTO AGUJA EN SU PUNTA
 INSERTARA ADITAMENTO 4 EXPANSOR PARA
 FIJACION EN SACRO ESPINOSO

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL

CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

7.- TUBO PLASTICO EN EL QUE SE ICLUYE ADITAMENTO AGUJA 6 CON ADITAMENTO EXPANSOR DE FIJACION EN LA PUNTA

8.- TUBO PLASTICO MACIZO QUE ENSARTA EN EXTREMO DISTAL DE ADITAMENTO 4 UNA VEZ QUE A FIJADO LA MALLA EN SACRO ESPINOSO

9.- ARANDELAS DE PRESION QUE CORREN SOBRE EXTENSIONES PLASTICAS 4 Y 8 HASTA EL EXTREMO PROXIMAL

10.- GUIA PLASTICA QUE DESPLAZA LA ARANDELA DE PRESION HASTA LA MEDIDA SEÑALADA EN SU CASI EXTREMO DISTAL

- No implante el Elevate Anterior en presencia de: infecciones activas o latentes, de cáncer de vagina, cervical o uterino, o en pacientes que hayan recibido radiación en la zona del tratamiento
- No implante el sistema Elevate Anterior en contacto directo con órganos intestinales o viscerales, incluida la vejiga urinaria

Precauciones Generales

- El sistema Elevate Anterior deberá usarse por prescripción facultativa
- Antes de utilizar el sistema Elevate Anterior, los usuarios deberán dominar los procedimientos y las técnicas quirúrgicas que impliquen la reparación del suelo pélvico y la colocación de mallas sintéticas. Se incluyen las técnicas de disección comúnmente utilizadas y necesarias

para implantar mallas sintéticas en la reparación del suelo pélvico.

- Deberá considerarse minuciosamente los riesgos y beneficios del procedimiento Elevate Anterior en pacientes afectadas de trastornos del sistema inmunitario u otras enfermedades que puedan dificultar la cicatrización
- Deberán administrarse antibióticos profilácticos de acuerdo con la práctica habitual del médico
- Las infecciones vaginales o del tracto urinario deberán tratarse antes del procedimiento Elevate Anterior
- La reparación de un prolapso puede revelar afecciones de incontinencia preexistentes.
- La aparición de graves reacciones tisulares adversas puede exigir la retirada parcial o total de la malla Elevate Anterior
- No se recomienda el uso del sistema Elevate Anterior con adhesivos tisulares por carecerse de datos sobre dicha utilización.

Instrucciones de uso

El procedimiento Elevate Anterior debe realizarse bajo anestesia regional o general, a discreción del médico.

Preparación de la paciente

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL

CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

La paciente deberá colocarse en posición de litotomía dorsal modificada con las caderas flexionadas, las piernas montadas sobre estribos y las nalgas alineadas con el borde de la mesa.

Asegúrese de que la vejiga este vacía. Aunque no sea necesario, un catéter puede

ayudar a identificar la uretra durante la intervención.

Coloque un retractor vaginal equilibrado u otro sistema de retracción vaginal adecuado, si así lo desea. (Fig1- 2).



Fig. 1

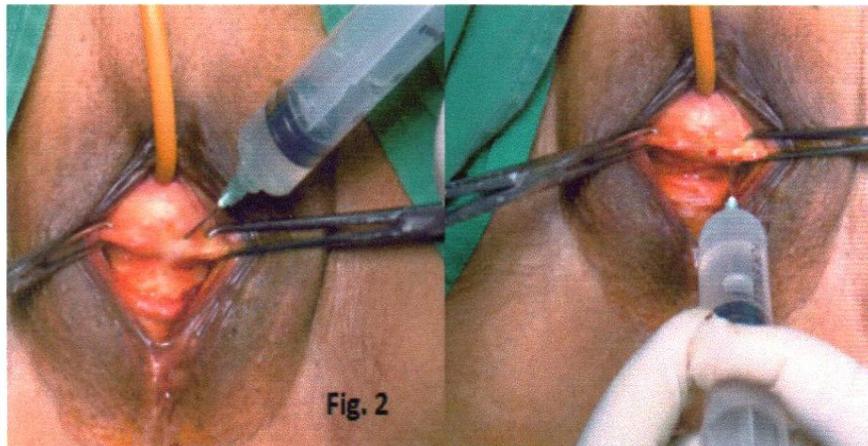


Fig. 2

Incisión y disección

Si lo desea, inyecte solución anestésica/vasoactiva local (por ejemplo,

solución salina inyectable, 1% de lidocaína con o sin epinefrina. (Fig 2)

*PISO PELVICO PROLAPSO GENTIL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*

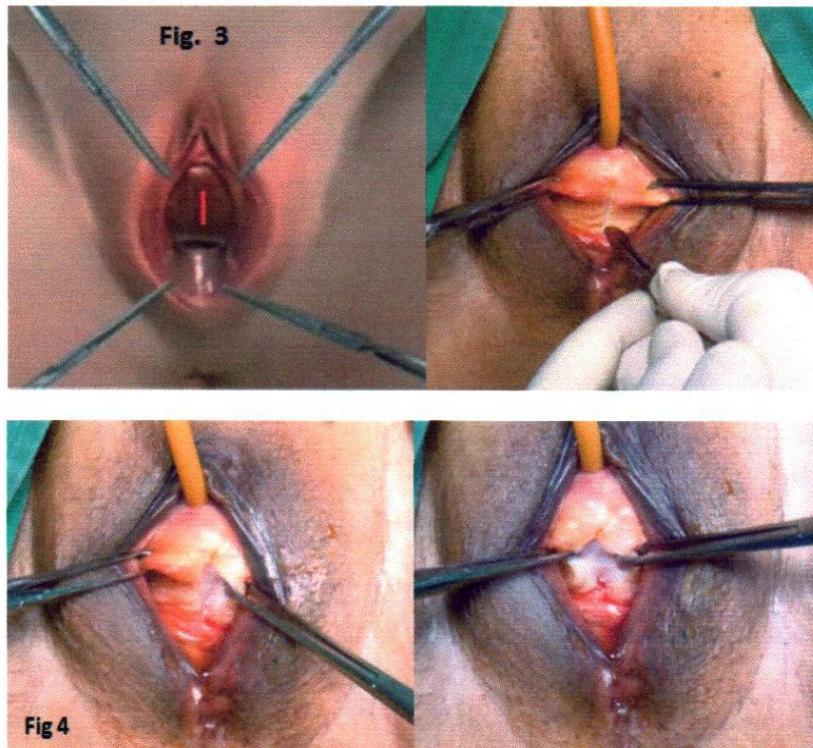
Efectúe una incisión de 2-3 cm en la pared anterior, desde el cuello y hacia el vértice vesical. (Fig. 3 y 4)

