



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

**“PROYECTO DE ACTUALIZACIÓN DE CONOCIMIENTOS
LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL
GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL
PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011”**

HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA

FACULTAD DE ESCUELA DE MEDICINA DE LA UTPL

PROYECTO DE DESARROLLO EDUCATIVO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE MASTER DE GERENCIA EN
SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTORA: DRA. JANNETH MARITZA PACHECO CORREA

DIRECTORA : Dra. María del Carmen Piedra.

ABRIL – AGOSTO 2011

CERTIFICACIÓN

Dra.

María del Carmen Piedra

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “PROYECTO DE ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado en la Escuela de Medicina de la Universidad Técnica Particular de Loja, por consiguiente autorizo su presentación ante el Tribunal respectivo.

Loja, agosto de 2011

Dra. María del Carmen Piedra

AUTORÍA.

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todos los demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad de su autor.

Loja, agosto de 2011

Dra. Janneth Maritza Pacheco Correa

CESIÓN DE DERECHOS.

Yo, Janneth Maritza Pacheco Correa, declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

Loja, agosto de 2011

Dra. Janneth Maritza Pacheco Correa

DEDICATORIA.

El presente trabajo va dedicado a todo el personal médico, paramédico y administrativo que labora Hospital General Provincial Isidro Ayora de Loja.

.

A mi familia, que muy pacientemente me ha apoyado en la consecución de esta Maestría.

Maritza

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi especial agradecimiento al personal docente y administrativo responsable de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja, por la generosa oportunidad brindada de seguir esta Maestría que me ha permitido el mejoramiento y capacitación profesional.

Agradezco a los Directivos Hospital General Provincial Isidro Ayora de Loja, en la persona del Dr. José Miguel Cobos, Director del Hospital , quien me facilito la infraestructura hospitalaria y los permisos correspondientes para realizar las diferentes actividades que hicieron posible la culminación de este trabajo.

A todo el personal Médico, que participaron activamente en el desarrollo de los diferentes talleres, charlas científicas, de manera especial al Dr. Byron Pinza quién colaboró en la capacitación del personal .

Mención especial merece la Dra. María del Carmen Piedra, quien muy comedidamente supo guiarme en la elaboración de la presente tesis.

LA AUTORA

ÍNDICE DE CONTENIDO

PRELIMINARES

PÁGINAS

Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice	vii

APARTADOS

Resumen	1
Abstract	3
Introducción	5
Problematización	8
Justificación	11
Objetivos	16
Marco Teórico	18
Diseño Metodológico	46
Resultados	56
Conclusiones	86
Recomendaciones	88
Referencias	90
Anexos	95

1. RESUMEN

1. RESUMEN

El Hospital Isidro Ayora de Loja es un hospital de segundo nivel con una cobertura que abarca la ciudad y provincia de Loja, toda la provincia de Zamora Chinchipe y la parte alta de la provincia del Oro, sin embargo los avances de la ciencia exigen procedimientos actualizados acorde con las nuevas tecnología, que atienda a los usuarios con calidad y calidez. Pese a que en la rama de cirugía los procedimientos laparoscópicos son muy utilizados en la ginecología siguen siendo relevados, debido a que el hospital tiene una alta demanda de apacientes obstétricos y ginecológicos se torna de vital importancia la introducción de estos procedimientos a la práctica ginecológico y obstétrica para mejora la calidad de atención. Por otra parte no cuenta con un cronograma docente de capacitación para los profesionales que laboran en este departamento en el área de laparoscopía ya que se encuentran limitados a los cirujanos generales. Este trabajo se realizó en servicio de Gineco – Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora con el apoyo de las distintas autoridades de esta casa de salud como directivos y personal médico, lo que hizo factible concreción del cronograma docente de capacitación a los profesionales.

El presente proyecto se lo diseño con la metodología del marco lógico y está dirigido a todo el personal médico especialmente a los médicos residentes de postgrado que labora en el Departamento de Ginecología y Obstetricia, y se obtuvieron los siguientes resultados:el personal médico se capacito en procedimientos básicos en laparoscopía, implementación de los procedimientos laparoscópicos básicos, y realización de un manual que contenga información acerca de los procedimientos laparoscópicos más utilizados en ginecología.

Lo que contribuirá a mejorar la calidad atención de los usuarios externos y nos permitirá optimizar la tecnología existente, lo que permitirá optimizar recursos y tiempo, aumentado la cobertura para atender a una mayor población de usuarios.



2. ABSTRAC

2. ABSTRAC

The Isidro Ayora of Loja Hospital is however a hospital of second level with a covering that embraces the city and county of Loja, Zamora's county Chinchipe and the high part of the county of the Gold, the advances of the science they demand procedures up-to-date chord with the new technology that he/she assists the users with quality and warmth. In spite of the fact that in the surgery branch the procedures laparoscópicos are very used in the gynecology they continue being raised, because the hospital has a discharge it demands of you graze obstetric and gynecological you restitution of vital importance the introduction of these procedures to the gynecological and obstetric practice for improvement the quality of attention. On the other hand it doesn't have an educational chronogram of training for the professionals that work since in this department in the laparoscopía area they are limited to the general surgeons. This work was carried out in service of Gineco - Obstetrics of the Provincial General Hospital Isidro Ayora with the support of the different authorities of this house of health like directive and medical personnel, that made feasible concretion from the educational chronogram of training to the professionals.

The present project designs it to him with the methodology of the logical mark and it is directed to the whole medical personnel especially to the medical graduate degree residents that he/she works in the Department of Gynecology and Obstetrics, the one that will contribute to improve the quality attention of the external users and it will allow us to optimize the existent technology, what will allow to optimize resources and time, increased the covering to assist a bigger population of users.

The results obtained through this action project were: the medical personnel you basket in basic procedures in laparoscopy, implementation of the procedures basic laparoscópicos, and realization of a manual that it contains information about the procedures laparoscópicos more used in gynecology.

3. INTRODUCCIÓN

3. INTRODUCCIÓN

El Hospital General Provincial Isidro Ayora de Loja es un hospital de nivel II, que brinda atención a la ciudad y provincia de Loja, a la provincia de Zamora Chinchipe y a la parte alta del Oro, cuenta con un servicio de Ginecología y Obstetricia que trabaja conjuntamente con el Servicio de Neonatología y atienden a gran parte de la población gineceo – obstétrica de la ciudad y provincia de Loja.

La atención de pacientes quirúrgicos en el servicio de Ginecología, tiene sus limitaciones en cuanto al tipo de procedimientos que se realizan pues todas las cirugías son realizadas por cirugía abierta. El advenimiento de las nuevas técnicas quirúrgicas y el adelanto de la tecnología exigen cada vez técnicas menos invasivas, menos costosas y con mejores resultados motivo por el cual hoy se considera a la laparoscopia como la técnica gold estándar para la mayoría de los procedimientos quirúrgicos en cirugía general y también aplican para la cirugía ginecológica.

Por tal motivo consideramos importante la introducción de estos adelantos tecnológicos en el campo de la ginecología dentro del Hospital General Provincial Isidro Ayora lo que nos permitirá ponernos a la par del resto de Hospitales de Nivel II del resto del país, por lo tanto un paso importante dentro de este avance debería ser la capacitación del personal médico que labora en el área de Ginecología lo que permitirá mejor la calidad de atención de las usuarias externas y optimizar los recursos de esta institución.

El presente trabajo busca incentivar a los médicos ginecólogos para que se considere a la cirugía laparoscópica como procedimientos que pueden ser usados dentro del campo de la ginecología y la obstetricia, además de iniciar un proceso de capacitación para el personal médico del área el mismo que deberá ser fortalecido institucional y personalmente, además del trabajo conjunto con el departamento de cirugía lo que permita dentro de plazo no muy

lejana la realización de estos procedimientos sean considerados como procedimientos de rutina, adicionalmente busca la recopilación de información básica acerca de procedimientos laparoscópicos en ginecología que nos permitan estandarizar su dentro de nuestra especialidad y también sirva como guía para los médicos residentes de postgrado.

Para la realización de este trabajo se cuenta con el apoyo de las distintas autoridades de esta casa de salud, y de todo el personal médico, lo que hace factible la realización, el que se efectúen los diferentes talleres de capacitación.

4. PROBLEMATIZACIÓN

4. PROBLEMATIZACIÓN

La laparoscopia se ha convertido en la última década en el método diagnóstico y terapéutico por excelencia en el campo de la ginecología. En los años 50, apareció un examen complementario, revolucionario para su época, que permitía efectuar diagnósticos ginecológicos precisos sin necesidad de abrir el abdomen de la paciente, disminuyendo así las intervenciones quirúrgicas exploradoras. Esta técnica, que permite el examen de la cavidad abdominal y su contenido, a través de un orificio y mediante un sistema óptico acoplado a una fuente de luz fría, es lo que llamamos laparoscopia¹. Un procedimiento endoscópico que ha sido práctica corriente en nuestra especialidad durante los últimos veinte años, y que tan solo posibilitaba operar ciertas adherencias de la pelvis menor, coagulación de focos de endometriosis y esterilización, por coagulación y sección de las trompas.

El empleo de la laparoscopia en cirugía ginecológica aporta ventajas sobre la laparotomía, la paciente intervenida por laparoscopia presentara mejor convalecencia postoperatorio con menos dolor y casi sin complicaciones de la herida quirúrgica, disminución del tiempo de recuperación, mejor estancia hospitalaria, mejor resultado estético, y probablemente menos adherencias.

Todas las ventajas expuestas anteriormente nos indican los beneficios de los procedimientos laparoscópicos, por tanto al ser el Hospital Isidro Ayora un Hospital del Segundo Nivel y al constituirse en el Hospital de Referencia para la provincia de Loja, Zamora Chinchipe y parte alta de la Provincia de el Oro es indispensable que se puedan realizar tanto procedimientos diagnósticos y terapéuticos que tengan

¹Carmona M, Olivencia R, Pérez I et al. Masas anexiales. Diagnóstico diferencial. Marcadores tumorales. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología. 2004.

resolución por vía laparoscópica y nos permitan mejorar la calidad del atención del Departamento de Ginecología y Obstetricia.

En el Hospital General Provincial Isidro Ayora los procedimientos laparoscópicos están limitados únicamente al área de Cirugía para realizar procedimientos como: Apendicitis agudas, colecistectomías, procedimientos exploratorios, etc., y las indicciones obstétricas no son consideradas para realizar procedimientos laparoscópicos lo que ocasiona un desperdicio de los recursos institucionales, en nuestro Hospital se realizan aproximadamente 300 procedimientos entre ligaduras, cistectomías, ooforectomías etc. el 100% de los mismos son realizados a cielo abierto, lo que ocasiona un mayor costo a la institución, mayor estancia hospitalaria, mayor dolor postoperatorio y más tiempo de recuperación postquirúrgica.

Estas limitaciones para realizar este tipo de procedimientos en nuestro departamento en parte están dadas por que el equipo se encuentra limitado al uso de los cirujano, otra por que parte de los ginecólogos no estamos en constante actualización y nuestros conocimientos no son sólidos en cuanto a procedimientos laparoscópicos y finalmente que no existe una adecuada coordinación interdepartamental para planificar estos procedimientos.

5. JUSTIFICACIÓN

5. JUSTIFICACIÓN.

La realización de procedimientos laparoscópicos en ginecología no es reciente. Desde 1940 se realiza en forma regular². En la década de los años de 1970 un número considerable de Gineco - obstetras se inicia en este campo a través de las campañas masivas de planificación familiar en las que se realizaba ligadura de trompas por este método. La práctica de la endoscopia en ese momento la realizaba un reducido número de especialistas que recibían adiestramiento supervisado en cirugía laparoscópica en centros especializados, que además de hacer ligaduras de trompas hacían laparoscopias diagnósticas.

La práctica de laparoscopia quirúrgica estaba restringida a unos cuantos procedimientos de complejidad baja y solo en unos cuantos centros en el mundo se practicaba la cirugía avanzada a partir de 1988.³

Después de la descripción de las técnicas de histerectomía y la colecistectomía laparoscópica, la cirugía endoscópica sufrió un avance explosivo y su práctica se extendió rápidamente a todas las áreas de cirugía general y la gineco - obstetricia.

El desarrollo de la endoscopia en Ginecología ha marcado uno de los progresos más importantes de la especialidad en las últimas dos décadas. Inicialmente, la laparoscopia ginecológica estuvo limitada exclusivamente a procedimientos diagnósticos, hasta que Palmer, en 1962, la introdujo como procedimiento quirúrgico en la esterilización tubaria.⁴ Desde entonces, el desarrollo de modernos aparatos ópticos, videocámaras, equipos de

²Diagnóstico laparoscópico en Ginecología. Autor: Porta C. A. Et al. Semana Médica del Hospital de Morón. 2000, editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 2005 cap: 10, págs.: 67- 89

³La laparoscopia en el diagnóstico de algias pelvianas rebeldes.- Rev. Arg. de Ginecología y Obstetricia, 2;177,2009. Autor: Alfonsin A.

⁴Van Nagell JR. Management of anexal masses in postmenopausal women. American Journal of ObstetGynecol 2005;193, 30-5.

insuflación electrónica y sofisticados instrumentos quirúrgicos, ha permitido abordar en forma segura la mayoría de las enfermedades ginecológicas por vía endoscópica. La endoscopia ginecológica incluye la laparoscopia y la histeroscopia posteriormente se empezó a realizar la histerectomía laparoscópica se comenzó a utilizar a finales de la década de los '80, inicialmente sólo para el tratamiento de patologías ginecológicas benignas; sin embargo, con la experiencia ganada a través de los años surgieron nuevas indicaciones de abordajes laparoscópicos en ginecología y su uso se amplió para procedimientos de estadificación y tratamiento del cáncer de ovario, cérvix uterino y endometrio.

El desarrollo tecnológico aplicado a la medicina ha permitido la utilización cada vez más frecuente de técnicas de mínima invasión para el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. En el mundo se vienen imponiendo los procedimientos menos invasivos frente a los considerados como de cirugía tradicional, es así como la cirugía por video o cirugía mínimamente invasiva se vuelve cada vez más frecuente en las especialidades quirúrgicas.

En Ginecología esta tendencia es muy notoria a tal punto que hoy en día un gran número de los procedimientos que anteriormente se debían realizar mediante laparotomía ahora se hacen preferiblemente mediante de manera ambulatoria.

En el hospital Provincial Isidro Ayora de Loja se realizan anualmente los siguientes procedimientos ginecológicos y obstétricos:

Ligaduras	296
Cistectomías	41
Embarazo ectópico	10
Histerectomías	50

Todos estos procedimientos son abiertos ninguno de ellos se realiza por laparoscopia, lo que aumenta los días de hospitalización, el dolor postoperatorio, el aumento de complicaciones, lo que a largo viene a aumentar los costos hospitalarios y a dejar de emplear los procedimientos actuales lo que no nos permite competir con el resto de unidades hospitalarias tanto públicas y menos aun con las privadas

Las razones de esta gran expansión incluyen: las ventajas que la laparoscopia ofrece al paciente, como es el menor dolor, menos adherencias y recuperación rápida, versatilidad en la técnica, la presión que ejercen las compañías fabricantes de equipos endoscópicos sobre los cirujanos, e incluso la creciente petición de las pacientes para que la cirugía que se les practique sea a través de la laparoscopia.

Por otra parte, si bien la cirugía endoscópica tiene grandes ventajas, debe ser practicada por cirujanos capacitados, y su realización no está exenta de riesgos. A pesar que su índice de complicaciones es bajo, su práctica puede llevar a serios problemas incluso mortales

Un entrenamiento adecuado, con la certificación de capacidad, y su acreditación correspondiente es importante para asegurar una alta calidad del servicio prestado, maximizando un resultado exitoso, con una mínima morbilidad. Además, la documentación de unas habilidades apropiadas, es esencial para la protección médico legal del hospital o clínica prestadora del servicio, del personal auxiliar del quirófano y del cirujano. Si bien las complicaciones son un riesgo aceptado en endoscopia o en cualquier cirugía, la corroboración del entrenamiento y habilidades del cirujano en estas técnicas podrían minimizar la responsabilidad legal en el caso de enfrentar esta eventualidad.

Como vemos a través de la laparoscopia se pueden realizar un gran número de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que la actualidad son realizado en la mayoría de hospitales del países en el ámbito de la Ginecología por lo tanto es necesario empezar con impulso, las interrogantes y el deseo que aprender para poder servir de una mejor manera y satisfacer los estándares de calidad de los usuarios.

Motivos por los cuales se hace imperioso el inicio de estos procedimientos en nuestro hospital, en donde no se realiza de ningún tipo en el campo de la Ginecología, estos son limitados al área de la Cirugía General y son solo los cirujanos quienes tienen acceso a estos procedimientos el creciente número de patología gineco – obstétricas nos motivan a seguir buscando mejores alternativas de salud y a emprender procesos de capacitación, formación que vayan acorde a las exigencias actuales.

6. OBJETIVOS

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL:

- Formar y Capacitar al personal que labora en el Departamento de Ginecología y Obstetricia en procedimientos laparoscópicos con el apoyo de un compendio de manejo y trabajo interdepartamental coordinado con la finalidad que sean implementados tanto diagnósticos como terapéuticos en el Departamento

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Realización de un taller básico de Cirugía Laparoscopia para el personal médico de Ginecología y Obstetricia para mejorar el servicio que se brinda a las usuarias externas
- Elaboración de un Compendio de manejo para la aplicación de la cirugía laparoscópica de acuerdo las características del paciente y su patología
- Coordinación interdepartamental con el área de Cirugía para la programación de las cirugías laparoscópica.

7. MARCO TEÓRICO

7. MARCO TEÓRICO

7.1 MARCO INSTITUCIONAL.

7.1.1 ASPECTO GEOGRÁFICO DEL LUGAR

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" inicia sus actividades en agosto de 1.979, brindando a la comunidad lojana, la oportunidad de acceder a una atención de calidad científica y humanística. Se inicia así la etapa de la vigencia de las Especialidades, contribuyendo de esta manera a la aportación de nuevos conocimientos, como en el tratamiento y la recuperación de los pacientes.

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" de Loja, es una Entidad del Sistema de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, implementado para prestar atención de salud integral de tipo ambulatorio y de internamiento a la población de la Región Sur del país, así como del área de influencia, cuyos servicios externos cubren un radio de acción hasta el ámbito familiar. Es además un centro de formación profesional de personal médico y de enfermería, así como de investigación bio-social.

Esta institución de salud, es regida por el Estado, cumple funciones de docencia universitaria, semi-abierta, zonal. Actualmente tiene una dotación normal de 243 camas destinadas para una población urbana actual de 110.633 (76,6%) habitantes, para el área rural de 33.860 (23,4%), y con una cobertura a nivel de su provincia como de las partes altas de las provincias de El Oro y de Zamora Chinchipe.⁵

El Hospital Provincial General "Isidro Ayora" está ubicado en la parte céntrica de la ciudad de Loja, sus límites son: Al Norte con la Calle Manuel Monteros Valdivieso, Sur

⁵POA Institucional 2010, Hospital Isidro Ayora, Departamento de Estadística

con la calle Juan José Samaniego, Este con la avenida Manuel Agustín Aguirre; y al Oeste con el Túnel de los Ahorcados.

Esta Entidad de salud cuenta con 7 pisos distribuidos por servicios: Planta baja (comedor, lavandería, mantenimiento, anfiteatro); Primer piso (Farmacia, Central telefónica, Área administrativa, consulta externa, departamento de diagnóstico, emergencia, estadística, fisiatría, imprenta, biblioteca); Segundo piso (Gineco obstetricia, Centro Obstétrico, Neonatología, Patología); Tercer piso (Centro quirúrgico, Central de esterilización, Cirugía, UCI, Unidad de quemados, Unidad de Hemodiálisis, Área Jurídica); Cuarto piso (Clínica, Pediatría) y Quinto piso (vacío) .

El área donde se va a llevar a efecto el proyecto, se halla localizado en el segundo y tercer piso del Hospital Isidro Ayora de Loja, en el segundo piso se encuentra en Departamento de Gineco – Obstetricia en donde hay una distribución de las catorce habitaciones que dispone el departamento tanto para las pacientes obstétricas como para las paciente ginecológicas y el tercer piso donde se encuentra el Centro Quirúrgico cuenta con cuatro quirófanos una sala de recuperación, dos salas de preparación de material, una pequeña oficina para llevar archivos, dos vestidores, dos baños.

7.1.2 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCIÓN:

Con respecto a los servicios médicos que brinda el Hospital los agrupa en las especialidades de:

Traumatología	Cirugía Pediátrica
Fisiatría	Neonatología
Psicología	Gastroenterología
Otorrinolaringología	Obstetricia
Cirugía Plástica	Ginecología
Oftalmología	Terapia Intensiva
Dermatología	Reumatología
Cardiología	Pediatría
Neurocirugía	Neumología
Nefrología	

En Cuanto a los Servicios especiales para el Diagnóstico y Tratamiento que ayudan a determinar y/o confirmar los diversos problemas de salud de los usuarios que acuden a esta dependencia están básicamente constituidos por:

- Laboratorio Clínico y Anatomo-Patológico
- Radiología: Ecosonografía, mamografía, tomografía, angiografía, Rx.
- Endoscopía
- Electrocardiograma.

Los Programas de Salud que actualmente esta ejecutando el Hospital son: Maternidad gratuita (Control prenatal, postnatal, Parto, cesárea, Embarazo molar, Aborto espontáneo, Embarazo Ectópico, Sepsis, Preclampsia, Eclampsia, Hemorragias, Planificación familiar: métodos definitivos y de barrera); atención a la infancia (control del Niño sano, Desnutrición, parasitosis, EDA, IRA), VIH/SIDA, DOTS (Detección de sintomáticos respiratorios de Tb y AH1N1), DOC (Detección oportuna del Cáncer).⁶

⁶POA Institucional 2010, Hospital Isidro Ayora, Departamento de Estadística

7.1.3 CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO:

El Departamento ***gineco- obstetricia*** es donde se realiza el ingreso de las pacientes para la valoración respectiva por parte del médico de turno y se efectúan exámenes complementarios (Sangre, EMO, ECO) para posteriormente transferirlas al servicio de centro- Obstétrico para la atención de partos, cesáreas, legrados, revisión de cuello, y otros procedimientos propios de esta área.

El servicio de Centro Obstétrico se encuentra ubicado en la parte posterior del segundo piso del Hospital General Provincial Isidro Ayora, formando un solo ambiente con el área de Neonatología; es una unidad técnica administrativa, ejecuta acciones de salud, dirigidas a usuarias en el período de labor de parto, parto, post parto inmediato, revisión de cavidad uterina, Legrado y post legrado, cesárea y post cesárea; y en algunos casos postquirúrgico (Histerectomía).

Los cuidados de enfermería que se proporcionan a las pacientes siguen una secuencia apropiada sin interrupciones durante las veinte y cuatro horas del día. El personal que labora en este servicio tanto médicos enfermeras, auxiliares de enfermería, internos de medicina e internos de enfermería forman un solo equipo de salud, contribuyendo con sus conocimientos, destrezas y habilidades para identificar necesidades y problemas, en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías existentes en esta área.