Diseque por debajo de la fascia pubocervical mediante técnica de disección gruesa hasta el nivel del vértice, asegurándose de que la vagina quede completamente separada de la vejiga para minimizar la probabilidad de obstrucción o repliegue del uréter. (Fig 5)

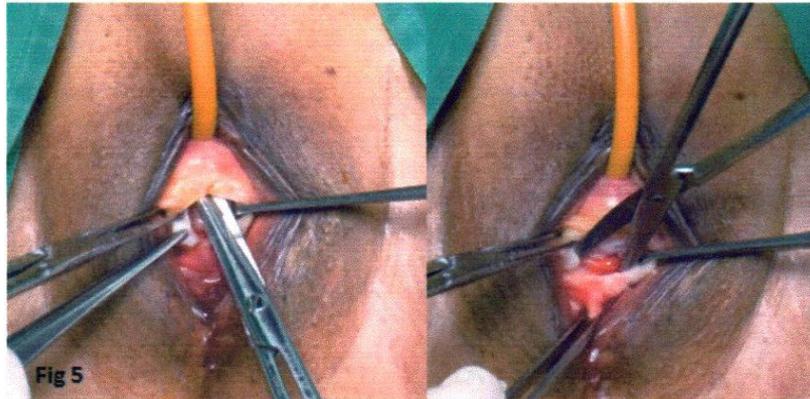
Utilice la disección roma para mantener la disección en el mismo plano (Fig.6)

Diseque hacia la espina ciática y palpe bilateralmente con el dedo índice.

Desplácese mediamente unos 2 cm desde la espina ciática a lo largo del ligamento



*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



sacroespinoso, desprendiendo tejido del ligamento. (Fig.7)

Realice esta técnica en los lados derecho e izquierdo de la paciente

Ahora ya puede abrir el envase del sistema Elevate Anterior

Deposite el contenido de la bandeja (incluida la bandeja anterior) en el campo estéril.

Confirme la presencia de todos los componentes enumerados en la descripción del dispositivo

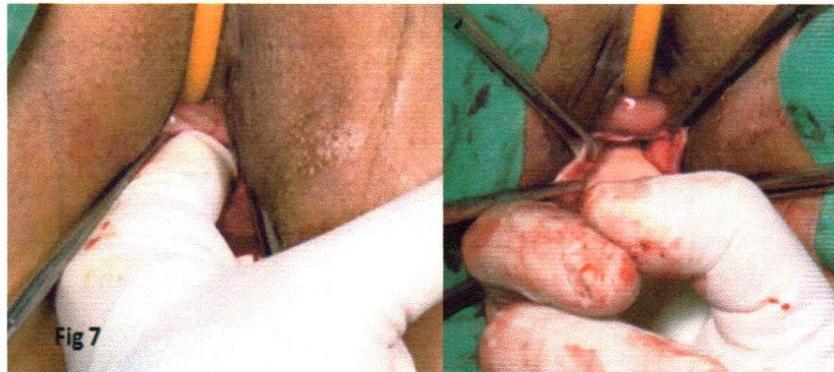
Es posible que perciba una sensación táctil cuando la punta de fijación anterior penetre en el músculo obturador interno. (Fig.9, 10)

Realice los pasos 13-16 en el otro lado de la paciente, comprobado que el marcador azul central se encuentre en la línea media de la paciente y que la malla quede plana, sin torcerse ni tensarse. (Fig. 11 y 12)

Incorpore el centro de la malla al cuello vesical con suturas.



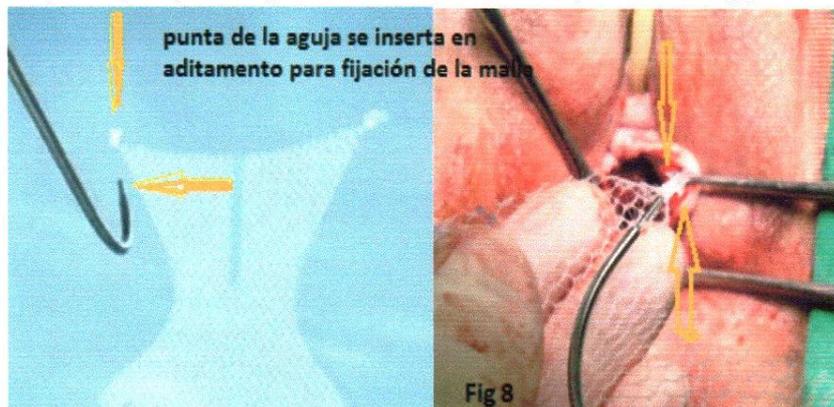
*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



Carga de las puntas de fijación anteriores

Sujete la punta de fijación anterior para mantenerla estable y cárguela en la aguja anterior de mango rosa.

Compruebe que la punta de fijación anterior se queda asentada y alineada en la aguja.



PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

INSERCIÓN DE LAS PUNTAS DE FIJACIÓN ANTERIORES

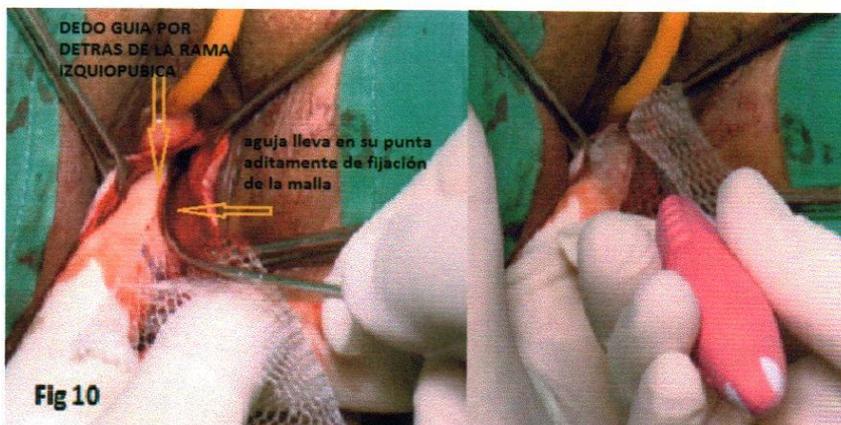
Dirija la punta de la aguja anterior de mango rosa hacia el orificio obturador aproximadamente 1 cm medial respecto a la rama isquiopúbica, mientras sujeta la curva de la aguja contra el dedo índice.