Este departamento tiene relación con diferentes servicios, a través de la Enfermera Líder, quien se encarga de coordinar mediante oficios, memorandos, recetas, reportes, solicitudes, informes, llamadas telefónicas, etc. con los diferentes departamentos como son: laboratorio, Radiología, Emergencia, Consulta Externa, Gineco obstetricia, Neonatología, Unidad e Terapia Intensiva, Centro Quirúrgico, Central de Esterilización así como también con las áreas de mantenimiento, alimentación, hotelería, limpieza,

lavandería, sin dejar de lado áreas administrativas (Coordinación de enfermería, Administración, Recursos Humanos, Dirección y Subdirección).

El departamento de **Neonatología**, guarda también estrecha relación con el servicio de Centro Obstétrico, puesto que en esta área se reciben a todos los recién nacidos productos de partos normales o cesáreas, cuando se requiere de un anestesista se coordina con el departamento de **Centro Quirúrgico**, quien es el encargado de avisar al anestesista de turno. El departamento de **Central de Esterilización**, también tiene relación con el servicio de centro Obstétrico, pues esta área proporciona el instrumental y equipos de ropa estéril que se utilizan en las diferentes intervenciones.

Existen otros servicios de apoyo, con los cuales se coordinan diferentes actividades de acuerdo a las necesidades de nuestro servicio, una de estas áreas es el departamento de **lavandería** el cual proporciona el lavado de la ropa que se utiliza en las pacientes, otro servicio de apoyo es el departamento de **alimentación** quienes proveen la alimentación para las pacientes y personal de turno, la medicación que se utiliza en las pacientes la proporciona el departamento de **farmacia** a través del programa de maternidad gratuita, el descargo de la medicación se la realiza por cada paciente en los recetarios del hospital con firmas de los médicos de turno y sellos destinados para este programa, gracias a este programa se ha podido implementar stock de medicamentos para sala de partos , cesárea y legrados; este departamento también proporciona insumos y materiales que son solicitados cada ocho días a través de recetas. El departamento de **bodega** es el que proporciona mensualmente, material de escritorio y de limpieza.

Otros departamentos con quien coordina el servicio de Centro Obstétrico es el departamento de **administración**; quien es el encargado de gestionar los pedidos de

compra a través del proveedor sobre insumos, equipos y materiales que se requieran y no existan en bodega.

Al departamento de **estadística** se envían mensualmente informes sobre la producción mensual del departamento (partos, cesáreas, legrados). Al departamento de **Recursos humanos** se reporta faltas, atrasos, calamidades domesticas, calendario de vacaciones del personal que labora en este servicio, mediante informes diarios que se envía el departamento de **coordinación de enfermería**.

Con el departamento de **contabilidad** mantiene relación para solicitar las bajas de equipos, instrumentales y lencería que han cumplido su vida útil.

Las relaciones interpersonales en su mayoría con el resto de las áreas y departamentos que coordinan con este servicio son de forma armónica lo cual permite que se cumplan las diferentes actividades planificadas, pese a que no existe un plan estratégico en el servicio.

7.1.4 VISIÓN.

El Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Provincial General Isidro Ayora para el 2014, es un servicio organizado, con normas, reglamentos actualizados y definidos, cuenta con suficiente personal médico, de enfermeras, auxiliares, y de apoyo, responsables, comprometidos y para la mujer en etapa reproductiva, embarazo normal y patológico y diversas enfermedades de la mujer, capacitados de acuerdo a las exigencias de los últimos avances tecnológicos, y con un ambiente de trabajo agradable en donde predomina principalmente el respeto y las buenas relaciones interpersonales; los mismos que garantizan una atención de calidad, calidez, eficiencia y ética profesional, que satisfaga plenamente las necesidades de las usuarios.

7.1.5 MISIÓN.

El servicio de Centro Obstétrico garantiza el acceso universal y permanente a servicios de salud de calidad y con calidez; considerando principios de equidad, universalidad, identidad cultural para brindar atención a las usuarias en período gestación, embarazo, de labor de parto, parto, post parto inmediato, así como también a pacientes sometidas a legrados y cesáreas; aplicando normas y procedimientos establecidos, con personal profesional capacitado, infraestructura física adecuada, equipo tecnológicos modernos y materiales e insumos suficientes con la única finalidad de satisfacer las necesidades de las usuarias y con ello mejorar la calidad de vida de las demandantes.

7.1.6 ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.

Tenemos algunas organizaciones que se relacionan con nuestra dependencia:

- Sociedad de Lucha contra el Cáncer (SOLCA)
- Cruz Roja Ecuatoriana
- Dirección Provincial de Salud (MSP)
- Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS)
- Facultades y Escuelas de Ciencias Médicas de Universidad Nacional de Loja
- Organizaciones Gremiales de profesionales y trabajadores de la salud
- INNFA
- Aprove

El hospital Isidro Ayora coordina las acciones de promoción de salud con entidades como la Cruz Roja, Policlínico Municipal, Consejo Provincial, INNFA, IESS.

A demás dentro del mismo existen organizaciones gremiales como el sindicato de trabajadores y empleados de la salud, gremio de médicos y enfermeras los cuales disponen de sus propios reglamentos.

En cuanto a la participación social, tenemos que una de las características es que debe ser activa, y participativa es por ello que hay un Concejo Cantonal de Salud, el mismo tiene algunas funciones como Formular y Evaluar el Plan Integral de Salud, Coordinar las acciones de promoción de la salud, Promover la participación control social y el cumplimiento y exigibilidad de los derechos de los usuarios.⁷

La provisión de servicios en redes de atención, convoca y promueve espacios de participación y veeduría social lo cual se vincula con la Ley de maternidad gratuita y atención a la infancia, entrega de medicamentos genéricos, programa ampliado de inmunizaciones (PAI), Salud Materna con sus respectivos controles prenatal y atención profesional o supervisión del parto.

En el proceso de toma de decisiones se requiere que cada vez más personas estén dispuestas a involucrarse y comprometerse con los resultados y el éxito del Servicio para responder a las exigencias de calidad y de atención que se reciben desde el usuario externo y también como respuesta a la necesidad de maximizar el aporte de los funcionarios a la gestión y de brindarles oportunidades de participación y desarrollo (trabajo en equipo, sistemas de sugerencias, experiencias creativas e innovadoras, círculos de calidad, desarrollo personal y profesional, etc.).

El Servicio realiza su gestión de recursos humanos, teniendo como marco de referencia las políticas del Servicio de Salud y del Hospital. Adecua sus prácticas a los modelos modernos de gestión en este ámbito, especialmente en las áreas de reclutamiento y

⁷POA Institucional 2010, Hospital Isidro Ayora, Departamento de Estadística

selección, de programas de capacitación y desarrollo, de evaluación del desempeño, de sistemas de compensaciones e incentivos y de relación entre los funcionarios y la Jefatura del Servicio.

7.1.8 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA.

La Unidad de Ginecología funciona organizadamente a cargo del Jefe del Departamento y la enfermera Líder de gestión, quienes son los encargados de velar por dar cumplimiento de las acciones y actividades planificadas. La enfermera líder de gestión coordina directamente con el médico Jefe todo lo relacionado a las gestiones para implementación del área, capacidad de trabajo en equipo, integradores, conductores con actitud de diálogo referente a dificultades que se presenten.

En el área de Neonatología contamos con el siguiente personal:

- Médico Jefe de Departamento (1)
- Médicos Tratantes Planta (4)
- Médicos Tratantes Contratados (3)
- Médicos Residentes de Postgrado (3)
- Enfermera Líder (1)
- Enfermeras miembros de equipo (3 de planta y 3 contratadas)
- Personal Auxiliar de enfermería (10 de planta y 3 contratadas)
- Secretaria
- Internos rotativos de medicina y enfermería.

Los médicos tratantes se distribuyen para cumplir las actividades en Hospitalización, Consulta Externa, Emergencia, Centro Obstétrico donde se atienden partos, se realizan Cesáreas y Legrados tanto procedimientos planificados como de emergencia, Centro Quirúrgico donde se realizan procedimientos ginecológicos y obstétricos planificados. Los

tratantes contratados cumplen con turnos rotativos desde las 12 horas para cubrir las emergencias durante las 24 horas, los médicos residentes e internos rotativos cumplen guardias de 24 horas cada tercer día. Las enfermeras y auxiliares de enfermería cubren turnos en la mañana tarde y noche de lunes a domingo.

7.1.9SERVICIOS QUE PRESTA.

Los servicios que brinda el área de GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA son diagnostico y tratamiento de la mujer embarazada con embarazo normal y patológico, realización de partos, cesáreas, histerectomías, quistes de ovario, embarazos ectópicos, legrados instrumentales, diagnóstico y tratamientos de enfermedades de la mujer en las diversas etapas de la vida como son la etapa reproductiva, planificación familiar y en el periodo de menopausia y pos menopausia, además se cuenta servicio de ecografía y laboratorio clínico.

7.1.10 DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA DEL SERVICIO GINECOLOGÍA Y CENTRO OBSTETRICO EN EL AÑO 2010.

PRINCIPALES CAUSA DE INGRESO AL DEPARTAMENTO	
Embarazo a termino más labor de	3118
Parto	11
Aborto incompleto	296
Paridad Satisfecha	189
Amenaza de parto pretérmino	122
Amenaza de Aborto	139
Preeclampsia	115
Infección de tracto urinario	41
Quistes de ovario	50
Pacientes con indicaciones para histerectomía Y Miomectomias	40

Fuente: Departamento de Estadística

Elaboración: Dra. Maritza Pacheco C.

ATENCIÓN DE:		TOTAL
PARTOS	EUTOSICOS	2013
	DISTOSICOS	1169
LEGRADOS		1101
ESTERILIZACIÓN TUBARICA		269

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL y Libros de Registro de partos y cesáreas 2010.

Elaborado por: Dra. Maritza Pacheco C.

**PRINCIPALES CAUSAS DEL INGRESO DE PACIENTES AL SERVICIO DE CENTRO
OBSTETRICO**

PARTO EUTOCICO		PARTO DISTOCICO	
Embarazo a termino	1724	Cesáreauterinaprevia	734
Embarazo pre-termino	252	Sufrimiento fetal agudo	188
Preclampsia	22	Distocia de presentación	106
Óbito Fetal	15	Desproporcióncéfalo-pélvica	68
		Preclampsia grave	33
		SíndromeHellp	19
		Desprendimientoplacentario	11
		Otras	10
TOTAL:	2013	TOTAL:	1169

Fuente: Archivo estadístico del HGIAL. Libros de Registro de partos y cesáreas 2010.

Elaborado por: Dra. Maritza Pacheco C.

LEGRADO	
AbortoIncompleto	160
Restoscorio-placentarios	104
AbortoDiferido	40
Aborto en curso	35
HemorragiaDisfuncional	20
Retención placentaria y/o alumbramiento incompleto	15
Embarazoanembrionario	8
Revisión de cavidaduterina	8
Otras	15
TOTAL:	405

Fuente: Archivo estadístico del HGIA y Libros de Registro de Legrados 2009

Elaborado por: Dra. Maritza Pacheco C

7.2 MARCO CONCEPTUAL

El marco conceptual se ha dividido en dos partes: la primera en donde se utilizó los conocimientos adquiridos en la Maestría de Gerencia en Salud para el desarrollo Local lo mismo que nos han servido de cimiento básico para el desarrollo del presente trabajo, los conceptos de los cuales se partió fueron los siguientes y una segunda parte en donde se exponen los conocimientos teóricos de este trabajo:

7.2.1 CONCEPTOS DE GESTIÓN

7.2.1.1 CLIMA ORGANIZACIONAL COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN

El clima organizacional es la percepción que los miembros de una organización tienen de las características más inmediatas que les son significativas, que la describen y diferencian de otras organizaciones. Estas percepciones influyen en el comportamiento organizacional.⁸

El clima es una variable que media entre la estructura, procesos, metas y objetivos de la empresa, por un lado y las personas, sus actitudes, comportamiento y desempeño en el trabajo, por otro. Se construye a partir de factores extra-organización (macroeconómicos, sociales, del sector industrial, otros) e intraorganización (estructurales, comerciales, individuales y psicosociales).⁹ Su poderoso influjo sobre la motivación, el compromiso, la creatividad y el desempeño de las personas y los equipos de trabajo, lo convierten en una herramienta estratégica fundamental para la gestión del recurso humano y el desarrollo organizacional en la empresa contemporánea.¹⁰

El clima organizacional constituye uno de los factores determinantes de los procesos organizativos, de gestión, cambio e innovación. Adquiere relevancia por su repercusión

⁸Brunet L (1999). "El Clima de Trabajo en las Organizaciones": Definiciones, diagnóstico y consecuencias. México: Editorial Trillas. Cap 3 y 4, pag 34- 45.

⁹Goncalves, A. (2000). "Fundamentos del clima organizacional". Sociedad Latinoamericana para la calidad (SLC) . México, Mc Graw – Hill Interamericana de México, cap 6, pág: 204 -210

¹⁰Chiavenato I (1989). "Introducción a la Teoría General de la Administración". México. Mc.Graw – Hill Interamericana de México:S.A. cap 10 , pag 112 - 116

inmediata, tanto en los procesos como en los resultados, lo cual incide directamente en la calidad del propio sistema y su desarrollo.¹¹

Los cambios y las innovaciones en gestión son percibidos de un modo particular por las personas en la organización; ellos se verán afectados y a su vez afectando al clima contingente al proceso de cambio. Un buen clima favorece la actitud de la gente para enfrentar situaciones de incertidumbre, minimizándose las implicancias negativas, propias del proceso de cambio, sobre la eficiencia organizacional.

Las organizaciones debieran trabajar en favorecer el desarrollo de un clima organizacional adecuado al trabajo cotidiano y las metas estratégicas, aprovechando la oportunidad de utilizar una variable no económica para impactar sobre los resultados de la empresa o institución.

7.2.1.2 EL CLIMA ORGANIZACIONAL EN HOSPITALES.

En el presente año se realizó un análisis de casos de clima organizacional en hospitales de la cuarta y quinta región, aplicándose el CCO a un total de 280 personas y triangulando esta información cuantitativa con el resultado de entrevistas a informantes clave y grupos focales. La finalidad de los estudios era diagnosticar fortalezas y debilidades del clima, así como detectar las dimensiones con mayor probabilidad de impactar el comportamiento organizacional. De lo observado se extraen las siguientes conclusiones:

Una de las variables peor evaluadas fue el “espacio, entorno físico e infraestructura”, observándose insatisfacción generalizada con las condiciones físicas y ambientales del trabajo. Cuando los espacios de trabajo no son suficientemente amplios ni están apropiadamente acondicionados para su funcionalidad no se dan las condiciones ambientales para trabajar adecuadamente y el desempeño laboral se verá perjudicado.

¹¹Chiavenato I (1989). “Introducción a la Teoría General de la Administración”. México. Mc.Graw – Hill Interamericana de México:S.A. cap 10 , pag 112 - 116

Mientras mejores sean las condiciones de espacios físicos de trabajo mejor será la percepción y desempeño de las labores de los trabajadores.

La “coordinación funcional de las unidades y la comunicación” resultaron así mismo mal evaluadas. Las personas afirmaron que la comunicación organizacional era poco clara, imprecisa, poco oportuna y los canales de comunicación, inefectivos. Todo lo anterior dificultaba el desempeño eficiente del trabajo.¹²

La apreciación de la dotación de personal y la “delimitación de funciones” fue también negativa. Las personas opinan que la actual dotación de personal, sea en cantidad, cualidad o distribución por unidades y funciones, es inadecuada. La mala distribución del personal genera recarga de trabajo para algunos, lo que les impide desarrollarse técnica o profesionalmente en las tareas asignadas originalmente, con la consecuente insatisfacción que deriva de lo expuesto. Además, cuando las funciones y responsabilidades de cada uno al interior de la organización no están convenientemente asignadas, las condiciones de trabajo no son suficientemente claras, específicas y delimitadas. Para llevar a cabo un buen desempeño es necesario el conocer las responsabilidades y labores, si estas no están o no se conocen, es difícil desempeñar bien una tarea. Es de suponer que todo lo anterior repercutirá negativamente en la calidad del servicio prestado.

Se detectó también insatisfacción acerca del “perfeccionamiento y capacitación pertinente a la renovación tecnológica”. Si bien los profesionales sienten que son suficientemente capaces de enfrentar los desafíos de la modernización, no atribuyen estas capacidades a facilidades dadas por la institución para perfeccionarse. Si en cambio la institución diera a los trabajadores la posibilidad de capacitarse de manera pertinente a sus funciones y a los cambios a los que deben ajustarse en su trabajo, se fortalecería la relación entre el tipo y grado de perfeccionamiento del personal y la efectividad de su desempeño y se disminuiría

¹²Marchant, L. (2002). Estudio descriptivo de la influencia del clima organizacional sobre las personas y su trabajo en empresas medianas de la V región. Tesis de magíster U. de Valparaíso, Chile.

la frecuencia de problemas administrativos y técnicos.¹³ Además, esto último beneficiaría un mayor compromiso de las personas con su trabajo y especialmente con la institución.

Por último, se observó insatisfacción con la dimensión “reconocimiento”.

Las personas sienten que la organización está siempre pendiente de sancionar los errores que puedan aparecer. Sin embargo, cuando el trabajo se hace oportuna y correctamente, no existe acciones de reconocimiento ni retroalimentación.

En consecuencia, basta con no cometer errores para trabajar tranquilo.

Esforzarse por hacer las cosas de mejor manera no resulta importante, dado que nadie parece detectarlo. En climas como éste es poco probable que se promueva un desempeño de calidad.

El estudio evidencia una segunda e interesante línea de análisis; las organizaciones hospitalarias se definen como rígidas y burocráticas, con estructuras pesadas y verticales, con limitantes legales y centralistas en la gestión de los recursos financieros y humanos, y con una cultura muy poco sensible a las necesidades de las personas y a los cambios de entorno. Es muy probable que estos factores influyan negativamente en el clima organizacional. Investigaciones futuras darán cuenta de esta correlación entre estructura y clima.

Las demandas que impone la actual política de “autogestión hospitalaria” obligan a estas instituciones a preocuparse por mejorar el ambiente laboral. El clima de la organización se postula como una de las herramientas de gestión para este cambio proporcionando nuevas

¹³Ministerio de salud (2002): “Hacia un modelo de gestión hospitalaria”. Chile. • Rodríguez, A. (1999). “Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones”. Ed.Pirámide, Madrid, España.

condiciones de trabajo e integrando a los funcionarios a la labor que se realiza. Fortaleciendo ambientes de trabajo adecuados se contribuye a la implementación de estas nuevas “formas de gestión hospitalaria”.¹⁴ Como consecuencia positiva y circular del proceso, las acciones que se implementen para hacer de los hospitales organizaciones más eficaces y eficientes, abren un camino a la mejora en la estructura, cultura y clima organizacional, facilitándose alcanzar las metas propuestas de autogestión y la visión de un hospital del mañana.

7.2.1.3 PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Como para cualquier empresa, el plan estratégico de centros de salud suele ser cualitativo, es decir, describe en términos medibles los objetivos de la organización. El plan estratégico es también temporal, enmarcado en intervalos de tiempo concretos y explícitos.

En tal sentido, la planificación en salud es un proceso administrativo y no puramente epidemiológico cuyo propósito es decidir lo qué se quiere, a dónde se quiere llegar en un tiempo determinado, las acciones que se tomarán, los medios que se utilizarán y los individuos que serán los responsables de llegar hasta donde se desea y alcanzar en una forma más efectiva los objetivos organizacionales del futuro. Se hace hincapié en la necesidad de actualizar constantemente los planes estratégicos, lograr la participación de los médicos y el consejo administrativo de la organización, e integrar los planes estratégicos con otros planes de la organización, utilizando elementos protocolares que corresponden al «deber ser» así como elementos estratégicos como el «poder ser», en una actitud expectativa y anticipativa que permitan la creación de situaciones futuras, intermedias y finales que corresponderían con los objetivos deseables para la organización.

¹⁴Segredo, A.; Reyes, D. “Clima organizacional en salud pública, consideraciones generales” alina.segredo@infomed.sld.cu. Pagina web.

En tal planificación se hace indispensable crear estrategias de mejoramiento, tales como programas, proyectos, planes y actividades de salud encaminadas a mejorar las condiciones en salud de las comunidades, mejorar la calidad de la atención y dignificar la función de los profesionales y los centros de salud.¹⁵ Se planifica con el ánimo de reducir la incertidumbre sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y la previsión de lo que puede acontecer de mantenerse algunas situaciones. La planificación tiene mucho con la realidad, implica una permanente adopción de decisiones y, después de ejecutados, realiza el seguimiento, creando compromiso con el mejoramiento.

A menudo, a nivel colectivo y social surgen dificultades para la definición de los objetivos, los medios y la provisión de éstos, o sea, para clarificar lo que es la planificación de la salud pública.

Por lo general, la planificación estratégica se emplea como recurso para orientar los esfuerzos de organización, fomenta la participación y el compromiso de los inversionistas y conduce a la consecución de los objetivos estratégicos.

7.2.2 CONCEPTOS DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA:

7.2.2.1 NOMBRES ALTERNATIVOS.

Laparoscopia ginecológica exploratoria; Ligadura de trompas laparoscópica; Oforectomía laparoscópica; Histerectomía laparoscópica; Recolección laparoscópica de óvulos

7.2.2.2 DEFINICIÓN.

Se refiere a un grupo de procedimientos en los que se emplea una cámara pequeña para examinar los órganos reproductivos femeninos. La **laparoscopia** es un procedimiento por el cual el médico puede ver directamente los contenidos del abdomen y de la pelvis,

¹⁵Ministerio de salud (2002): "Hacia un modelo de gestión hospitalaria". Chile. • Rodríguez, A. (1999). "Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones". Ed. Pirámide, Madrid, España.

incluyendo las Trompas de Falopio, los ovarios, el útero, el intestino delgado, el intestino grueso, el apéndice, el hígado y la vesícula biliar. Es una técnica de endoscopia que permite la visión con la ayuda de una lente óptica.¹⁶

A través de una fibra óptica por un lado se transmite luz para iluminar la cavidad mientras que se pueden ver por medio de imágenes de una cámara conectada a la lente el interior.

La **laparoscopia** se realiza en un hospital o en un centro quirúrgico ambulatorio con anestesia general, aunque también es posible hacerlo con anestesia local aunque suele ser menos frecuente. Si la **laparoscopia** es **ginecológica** se inserta una sonda delgada en la vejiga a través de la uretra, también se puede pasar otra sonda por la nariz para vaciar el estómago en caso de ser necesario.¹⁷

Después de limpiar la zona se hace una incisión por la zona del ombligo y se inyecta dióxido de carbono para elevar la pared abdominal para facilitar el trabajo al cirujano, luego se inserta el laparoscopio para examinar los órganos de la pelvis y el abdomen, una vez ha terminado el médico cerrará las incisiones y vendará la zona.

Numerosas comunicaciones de todos los países indican que en realidad ha concluido el desarrollo de la laparoscopia y que las indicaciones y contraindicaciones están bien delimitadas.

7.2.2.3 TÉCNICA QUIRÚRGICA.

La laparoscopia se realiza en pabellón con anestesia general, intubación endotraqueal, monitorización electrocardiográfica y monitorización de gases sanguíneos (por el riesgo de

¹⁶Tarrats A. Valoración prequirúrgica de las masas anexiales. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002;3(3):140-44.

¹⁷Tarrats A. Valoración prequirúrgica de las masas anexiales. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002;3(3):140-44.

hipercapnia). Con la paciente en posición de litotomía, se realiza un tiempo vaginal para vaciar la vejiga y colocar una cánula intrauterina. Esta cánula permite movilizar el útero e inyectar líquido para evaluar la permeabilidad tubaria. Luego se realiza un neumoperitoneo con aguja de Veress a nivel umbilical y se inserta un trócar de 10 mm, a través del cual se introduce el laparoscopio, que se conecta a la endocámara.¹⁸ Una vez reconocidas las estructuras internas de la pared abdominal, se procede a realizar punciones accesorias de 5 ó 10 mm, cuyo número y ubicación dependen de los elementos anatómicos de la pared y de la enfermedad o anomalía encontrada. Estas punciones permiten la introducción de instrumental quirúrgico y la realización de diversos procedimientos

Una vez realizadas las punciones, se explora sistemáticamente la cavidad pelviana y se realizan los procedimientos terapéuticos. Posteriormente se realiza un lavado exhaustivo de la cavidad peritoneal con suero fisiológico y se suturan las incisiones abdominales. Habitualmente las pacientes se encuentran en condiciones de alta a las 24 horas del postoperatorio.¹⁹

7.2.2.4 INDICACIONES.

- **Infertilidad:** la laparoscopia es fundamental en el estudio de la mujer infértil. El momento en que se realiza depende de la edad y antecedentes de la paciente. Debe evaluarse el aspecto general de los genitales internos, la movilidad y permeabilidad tubaria, el endosálpinx, la relación fimbrio-ovárica y las características del peritoneo. Los hallazgos más frecuentes son endometriosis, síndrome adherencial pelviano, obstrucción tubaria, hidrosálpinx, miomatosis uterina y malformaciones uterinas.²⁰

¹⁸Atlas de Laparoscopia. Autor: Bec, Kurt; Edición 2008, México, Mc Graw – Hill Interamericana

¹⁹La laparoscopia como método de diagnóstico y pronóstico en el estudio de la pareja estéril. Autor: Arrighi A. et al. Obst. Ginec. Lat. Amer. 30;63,1972.

²⁰Ryder RM and Vaughan MC. Laparoscopic Tubal Sterilization: Methods, Effectiveness and Sequelae. Obstetrics and Gynecology Clinics 2000; 26: 8397.

- **Síndrome adherencial:** la distorsión anatómica provocada por adherencias pélvicas puede ser causa de infertilidad y algia pélvica. Tradicionalmente se ha realizado laparotomía con técnicas microquirúrgicas para liberar las adherencias, con tasas de embarazo intrauterino de 54%. La laparoscopia quirúrgica es una alternativa que tiene similares resultados de tasas de embarazo y de recidiva de adherencias.
- **Endometriosis:** la localización ectópica de endometrio suele sospecharse por historia clínica y examen físico sugerentes; sin embargo, la visualización directa de la pelvis es la única forma certera del diagnosticar la enfermedad. Permite, además, determinar su extensión, grado de actividad y realizar en un mismo tiempo el tratamiento quirúrgico de la enfermedad.²¹

La técnica quirúrgica puede ser conservadora o radical, según la edad y sintomatología de la paciente, de la extensión y ubicación de la enfermedad. El tratamiento quirúrgico incluye electrofulguración de focos de endometriosis, adherenciólisis, ooforólisis, resección de endometriomas, ooforectomía, sección de ligamentos uterosacros, disección de tabique rectovaginal e histerectomía.

- **Hidrosálpinx:** la mayoría se diagnostica mediante histerosalpingografía, pero es la laparoscopia la que permite evaluar tamaño tubario, grosor de la pared, características del endosálpinx, extensión y tipo de adherencias asociadas, de las que depende la indicación quirúrgica. La tasa de embarazo del hidrosálpinx abordado por laparoscopia es similar al obtenido por laparotomía con técnica microquirúrgica.²²

²¹Cunningham FC, MacDonald PC, Gant NF *et al.* Williams Obstetricia. 20a. edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002

²²Laparoscopia y culdoscopia en Ginecología. Autor: Frangenhein, Hans; Ed. Científico Médica, edición 2008

- **Malformaciones uterinas:** deben sospecharse en pacientes con historia de aborto habitual o parto prematuro. La histerosalpingografía y ultrasonografía son muy sugerente en el diagnóstico de útero septado o bicornes; sin embargo, es necesario realizar una laparoscopia para establecer el diagnóstico definitivo.²³
- **Embarazo tubario:** la determinación seriada de subunidad beta de HCG, la utilización del ultrasonido transvaginal y el uso de la laparoscopia, han facilitado el diagnóstico precoz del embarazo ectópico, lo que ha permitido que el 95% pueda ser resuelto por laparoscopia.²⁴ La inestabilidad hemodinámica constituye la única contraindicación absoluta del procedimiento²⁵. El pronóstico de fertilidad ulterior es similar al de la cirugía por laparotomía, siendo las tasas de embarazos intrauterinos cercanas al 50% y las tasas de recidivas de alrededor de 17%. Las técnicas quirúrgicas más utilizadas son aspiración y expresión tubaria, salpingostomía lineal, salpingectomía parcial o total.
- **Fertilización asistida:** la laparoscopia ha sido utilizada en procedimientos de reproducción asistida, fundamentalmente en la obtención de oocitos en fertilización in vitro y en transferencia intratubaria de gametos o embriones.
- **Algia pelviana crónica:** definida como dolor pelviano con duración mayor a seis semanas, afecta a un número importante de mujeres y constituye del 2% al 10% de las consultas ginecológicas. La laparoscopia es fundamental en el estudio y tratamiento de estas pacientes, y debe realizarse en casos en que fracasa la terapia antiinflamatoria no esteroidea.²⁶ Dependiendo de la causa subyacente, se puede

²³La laparoscopia en el diagnóstico del embarazo ectópico no complicado. Trabajo de adscripción. Autor: Alfonsin A. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 2008

²⁴Atlas de Laparoscopia. Autor: Bec, Kurt; Edición 2008, México, Mc Graw – Hill Interamericana

²⁵La laparoscopia como método de diagnóstico y pronóstico en el estudio de la pareja estéril. Autor: Arrighi A. et al. Obst. Ginec. Lat. Amer. 30;63,1972.

²⁶La laparoscopia en el diagnóstico de algias pelvianas rebeldes.- Rev. Arg. de Ginecología y Obstetricia, 2;177,2009. Autor: Alfonsin A.

realizar liberación de adherencias, electrofulguración de focos endometriósicos, resección de endometriomas, anexectomía, miomectomía, histerectomía, etcétera. En pacientes con dolor pelviano crónico sin sustrato anatómico, es posible realizar sección de ligamentos uterosacros, los que transportan fibras aferentes simpáticas y parasimpáticas al cuello y cuerpo uterino. Su sección se puede realizar con electrocauterio o láser, proximal al útero, previa identificación del trayecto uretral y de los vasos uterinos.

- **Tumores pélvicos:** la laparoscopia permite determinar el origen de una lesión pelviana (ovárica o extraovárica), orientar sobre su naturaleza y decidir si es posible el tratamiento por vía endoscópica.²⁷ Antes de abordar laparoscópicamente lesiones ováricas, se debe realizar una cuidadosa evaluación preoperatoria que incluya las características de la paciente (edad, historia familiar de cáncer de ovario, etcétera), características clínicas y ultrasonográficas de la lesión y la presencia de marcadores tumorales, como CA-125, alfa-fetoproteína, subunidad beta de HCG, etcétera. Si todos los hallazgos preoperatorios orientan a una lesión benigna, la paciente puede evaluarse laparoscópicamente. Dependiendo de los hallazgos endoscópicos, se resuelve si la paciente es o no candidata a cirugía laparoscópica. En cambio, debe realizarse laparotomía si existe sospecha de malignidad. En mujeres premenopáusicas con lesiones quísticas del ovario, historia clínica y hallazgos ultrasonográficos sugerentes de benignidad, es factible el abordaje laparoscópico. En pacientes postmenopáusicas este abordaje es más cuestionable y sólo es planteable en aquellas que cumplan rigurosamente los criterios antes mencionados, incluyendo un CA-125 negativo. El tipo de cirugía depende de la edad, características del tumor y deseo de fertilidad de la paciente. Puede comprender tumorectomía, ooforectomía o anexectomía.

²⁷ Avances en endoscopia ginecológica. Autor: Dexeus S. XVI Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 188, 2009

- **Proceso inflamatorio pelviano:** el diagnóstico de los procesos inflamatorios pelviano (PIP) tradicionalmente ha sido realizado por el cuadro clínico y examen físico, pero la especificidad diagnóstica de estos elementos alcanza sólo un 50 a 75%. En 15 a 30% se confunde con otros cuadros clínicos y en un 20-25% no se encuentra una causa.²⁸ Por esto, la mayoría de los autores reconoce la utilidad de la laparoscopia en el diagnóstico del PIP. Este método confirma los casos positivos, permite cultivar directamente el fluido peritoneal y planificar adecuadamente la terapia antibiótica. Los hallazgos laparoscópicos de PIP son edema y movilidad tubaria disminuida, flujo tubario purulento y formación de masas inflamatorias (complejo tuboovárico). En casos seleccionados de pacientes con abscesos tuboováricos, la laparoscopia permite además debridar, drenar y asear las colecciones pelvianas. Debe asociarse tratamiento antibiótico.

- **Miomatosis uterina:** el leiomioma uterino es el tumor pelviano sólido más frecuente, pues se presenta en un 20% de las mujeres mayores de 35 años. La mayoría de las pacientes son asintomáticas, pero pueden manifestar dolor pelviano, infertilidad, aborto repetido, prematurez y alteración de flujos rojos.²⁹ En estos casos está indicado el tratamiento quirúrgico, que puede ser radical (histerectomía) o conservador (miomectomía). Clásicamente, estos procedimientos se han realizado por laparotomía; sin embargo, en casos bien seleccionados ambos han sido realizados por laparoscopia.

- **Histerectomía:** la histerectomía es la cirugía ginecológica más frecuente y ha sido tradicionalmente realizada por vía abdominal o vaginal. En 1989, Reich publicó el primer caso de histerectomía laparoscópica, demostrando que los beneficios de la

²⁸Diagnóstico laparoscópico en Ginecología. Autor: Porta C. A. Et al. Semana Médica del Hospital de Morón. 2000, editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 2005 cap: 10, págs.: 67- 89

²⁹Avances en endoscopia ginecológica. Autor: Dexeus S. XVI Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 188, 2009

cirugía endoscópica eran aplicables a este tipo de intervención.³⁰ Desde entonces se ha difundido universalmente como técnica quirúrgica. Sus indicaciones son similares a las de la histerectomía convencional. Sin embargo, el tamaño uterino mayor que el de una gestación de 12-14 semanas debiera contraindicar el procedimiento. Es imperativo que éste sea realizado sólo por especialistas experimentados en laparoscopia operatoria. La histerectomía laparoscópica es una alternativa terapéutica real en pacientes bien seleccionadas. Tiene reconocidas ventajas, tales como menor sangrado y trauma quirúrgico, menor requerimiento analgésico, corta recuperación y menor tiempo de hospitalización. Su principal desventaja la constituye la mayor duración de la operación, que puede ser reducida de acuerdo a la experiencia del operador.

7.2.2.5 CONTRAINDICACIONES.

Absolutas:

1. Shock de cualquier origen.
2. Peritonitis generalizada.
3. Obstrucción intestinal.
4. Enfermedades cardiorespiratorias graves.
5. Hernia externa irreductible.
6. Grandes tumores intrabdominales.

³⁰Sustitución de la laparotomía exploradora por laparoscopia. Autor: Goldsman T. XIV Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 3;250, 2007

Relativas:

1. Cirugía abdominal previa.
2. Infección cutánea.
3. Obesidad extrema.
4. Hernia hiatal.
5. Cardiopatía isquémica.
6. Trastornos de coagulación.

7.2.2.6 COMPLICACIONES.

1. Inadecuada posición de la paciente:
 - a) hiperextensión del plexo braquial.
 - b) parestesia y parestesia de extremidades inferiores por compresión de la región poplítea.
2. Inadecuado aislamiento de la paciente: quemaduras cutáneas por electrocirugía.
3. Insuflación inadecuada:
 - a) neumoperitoneo: disección del espacio preperitoneal que dificulta la realización de las punciones y se puede asociar a arritmias por absorción de CO₂
 - b) embolia gaseosa: muy infrecuente debido a la solubilidad del CO₂ y la rápida eliminación por hiperventilación.
 - c) neumotórax o enfisema mediastínico.
4. Quemadura de vísceras: representa la complicación más importante, principalmente por procedimientos quirúrgicos en que se utiliza

diatermocoagulaciónmonopolar.³¹

5. Trauma directo: vejiga, intestino y vasos sanguíneos.

6. Infecciones: son infrecuente pero se han descritos casos graves como fascitis necrotizante.

³¹Complicaciones de la laparoscopia. Autor: Young E. XIV Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 3; 192, 2003

8. DISEÑO METODOLÓGICO

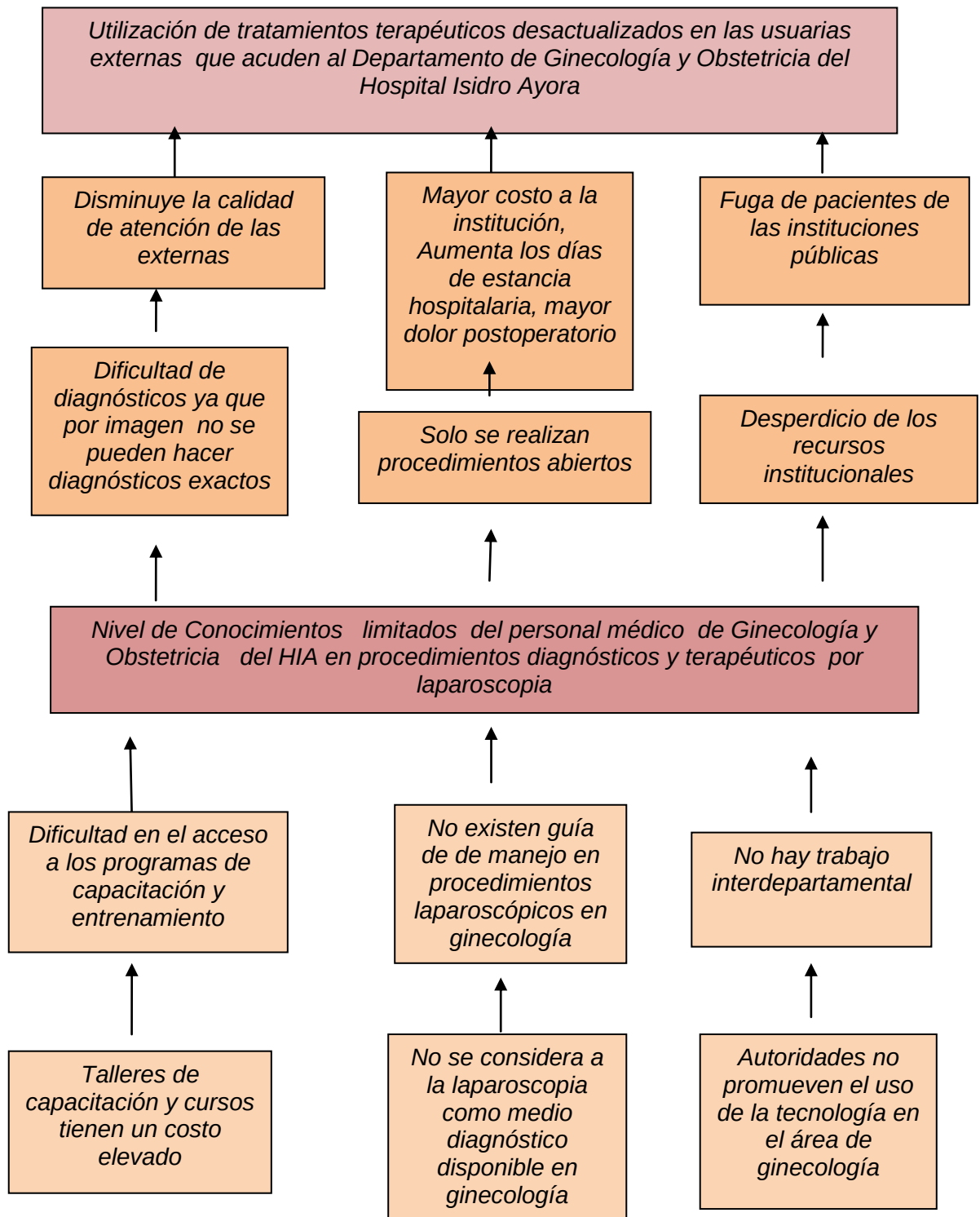
8. DISEÑO METODOLÓGICO

Para el presente proyecto se utilizó la metodología del marco lógico para lo cual se partió del análisis de los involucrados, potenciales beneficiarios del servicio, personal médico , con quienes se construyó participativamente la problemática, abordando las causas y efectos de la misma, para con ello, definir los objetivos estratégicos que se aspiran cumplir a través de las actividades propuestas y plasmadas en la matriz de marco lógico que se incluye más adelante y que además contempla los recursos, responsables y el respectivo cronograma

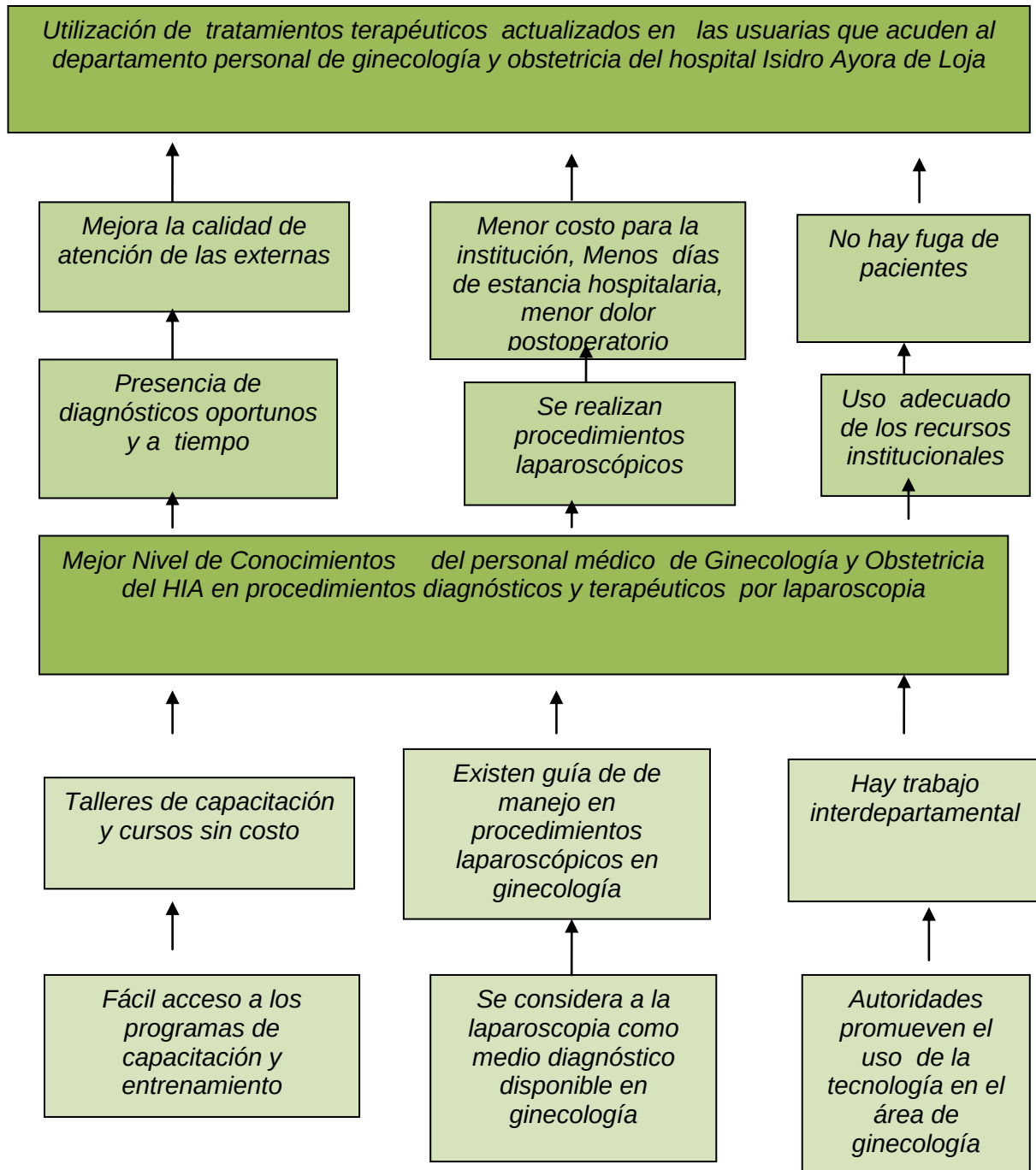
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPO/ INSTITUTICIONES /PERSONAS	INTERESES	MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
Hospital Isidro Ayora	Ampliar y mejorar el servicio a la usuaria externa	La constitución Política de la República del Ecuador en el "Artículo 23, numeral 20 reconoce y garantiza a las personas el derecho a una calidad de vida que asegure la Salud y otros servicios Sociales	Falta de entrenamiento y actualización de los ginecólogos en laparoscopia
Grupo de médicos contratados y residentes de postgrado de G-O	Mejorar y completar formación médica	Capacitarse constantemente para servir a la usuaria externa de mejor manera	No se prestan las condiciones para cursos de actualización
Nivel del Postgrado de la U.N.L	Mejorar el nivel de formación de los estudiantes de posgrado	Formar académicamente profesiones de calidad para desenvolverse en el campo de la G-O. cuyos conocimientos estén acorde con la problemática social y los adelantos tecnológicos	En la ciudad no hay hospitales para entrenamiento en laparoscopia