La trayectoria y la alineación de la aguja deberán mantenerla horizontal con respecto al cuello vesical (Fig.8)

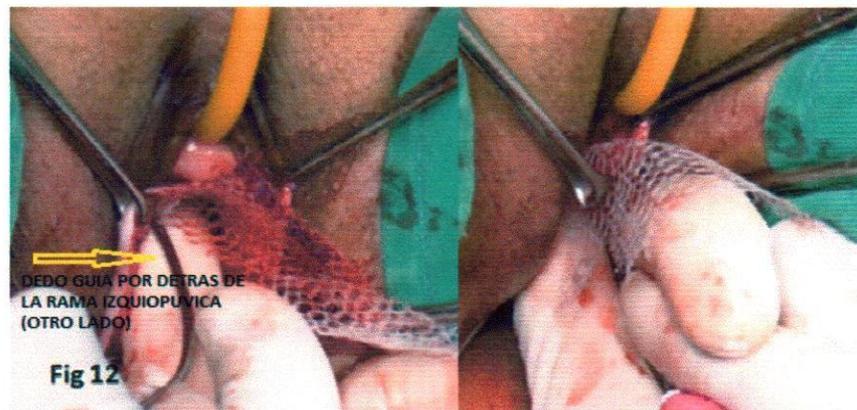
Describiendo un arco lateral, pase la aguja anterior de mango rosa por detrás de la rama isquiopúbica.

Cuando supere la rama isquiopúbica, gire el mango de manera que pase a través de los planos sagital y mesosagital para asegurarse de que la punta de fijación anterior se aproxime a la colocación perpendicular dentro del músculo obturador interno.

Avance la aguja hasta que el marcador azul central se alinee con la incisión vaginal. El mango debe desplazarse hacia la otra pierna de la paciente.



*PISO PELVICO PROLAPSO GENTRAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



Es posible que perciba una sensación táctil cuando la punta de fijación anterior penetre en el músculo obturador interno. (Fig.9, 10)

Realice los pasos 13-16 en el otro lado de la paciente, comprobado que el marcador azul central se encuentre en la línea media de la paciente y que la malla quede plana, sin torcerse ni tentarse. (Fig. 11 y 12)

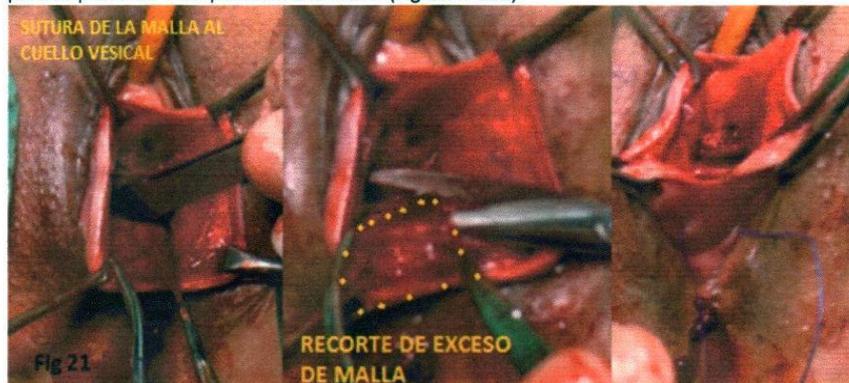
Incorpore el centro de la malla al cuello vesical con suturas.

RECORTE DE LA MALLA Y COLOCACION DE SUTURAS

Recorte el extremo apical del cuerpo de la malla a la longitud adecuada para la anatomía de la paciente. Compruebe que la malla queda plana y cubra el defecto en su totalidad.

PISO PELVICO PROLAPSO GENTIL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

Coloque suturas en el ápex vaginal, dejando extremos de sutura hacia el abdomen de la paciente para su posterior incorporación a la malla. (Fig 12AY 12B)



CARGA DE LA AGUJA APICAL

Inserte la aguja apical de mango naranja en la punta de autofijación situada en un brazo de fijación apical, comprobando que la punta de la aguja sea visible a través del extremo de la punta de autofijación (Fig 13)

Inserte la aguja apical de mango naranja, con el brazo de fijación apical incorporado, en la vaina de plástico con la ventana pequeña más próxima al mango- Compruebe que la vaina cubra la totalidad del brazo de fijación

Baje la vaina de plástico por la aguja apical de mango naranja hasta que se oiga un chasquido o la vaina quede unida a la aguja

COLOCACION DE LA AGUJA APICAL

Localice el ligamento sacroespinoso por palpación (Fig 13)

Mientras mantiene el dedo palpante en el ligamento sacroespinoso, guíe la punta de la

aguja apical cargada de mango naranja y la vaina en sentido longitudinal y lateral respecto al dedo, hacia el ligamento sacroespinoso

Para el lado izquierdo de la paciente, sostenga la aguja de mango naranja en la posición de las 5, y en la posición de las 7 para el lado derecho. (Fig 14)

INSERCIÓN DE LOS BRAZOS DE FIJACION APICAL

Sitúe la punta de la vaina de plástico en la base del dedo palpante, de manera que quede perpendicular y en el lado caudal del ligamento sacroespinoso, a 2 cm de la espina ciática. Sostenga el mango al nivel del clítoris (paralelo al suelo o algo más alto, para asegurar una colocación correcta)

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL

CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

Presione con el dedo índice el mecanismo de liberación situado en el mango de la aguja apical de mango naranja, sin soltar el mecanismo de liberación, introduzca la aguja apical de mango naranja y la punta de fijación apical en el ligamento sacroespinoso. Puede palpar con el dedo para confirmar que la punta de fijación apical ha quedado bien colocada en el ligamento sacroespinoso. (Fig14)

EXTRACCION DE LA VAINA Y LA AGUJA APICAL

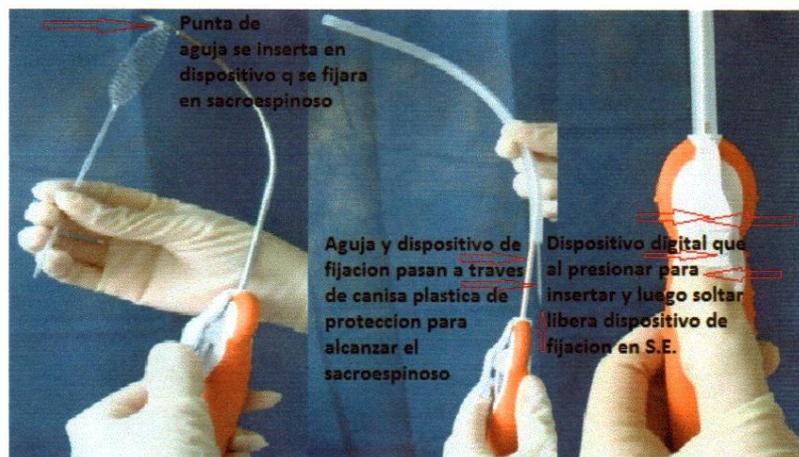
Retire la aguja apical de mango naranja y la vaina, tirando suavemente de la aguja hacia

atrás hasta que se desprenda de la punta de fijación apical.