ÁRBOL DE PROBLEMAS



ÁRBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LÓGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
FIN Fortalecer el conocimiento científico en laparoscopia que poseen los médicos del departamento de Ginecología del H.I.A	El 10% de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el Departamento serán laparoscópicos Resultados de la encuesta al personal capacitado	Historias clínicas Encuesta aplicadas al personal capacitado.	Pacientes Satisfechas por los procedimientos aplicados.
PROPOSITO Implementar la cirugía laparoscópica en las pacientes que acuden al departamento de ginecología del Hospital General Isidro Ayora de Loja	Disminuir al 60% el tiempo de estancia hospitalaria. Disminuir al 60% el dolor posoperatorio en el paciente.	Historias clínicas	Personal médico capacitado y con conocimientos actualizados.
COMPONENTES O RESULTADOS ESPERADOS			
1. Personal de salud tiene acceso a un programa de capacitación y entrenamiento	100% de personal de salud capacitado en procedimientos básicos de laparoscopia ginecológica	Lista de personas capacitadas. Memorias técnicas de la capacitación. Fotografías	Personal de salud motivado a participar y trabajando con responsabilidad para la actualización y mejoramiento del servicio

2. Compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología existentes	100% del compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología	Compendio escrito	Participación activa y propositiva del personal; aplicando los conocimientos adquiridos.
3. Trabajo conjunto y coordinado con el área de cirugía	100% del personal conoce el contenido del compendio 100% del personal trabaja en equipo	Lista de asistentes Fotografías Historias clínicas	Si ampliamos los conocimientos en cirugía laparoscópica el personal médico del Departamento de ginecología trabajara conjuntamente con los cirujanos para ofrecer procedimientos laparoscópicos a los usuarios externos

ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
A1 CAPACITAR EL PERSONAL MÉDICO DE GINECOLOGÍA			
1.1 Reunión con líderes y equipo de salud para organizar y coordinar programa de capacitación	-Autora del proyecto -Médicos ginecólogos y cirujanos	1ra semana (mes 1)	Humanos Materiales (Papel boom, impresora, computadora, infocus esferográficos, marcadores, etc.) Costo: \$ 40,00
1.2 Convocatoria al personal de salud involucrado para la socialización del Programa de capacitación y su cronograma.	-Autora del proyecto -Médicos del departamento de ginecología	3ra semana (mes 1)	Humanos Materiales (Papel boom, impresora, computadora, esferográficos, marcadores, etc.) Costo:\$ 60.00
1.3 Taller sobre: ➤ Introducción a la laparoscopia ➤ Principios de laparoscopia ➤ Indicaciones de laparoscopia en ginecología	-Autora del proyecto -Personal capacitado	1ra semana (mes 2) 4ta semana (mes2) 3ra semana (mes 3)	Humanos Materiales de oficina (Papel boom, papelotes, esferográficos, marcadores, etc.) Datashop Computadora Impresora Material didáctico impreso Refrigerio Costo: \$ 500,00

1.4 Informe del Programa de Capacitación.	-Autora del proyecto -Médicos ginecólogos y cirujanos	4ta semana (mes 3)	Material de oficina Computadora Impresora Copia del Informe Costo: \$ 20,00
A2 ELABORACIÓN DEL COMPENDIO DE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS EN GINECOLOGÍA			
2.1 Lectura y recopilación de material bibliográfico para la elaboración del compendio	-Autora del proyecto -Personal capacitado	1ra semana (mes 2)	Computadora Copias Internet Costo: 50,00
2.2 Elaboración de un compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología	-Autora del proyecto -Médicos ginecólogos y cirujanos	1ra semana (mes 3)	Materiales de oficina (marcadores, papelotes) Pizarra Computadora Impresora Costo: 50,00
2.3 Impresión del documento	-Autora del proyecto	3ra semana (mes 3)	Materiales de oficina Computadora Impresora Copias del documento Costo: 20,00
2.4 Socialización y entrega del Compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología .	-Autora del proyecto -Médicos	3ra semana (mes 3)	Material de oficina Computadora Datashop Copia del manual Costo: 40,00
A3 TRABAJO INTERDEPARTAMENTAL			
3.1 Reunión con autoridades del	-Autora del proyecto	1ra semana (mes 4)	Materiales de oficina

hospital para socializar los resultados.	-Médicos y autoridades del hospital		Computadora Impresora Refrigerio: Costo: 20,00
3.2 Exposición de los resultados en la estafeta del piso	-Autora del proyecto -Médicos s	1ra semana (mes 4)	Materiales de oficina Computadora Impresora Costo: 3,00
3.3 Publicación del cronograma de actividades en la estafeta del piso	Autora del proyecto	1ra semana (mes 4)	Materiales de oficina Computadora Impresora Costo: 3,00

9. RESULTADOS

9. RESULTADOS

A continuación se describen los resultados del presente trabajo de intervención:

ACTIVIDAD No.1

PERSONAL MÉDICO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA CAPACITADO EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS.

Para lograr estos resultados se realizaron las siguientes actividades:

1.1 REUNIÓN CON LÍDERES Y EQUIPO DE SALUD PARA ORGANIZAR Y COORDINAR PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

Para llevar a cabo esta actividad fue necesaria una reunión preliminar con el personal que labora en el servicio para seleccionar los temas que serían incluidos en el taller y como debería llevarse a cabo. Para constancia del mismo se elabora un acta con las respectivas firmas de respaldo.

TEMA. PRINCIPIOS BÁSICOS Y FUNDAMENTOS DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA:

DIA 1	10H00 -13H30	HIA	Principios básicos de cirugía
DIA 2	10H00- 13H30	HIA	Equipo e instrumental
DIA 3	10H00- 13H30	HIA	Anatomía
DIA 4	10H00- 13H30	HIA	Complicaciones

Expositor : Dr. Byron Pinza

TEMA: PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS:

DIA 1	18H00 – 20H00	HIA	Anatomía pélvica
DIA 2	18H00 – 20H00	HIA	Manejo de masas ováricas
DIA 3	18H00 – 20H00	HIA	S.P.B
DIA 4	18H00 - 20H00	HIA	Complicaciones

Expositores: Dr. Byron Pinza.

Dra. Maritza Pacheco C.

1.2 REUNIÓN CON LÍDERES Y EQUIPO DE SALUD PARA ORGANIZAR Y COORDINAR PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

Para llevar a cabo esta actividad fue necesaria una reunión preliminar con el personal que labora en el servicio para seleccionar los temas que serían incluidos en el taller y como debería llevarse a cabo el presente taller. Para constancia del mismo se elabora un acta con las respectivas firmas de respaldo.

1.3 CONVOCATORIA AL PERSONAL DE SALUD INVOLUCRADO PARA LA SOCIALIZACIÓN DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y SU CRONOGRAMA.

Para llevar a cabo esta actividad fue necesaria una invitación con el personal que labora en el servicio para socializar el proyecto determinar los días que se llevara a cabo el presente taller. Para constancia del mismo se elabora un acta con las respectivas firmas de respaldo.

1.4 REALIZACIÓN DE LOS TALLERES DE CAPACITACIÓN PARA EL PERSONAL MÉDICO:

Para llevar a cabo esta actividad fue necesario realizar una convocatoria al personal que labora en el servicio indicado el día el lugar, además de la entrega de oficios de comunicación al jefe del Departamento y al coordinador del postgrado en donde consta el visto bueno para que sea posible el desarrollo de los talleres. Para constancia del mismo se

adjunta las convocatorias y lista de asistentes

PROYECTO:

“CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011”

MEMORIA TÉCNICA 1

GRUPO META: Médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora

EVENTO: Conferencias

LUGAR: Secretaria del departamento

TEMA: Principios Básicos de Cirugía

DURACIÓN: 3 horas

FACILITADORES RESPONSABLES: Dr. Byron Pinza – Dra. Maritza Pacheco

OBJETIVO GENERAL: Brindar a los participantes conocimientos científicos teóricos sobre cirugía laparoscópica general

Brindar y reforzar los conocimientos teóricos a los participantes acerca de la anatomía de la pared abdominal

Conocer cuales son las complicaciones más comunes que se presentan en laparoscopia.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS: La metodología utilizada fue básicamente conferencia magistral y luego foro de preguntas y respuestas. Revisión de

videos de procedimientos. Posterior reconocimiento de los materiales en quirófano. Además se logra realizar procedimientos laparoscópicos en donde se trabajó conjuntamente con el área de cirugía y en donde ha podido participar el personal médico del Departamento de Ginecología y Obstetricia lo que permitió reforzar los conocimientos y mejorar las destrezas prácticas.

Los materiales utilizados fueron proyector de diapositivas, computador. El espacio fue adecuado para exposición y preguntas posteriores

DESARROLLO DEL TALLER:

10h00 Bienvenida, Presentación y Expectativas del Taller
 10 h15 Conferencia
 12h00 Preguntas y Respuestas
 12h45 Lunch

ACUERDOS Y COMPROMISOS:

- Reforzar y Poner en práctica los nuevos conocimientos adquiridos, lecturas acerca de temas planificados, no planificación de cirugías para los días de conferencia para que puedan asistir todos los médicos residentes
- Coordinar el trabajo con los médicos cirujanos a fin de aumentar el número de procedimientos obstétricos que se realizan por laparoscopia y expresar nuestro compromiso de capacitación a las autoridades del hospital para que se realice la exoneración del derecho que tienen que cancelan las pacientes que se someten a cirugías laparoscópicas con el fin de que se permita capacitarnos a los ginecólogos, y que el hospital cuente con un programa propio de capacitación en cirugía laparoscópica para los médicos residentes.

- Reforzar conocimientos adquiridos con lecturas acerca de temas planificados.

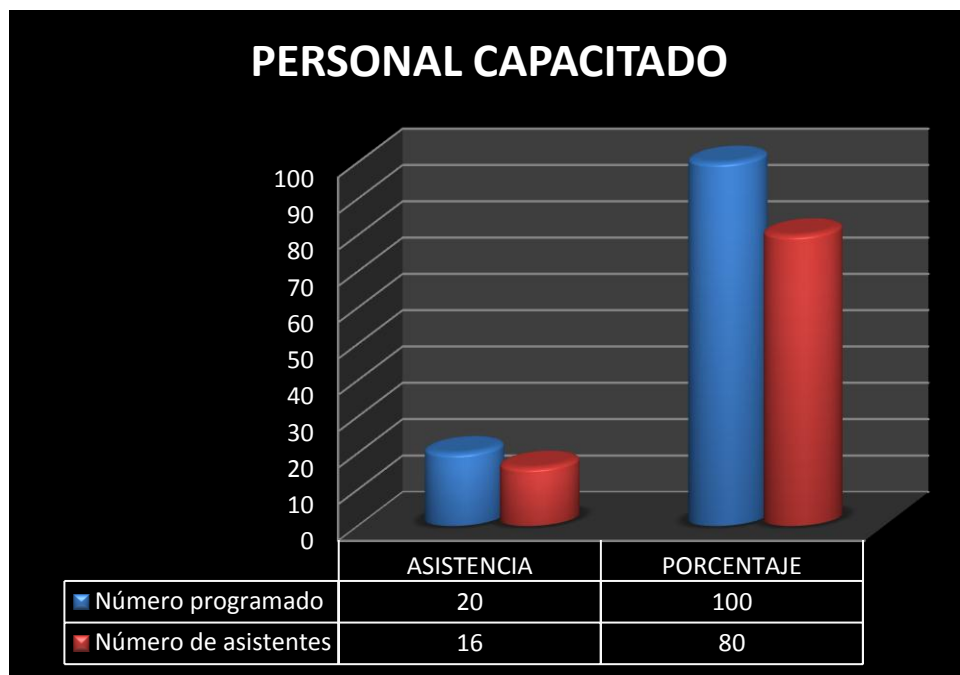
OBSERVACIONES Y SUGERENCIA:

- Es necesario una persona de apoyo para el registro de asistencia, proyección, entrega de material, además se sugiere que el horario para las capacitaciones sea fuera de horas laborables., que se divida al grupo en dos para efectos de mejor aprendizaje. Sugerir al coordinador del postgrado de ginecología que se incluya dentro del programa de postgrado entrenamiento certificado en laproscopia
- Se sugiere a las autoridades del hospital la inversión en programas de capacitación para el personal médico ya que en este procesos de capacitación no solo le sirven al profesional sino que mejorar la imagen institucional, mejoran la eficacia y la calidad de atención que se brinda a las usuarias externas.

RESULTADO 1.

“Personal de salud capacitado en procedimientos laparoscópicos con el siguiente indicador 100% de personal de salud capacitado en procedimientos básicos de laparoscopia ginecológica”

ESTIMACIÓN	ASISTENCIA	PORCENTAJE
Número programado	20	100
Número de asistentes	16	80



Elaboración: Dra. Maritza Pacheco C.

Fuente: Registros de Asistencia

ANÁLISIS:

En proceso de capacitación conferencia se contó con un total de 16 participantes los mismos que se sintieron satisfechos con la misma y a gusto de que estén desarrollando este tipo de conferencias, las preguntas y respuestas fueron fluidas lo que demostró el deseo de seguir capacitándose. Se ha cumplido con la capacitación del 80% del personal no ha sido posible cumplir con la meta del 100% debido a que el departamento existen médicos tratantes quienes tienen entre 20 y 25 años de servicio y ellos manifestaron no mostrarse interesados en taller por cuanto están cerca de jubilarse. Otro porcentaje de médicos residentes se encuentran cumpliendo sus rotaciones asignadas fuera de la ciudad y otros cumplen sus actividades diarias asignadas.

Sin embargo es importante resaltar el interés que muestra el resto del personal que representan el deseo de seguir aprendiendo, capacitándose y fortalecer el servicio brindando nuevos procedimientos y aplicando la tecnología disponible para atender de mejor manera a las usuarias externas, considerando que durante el último año se ha incrementado el porcentaje de atención del 68% al 92%. Además la implementación de este tipo de procedimientos nos va a permitir estar al igual que el resto de hospitales de nivel II.

Del mismo modo es importante resaltar que dentro de este mismo proceso se ha enmarcado la programación de cirugías laparoscópicas conjuntamente con los médicos cirujanos y en donde ha incorporado al personal que se está capacitando lo que ha permitido que se motive aún más el interés del personal, y se creen nuevas expectativas en el desarrollo de este proceso de capacitación.

ACTIVIDAD No. 2

ELABORACIÓN DEL COMPENDIO DE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS EN GINECOLOGÍA

Para lograr cumplir con este resultado fue necesario que se realicen las siguientes actividades:

2.1 RECOPIACIÓN Y DISCUSIÓN DEL MATERIAL BIBLIOGRÁFICO PARA LA ELABORACIÓN DE LAS NORMAS Y ALGORITOS DE LAPAROSCOPIA EN GINECOLOGIA

Para llevar a cabo esta actividad se designado grupos de trabajo y cada uno se ha encargado de hacer una revisión bibliográfica para el levantamiento final del documento

2.2 ORGANIZACIÓN DEL COMPENDIO DE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS EN GINECOLOGÍA

Para llevar a cabo esta actividad se ha impreso un pequeño folleto el mismo que ha sido entregado al personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia para la posterior socialización del mismo.

2.3 SOCIALIZACIÓN Y ENTREGA DEL MANUAL DE NORMAS ALGORITMO DE PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS EN GINECOLOGÍA

Para llevar a cabo esta actividad se ha impreso un pequeño folleto el mismo que ha sido entregado al personal médico del servicio de Ginecología y Obstetricia para la posterior socialización del mismo

PROYECTO:

“CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011”

MEMORIA TÉCNICA 2

GRUPO META: Médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital General Provincial Isidro Ayora

EVENTOS: Recopilación de material bibliográfico y organización del compendio

LUGAR: Secretaria del departamento

FECHA: Junio y Julio 2011

DURACIÓN: 4 sesiones de 2 horas de duración

FACILITADORES RESPONSABLES: Dra. Maritza Pacheco C.

OBJETIVO GENERAL: Buscar, recopilar y seleccionar información importante de laparoscopia en ginecología para el posterior levantamiento del compendio.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS: lecturas grupales, búsqueda en internet de revistas especializadas, avalamiento, confrontación de la información, selección de la misma.

Para el posterior levantamiento escrito

Los materiales utilizados fueron libros, internet, computadora, hojas, bolígrafos

DESARROLLO

Selección de libros, búsqueda de material en internet, selección de la información seleccionada, este proceso ha sido realizado junto con los médicos residentes de postgrado y el mismo procedimiento se ha realizado por tema.

Posteriormente la maestrante se ha encargado del levantamiento escrito del compendio.

Una vez que logro concluir con el compendio se realizó una sesión de socialización del mismo

COMPROMISO:

- Difundir la información que se encuentra en el compendio para lograr posteriormente la elaboración de los protocolos para cirugía laparoscópica, aumentar paulatinamente los procedimientos que serán realizados por vía laparoscópica.
- Documentar los casos que se presentan en el hospital para ir creando una base de datos de la casuística del hospital y hacer actividad científica publicando los casos que se presentan

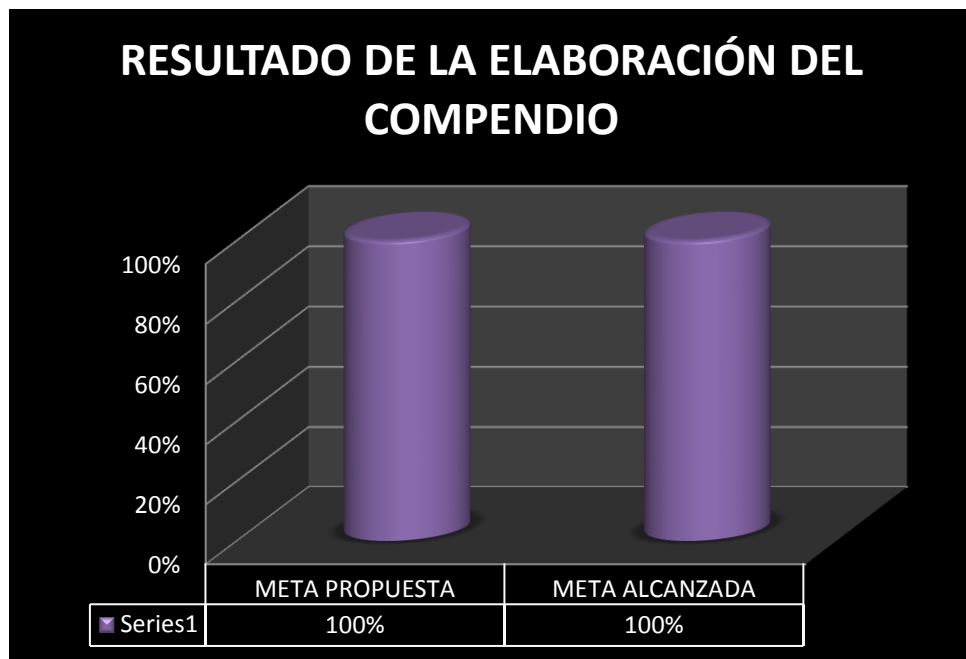
OBSERVACIONES Y SUGERENCIAS:

En base de lo logrado se ha sugerido que debido al número de casos que presente el Departamento ir ampliando los temas del compendio

RESULTADO 2.

“Elaborar el compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología cuyo indicador es 100% del compendio de procedimientos laparoscópicos en ginecología”

META PROPUESTA	100%
META ALCANZADA	100%



ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS

El material obtenido ha sido el fruto de aproximadamente dos meses de lecturas y discusión lo cual nos ha permitido reforzar los conocimientos adquiridos los mismo que han podido se resumidos en un compendio básico que será de mucha ayuda para el personal médico.

El personal médico cuenta con un material bibliográfico propio para consultas y posteriores publicaciones.

Dentro de este mismo material bibliográfico se ha incluido algoritmos en donde se consideran los procedimientos laparoscópicos para el tratamiento de diagnóstico de algunas patologías y pueden ser aplicados en nuestro quehacer diario y además nos servirán como un material de consultas rápidas para resolver ciertas emergencias.

ACTIVIDAD No. 3

3.1 REUNIÓN CON AUTORIDADES DEL HOSPITAL PARA SOCIALIZAR LOS RESULTADOS Y MANTENER EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN.

3.2 CONVERSACIONES CON EL PERSONAL MÉDICO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGÍA PARA TRABAJAR CONJUNTAMENTE

3.3 EXPOSICIÓN DE LOS RESULTADOS EN LA ESTAFETA DEL PISO

3.4 ENTREGA A LAS AUTORIDADES DEL HOSPITAL UN PROGRAMA PARA QUE SE CONSIDERE LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

Para llevar a cabo estas actividades se ha entregado los resultados de las mismas al director del hospital, al jefe del Departamento, Enfermera Líder, médicos y se deja una copia como constancia del trabajo desarrollado y para que pueda ser utilizada como material de referencia de todo el personal.

Además se mantenido conversaciones con los médicos cirujanos del Hospital para darles a conocer el proyecto y hemos obtenido la colaboración de ellos logrando la planificación de las cirugías laparoscópicas ginecológicas.

Los algoritmos resultados constan en el compendio han sido publicados en la estafeta del Departamento para el conocimiento del todo el personal del Departamento.

Finalmente el cronograma de actividades fue publicado en la estafeta del piso para que sea de conocimiento público.

MEMORIA TÉCNICA 3

GRUPO META: Médicos del departamento de Ginecología y Obstetricia y autoridades del Hospital General Provincial Isidro Ayora

EVENTOS: socialización del compendio y entrega de resultados a las autoridades de la institución

LUGAR: Secretaria del departamento

FECHA: Agosto 2011

FACILITADORES RESPONSABLES: Dra. Maritza Pacheco

OBJETIVO GENERAL: Difundir los resultados del presente trabajo y socializar el compendio.

METODOLOGIA, TECNICAS Y MATERIALES EMPLEADOS

Entrega del manual, Explosión y resumen del cada capítulo, aportes de los asistentes

DESARROLLO

Se convoco a los médicos del departamento a la conferencia final que incluyo un resumen de los temas revidados y la entrega del compendio a los asistentes al los jefes del departamento y posterior entrega a las autoridades del hospital para conocimiento de los resultados entregados.

ACUERDOS Y COMPROMISO:

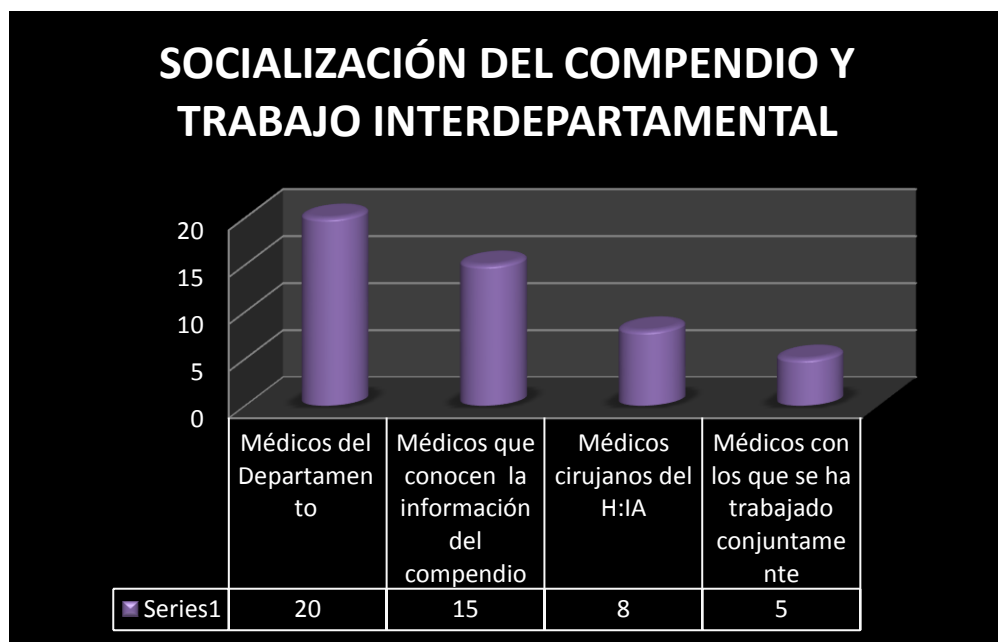
- Fomentar los conocimientos adquiridos, para ir aumentando paulatinamente los procesos laparoscópicos, y en un futuro dentro de nuestro hospital se puedan desarrollar procedimientos de más complejidad en nuestro Departamento.

- Mantener y Extender los procesos de capacitación de temas importantes, actuales y relevantes a los que otros médicos tengan la posibilidad de asistir
- Hacer una revisión sistémica de los diferentes protocolos manejados en el Departamento.
- Solicitar a las autoridades del Hospital se desarrollen programas de capacitación propios debido a que es un hospital de referencia y en donde se realiza actividad docente.
- Difundir la información que se encuentra en el compendio para lograr posteriormente la elaboración de los protocolos para cirugía laparoscópica, aumentar paulatinamente los procedimientos que serán realizados por vía laparoscópica.

RESULTADO 3.

“Socializar el compendio de procedimientos laparoscópicos lo que fortalecerá que personal trabajando conjuntamente con el área de cirugía cuyos indicadores son :100% del personal conoce el contenido del compendio, 100% del personal trabaja en equipo”

INDICADOR	NÚMERO
Médicos del Departamento	20
Médicos que conocen la información del compendio	15
Médicos cirujanos del H:IA	8
Médicos con los que se ha trabajado conjuntamente	5



FUENTE: Lista de registro

ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

Una vez que se han concluido los dos procesos anteriores como son la capacitación y la elaboración del compendio y basados en los registros de asistencia, en los indicadores podemos decir que el 80% del personal ha participado en los talleres y además se ha logrado que conozcan la información que contiene y ha parte de conocerla se ha logrado que la hayan analizado, discutido durante la socialización del mismo, cabe destacar que este ha sido el resultado más gratificante de esta capacitación porque nos ha permitido darnos cuenta que esta intervención de siembra ha sido correcto y que los asistentes al taller lo aprovecharon y como resultado del mismo han reforzado sus conocimientos lo que nos permite avanzar en nuestra labor diaria de servir a la colectividad y poco a poco lo vamos haciendo de manera más optima, utilizando la tecnología que tenemos a disposición para mejorar los procesos de diagnóstico y tratamiento que se utilizan en el Departamento de Ginecología del Hospital General Isidro Ayora. Nos queda pendiente de exigir el compromiso de las autoridades del hospital de continuar el proceso de capacitación adquirido con las anteriores del hospital.

Para hacer posible el trabajo interdepartamental se mantenido conversaciones con los médicos cirujanos del Hospital para darles a conocer el proyecto y hemos obtenido la colaboración de ellos logrando la planificación de las cirugías laparoscópicas ginecológicas, de los 8 médicos cirujanos con los que cuenta el Hospital 5 de ellos han colaborado con el Departamento y 3 de ello no han podido colaborar con el Departamento por que actividades diarias están planificadas en horarios de 4 horas y se limita el tiempo para los procedimientos de cirugía general

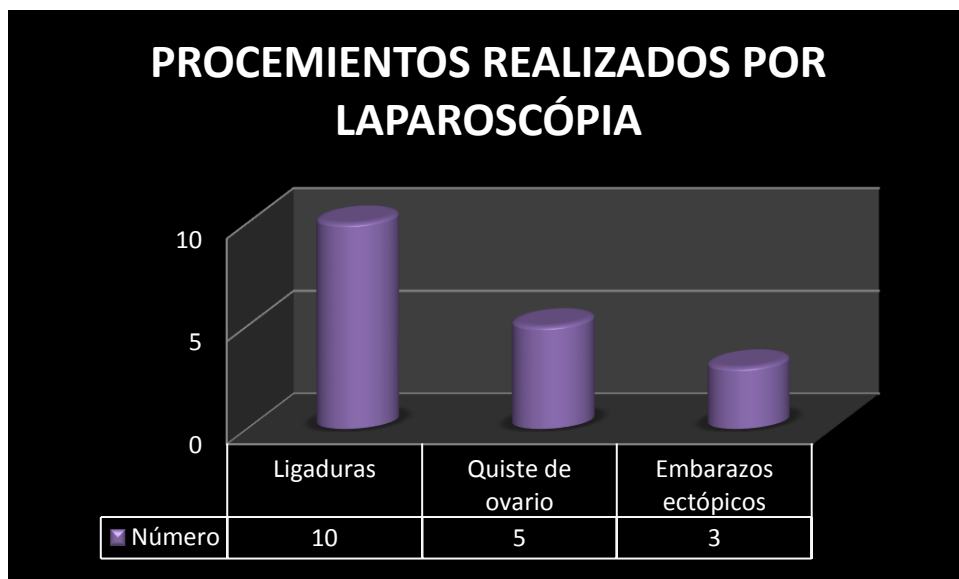
ANÁLISIS DEL FIN

“Fortalecer el conocimiento científico en laparoscopia que poseen los médicos del departamento de Ginecología del H.I.A con los indicadores: El 10% de los procedimientos quirúrgicos que se realizan en el Departamento serán laparoscópicos, resultados de la encuesta al personal capacitado”

Procedimientos quirúrgicos realizados ginecológicos en el Departamento de G-O	400	100%
Procedimientos espera realizar	40	10%
Procedimientos realizados	18	7.5%

El detalle de los procedimientos realizados es el siguiente:

Tipo de procedimiento	Número
Ligaduras	10
Quiste de ovario	5
Embarazos ectópicos	3
Total	18



ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C

Fuente: Historias Clínicas

ANÁLISIS:

Del análisis del Fin de este trabajo podemos deducir lo siguiente: que el porcentaje de procedimientos ginecológicos que se realizan en el Hospital General Provincial Isidro Ayora es elevado, pero en el 100% de los mismos se realizan por cirugía abierta, lo que busca el presente trabajo es sentar las bases para que en lo posterior se vayan ampliando paulatinamente el porcentaje de procedimientos laparoscópicos que se realizan en el Departamento de G-O para mejorar la atención a las usuarias y dar uso eficaz a la tecnología que dispone el Hospital, el indicador para el presente trabajo fue ampliar en un 10% los procedimientos laparoscópicos del total realizados del presente no ha sido posible cumplir en su totalidad en lugar del 10% se ha cumplido el 7,5% debido a que durante el presente año el Hospital ha sufrido una serie de Emergencias de conocimiento público en las áreas de Ginecología y Neonatología por lo que se ha puesto énfasis en solucionar los mismos, y limitar el desarrollo de algunas otras áreas por lo que algunas ocasiones no se dispuesto del material suficiente e indispensable para los procedimientos, del mismo modo durante el transcurso del mes de Julio el área de centro quirúrgico entro en un proceso de remodelación lo que dificulto que se programen los procedimientos, de igual manera no se ha logrado la exoneración del derecho de todas las cirugías ginecológicas que han sido programadas y eso un factor limitante para realizar los procedimientos lo que ha impedido que la meta alcanzada no se cumpla durante el tiempo programado.

El segundo indicador es una encuesta que se aplicado al personal capacitado cuyos resultados son los siguientes:

MARQUE CON UNA X LO QUE USTED CONSIDERE CORRECTO:

1. La laparoscopia es un procedimiento que se puede utilizar en ginecología:

SI ()

NO ()

PRE GUNTA 1.

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	15	100%
NO	0	0%



FUENTE: Encuesta al personal capacitado

ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

El 100% del personal capacitado está de acuerdo en que la laparoscopia puede aplicarse a los procedimientos ginecológicos, ninguno opina que la laparoscopia no se pueda utilizar en ginecología.

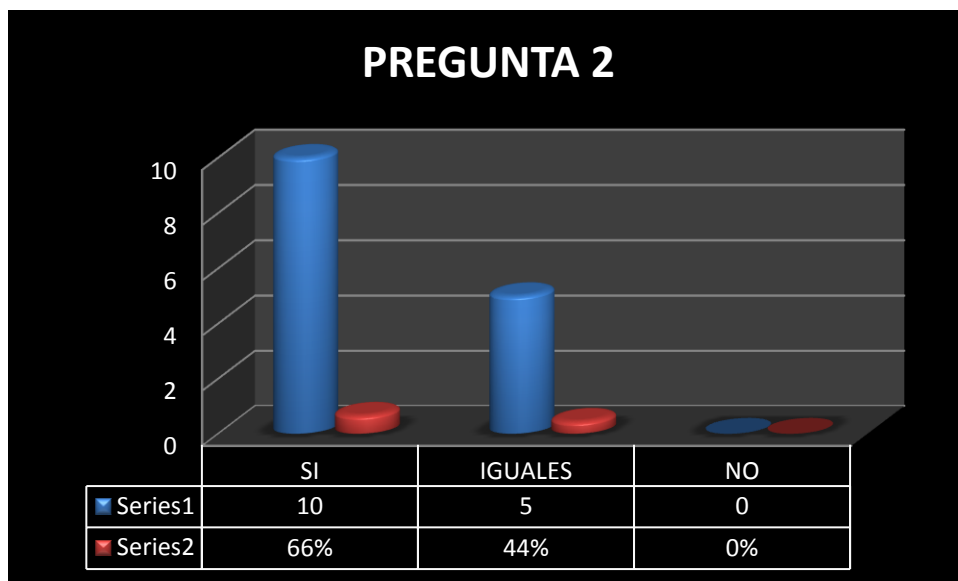
PREGUNTA 2.

2. El uso de laparoscopia tiene ventajas sobre la utilización de procedimiento abiertos:

SI ()

NO ()

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
SI	10	66%
IGUALES	5	44%
NO	0	0%



FUENTE: Encuesta al personal capacitado
ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

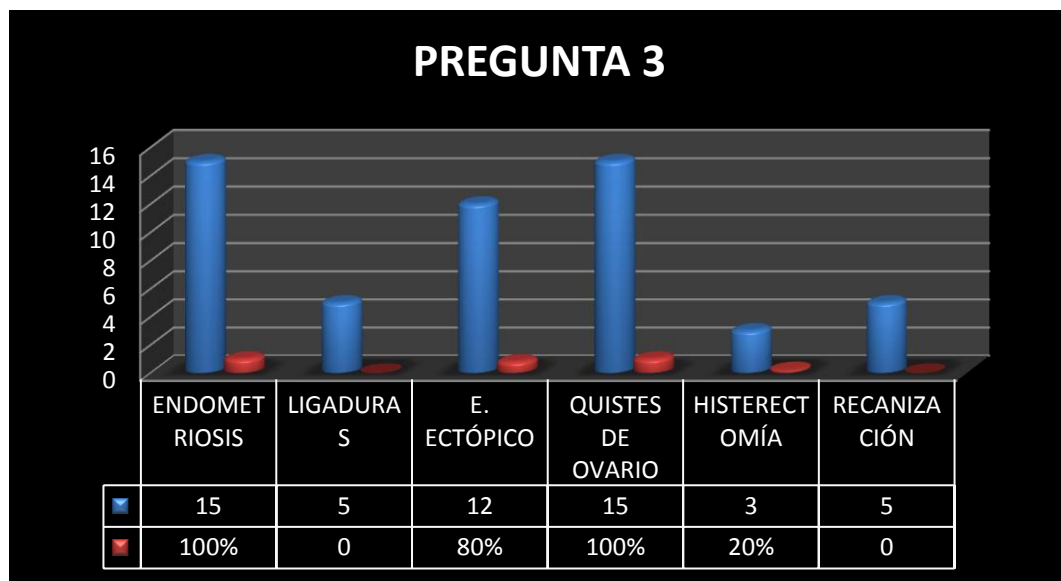
EL 66% de los encuestados opina que la laparoscopia tiene ventajas sobre los procedimientos abiertos, y el 44% opina que los resultados son iguales pero aclara que para algunos procedimientos como las ligaduras, sobre el resto señala que tiene ventajas.

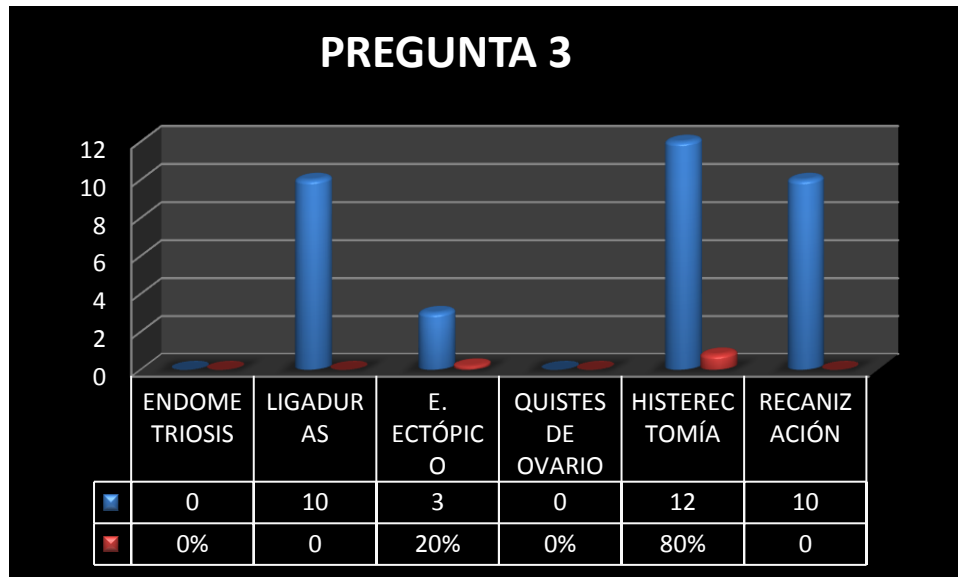
PREGUNTA 3.

1. Qué procedimientos usted considera que se pueden realizar por laparoscopia:

LIGADURA ()
 EMBARAZOS ECTOPICOS ()
 ENDOMETRIOSIS ()
 QUISTES DE OVARIO ()
 HISTERECTOMIAS ()
 RECANALIZACIÓN TUBÁRICA ()

PROCEDIMIENTO	SI	PORCENTAJE	NO	PORCENTAJE
ENDOMETRIOSIS	15	100%	0	0%
LIGADURAS	5	33, 5%	10	66.5 %
E. ECTÓPICO	12	80%	3	20%
QUISTES DE OVARIO	15	100%	0	0%
HISTERECTOMÍA	3	20%	12	80%
RECANIZACIÓN	5	33.5%	10	66.5%





FUENTE: Encuesta al personal capacitado

ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

Los encuestados consideran que los procedimientos que son más factibles resolver son: endometriosis 100% embarazos ectópicos, quiste de ovario con un 80%, otros procedimientos como ligaduras y recanalizaciones tubáricas e hysterectomías consideran que no son factibles de realizar, pero hacen las siguientes aclaraciones: las ligaduras deberían hacerse en mayores cantidades para que se observe una diferencia en costo con los procedimientos abiertos, las recanalizaciones e hysterectomías no son factibles de realizar por que implican mayores niveles de complejidad y entrenamiento.

PREGUNTA 4:

Cuál de las siguientes considera usted que son contraindicaciones de la laparoscopia.

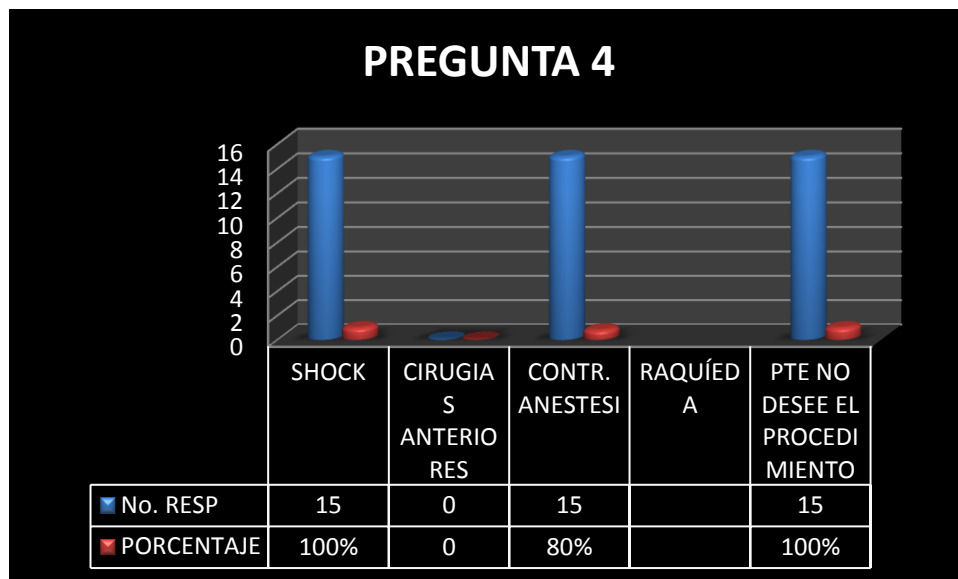
PACIENTE CON SHOCK HIPOVOLEMICO ()

PACIENTE CON ANTECEDENTES DE CIRUGIAS ANTERIORES ()

PACIENTES CON CONTRAINDICACIONES DE ANESTESIA RAQUÍDEA()

PACIENTES QUE NO DESEEN EL PROCEDIMIENTO ()

PROCEDIMIENTO	No. RESP	PORCENTAJE
SHOCK	15	100%
CIRUGIAS ANTERIORES	0	0
CONTR. ANESTESI RAQUÍEDA	15	80%
PTE NO DESEE EL PROCEDIMIENTO	15	100%



FUENTE: Encuesta al personal capacitado

ELABAROCIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

Los encuestados consideran que el las contraindicaciones para realizar procedimientos laparoscópicos son: shock hipovolémico, contraindicaciones para anestesia raquídea y el deseo de no realizar el procedimiento de la paciente con un 100%, lo que coincide con lo aprendido dentro de los talleres

PREGUNTA 5:

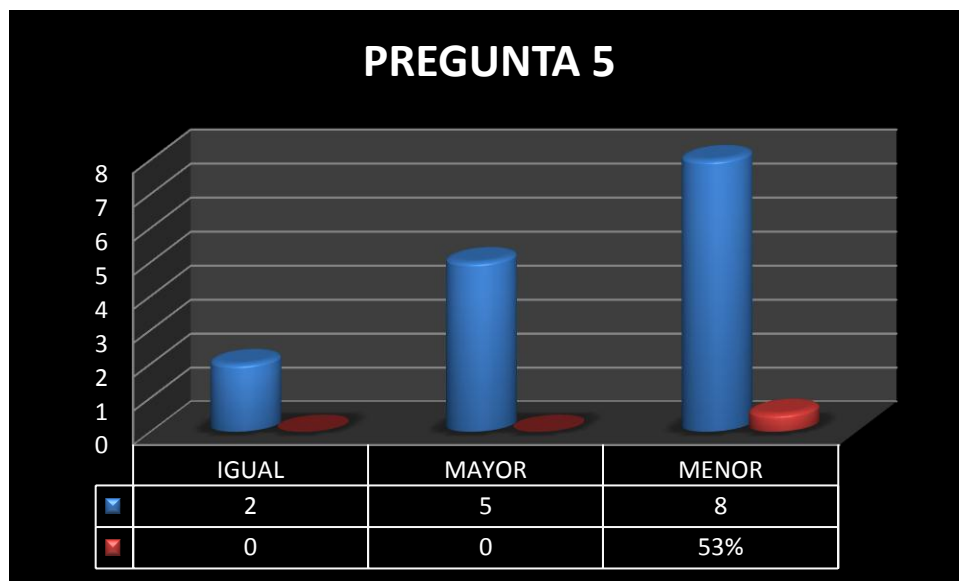
El costo de la cirugía laparoscópica en comparación con la cirugía abierta es:

IGUAL ()

MENOR ()

MAYOR ()

RESPUESTA	NUMERO	PORCENTAJE
IGUAL	2	13.5
MAYOR	5	33.5%
MENOR	8	53%



FUENTE: Encuesta al personal capacitado

ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C.

ANÁLISIS:

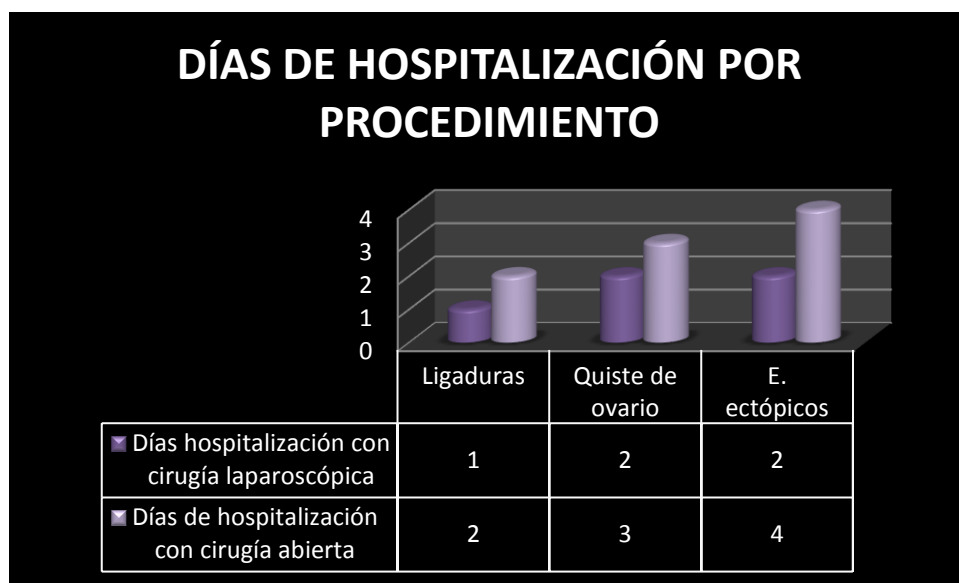
Los encuestados un 53% consideran que los costos de la cirugía laparoscópica son menores en un 2% considera que son iguales, y un 33.5% considera que son mayores pero indica que son mayores para procedimientos laparoscópicos como las ligaduras

ANÁLISIS DE PROPÓSITO

“Implementar la cirugía laparoscópica en las pacientes que acuden al departamento de ginecología del Hospital General Isidro Ayora de Loja con el indicador: Disminuir el tiempo de estancia hospitalaria, Disminuir el dolor posoperatorio en el paciente.”