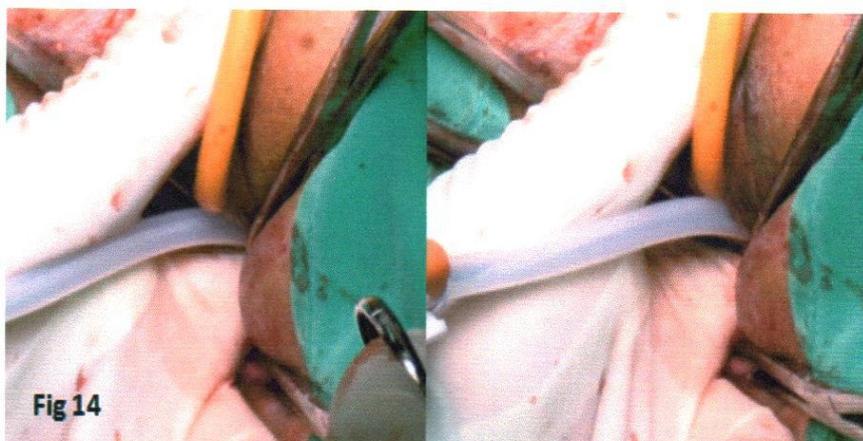
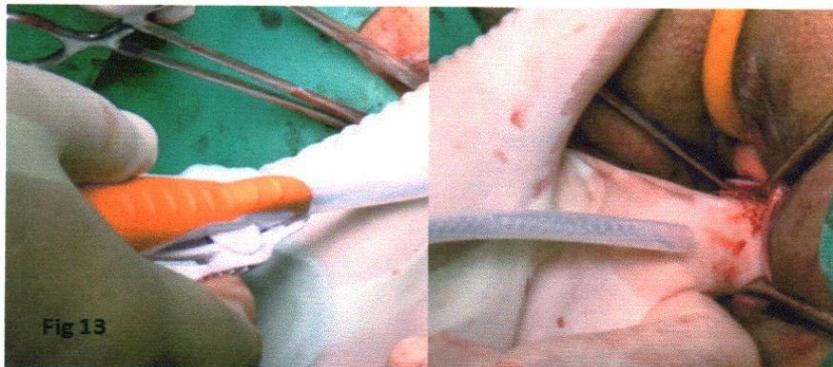
Tire suavemente del brazo de fijación apical para comprobar que quede bien sujeto en el ligamento sacroespinoso.

Presione el mecanismo de liberación situado en el mango de la aguja apical de mango naranja y desprenda la vaina.

Repita los pasos 21-29 aplicando todas las instrucciones en el otro lado.(Fig 15)



*PISO PELVICO PROLAPSO GENTIL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



DESPLIEGUE DE LAS ARANDELAS DE CIERRE

NOTA: la arandela de cierre no puede retroceder cuando ha entrado en contacto con la porción de malla del brazo de fijación apical. (Fig 17)

Cuando haya efectuado la colocación final de la malla, acople el extremo hembra del aplicador de arandelas en el extremo de uno de los dos brazos de fijación apical.

Deslice una de las arandelas de cierre libre un brazo de fijación apical menos 2 cm y retire el aplicador de arandelas.

Cargue la arandela de cierre en otro brazo de fijación apical.

TENSADO FINAL

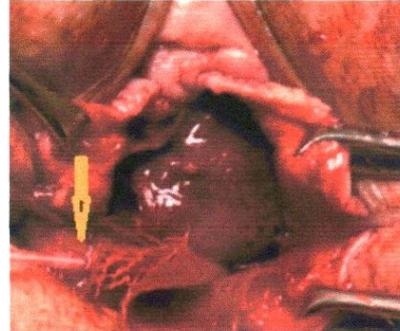
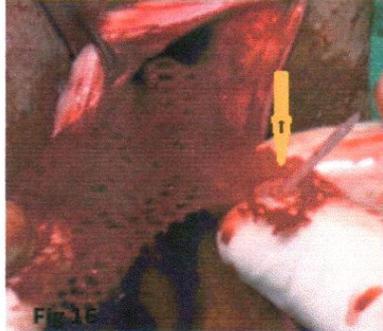
Utilizando la herramienta de ajuste y alternando los lados durante todo el proceso, baje las arandelas de cierre por los brazos de fijación apical e introdúzcalos en la cavidad pélvica mientras mantiene la colocación medial dentro del introito

Siga bajando las arandelas de cierre por los brazos de fijación hasta que lleguen a la malla.

Compruebe por palpación que las arandelas de cierre descansan contra la superficie de la malla y que se ha obtenido la tensión deseada. Si no es así, reajústelo con la herramienta de ajuste.

Realice un tacto vaginal para comprobar que la malla se encuentra sin tensión. (Fig 18)

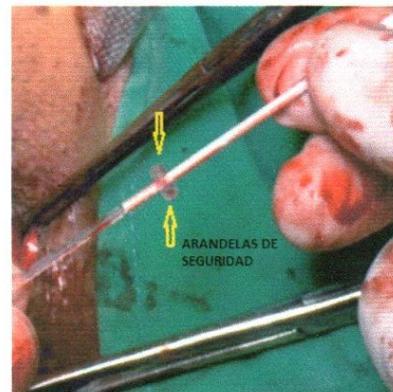
PISO PELVICO PROLAPSO GENTIL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR



DESlizAMIENTO DE LA MALLA SOBRE LOS BRAZOS DE FIJACION APICAL

Localice una de las arandelas que se encuentran en el cuerpo de la malla central y deslice el brazo de fijación apical, anclando en el mismo lado, a través del centro de la arandela. Desde la parte superior de la malla, tire suavemente del brazo de fijación apical y páselo a través de la arandela. Repita esta operación en el otro lado. (Fig 16)

Introduzca una o mas suturas colocadas anteriormente a través de la malla, en la cola proximal de la misma, de manera que queden bien alineadas con las esquinas de los brazos de fijación apical, y fíjelas.