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA:

Tipo de procedimiento	Días hospitalización con cirugía laparoscópica	Días hospitalización con cirugía abierta
Ligaduras	1	2
Quiste de ovario	2	3
Embarazos ectópicos	2	4

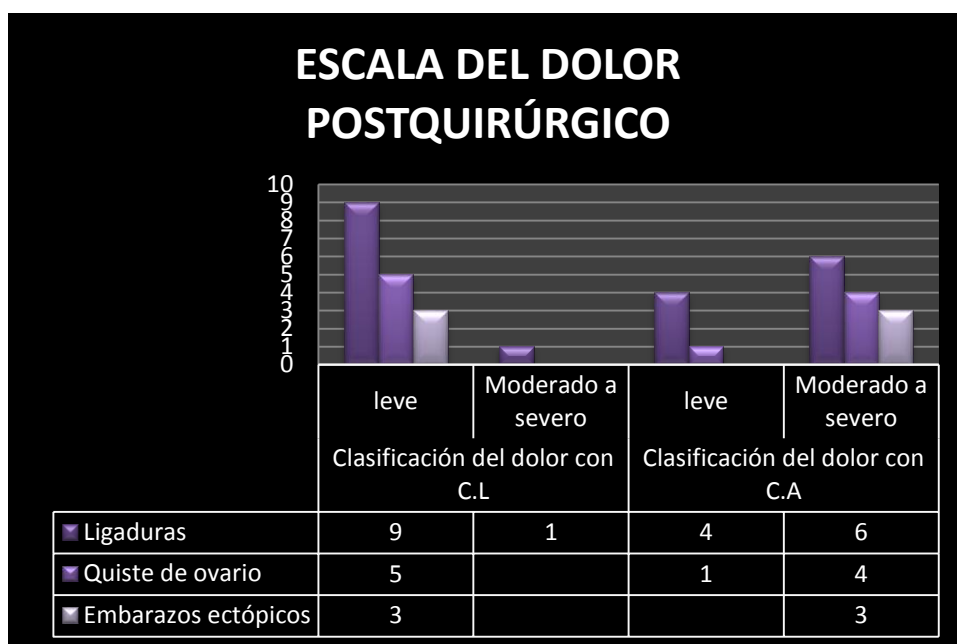


Elaboración: Dra. Maritza Pacheco C.

Fuente: Historias Clínicas

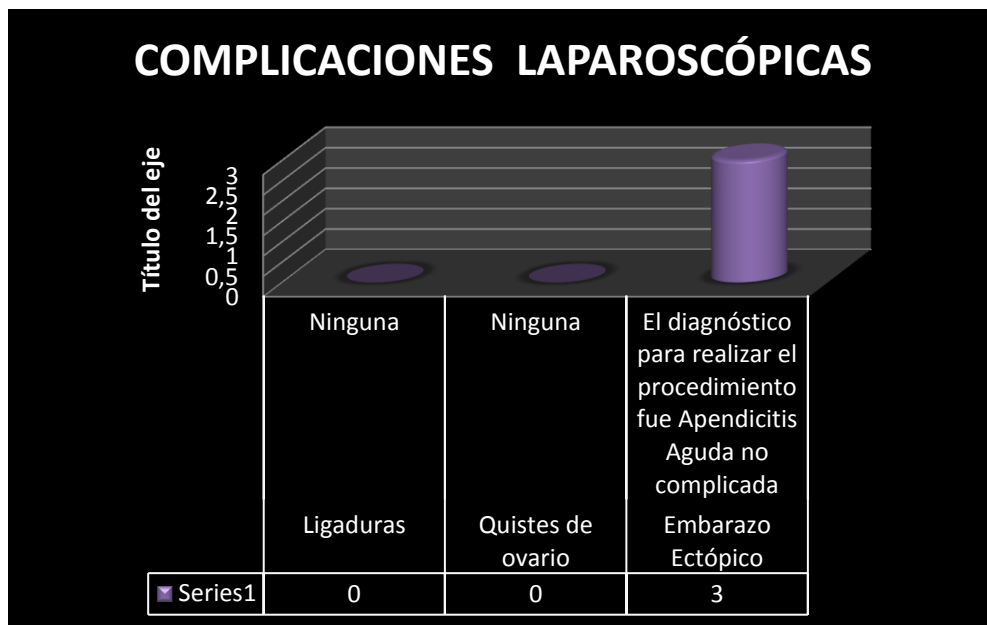
CALIFICACIÓN DEL DOLOR POR PARTE DE LOS PACIENTES:

Tipo de procedimiento	Clasificación del dolor con cirugía laparoscópica		Clasificación del dolor con cirugía abierta	
	leve	Moderado a severo	leve	Moderado a severo
Ligaduras	9	1	4	6
Quiste de ovario	5		1	4
Embarazos ectópicos	3			3

**ELABORACIÓN:** Dra. Maritza Pacheco C**FUENTE:** Historias Clínicas

COMPLICACIONES:

Ligaduras	Ninguna	0
Quistes de ovario	Ninguna	0
Embarazo Ectópico	El diagnóstico para realizar el procedimiento fue Apendicitis Aguda no complicada	3



ELABORACIÓN: Dra. Maritza Pacheco C

Fuente: Historias Clínicas

RESULTADOS:

De los procedimientos laparoscópicos realizados se ha podido obtener la siguiente información: disminución de los días de hospitalización con cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta, las pacientes sometidas a laparoscopia se reduce el tiempo de hospitalización prácticamente a la mitad, así podemos observar los siguientes resultados: en los quistes de ovario y embarazos ectópicos el tiempo máximo de hospitalización fue de dos días y en las esterilizaciones tubáricas 1 día en comparación con la cirugía abierta son de 4 días para los quistes de ovario y embarazos ectópicos y 2 para las ligaduras, de igual manera hay una disminución importante del dolor posoperatorio de 48% frente al 80% de pacientes que manifiestan dolor de moderado a severo frente la cirugía abierta, de igual modo no se ha presentado ninguna complicación durante los procedimientos laparoscópicos, lo que se pudo observar es que el diagnóstico para realizar el procedimiento laparoscópico fue errado en 3 casos en donde el diagnóstico fue apendicitis aguda y el cuadro encontrado fue embarazo ectópico pero de igualmente se pudo resolver el cuadro por vía laparoscópica, lo que nos habla aun mejor de las bondades de los procedimientos laparoscópicos especialmente que nos de utilidad para ser procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos.

10. CONCLUSIONES

10. CONCLUSIONES

Una vez que se ha llevado a cabo el presente trabajo podemos concluir lo siguiente:

1. Los procesos de capacitación permiten reforzar los conocimientos adquiridos y permiten implementar nuevos procedimientos que mejorar la calidad del servicio brindado ala usuaria externa.
2. Los procedimientos laparoscópicos en ginecología son factibles de realizar e implementarse paulatinamente en nuestro departamento.
3. Es necesario que exista normas, guías o protocolos estandarizados por las instituciones hospitalarias para la aplicación de los procedimientos laparoscópicos en ginecología.
4. El trabajo interdepartamental permite ampliar los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que son ofrecidos a las usuarias del departamento de Ginecología y obstetricia.

11. RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

1. Las instituciones hospitalarias deben contar con programas estructurados de capacitación, formación y entrenamiento del personal médico para que los procedimientos laparoscópicos sean aplicados en las diferentes áreas con seguridad.
2. Es importante que se gestionen la ejecución de pasantías con la finalidad de desarrollar destrezas en los médicos del servicio.
3. Establecer un programa de educación continua de charlas científicas, discusión de casos en forma permanente.
4. Elaborar las normas propias del Departamento para la realización de los procesos laparoscópicos para lo cual servirá de base el compendio elaborado en el presente proyecto
5. Realizar las gestiones pertinentes, que a futuro el departamento tenga sus propios equipos a disposición para procedimientos laparoscópicos en forma permanente

12. BIBLIOGRAFÍA

11. BIBLIOGRAFÍA:

1. Alcazar JL, Galán MJ, et al. Nuevo sistema de puntuación ecográfica para el diagnóstico diferencial de las tumoraciones anexiales. ProgObstetGinecol 2002;45(8):319-26
2. Alfonsin A: La laparoscopia en el diagnóstico del embarazo ectópico no complicado. Trabajo de adscripción. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 2008.
3. Alfonsin A., La laparoscopia en el diagnóstico de algias pelvianas rebeldes.- Rev. Arg. de Ginecología y Obstetricia, 2;177,2009.
4. AlfonsinA.Exploración laparoscópica en Ginecología. Edit. Médica Panamericana Buenos Aires, 2005.
5. Bec, Kurt Atlas de Laparoscopia. Autor; Edición 2008, México, Mc Graw – Hill Interamericana.
6. Behrman S.J. Endoscopia Ginecológica. Mesa redonda. XVI Congreso Chileno Obstetricia y Ginecología. 202, 2009.
7. Canto MJ, Martínez JM, et al. Caracterización preoperatoria de las tumoraciones de ovario mediante ecografía, doppler y determinación sérica de Ca 125. Estudio comparativo. Prog. Obstec -Ginecol 2001;44:205-215.
8. Carmona M, Olivencia R, Perez I et al. Masas anexiales. Diagnóstico diferencial. Marcadores tumorales. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología . 2004.

9. Cogorno M.L. La laparoscopia en esterilidad sin causa aparente. III Congreso Argentino de Esterilidad e Infertilidad. 131,2008.
10. Cunningham FC, MacDonald PC, Gant NF *et al.* Williams Obstetricia. 20a. edición. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2002
11. Dexeus S. Avances en endoscopia ginecológica. XVI Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 188, 2009.
12. Chiavenato, I. (1996). "Administración de Recursos humanos" .Quinta edición Bogotácap. 78
13. Chiavenato I (1989). "Introducción a la Teoría General de la Administración". México. Mc.Graw – Hill Interamericana de México:S.A. cap10 ,pag 112 – 116.
14. Farquhar Cynthia M: Ectopic Pregnancy.The Lancet, (2005) Vol 366. pág 583-591.
15. Frangenhein, Hans; Laparoscopia y culdoscopia en Ginecología. Ed. Científico Médica, edición 2008.
16. Goncalves, A. (2000). "Fundamentos del clima organizacional". Sociedad Latinoamericana para la calidad (SLC) . México, Mc Graw – Hill Interamericana de México, cap 6, pág: 204 -210
17. Leyton H, Esterilización tubaria por laparoscopia. XVI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología. 209,2007.
18. Marchant, L. (2002). Estudio descriptivo de la influencia del clima organizacional sobre las personas y su trabajo en empresas medianas de la V región. Tesis de magíster U. de Valparaíso, Chile.

19. Marchant, L. (2005) "Actualizaciones para el desarrollo organizacional" primer seminario Viña del Mar. Chile., Marchant, L.; Prieto, A. (2005) "Cuestionario CCO (Copyright 2005, N 149.282. Viña del Mar. Chile.
20. Ministerio de salud (2002): "Hacia un modelo de gestión hospitalaria". Chile. • Rodríguez, A. (1999). "Introducción a la Psicología del Trabajo y de las Organizaciones". Ed.Pirámide, Madrid, España.
21. Pearlman, M. Obstetric and Gynecologic Emergencies,. Diagnosis and Management, 2003. McGraw Hill, 590 páginas
22. Pineda R, Nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento del factor tubo peritoneal. . III Congreso Argentino de Esterilidad e Infertilidad. 133, 2000.
23. Porta C. A. Et al Diagnóstico laparoscópico en Ginecología. Semana Médica del Hospital de Morón. 2000, editorial Médica Panamericana Buenos Aires, 2005 cap: 10, págs.: 67- 89.
24. POA Institucional 2010, Hospital Isidro Ayora, Departamento de Estadística
25. Rodríguez, D. (2000) "Diagnóstico Organizacional". Ediciones Universidad Católica de Chile.
26. Segredo, A.; Reyes, D. "Clima organizacional en salud pública, consideraciones generales" alina.segredo@infomed.sld.cu. Pagina web.
27. Ryder RM and Vaughan MC. Laparoscopic Tubal Sterilization: Methods, Efiectiveness and Sequelae. Obstetrics and Gynecology Clinics 2000; 26: 8397.

28. Rodriguez A, Perez Herrezuelo I, Fernandez J. Conducta ante una masa anexial. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología. 2004
29. Tarrats A. Valoración prequirúrgica de las masas anexiales. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002;3(3):140-44.
30. Van Nagell JR. Management of anexal masses in postmenopausal women. American Journal of ObstetGynecol 2005;193, 30-5.
31. Sustitución de la laparotomía exploradora por laparoscopia. Autor: Goldsman T. XIV Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 3;250, 2007.
32. Velasco, Unidad de endoscopia ginecológica. V. L. Obstetricia y Ginecología Lat. Amer. 39; 139, 2001.
33. Young E. Complicaciones de la laparoscopia, XIV Congreso Argentino de Obstetricia y Ginecología. 3; 192, 2003.

13. ANEXOS

**ANEXO
ACTIVIDAD N° 1**

**ANEXO
ACTIVIDAD N° 2**

ANEXO
ACTIVIDAD N° 3

Loja, 18 de Abril del 2011.

Dr.

Benito Román

COORDINADOR DEL POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Ciudad.

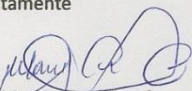
De mis consideraciones:

Reciba un cordial y efusivo saludo y a la vez desearle éxito en las funciones que tan acertadamente viene desempeñando.

En vista de que actualmente la constitución exige la continua capacitación de los profesionales y en especial aquellos que se dedican a sectores estratégicos como es la salud; razón por la cual me encuentro en proceso de adquirir un cuarto nivel con el único propósito de mejorar la calidad de atención a los usuarios que demandan de nuestros servicios. Por tal motivo solicito a Ud. La autorización correspondiente para llevar a cabo el proyecto de **"CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011"**

Conocedora de su gran espíritu de colaboración, desde ya le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

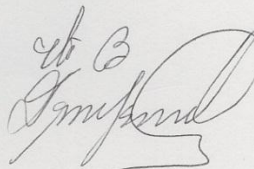
Atentamente


Dra. Maritza Pacheco C.

MAESTRANTE DE LA UTPL

C/c. Jefe de Gineco-Obstetricia

Coordinador del Postgrado de Ginecología de la UNL



Loja 20 de Abril del 2011.

ACTA DE REUNIÓN

En la ciudad de Loja siendo los 20 días del mes de Abril del 2011 a las 11h00, se reúnen en la secretaría del Departamento de Ginecología y Obstetricia, el Jefe del Departamento, la Enfermera Líder del Departamento, médicos tratante y médicos residentes de postgrado con la maestrante con el objeto de elaborar un programa de Capacitación para el personal médico de Ginecología y Obstetricia en procedimientos laparoscópicos básicos, el mismo que queda estructurado de la siguiente manera:

TEMA. PRINCIPIOS BÁSICOS Y FUNDAMENTOS DE CIRUGÍA LAPAROSCOPICA:

DIA 1	10H00 -12H00	HIA	Principios básicos de cirugía
DIA 2	10H00- 12H00	HIA	Equipo instrumental
DIA 3	10H00- 12H00	HIA	Anatomía
DIA 4	10H00- 12H00	HIA	Complicaciones

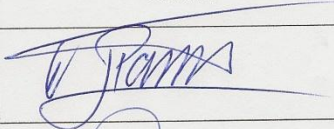
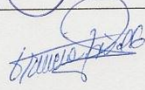
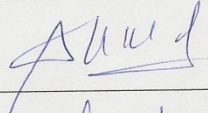
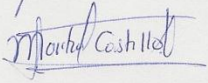
Expositor : Dr. Byron Pinza

TEMA: PROCEDIMIENTOS GINECOLÓGICOS:

DIA 1	18H00 – 20H00	HIA	Anatomía pélvica
DIA 2	18H00 – 20H00	HIA	Manejo de masas ováricas
DIA 3	18H00 – 20H00	HIA	S.P.B
DIA 4	18H00 - 20H00	HIA	Complicaciones

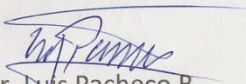
Expositores: Dr. Byron Pinza.
Dra. Maritza Pacheco C.

Para constancia firman los participantes:

NOMBRE	FIRMA
Dr. Luis Pacheco	
Lic. Francia Ríos	
Lic. Luz Contento	
Dra. Maricini Atariguana	
Dra. Maritza Castillo	
Dra. Violeta Torres	

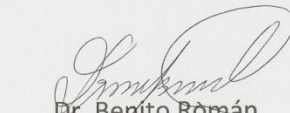
CONVOCATORIA

CON EL PROPÓSITO DE CUMPLIR CON EL PROYECTO "CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DDE LOJA " SE CONVOCA A LOS MÉDICOS TRATANTES Y RESIDENTES A LA CONFERENCIA QUE TENDRA LUGAR EL DIA MARTES 26 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO EN LA SECRETARIA DEL DEPARTAMENTO A LAS 18H00.



Dr. Luis Pacheco B.

JEFE DEL DEPARTAMETO

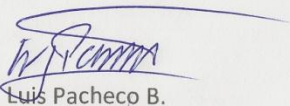


Dr. Benito Román

COORDINADOR DEL
POSTGRADO DE GINECOLOGÍA DE LA UNL

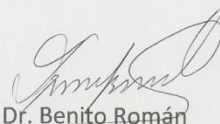
CONVOCATORIA

CON EL PROPÓSITO DE CUMPLIR CON EL PROYECTO "CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DDE LOJA " SE CONVOCA A LOS MÉDICOS TRATANTES Y RESIDENTES A LA CONFERENCIA QUE TENDRA LUGAR EL DIA MARTES 21 DE JUNIO DEL PRESENTE AÑO EN LA SECRETARIA DEL DEPARTAMENTO A LAS 18H00.



Dr. Luis Pacheco B.

JEFE DEL DEPARTAMENTO

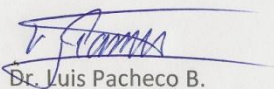


Dr. Benito Román

COORDINADOR DEL POSTGRADO
DE GINECOLOGÍA DE LA UNL

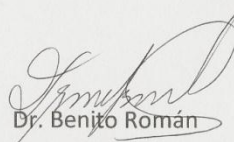
CONVOCATORIA

CON EL PROPÓSITO DE CUMPLIR CON EL PROYECTO "CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DDE LOJA " SE CONVOCA A LOS MÉDICOS TRATANTES Y RESIDENTES A LA CONFERENCIA QUE TENDRA LUGAR EL DIA MARTES 12 DE JULIO DEL PRESENTE AÑO EN LA SECRETARIA DEL DEPARTAMENTO A LAS 18H00.



Dr. Luis Pacheco B.

JEFE DEL DEPARTAMENTO



Dr. Benito Román

COORDINADOR DEL POSTGRADO DE
GINECOLOGÍA DE LA UNL

Señores

MÉDICOS DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL ISIDRO AYORA.

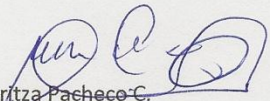
Ciudad.

De mis consideraciones:

Por medio de la presente me permito invitar muy cordialmente a todos médicos del Departamento de Ginecología a las Conferencia de " PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA " la misma que se llevará a cabo el día Martes 26 de julio del 2011 en la Secretaría del Departamento a las 18h00.

Por la asistencia a la misma desde ya le antelo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente


Dra. Maritza Pacheco C.

C/c Jefe del Departamento

Coordinador del Postgrado de Ginecología y Obstetricia de la UNL


Vte. Buenos

Loja, 21 de Julio del 2011.

Dr.

Benito Román

COORDINADOR DEL POSTGRADO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

Ciudad.-

De mis consideraciones:

Reciba un cordial y efusivo saludo y a la vez desearle éxito en las funciones que tan acertadamente viene desempeñando.

En vista de que actualmente la constitución exige la continua capacitación de los profesionales y en especial aquellos que se dedican a sectores estratégicos como es la salud; razón por la cual me encuentro en proceso de adquirir un cuarto nivel con el único propósito de mejorar la calidad de atención a los usuarios que demandan de nuestros servicios. Por tal motivo solicito a Ud. La autorización correspondiente para llevar a cabo el proyecto de **"CAPACITACIÓN EN PROCEDIMIENTOS LAPAROSCÓPICOS BÁSICOS AL PERSONAL MÉDICO DEL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL GENERAL PROVINCIAL ISIDRO AYORA DE LOJA DURANTE EL PERIODO ABRIL – AGOSTO 2011"**

Conocedora de su gran espíritu de colaboración, desde ya le anticipo mis más sinceros agradecimientos.

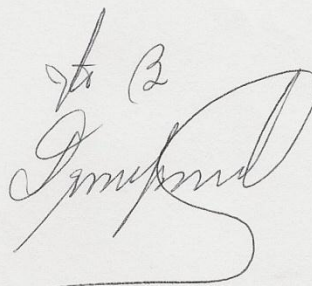
Atentamente


Dra. Maritza Pacheco C.

MAESTRANTE DE LA UTPL

C/c. Jefe de Gineco-Obstetricia

Coordinador del Postgrado de Ginecología de la UNL

7/2


FOTOS TALLER



FOTOS CIRUGIAS



FOTOS







EL PRESENTE ES UN MANUAL PROCESO DE RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN QUE PRETENDE SER UNA GUIA PARA MEDICOS RESIDENTES E INTERNOS Y A SU VEZ DESPERTAR EL INTERES POR LOS PROCESOS LAPAROSCÓPICOS.

**HOSPITAL ISIDRO AYORA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y
OBSTETRICIA.
INFORMACIÓN SOBRE PROCEDIMIENTOS
IMPORTANTES EN GINECOLOGÍA**

ESTERILIZACIÓN TUBARICA BILATERAL NORMAS PARA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

1. INTRODUCCIÓN:

Es indudable que tanto desde el punto de vista individual como social, la salud reproductiva requiere utilizar cuidadosamente los medios más eficaces para prevenir los embarazos no deseados, lo cual ha determinado que se realicen grandes esfuerzos de investigación en busca de nuevos y mejores métodos para controlar la natalidad.

La anticoncepción (o esterilización) tubárica constituye una postura radical que permite interferir la fecundidad de la mujer para suprimir definitivamente su capacidad reproductiva. Probablemente fueron Zweifel y Thomas quienes primero la intentaron, pero la gran mayoría de los autores coinciden en afirmar que le corresponde al estadounidense Samuel Smith Lungren el privilegio de haber efectuado la primera ligadura tubárica simple en 1880. Desde entonces y hasta nuestros días se han descrito, ensayado y perfeccionado más de un centenar de intervenciones quirúrgicas para lograr la interrupción de la continuidad tubárica de las mujeres, aunque su disponibilidad y aceptabilidad fueron limitadas hasta la década de 1960 luego con los números avances tecnológicos se ha popularizado y hoy en día se puede realizar por distintas métodos y vías de acceso

La ligadura de las trompas de Falopio (LT) es un método todo anticonceptivo de tipo quirúrgico, en cual consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de impedir la unión de las gametas(óvulo -espermatozoide). Sirve para evitar el embarazo en forma permanente.

Las primeras LT en EE .UU. fueron realizadas intracésarea por Samuel Smith Lungren, en Toledo, Ohio, en 1880, con el objetivo de evitar futuros embarazos de alto riesgo. Recién en 1961, en Japón, Uchida, realiza por primera vez la mini laparotomía para efectuar las LT, llegando a reportar más de 2000 ligaduras posparto.

La revolución sexual de los años 60 y 70 marcó una etapa de cambio cultural en relación a la conducta sexual y anticoncepción de hombres y mujeres que, sumado al avance tecnológico de los procedimientos quirúrgicos, contribuyó a que la anticoncepción quirúrgica representara una forma segura y eficaz de prevenir el embarazo.

La fibra óptica inventada durante los primeros años de la década del 70, permitió la realización de laparoscopías. Este procedimiento quirúrgico permitió abordar la cavidad abdomino - pelviana a través de una pequeña incisión con anestesia local, reduciendo los riesgos de la anestesia general, el dolor y los tiempos de recuperación post quirúrgica.

La laparoscopia facilitó la realización de la ligadura tubaria y en la década del 90, se convirtió en el método anticonceptivo más

popular en EE .UU, y según datos de IPPF en el año 2002 era utilizado por 190 millones de parejas .

Más de 100 millones de mujeres en edad fértil han utilizado este procedimiento y se estima que más de 100 millones de mujeres de países en vías de desarrollo la solicitarán en los próximos 20 años.

En EE .UU. más de 2 millones de mujeres entre 20 y 49 años realizaron el procedimiento entre 1994 y 1996, un promedio de 684.000 mujeres por año.

Lo que equivale a una tasa de 11,5 LT cada 1000 mujeres. Aproximadamente la mitad de éstos procedimientos se realizaron en el post parto, durante la internación.

En 1995, en EE .UU. el 24% de las mujeres casadas habían elegido la LT como método de regulación de su fertilidad, mientras que un 15% de los hombres habían optado por la vasectomía.

2. INDICACIONES:

Indicar una ligadura tubaria puede ser fruto de la libre elección de una mujer sana con propósitos meramente anticonceptivos o debido a la existencia de factores que desaconsejan la posibilidad de procreación, como algunas enfermedades clínicas o psiquiátricas, anomalías genéticas o posibles complicaciones obstétricas.

3. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la liga dura tubaria como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

La siguiente clasificación de las condiciones considerando cuatro categorías diferentes, está basada en una revisión de la evidencia epidemiológica y clínica pertinente a la elegibilidad médica.

CATEGORÍA	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS/ CONDICIÓN
A Aceptar	No hay razones médicas para negar la LT a una persona en esta condición. Nulipara o multipara. Lactancia. Postparto (menor a 7 días o mayor de 42 días) Preclampsia leve. Post aborto no complicado. Luego de embarazo ectópico. Fumadoras. Antecedentes de HTA, trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. Historia familiar de trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar. Cirugía mayor o menor sin inmovilización prolongada. Mutaciones trombogénicas conocidas. Trombosis venosa superficial. Hiperlipidemias. Cefaleas de cualquier tipo. Sangrado irregular o abundante o dismenorrea severa. Tumores benignos ováricos. Enfermedad trofoblástica benigna. Neoplasia intraepitelial cervical. Enfermedad mamaria (excepto cáncer de mama). Enfermedad pelviana inflamatoria con embarazo subsecuente. Vaginitis incluyendo tricomonas o vaginosis bacteriana. ETS excluyendo HIV, hepatitis, clamidia o gonorrea. Riesgo aumentado de ETS. Infección por HIV o alto riesgo. Esquistosomiasis no complicada y malaria. TBC no pelviana. Antecedente de DBT gestacional. Bocio simple. Enfermedad de la vesícula biliar tratada con colecistectomía o medicamento o asintomático. Antecedentes de colestasis del embarazo o asociada a anticonceptivos orales combinados. Portadora de hepatitis. Ligadura tubaria conjuntamente con la operación cesárea.

R Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.	Embarazo. Postparto entre 7 a 42 días. Preeclampsia severa o eclampsia. Rotura prematura de membranas de 24 hs o más. Sepsis puerperal, intraparto o fiebre puerperal o post aborto. Hemorragia pre o postparto severa o post aborto. Trauma severo del tracto genital: desgarro cervical o vaginal en el momento del parto o aborto. Hematometra aguda. Enfermedad tromboembólica o embolismo pulmonar en curso. Cirugía mayor con inmovilización prolongada. Enfermedad cardíaca isquémica en curso. Sangrado vaginal sin diagnóstico (se debe evaluar antes de realizar el procedimiento). Enfermedad trofoblástica gestacional maligna. Cáncer de cuello, endometrio y ovario esperando tratamiento (en general el tratamiento deja a la mujer estéril). Enfermedad pelviana inflamatoria en curso. Cervicitis purulenta o infección por clamidia o gonococo en curso. Enfermedad vesicular en curso. Hepatitis viral activa. Anemia ferropénica con Hb menor de 7g/dl. Infección de la piel del abdomen. Enfermedad respiratoria aguda como bronquitis o neumonía. Infección sistémica o gastroenteritis. Cirugía abdominal de emergencia sin consejería previa o con alguna patología infecciosa.
---------------	--	--

CATEGORÍA	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS/ CONDICIÓN
C Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en un ámbito de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales. Edad joven. Obesidad BMI mayor de 30 kg/m². HTA adecuadamente tratada o leve. Antecedentes de enfermedad cardíaca isquémica Enfermedad valvular no complicada. Epilepsia. Desórdenes depresivos. Cáncer de mama. Miomias uterinos. Enfermedad pelviana inflamatoria sin embarazo subsecuente. Esquistosomiasis con fibrosis hepática. DBT sin enfermedad vascular tipo 1 o 2. Hipotiroidismo. Cirrosis leve compensada. Tumores hepáticos benignos o malignos (hepatomas). Talasemia y anemia de células falciformes. Anemia ferropénica con Hb entre 7 y 10g/dl. Hernia diafragmática. Enfermedad renal. Deficiencias nutricionales severas. Cirugía pelviana o abdominal previa. Ligadura tubaria junto con cirugía abdominal selectiva.

4. MOMENTO OPORTUNO PARA LA REALIZACIÓN DE UNA LT

Puede realizarse siempre y cuando el médico esté seguro de que la mujer no está embarazada, luego de una adecuada consejería y del consentimiento informado dado por la mujer.

1. LT del intervalo La LT del intervalo es la que se realiza desvinculada del parto, sea la mujer nuligesta, nulípara o multípara. Se aconseja realizar la LT durante los primeros siete días del ciclo menstrual, en la fase proliferativa, ya que los tejidos están menos vascularizados en el postmenstruo inmediato, lo que resulta favorable por razones técnicas quirúrgicas y, además, existe cierta seguridad de que la mujer no esté embarazada.

2. Asociada a una operación cesárea La LT asociada a una operación cesárea es la que se realiza conjuntamente con la operación cesárea.

La realización de una LT no debería ser la única indicación para practicar una cesárea.

3. Postparto: La LT del postparto es la que se realiza preferente mente *dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto*, por razones técnicas quirúrgicas y, además, para aprovechar la oportunidad de la internación,

ya que para algunas mujeres puede ser ésta la única posibilidad de estar en contacto con un Centro Asistencial de Salud.

Desde la perspectiva quirúrgica, la mini laparotomía ejecutada dentro de las 48 horas después de un parto vaginal, resulta más fácil de realizar que una LT de intervalo, y es igual de segura y eficaz.

5. EFECTIVIDAD:

La tasa de fracasos relacionada con la esterilización quirúrgica es menor que la señalada para cualquiera de los otros métodos anticonceptivos, con excepción de la vasectomía (tabla 1-5). Las fallas de las técnicas de esterilización se deben fundamentalmente a los siguientes factores.

1. Pacientes que están embarazadas en el momento del procedimiento. Se estima en 7/1 000, la incidencia de embarazos al momento de realizar el procedimiento, lo que se conoce como embarazo en fase lútea (Chi and Feldblum) Esto se puede evitar mediante una adecuada historiagineco-obstétrica, además de practicar el procedimiento en la fase folicular o durante la menstruación. Si el procedimiento se va a realizar en la fase lútea tardía, se recomienda practicar una prueba de embarazo de alta sensibilidad (Lipscomb et al, 1993).

2. Mala técnica quirúrgica, que explica del 30% al 70% de las fallas (Hatcher et al, 1994).

3. Defectos de los equipos laparoscópicos de electrocoagulación o fallas de los clips utilizados.

4. Formación de fístulas, que son más comunes con los métodos electroquirúrgicos (Soderstrom et al, 1989) y cuando se realiza en el puerperio o durante la cesárea, por el edema de las estructuras ocasionado por el embarazo.

5. Reanastomosis espontáneas, las cuales pueden minimizarse siguiendo cuidadosamente la técnica quirúrgica.

6. VENTAJAS

Entre las ventajas que ofrece la EQ sobre los otros métodos anticonceptivos están las que se enumeran a continuación.

1. Es una intervención quirúrgica segura, con una baja incidencia de complicaciones fatales. Además, el riesgo es una sola vez cuando la paciente se opera y no es constante como ocurre con la pastilla, el dispositivo intrauterino, etc.
2. Es el método ideal para aquellas parejas que no desean más hijos, en razón de que es uno de los métodos más efectivos.
3. Es un procedimiento que se realiza una sola vez, por tanto, no requiere de una motivación sostenida, de controles

médicos periódicos, ni de gastos en la adquisición de productos anticonceptivos, aunque requiere de una erogación importante o considerable para el momento de practicar el procedimiento.

4. La efectividad de su costo es máxima, porque es amortizado por el resto de los años de vida fértil. Por otra parte, con el resurgimiento de la cirugía laparoscópica y los procedimientos ambulatorios, se puede aumentar su seguridad y disminuir el costo para hacerlo más accesible a la población de bajos recursos.
5. Se puede realizar en el puerperio inmediato o al momento de la resolución del embarazo sin incrementar, en forma significativa, la morbilidad ni los costos.
6. Entre otras ventajas se encuentra el no tener efectos colaterales importantes, no hay nada que comprar, ni recordar para tomar y no interfiere con la espontaneidad del deseo sexual.

7. DESVENTAJAS:

Entre las desventajas de la EQ están las que se enumeran a continuación.

1. Es un procedimiento que se debe considerar irreversible y aunque se han desarrollado mejores técnicas para recanalizar las trompas, estas operaciones son muy laboriosas, costosas y no aseguran un nuevo embarazo. La alternativa de las técnicas de reproducción asistida es aun más costosa y con una incidencia menor de éxitos.

2. Por ser un método quirúrgico necesita de una infraestructura hospitalaria especializada, es costoso y, aunque su relación costo/beneficio es excelente, muchas mujeres no disponen del dinero para realizarlo; además, no está exento de las complicaciones de cualquier intervención.

3. Aunque la tasa de fracasos es muy baja, no es una técnica 100% efectiva como la mayoría de las pacientes piensan.

No protege contra las enfermedades de transmisión sexual, como lo hacen algunos métodos anticonceptivos.

8. CLASIFICACIÓN:

Las técnicas de EQ se clasifican en endoscópicas y no endoscópicas

TÉCNICAS NO ENDOSCÓPICAS**Laparotomía**

Madlener
 Pomeroy
 Ushida
 Parkland
 Irving
 Kröener
 Electrocoagulación tubaria
 Dispositivos oclusivos *
 Clip de Hulka
 Anillo de Yoon
 Clips de Filshie

Colpotomía

Madlener
 Pomeroy
 Dispositivos oclusivos *

Otras técnicas

Cooke
 Histerectomía
 Salpingectomía

TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS**Laparoscopia**

Electrocoagulación tubaria
 Dispositivos oclusivos *
 Madlener
 Pomeroy, etc.

Culdoscopia (iguales a la laparoscopia)**Histeroscopia**

Electrocoagulación
 Instilación de agentes esclerosantes
 Oclusión mecánica

9. TÉCNICAS ENDOSCÓPICAS:

EL perfeccionamiento y miniaturización de los sistemas ópticos y de iluminación han conducido al uso cada vez más frecuente de los métodos endoscópicos para realizar la EQ.

La vía de abordaje puede ser: abdominal por laparoscopia, vaginal por culdoscopia o intrauterina por histeroscopia.

Laparoscopia

La laparoscopia constituye la técnica ideal en el intervalo y aunque se puede utilizar en el puerperio, no es muy recomendable porque el útero está aumentado de tamaño y las trompas están muy vascularizadas y edematizadas. A continuación se describe la técnica de abordaje laparoscópico y, posteriormente, los diferentes tipos de esterilización quirúrgica endoscópica.

Sitio de la punción.

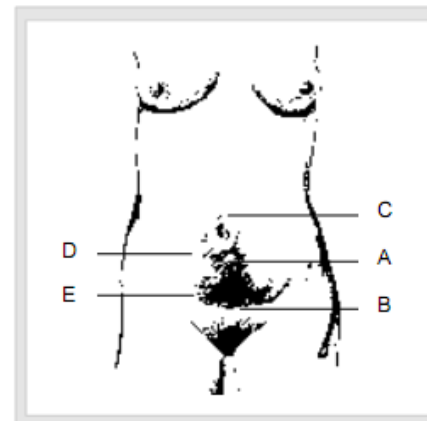
Con la paciente en posición de decúbito dorsal, se realiza antisepsia de la pared abdominal y se coloca un campo estéril abierto a nivel del ombligo. El sitio de la punción puede ser a través de la cicatriz umbilical o en otros puntos de la pared abdominal, como se muestra en la figura 11-4. Si existen incisiones abdominales previas

cercanas al ombligo, es preferible alejarse unos 3 cm en sentido cefálico, si la laparotomía fue infraumbilical y en sentido caudal, si fue supraumbilical.

La anestesia puede ser general, pero es un procedimiento bien tolerado bajo anestesia local (Green-Thompson et al, 1993). Se infiltra con anestesia local la piel y luego los diferentes planos de la pared abdominal, con especial énfasis en el peritoneo. Se introduce la aguja de Verres en forma perpendicular a la pared abdominal, pidiéndole a la paciente que haga resistencia en el abdomen para facilitar el paso de la aguja. Cuando la aguja no es descartable, se sabe que está en la cavidad abdominal porque se escucha un clic metálico, que corresponde al empuje que hace el resorte sobre el estilete. Si se utiliza una aguja descartable, existe un dispositivo de color verde que indica que la punta está en la cavidad abdominal. En ambos casos es difícil lesionar alguna estructura intrabdominal porque la punta de la aguja tiene un estilete por dentro de ella que es romo y que, al no tener la resistencia de la pared abdominal, es disparado hacia fuera.

A pesar de tener la certeza de estar dentro de la cavidad abdominal, es preferible confirmarlo mediante el método de inyección-aspiración o con el método de la gota. El primero, consiste en inyectar una solución a través de la aguja para luego tratar de extraerlo por aspiración; si está en la cavidad no se

obtiene nada, porque el líquido cae libremente en el abdomen, pero si está en el espacio preperitoneal, el líquido inyectado puede ser aspirado de nuevo. En el segundo método, se coloca una gota de solución en el extremo proximal de la aguja y cuando la punta está libre en la cavidad abdominal, la diferencia de presiones hace que la gota desaparezca



Neumoperitoneo.

Se puede realizar sin la necesidad de emplear un insuflador automático y con oxígeno, cuando se realiza la aplicación de clips o anillos, porque es fácil de conseguir y más económico. Pero cuando se utiliza la electrocoagulación monopolar o bipolar, se debe emplear aire ambiente o gas carbónico. En condiciones ideales, la insuflación se hace con un insuflador automático que provee un

flujo de 3 lt/min y la cantidad total que se administra depende del tipo de anestesia. Cuando se hace con anestesia local, se suspende cuando la paciente no tolera más la distensión abdominal y si se utiliza anestesia general, cuando a la palpación se nota el abdomen poco depresible. El neumoperitoneo ideal se logra con 3 ó 4 litros del gas.

Introducción del trocar.

Después de completar el neumoperitoneo se recomienda infiltrar de nuevo el peritoneo con anestesia local, con especial cuidado en ampliar la superficie anestésica para evitar reacciones de tipo vagal al pasar el trocar. Esto se logra introduciendo la aguja de la inyectora verticalmente en el sitio elegido para la punción y luego se aspira suavemente de manera que, cuando se llega a la cavidad abdominal, que está llena de gas, aparezca un burbujeo en la jeringa. Cuando esto sucede se procede a retirar la aguja lo suficiente como para que desaparezca el burbujeo. Una vez en el peritoneo, se infiltra la zona y se amplía la base del cono anestésico. Seguidamente se realiza una incisión suficiente como para que pase un trocar de 10 mm.

El trocar se toma en la palma de la mano, se coloca perpendicular a la pared abdominal y, si se hace con anestesia local, se le pide a la paciente que haga resistencia a la presión que se está ejerciendo

para facilitar la introducción del trocar. Al pasar el peritoneo se oye el disparo del protector si el trocar es descartable. Si se está utilizando uno metálico, se escucha la salida del aire a través de la válvula especialmente diseñada para ello. Inmediatamente después se retira el mandril y se avanza la vaina del trocar para luego introducir el sistema óptico.

Panendoscopia.

Una vez en la cavidad, se procede a realizar una panendoscopia, visualizando las diferentes estructuras abdominales, luego se pone a la paciente en posición de Trendelenburg para que las asas intestinales dejen la pelvis libre. Se procede a identificar las diferentes estructuras del aparato genital femenino, con la finalidad de diferenciar el ligamento redondo de la trompa y del ligamento úteroovárico.

Esta identificación es importante porque una de las causas de falla del método es la realización del procedimiento en una estructura anatómica equivocada. Además, permite apreciar el estado de la trompa y escoger el lugar menos vascularizado.

A través del canal operatorio se pasa una aguja de 5 mm de diámetro, que sea lo suficientemente larga como para alcanzar las estructuras pélvicas. Esta aguja está conectada a una inyectora

de 20 cc que contiene lidocaína al 1%. Se irriga con 5 cc sobre el ligamento ancho cerca de los cuernos uterinos para anestesiar la zona que se va a infiltrar y que la punción no sea dolorosa, porque la absorción del anestésico en el peritoneo es inmediata y suficiente para evitar el dolor. Luego se infiltran 3 cc del anestésico en el ligamento ancho y 1 cm por fuera del ángulo que se forma entre el ligamento redondo y la trompa. Cuando se utilizan los clips de Filshie, se puede aplicar un gel de lidocaína al 2% en la parte interna del clip, con lo que mejora el dolor de la aplicación y del postoperatorio inmediato (Ezeh et al, 1995). También se puede instilar 80 cc de lidocaína al 0,5% con 1/320 000 de epinefrina en el cuadrante subdiafragmático derecho al comienzo del procedimiento y 10 cc de lidocaína al 2% con 1/80 000 de epinefrina inyectados en cada mesosalpinx.

Con esta técnica se logra mejorar significativamente el dolor postoperatorio, cuando se comparan con controles que reciben placebo

Culdoscopia

Se introduce un sistema óptico a través del fondo de saco de Douglas, para realizar una electrocoagulación de las trompas, la aplicación de anillos o clips. También se pueden tomar las trompas con unas pinzas largas, extraerlas hacia la vagina, y proceder a la

ligadura por las técnicas de Madlener, Pomeroy o Kröener. Es una operación sencilla que se puede hacer sin hospitalización, tolerable bajo anestesia local y que no deja cicatriz visible, aunque cada día se realiza menos porque requiere de una gran habilidad por parte del operador.

Histeroscopia

Consiste en la introducción de un sistema óptico a través del cuello uterino y una vez visualizado el ostium tubárico realizar la EQ. Se han descrito dos tipos de técnicas transcervicales.

1. Las destructivas, en las que el segmento intramural de la trompa es destruido por electrocirugía o agentes esclerosantes como gelatina de formaldehído, nitrato de plata, quinacrina y metilcianocrilato .
2. La oclusión mecánica del ostium tubárico mediante tapones u otros dispositivos

10. TIPOS DE ESTERILIZACIÓN ENDOSCÓPICA

Electrocoagulación

El principio de esterilización con esta técnica se basa en la capacidad que tienen los electrones generados por una unidad electroquirúrgica de ser concentrados en un lugar, aumentando drásticamente el calor en el tejido con lo cual se diseca hasta llegar a un máximo de resistencia en el que no hay más flujo de corriente. La electrocoagulación puede ser de dos tipos.

- **Monopolar.** Con esta técnica la paciente requiere de una placa/tierra para que la corriente pase del electrodo colocado en la pinza hasta la placa. El equipo crea un área de alta concentración de electrones en la punta de la pinza del electrodo que está en contacto con la trompa. Para completar el circuito, los electrones viajan a través del cuerpo y regresan al generador por vía de un electrodo de retorno. Este tiene una superficie amplia para minimizar la densidad de la corriente y evitar quemaduras cuando los electrones dejan el cuerpo. regresan al generador por vía de un electrodo de retorno. Este tiene una superficie amplia para minimizar la densidad de la corriente y evitar quemaduras cuando los electrones dejan el cuerpo.

Cuando se utilizan los sistemas endoscópicos con canal operatorio se puede crear lo que se llama un “sistema de capacitancia”, en el cual un objeto mantiene una carga eléctrica cuando un material aislante separa dos conductores que tienen diferentes potenciales. El laparoscopia operatorio de una sola punción, consiste en un tubo de metal que tiene, además del sistema óptico, un canal por donde pasa la pinza que tiene el electrodo activo, todo este sistema pasa a su vez por un trocar que puede ser metálico o aislante. Al pasar la corriente a través de la pinza introducida por el canal operatorio, el tubo óptico se transforma en un capacitor que puede absorber hasta un 70% de la electricidad que pasa por el electrodo activo.

Cuando se utilizan trócares metálicos la corriente acumulada en el sistema óptico pasa hacia la pared abdominal donde se dispersa evitando la generación de un calor excesivo, pero cuando se utilizan trócares aislantes, toda la corriente se concentra en el tubo óptico y se pueden producir quemaduras inadvertidas. Cuando se utiliza doble punción y el trocar es metálico, no ocurre lesión accidental del intestino porque la corriente eléctrica se disipa por el trocar; sin embargo, el riesgo de coagulación inadvertida de una víscera no se elimina completamente porque cualquier superficie del cuerpo funciona como tierra y se puede producir una lesión con la punta del electrodo activo.

Bipolar.

Esta técnica elimina la necesidad de la placa/tierra y utiliza pinzas especiales diseñadas para ello. Una mandíbula de la pinza tiene el electrodo activo y la otra es la placa/tierra. La densidad de corriente es alta en el punto de contacto de la pinza con el tejido y el uso de una corriente de bajo voltaje y alta frecuencia previene la disipación de los electrones.