COLOCACION Y AJUSTE DE LA MALLA

PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

Pase el extremo de uno de los dos brazos de fijación apical a través de la punta de la herramienta de ajuste.

Sostenga el brazo de fijación apical medialmente dentro del introito y baje la herramienta de ajuste por el brazo de fijación apical hacia la malla, introduciéndolo en la cavidad pélvica.

Baje el cuerpo de la malla por los brazos de fijación apical hasta el punto que interese.

Compruebe que la malla tenga la tensión deseada.



Para aflojar la malla, sujétela por su parte central y tire de ella hacia el introito

TENSADO FINAL

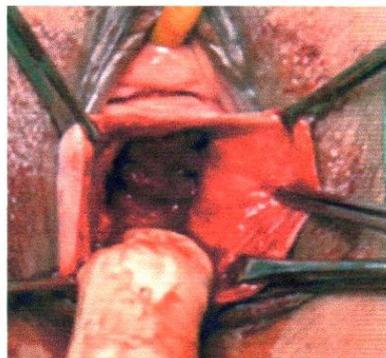
Utilizando la herramienta de ajuste y alternando los lados durante todo el proceso, baje las arandelas de cierre por los brazos de fijación apical e introdúzcalos en la cavidad pélvica mientras mantiene la colocación medial dentro del introito

Siga bajando las arandelas de cierre por los brazos de fijación hasta que lleguen a la malla.

Compruebe por palpación que las arandelas de cierre descansan contra la superficie de la malla y que se ha obtenido la tensión deseada. Si no es así, reajústelo con la herramienta de ajuste.

Realice un tacto vaginal para comprobar que la malla se encuentra sin tensión. (Fig 18)

*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



RECORTE DE LOS BRAZOS DE FIJACION APICAL

Recorte de los brazos de fijación apical, de manera que al menos 1 cm de malla sobresalga de la arandela de cierre. Compruebe que la porción desechada del brazo de fijación apical no contiene malla en el extremo. Si no es así, localice y recorte el tallo restante mientras mantiene la longitud de malla requerida (Fig 19)



TRATAMIENTO DE LA PARED ANTERIOR

Cierre por completo la incisión vaginal con la sutura de su elección (Fig 21)

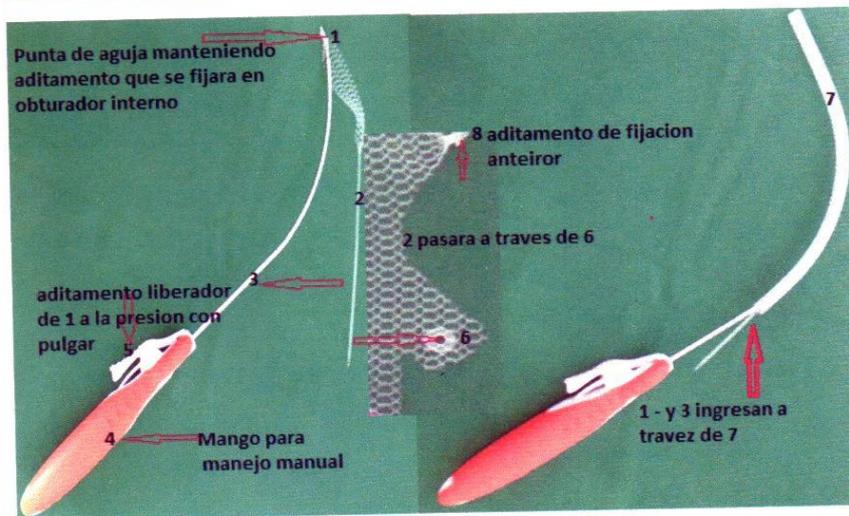
Inserte el tapón vaginal, en los casos en que requiera seguridad adicional de hemostasia

REALICE UNA CISTOSCOPIA (opcional)

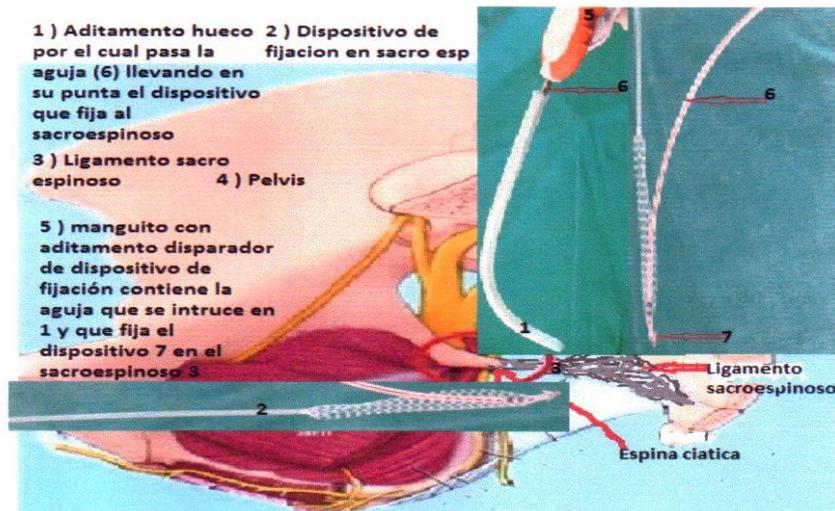
PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR

Si no se ha realizado una cistoscopia, compruebe mediante cistoscopia posibles daños o perforaciones de la vejiga y verifique el funcionamiento del uréter.

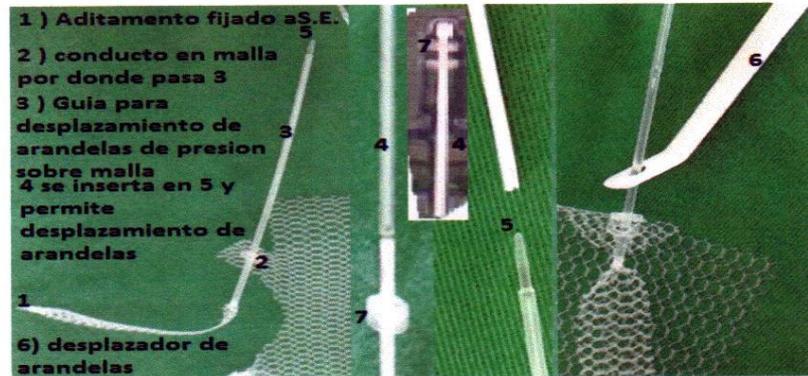
CONTENIDO Y ARMAJE DE LA MALLA (ELEVATE POSTERIOR)



*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



*PISO PELVICO PROLAPSO GENITAL-DEFECTO APICAL
CORRECCION CON ELEVATE ANTERIOR*



**REFERENCIAS
BIBLIOGRAFICAS**

1. Bump RC, Mattiasson A, Bø K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al. The standardization of terminology of female pelvic organ and pelvic floor dysfunction. Am J Obstet Gynecol. 1996;175(1):10-17.
2. Castro EB, Palma PCR, Herrmann V et al. Aspectos Atuais no Tratamento do Prolapso de Cúpula Vaginal. Femina 2005;33:187-92.
3. Wei JT, De Lancey JO. Functional anatomy of the pelvic floor and lower urinary tract. Clin Obstet Gynecol 2000;47(1):3-17.
4. Palma PCR, Netto JR, NR. Uroginecologia Ilustrada. 2005, Editora Roca, São Paulo, pág 236-239.
5. Oscar Contreras Ortiz, Paulo Palma, Viviane Herrmann. Uroginecologia, Editora CAU, Caracas, 2006. 29:177-184.
6. Biagio Adile, Elizabetta Constantini, Sebastiano Bandiera. Uroginecología, Editora CAU, Caracas, 2006. 30:177-184.



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



Confieren el presente

C E R T I F I C A D O

AL MÉDICO

LUIS GAMBOA CAIZA

Por su participación en calidad de **EXPONENTE**

Con el Tema:

RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS: CAUSAS, RIESGOS Y TRATAMIENTO

En el **"II CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO – OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA" AVANCES 2011**

Realizado en la ciudad de Quito, del 17 al 29 de octubre de 2011.

Duración: 120 horas

Quito, 31 de octubre de 2011

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

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

Dr. Mario Artieda L., MSc,
SECRETARIO ABOGADO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR



AVAL INSTITUCIONAL
Ministerio de Salud Pública

ORGANIZA



FACMED
Tu Solución en Capacitación Médica

AVAL ACADÉMICO






TÍTULO/CARGO	INVERSIÓN
Médicos Especialistas	\$ 180,00
Médicos Generales	\$ 155,00
Afiliados ANAMER	\$ 135,00
Obstetrices/Ostetras	\$ 100,00
Lcdos. (as) en Enfermería	\$ 100,00
Auxiliar de Enfermería	\$ 75,00
Estudiantes	\$ 50,00

Preinscripciones hasta el 30 de Septiembre tienen 10% de descuento.

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR



CONGRESO NACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA CLÍNICA AVANCES 2011

120 HORAS ACADÉMICAS
del 17 al 29 de Octubre del 2011

Auditorio AME
Agustín Guerrero ES-24 y José María Ayora
(Atrás de la Clínica de la Mujer)
QUITO-ECUADOR



17 de Octubre del 2011

PRE JORNADAS:

Emergencias y las urgencias en Ginecología y Pediatría.

18 de Octubre del 2011

TEMAS GINECOLOGÍA:

- *Atención Primaria en Salud-Ginecología.
- *Infertilidad y Fertilización in vitro.
- *Endocrinología.
- *Sexualidad.
- *Derechos sexuales y reproductivos.
- *Climaterio.
- *Oncología.
- *Papanicolaou y la Colposcopia.
- *Cirugía Ginecológica.
- *Obstetricia.
- *Inmunodepresión y el Embarazo.
- *Patología frecuentes en el embarazo.
- *Aborto Médico y Quirúrgico.
- *Implicaciones éticas.
- *Concurso temas libres.

TEMAS PEDIATRÍA.

- Emergencia en Pediatría.
- Neonatología.
- Neumología.
- Otorrinolaringología.
- Oftalmología.
- Quemaduras en la edad pediátrica.
- Cirugía Pediátrica.
- Psicología Infantil (Rehabilitación y maltrato).
- Cuidados Intensivos.
- Nutrición.
- Dermatología.
- Oncología.
- Neurología.
- Concurso Temas Libres.

HORA	TEMA
09h00-10h00	Inscripciones y entrega de materiales
10h00-11h00	Ceremonia de Inauguración
11h00-11h45	(Miomatosis Uterina) Dr. Hugo Sánchez
11h45-12h00	Receso
12h00-12h45	(Sangrado Uterino Disfuncional) Dra. Margarita Erazo
12h45-14h45	Almuerzo
14h45-15h30	(Síndrome de Ovario Poliquístico) Dra. Marta Lima
15h30-16h15	(Sulfato de Magnesio y Neuroprotección) Dr. Xavier Erazo
16h15-16h30	Receso
16h30-17h15	(Amenaza de parto Prematuro) Dra. Erika Ruiloba
17h15-18h00	(Preclampsia Severa) Dra. Belén Vózmediano
HORA	TEMA
19h00-13h00	(Progesterona y Amenaza de parto Prematuro) Dra. Lucia Mena
13h00-14h30	Almuerzo
14h30-15h15	(Aborto y Misoprostol) Dr. José Quezada
15h15-16h00	(Maduración pulmonar y amenaza de parto Prematuro) Dr. Danilo Vaca
16h00-16h15	Receso
16h15-17h00	(Cerclaje y Amenaza de parto prematuro) Dra. Teresa Cárdenas
17h00-18h00	(Ruptura Prematura de Membranas) Dr. Luis Gamboa Caiza



FESGO
FEDERACION ECUATORIANA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
Afilada a FIGO - FLASOG - ALMER

Confiere el presente:

DIPLOMA

A el **Dr. LUÍS GAMBOA**

Por su participación en calidad de: **Presentación trabajo libre**
(Síndrome de Pena-Shokeir)

En el **XX CONGRESO ECUATORIANO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**, realizado en la ciudad de San Francisco de Quito, Ecuador, del 26 al 29 de septiembre del 2012.

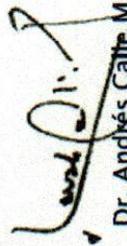
Duración: 72 horas


Dr. Wellington Aguirre S.
PRESIDENTE FESGO


Dr. Enrique Luna R.
SECRETARIO FESGO


Dr. Raúl Jervis S.
DIRECTOR ESCUELA DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE LAS AMERICAS


Dr. José Mendoza A.
COORDINADOR GENERAL


Dr. Andrés Calle M.
COORDINADOR CIENTIFICO NACIONAL



FEDERACION ECUATORIANA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA (FESGO)

Filial de FIGO, FLASOG

OF 00183 FESQ

Quito DM, 29 de septiembre del 2012

A quien corresponda:

**Directorio Nacional
2010-2012**

Presidente

Dr. Wellington Aguirre S.

Secretario

Dr. Enrique Luna R.

Tesorera

Dra. Gladys Sañaicela

**Coordinador Científico
Nacional**

Dr. Andrés Calle M.

Coordinador General

Dr. José Mendoza A.

Secretario Permanente

Dr. Nelson Chérrez M.

Vocales

Dr. Armando Chávez A.

Dr. Alfredo Jijón L.

Dr. Alfredo Mendoza A.

Dr. Javier Bowen M.

Dr. Germán Cisneros M.

Dr. Iván Ruilova

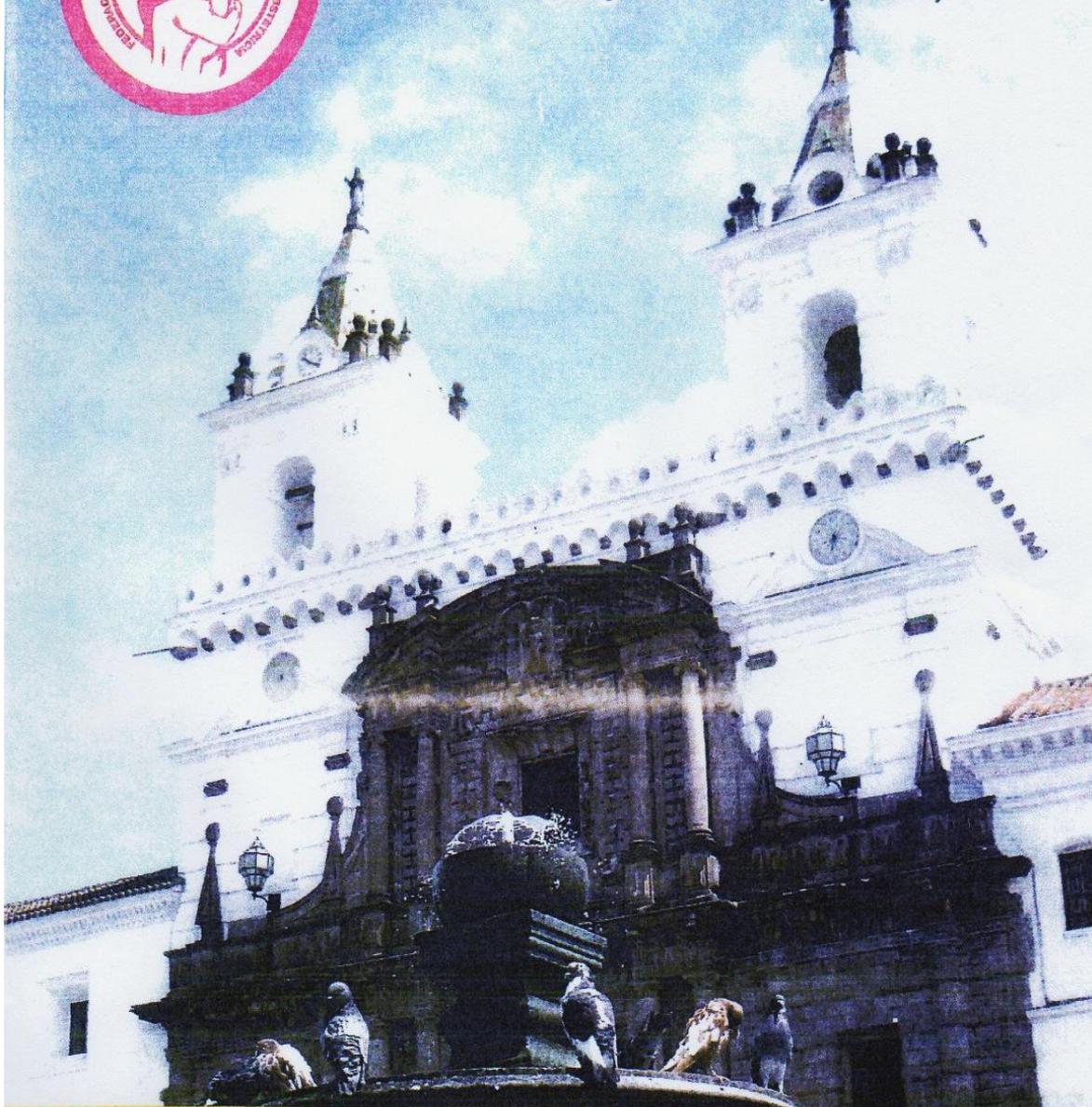
El suscrito, Presidente de la Federación Ecuatoriana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FESGO), certifica que la Dr. LUÍS GAMBOA , presentó el tema libre de investigación: Síndrome de PENA-SHOKEIR, en el XX Congreso Ecuatoriano de Ginecología y Obstetricia, realizado en la ciudad de Quito-Ecuador, entre el 26 al 29 de septiembre del 2012.

Atentamente

Dr. Wellington Aguirre S.
Presidente FESGO



**Federación Ecuatoriana de Sociedades de
Ginecología y Obstetricia (FESGO)**



**XX Congreso Ecuatoriano
de Ginecología y Obstetricia**

“Por la salud integral de la mujer”

Hotel Hilton Colón

del 25 al 28 de Septiembre 2012

- 14.30-15.00: **Resultados de la atención del parto en posición vertical materna**
Dr. Jorge Narváez (Ecuador)
- 15.00-15.30: **Misoprostol -Normas de uso de la OMS**
Dr. Wilfrido León (Ecuador)
- 15.30-16.00: **Bio Ética en el manejo de medicamentos**
Dr. Ángel Garzón
- 16.00-16.10: **Preguntas del auditorio**
- 16.25-16.45: **Coffe break**
- 16.45-17.45. **Simposio: Prevención del HPV en el Ecuador**
- Dra.Carmen Martínez (Ecuador) Moderador
- Dr. Danilo Salazar (Ecuador)
- Dr. Franklin Ruiz (Ecuador)
- Dra.Mónica Cañas (Ecuador)

SESIÓN DE TEMAS LIBRES

Coordinador: Dr. Enrique Luna R.

Sala: Las Juntas

Miércoles 26 de septiembre

12:35 - 13: 35

Jueves 27 de septiembre

12:35 - 13: 35

SIMPOSIOS DE LA INDUSTRIA FARMACEÚTICA

Sala: Shyris A

Bayer Schering

Miércoles 26 septiembre 2012

12.35-13.15 : **Tratamientos actuales de la endometriosis**

Dr. Alejandro Morales del Olmo (México)

13.15-13.25 : **Preguntas del auditorio**

2° CURSO
ACTUALIZACIÓN
MATERNAL
infantil
8-17 ABRIL 2013

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): **Doctor LUIS GAMBOA**

Por haber participado en calidad de: **Conferencista con el tema:**
Amenaza de Parto Prematuro

En el **2° CURSO DE ACTUALIZACIÓN MATERNO INFANTIL**, organizado por el Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha, realizado del 8 al 17 de abril de 2013 en la ciudad de Quito.

Duración Académica: 120 Horas

Quito, 17 de abril de 2013



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



LCDA. ROSA SANTAMARIA A.
Presidenta
Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Pichincha

COLEGIO DE ENFERMERAS/OS DE PICHINCHA



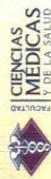
2° CURSO ACTUALIZACIÓN MATERNO infantil



PROGRAMA

09H00 - 09H45	Evaluación del Corazón Fetal, en Población de Bajo y Alto Riesgo	<i>Dra. Paola Barragán</i>
09H45 - 10H30	Métodos Para Evaluar el Bienestar Fetal	<i>Dr. Fabricio Macías</i>
10H30 - 11H15	Conducta ante el Onfalocele Fetal	<i>Dra. María Fernanda López</i>
11H15 - 11H30	RECESO	
11H30 - 12H15	Maduración Pulmonar Fetal	<i>Dr. Andrés Aguilar</i>
12H15 - 13H00	Tratamiento Quirúrgico de la Hemorragia Postparto	<i>Dr. Carlos Hurtado</i>
13H00 - 15H00	ALMUERZO	
15H00 - 15H45	Hemorragia del Primer Trimestre	<i>Dra. Verenice Barrionuevo</i>
15H45 - 16H30	Amenaza de Parto Prematuro	<i>Dr. Luis Gamboa</i>
16H30 - 17H15	Crecimiento Fetal Restringido ¿Cuándo Interrumpir?	<i>Dr. Luis Nacevilla</i>
17H15 - 17H30	RECESO	
17H30 - 18H15	Muerte Fetal un Problema Perinatal Persistente	<i>Dra. Cecilia Valladares</i>

MATERNAL infantil



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COLEGIO DE PROFESIONALES EN TECNOLOGÍA MÉDICA
DE SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS CON EL AVAL ACADÉMICO DE
LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA SALUD Y DE LA VIDA
DE LA UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DEL ECUADOR

Confieren el Presente

Diploma

Al Señor (a): **Dr. Luis Gamboa**

Por haber participado en calidad de: **Expositor del Tema:**
HPV y Vacunación

En el "I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGÍA MÉDICA, ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISIÓN SEXUAL", organizado por el Colegio de Profesionales en Tecnología Médica de Santo Domingo de los Tsáchilas, realizado del 14 al 17 de mayo de 2014, en la ciudad de Santo Domingo de los Tsáchilas.

Duración Académica: 40 Horas

Santo Domingo de los Tsáchilas, 17 de Mayo de 2014

DR. BERNARDO SANDOVAL CÓRDOVA.

Decano de la Facultad de Ciencias Médicas de la Salud y de la Vida
 Universidad Internacional del Ecuador



LICDO. OTTO CAZARES MORALES

Presidente COPTMSAT



**I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGIA MEDICA
ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISION SEXUAL**

Quito, 6 de junio de 2014

Dr. Luis Gamboa
Presente.-

Fue un verdadero honor haber contado con su participación en el **“I CONGRESO NACIONAL EN TECNOLOGIA MEDICA, ENFERMEDADES TROPICALES Y DE TRANSMISION SEXUAL”**, que se realizó del 14 al 17 de mayo de 2014, en el Auditorio del Hotel Zaracay de la ciudad de Santo Domingo de los Tsachilas, con valor curricular de 40 horas.

Nos sentimos muy agradecidos, pues su presencia contribuyo no solo con un importante aporte científico para el desarrollo del Evento, sino también un importante respaldo al conocimiento técnico médico y de enfermería sobre la importancia de la capacidad en gestión para el desarrollo de unidades hospitalarias de alto nivel académico.

Aprovechamos la oportunidad para reiterarle nuestros sinceros agradecimientos.

Atentamente,


LCDO. OTTO CAZARES M.
Presidente
Colegio de Profesionales en Tecnología
Médica de Santo Domingo de los Tsachilas

DOCENTE

Dr. Patricio Yanez
Lcda. Mayra Rojas
Lcdo. Jorge Carizares Camacho

RECESO

Aplicaciones de los Nitroarays en Ciencias de la Salud

Dra. Paola Leone

Condiciones Pre analíticas en el Laboratorio Clínico

Dr. Patricio Yanez V.

ALMUERZO

Dra. Sharon Naranjo

Control de Calidad en Citología: Aspectos Técnicos y

Dr. Andrés Aguilar

HPV y Vacunación

Dr. Luis Gamboa

ENTREGA DE CERTIFICADOS

16h45 - 18h00

16h00 - 16h45

Diagnósticos

15h15 - 16h00

Herpes - Virus

14h30 - 15h15

13h15 - 14h30

Condiciones Pre analíticas en el Laboratorio Clínico

12h30 - 13h15

11h45 - 12h30

11h15 - 11h45

10h30 - 11h15

Aplicaciones de la Microbiología

09h45 - 10h30

Pertinencia de los Exámenes de Laboratorio

09h00 - 09h45

HORA

TEMA

SEDE

Hotel Zaracay
(Via a Quito Km 1 1/2 s/n)

ORGANIZA

COLEGIO DE PROFESIONALES EN TECNOLOGÍA
MÉDICA DE SANTO DOMINGO DE LOS TSACHILAS

INVERSION

Profesionales
(Tecnólogos médicos, Licenciad@s,
Médicos, Bioquímicos y Obstetrices \$ 120

Estudiantes \$ 90

COORDINACIÓN TÉCNICA

Liliana Mejía Salazar
Alessandro Yapool

INFORMES E INSCRIPCIONES

Colegio de Profesionales en Tecnología Médica de
Santo Domingo de los Tsachilas
Av. Quevedo, Calle Cochaques S/N Urb. Machuca
Telf: 3709 301 / 099 8724 473 / 099 4076 007
coptemsat 2010@hotmail.com
Coexpo

Av. Colón 2277 y Ulloa
Edif. Fierro, 2do piso, Ofic. 2a
2863536 / 2522612
0985633829 Claro
0995919101 Movistar
coexpo.public.relations@gmail.com

I Congreso Nacional en Tecnología Médica
Enfermedades Tropicales y
de Transmisión Sexual

FECHA:
14 al 17 de Mayo 2014
40 Horas Académicas (2,5 créditos)