Al eliminar el electrodo de retorno, se reduce enormemente la posibilidad de vías aberrantes al tránsito de los electrones a través del intestino, corazón u otras estructuras. Sin embargo, existe una desventaja con esta técnica porque, al reducir la diseminación de los electrones, se necesitan más aplicaciones de la pinza que sujeta la trompa para coagular la misma longitud que cuando se hace con la corriente monopolar.

La desecación ocurre en el punto de máxima densidad de corriente, aumentando la resistencia tisular y la zona coagulada pudiera proveer una zona de resistencia al flujo de bajo voltaje y, en consecuencia, producirse una coagulación incompleta del oviducto. Además, el tejido desecado puede adherirse a la pinza bipolar lo cual dificulta la separación de la misma de la superficie tubárica ocasionando desgarros y la posibilidad de hemorragias.

La técnica de esterilización tubaria, tanto monopolar como bipolar, puede ser de tres formas diferentes.

- Electrocoagulación. Mediante la cual se pasa la corriente eléctrica hasta que el tejido toma un color blanquecino. De esta manera se produce una coagulación de las proteínas de las células de la trompa produciendo oclusión de su luz.
- Electrocoagulación y sección. El procedimiento anterior se puede complementar mediante sección de la zona de tejido coagulada.
- Electrocoagulación, sección y remoción. Se puede practicar la electrocoagulación y sección a ambos lados de la pinza, mediante una tijera especial, y remoción de una parte de la trompa. Esta última es la técnica más recomendable y la que estadísticamente ha dado mejores resultados, aunque es la más laboriosa.

Oclusión mecánica

Con estos métodos se evitan los problemas accidentales de la corriente eléctrica, pero requieren un dominio de la técnica para aplicar el clip o el anillo y una atención meticulosa para el cuidado de los instrumentos. Además, está sujeta a las fallas de fabricación de los objetos que se aplican.

- Clips de Hulka-Clemens. Este clip consta de dos mandíbulas hechas de lexan, sostenidas en un extremo por un pequeño dispositivo de metal de 2 mm. Cada mandíbula muerde la superficie opuesta con unos dientes que tienen en su superficie interna y luego un resorte de acero es empujado sobre las mandíbulas para sostenerlo cerrado sobre la trompa (Hulka et al, 1976).

Tiene la ventaja que el segmento tubárico destruido es tan sólo de 3 mm, ofreciendo una mejor oportunidad para la reanastomosis que cuando se usa la electrocoagulación. Tiene una tasa de fracasos de 2/1 000, aunque una tasa acumulada para 10 años más alta (Chi, 1980). Las complicaciones resultan de dificultades mecánicas, se puede caer el clip en el abdomen, en cuyo caso debe tratar de extraerse, u ocurrir la oclusión incompleta porque quede mal alineado, requiriendo un nuevo clip en esa trompa.

Anillos de Yoon.

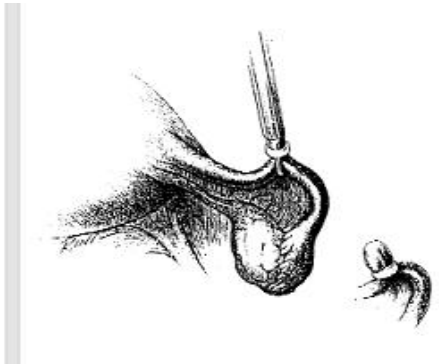
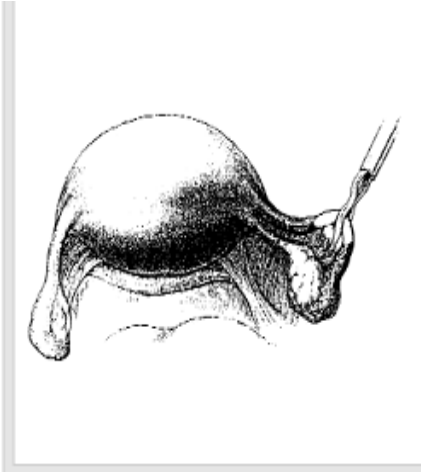
Se basa en la colocación de un anillo de silastic que es totalmente inerte, en un segmento tubárico de 2 a 3 cm. El anillo tiene una memoria elástica del 100%, mide 6 mm de diámetro y puede ser colocado con una o dos punciones. El aplicador del clip consiste en 2 cilindros concéntricos, dentro del cilindro interno hay una pinza para agarrar, elevar y retraer un segmento tubárico. El anillo de silastic está colocado en el extremo distal expuesto del cilindro

interno y el cilindro externo mueve el anillo desde el cilindro interno hacia la trompa que está sostenida por la pinza. El anillo se coloca en la unión del tercio proximal con el tercio medio, ocluyendo una porción tubárica de aproximadamente 2,5 cm (fig. 11-6). Tiene una tasa de fracasos de 1,4/1 000 (Yoon, 1977). La principal complicación es el desgarro y sangrado del mesosalpinx. Esto ocurre cuando la pinza agarra parte del meso tubárico y lesiona los vasos sanguíneos.

Clips de Filshie:

Es un clip hecho de titanio y sus ramas están recubiertas, en su superficie interna, con silicón. Pesa 0,32 g y mide 12,7 mm de largo por 4 mm de espesor. Es radio-opaco y consta de 2 ramas articuladas, la inferior es curva en su extremo distal de forma que aprisione la rama superior cuando se cierra sobre la trompa. Esta rama está provista de un tallo plástico, de manera que el operador lo inserte en el aplicador sin tocar el clip. El segmento tubárico destruido mide sólo 4 mm y el clip se coloca aproximadamente a 1-2 cm del cuerno (fig. 11-7). Tiene la ventaja que puede incluir trompas con mayor espesor que lo normal, y, al igual que el de Hulka, no producir mucha lesión ni remoción de trompa, lo cual hace más fácil una eventual reanastomosis (Navarrete et al, 1992). La falla del método se ha señalado entre un 2 y 4/1 000 mujeres (Filshie et al, 1981). La principal complicación es la caída del clip, en

cuyo caso se procede a colocar uno adicional y se deja el otro en el abdomen.



11. COMPLICACIONES:

Los índices de complicaciones son muy bajos, de acuerdo con la experiencia del equipo operador (1,2% para la minilaparotomía y laparoscopia y el 4% para la vía vaginal).

Complicaciones inmediatas:

- Hemorragia superficial
- Dolor en el sitio de la incisión
- Hematoma subcutáneo o infraaponeurótico
- Infección de la herida
- Fiebre postoperatoria
- Lesiones de vejiga o intestino
- Accidentes anestésicos
- Lesiones vasculares leves (lesión del meso intestinal) o severas (lesión de venas o arterias ilíacas, aorta o cava)
- Hemorragias
- Dolor pelviano (luego de colocación de anillos)

SÍNDROME POST LIGADURA TUBARIA (SPLT)

La existencia del síndrome después de la LT fue reportado por primera vez por Williams y colaboradores en 1951, aunque no se ha llegado a establecer plenamente su existencia así como tampoco una clara relación causa efecto.

Este síndrome puede incluir la exacerbación de las molestias premenstruales e irregularidades menstruales, incluyendo cambios en el área psicológica. Una de las principales dificultades de constatar el SPLT es que muchos de los síntomas que lo conformarían también pueden presentarse como parte del proceso normal de envejecimiento de la mujer.

La hipótesis más popular acerca de la etiología del SPLT es que proviene del daño vascular que se produce en el momento de la cirugía que puede producir un cambio funcional del ovario. Se ha detectado la presencia de varicosidades pelvianas después del procedimiento.

En un importante estudio realizado en EEUU., realizado en 9514 mujeres con LT y un grupo control de 573 mujeres cuyas parejas se habían realizado una vasectomía de edades similares, no se observó en los dos primeros años post LT un aumento significativo en la incidencia de alteraciones menstruales (longitud, duración). Se detectó un aumento no significativo de la incidencia de ciclos menstruales anormales (cambios) a los cuatro o cinco años después de la cirugía, sin diferencias con el grupo control. Dado que en la mayoría de las mujeres evaluadas el procedimiento utilizado para la LT fue la electrocoagulación unipolar, los resultados podrían no ser aplicables a otras técnicas.

En resumen es poco probable que todos los síntomas que confirman el SPLT se produzcan como consecuencia de la LT. Algunos autores lo consideran un “mito médico”.

12. FALLA DEL MÉTODO

La LT es el único método permanente para la mujer para evitar la concepción. La presencia de un embarazo, ya sea intrauterino o ectópico, evidencia su falla.

El embarazo puede deberse a una falla intrínseca del método:

- Recanalización: los extremos de las trompas se reconectar espontáneamente.
- Aparición de una fístula en la parte ocluída que permita el paso de las gametas.
- Oclusión incompleta de las trompas.
- Deslizamiento del dispositivo utilizado.
- Error al colocar el dispositivo (colocación en otra estructura anatómica).
- Falla en el mantenimiento del equipo.

Las tasas anuales de embarazo en caso de minilaparotomía por medio de la salpingectomía parcial, comúnmente con las técnicas de Pomeroy y Par kland, son muy bajas, pero en caso de fracaso, la mayor incidencia es en el primer o segundo año después de la cirugía. Rara vez ocurre un embarazo después de transcurridos cinco años de efectuado el procedimiento.

estudios han demostrado:

- tasa de embarazo acumulativa anual de 3-6/1000 procedimientos.
- tasa de embarazo acumulativa bianual de 8,6-10/1000 procedimientos .
- tasa acumulativa de 7 años para todos los métodos de 10/1000 procedimientos. • tasa acumulativa a 8 años para el método con el clip de Hulka de 11/1000 procedimientos

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

1. INFORMACIÓN PARA QUE USTED PUEDA DECIDIR MEJOR ACERCA DE LA LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPPIO.

La intervención y sus consecuencias para la salud

La ligadura de trompas de Falopio es un método anticonceptivo de tipo quirúrgico. Sirve para evitar el embarazo en forma permanente.

La ligadura de trompas consiste en seccionar o ligar las Trompas de Falopio. Normalmente las trompas conducen los óvulos del ovario hasta el útero. La ligadura cierra este conducto y previene el embarazo porque evita que los espermatozoides lleguen a los óvulos y los fecunden.

La ligadura no interfiere en la producción de hormonas, la mujer sigue menstruando y ovulando en forma normal, hasta su menopausia. La ligadura no interfiere en las relaciones sexuales ni en su disfrute.

Las fallas

El método puede fallar en muy raras ocasiones a pesar de haber sido bien realizado. Aproximadamente, de cada 10.000 mujeres operadas de ligadura de trompas de Falopio, 17 de ellas pueden quedar embarazadas. En caso de falla del método hay mayores probabilidades de un embarazo ectópico.

Las posibilidades de reversión

La ligadura tubaria es un método de difícil reversibilidad ya que ésta requiere una intervención quirúrgica.*Luego de la ligadura sólo es posible lograr un embarazo: 1. Volviendo a unir las trompas (recanalización) Con equipos médicos capacitados y modernas técnicas quirúrgicas se estima que luego de la recanalización se han logrado embarazos intrauterinos en un 50 - 70 % de los casos. Hay que tener en cuenta que existen distintos factores que inciden en el

éxito de la recanalización: la técnica utilizada en la ligadura tubaria, la longitud de las trompas, el sitio de oclusión, la edad de la mujer y el tiempo transcurrido desde que se realizó la ligadura y el índice de masa corporal.

2. Mediante técnicas de fertilización asistida.

Las características del procedimiento

La ligadura de trompas de Falopio es una intervención quirúrgica relativamente sencilla, debe realizarse en un quirófano y requiere anestesia total o peridural.

Existen varias técnicas para realizarla con igual eficacia. Habitualmente se utiliza laparoscopia o minilaparotomía. Las trompas se pueden cerrar mediante una incisión, el uso de corriente eléctrica (electrocauterización) o utilizando clips o anillos.

Habitualmente para la laparoscopia se infla la cavidad abdominal con dióxido de carbono, se hacen pequeños cortes en la pared abdominal, uno debajo del ombligo y otro en la región del pubis. Por uno se inserta el laparoscopio (tubo delgado con luz y cámara) y por el otro se introducen los instrumentos para cortar y ligar las trompas. Al finalizar la intervención se deja escapar la mayor parte del gas por el tubo del laparoscopio, se retira este instrumento y se suturan los cortes.

Para una minilaparotomía se realiza una incisión de cuatro a cinco centímetros en la parte inferior del abdomen por la que se observa la parte interior del abdomen y se introduce el instrumental necesario para ligar las trompas.

En su caso utilizaremos Para ella se requiere anestesia.....

Previamente a la cirugía se le realizarán las siguientes evaluaciones: antecedentes médicos y quirúrgicos, examen físico general, análisis completos de laboratorio (sangre y orina), evaluación preanestésica, evaluación cardiológica y eventualmente radiografía de tórax.

Los riesgos

Los riesgos son los de cualquier otra cirugía abdominal. En muy raras ocasiones existen complicaciones vinculadas con la operación (entre el 1,2% y el 4%, de acuerdo con la técnica que se utilice).

Puede haber reacciones imprevisibles a la anestesia o a los medicamentos, como en cualquier otro procedimiento quirúrgico.

De acuerdo con la técnica utilizada también puede haber: sangrado de la herida, dolor en el sitio de la incisión, infección de la herida operatoria, fiebre postoperatoria, lesiones de vejiga, intestino o en los vasos sanguíneos, dolor pelviano o vaginal, lesiones vaginales.

En su caso particular, deberá tener en cuenta
.....
.....

En caso que ocurriera alguna de estas complicaciones, se pondrán todos los medios a nuestro alcance para solucionarlas.

Convalecencia

En general la mujer puede volver a su casa después de una breve internación. Debe hacer reposo relativo durante una semana, evitando esfuerzos. Puede comenzar a tener relaciones sexuales en el momento que desee.

SOLICITUD Y CONSENTIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS DE FALOPIO

Requiente

.....

Documento tipo y Nº

.....

Con domicilio en

.....

Ciudad de

.....

Provincia de

.....

Edad

.....

Fecha de nacimiento

.....

Nº de historia clínica

.....

Mayor y capaz, requiero formalmente la realización de la práctica denominada "Ligadura de Trompas de Falopio"

A los fines referidos declaro expresamente:

1) Que he sido informada en un lenguaje claro y sencillo sobre la naturaleza e implicancias de la intervención de ligadura de trompas sobre la salud, las características del procedimiento quirúrgico, sus posibilidades de reversión, sus riesgos y consecuencias.

2) Que he sido informada sobre la alternativa de utilización de otros anticonceptivos no quirúrgicos auto rizados.

3) Que he entendido la información que se me ha dado.

4) Que he podido realizar las preguntas que me parecieron oportunas y me han sido respondidas satisfactoriamente.

5) Que, conforme lo explicado puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la intervención

En prueba de conformidad con lo expuesto suscribo el presente documento en, a los días del mes de de

Firma de la interesada

.....

..... Firma del o de los profesionales médicos
responsables del procedimiento de consentimiento Informado
.....
.....MN
.....
.....

- El presente documento se extiende por duplicado, el original debe incorporarse a la historia clínica (art. 4º in fine Ley 26130) y la copia se entrega a la interesada.

BIBLIOGRAFIA:

1. **BAllyn, D., Leton, D., Westcott, N., Hale, R** .Presterilization counseling and women ' s regret about having been sterilized. J Reprod Med, 2006; 31:1027 – 1032.
2. **Baram, D., Smith, C., Stinson, S.** Intraoperative to picaletidocaine for reducing pain after laparoscopic tubal ligation. J Reprod Med, 2010; 35:407-410.
3. **Boring, C.; Rochart, R ., Becerra, J.** Sterilization re gret among.
4. **Puerto Rican women.**FertilSteril, 2007; 49: 973-981.
Bhiwandiwalla, P., Mumford, S., Feldblum, P. A
5. comparison of different laparoscopic sterilization occlusion techniques in 24, 439 procedures. Am J ObstetGynecol, 1982; 144:319 – 331.
6. **Cetin, M., Demir, S., Toksoz, L ., Kadayifci, O.** Laparoscopic microsurgical tubal reanastomosis: a preliminary study. Eur J ContraceptReprod Health Care, 2002 Sep; 7(3): 162-166.
7. **Cori, I., Cullins, V., Sangeeta, P.** Counselling Issues in tubal.
8. **Sterilization.**AmFam Physician, 2003; 67:128. **Corson, S., Patrick, H., Hamilton, T., Bolognese, R .**
9. Electrical considerations of laparoscopic sterilization. J Reprod Med, 2010; 11: 159 – 164.
10. **Cheng, M., Cheong, J., R atnam, S., Belsey, M., Edstrom, K , Pinol, A., Zegers, L .** Psychosocial sequelae of abortion and

sterilization: a controlled study of 200 women randomly allocated to either a current or interval abortion and sterilization. *Asia Oceania J ObstetGynaecol*, 2006; 12:193 – 200.

11. **Chi, I.** Use of multiple clips for tubal occlusion in interval laparoscopic sterilization: circumstances and consequences. *Contraception*, 2004; 50:409 – 416.
12. **Chi, I., Lafe, L., Gardner, S., Tolbert, M.** An epidemiologic study of risk factors associated with pregnancy following female sterilization. *Am J ObstetGynecol*, 2008; 136:768 – 773.
13. **Chi, I., Potts, M., Wilkens, L.** Rare events associated with tubal sterilizations: an international experience. *ObstetGynecolSurv*, 2008; 41:7 – 19.
14. **Chi, I., Petta, C., McPheeters, M.** A review of safety, efficacy, pros and cons, and issues of puerperal tubal sterilization: an update. *AdvContracept*, 2005; 11:187 – 206.

2. MANEJO LAPAROSCÓPICO DE MASAS ANEXIALES:

INTRODUCCIÓN

La aparición de una tumoración anexial de características funcionales, benignas o malignas, constituye uno de los hallazgos que con mayor frecuencia surgen en la práctica clínica diaria. Algunos datos epidemiológicos nos muestran la importancia del problema:

- Constituyen la cuarta causa de ingreso hospitalario.
- En premenáuricas y posmenopáusicas deben ser objeto de estudio inmediato por aumento del riesgo de malignidad. Aparecen sobre todo en edad reproductiva (20-45 años); las causas más frecuentes en esta época son las de origen funcional.

Hoy día se acepta universalmente la vía laparoscópica como abordaje inicial de las masas anexiales de características ecográficas benignas. Respecto a las masas anexiales complejas o dudosas tras el estudio preoperatorio, existe un amplio consenso para establecer la vía laparoscópica de inicio puesto que un alto porcentaje (que puede alcanzar hasta un 93%) resulta benigno y la vía laparotómica de entrada supondría un sobretratamiento. No obstante, disponemos de 2 pasos en la evaluación de la naturaleza de dichas masas para establecer su tratamiento definitivo: uno preoperatorio y otro intraoperatorio

VALORACIÓN PREOPERATORIA DE LAS MASAS ANEXIALES

Antecedentes personales y familiares

Incluye la historia anterior de cáncer, uso actual o pasado de anticonceptivos orales o fármacos inductores de la ovulación, evolución del crecimiento de la masa, signos y síntomas acompañantes que sugieran malignidad (anorexia, pérdida de peso, distensión abdominal). Se tendrá en cuenta también la historia familiar de cánceres asociados: colon, mama, mutaciones del *BRCA*...

Exploración física

Exploración abdominal para valorar la presencia de ascitis o tamaño de las masas anexiales. Examen rectovaginal para documentar la posible presencia de tumoraciones anexiales, grado de movilidad o fijación de éstas, así como signos de infiltración del fondo de saco de Douglas

Marcadores tumorales

La especificidad del CA 125 en la premenopausia es baja debido a que está incrementado en condiciones benignas como la endometriosis, miomas y enfermedad inflamatoria pélvica. Valores por encima de 200-300 $\mu\text{g/ml}$ resultan más sospechosos de malignidad. En mujeres premenopáusicas deberemos solicitar además la alfafetoproteína, lipoproteínas de baja densidad (LDH) y beta-HCG.

En la posmenopausia, la elevación del CA 125 es más específica de malignidad, aunque sólo está aumentado en la mitad de los casos en estadio I. Con un nivel de corte de 30 $\mu\text{g/ml}$, asociado con la valoración ecográfica, alcanza una sensibilidad del 89% y una especificidad del 73%.

Ecografía

La vía abdominal es la de elección para la evaluación de las grandes masas; en el resto de los casos la vaginal aporta una mayor resolución. Las características morfológicas que hay que detallar incluyen el tamaño del tumor, el número de lóbulos y septos, la ecodensidad general y la detección de excrecencias papilares.

Hay múltiples sistemas de valoración del índice de riesgo mediante la puntuación de los parámetros morfológicos (Sassone, Lerner, Bajo Arenas...), de manera que cada servicio puede aplicar la que le parezca más oportuna. Resulta fundamental que la valoración de dichas masas se realice siempre por los mismos especialistas.

Valoración Doppler

La distinción entre masas benignas y malignas se basa en la detección de ondas de flujo con baja impedancia o alto índice de flujo diastólico. Desafortunadamente, se produce una superposición entre los hallazgos de masas benignas y malignas, lo que disminuye su especificidad.

TAC

La tomografía computarizada no ha demostrado mejorar la sensibilidad ni la especificidad de la eco transvaginal.

Se considera la técnica de imagen de elección en el estadiaje inicial del carcinoma de ovario. También lo es en la valoración del carcinoma recurrente.

No está indicado en el screening del carcinoma de ovario porque: no detecta lesiones pequeñas, tiene escasa capacidad para discriminar tejidos blandos, tiene alto coste y necesita la administración de contraste intravenoso.

RNM

La Resonancia Magnética (RM) es una técnica diagnóstica que utiliza las propiedades magnéticas del organismo para crear imágenes de un órgano.

Ventajas de la RNM:

- Permite la caracterización de los tejidos como la grasa, el líquido, la hemorragia, el músculo liso, la fibrosis, los tejidos sólidos malignos o la hidratación de tejidos blandos, ya que cada uno presenta unas características específicas.

- Es más sensible que la ecografía para detectar lesiones y para realizar el diagnóstico diferencial entre lesiones benignas y malignas.
- Permite una mejor identificación del origen anexial de la masa pélvica.

VALORACIÓN INTRAOPERATORIA PER LAPAROSCÓPICA

Permite estudiar las características morfológicas de la tumoración, así como explorar el resto de la cavidad pélvica y abdominal, todo ello encaminado a hacernos una idea más precisa de la naturaleza de dicha masa.

Dentro de los criterios de benignidad, podemos diferenciar los siguientes:

Aspecto laparoscópico de un quiste funcional de ovario:

- Cápsula lisa, superficie blanca nacarada.
- Ausencia de vascularización capsular o tipocoraliforme.
- Ligamento útero-ovárico normal.
- Pared quística fina.
- Líquido intraquístico amarillento.
- Aspecto retinoide de la pared interna del quiste.

Aspecto laparoscópico de un quiste orgánico:

- Ligamento utero-ovárico alargado.

- Pared quística gruesa.
- Vascularización en peine.

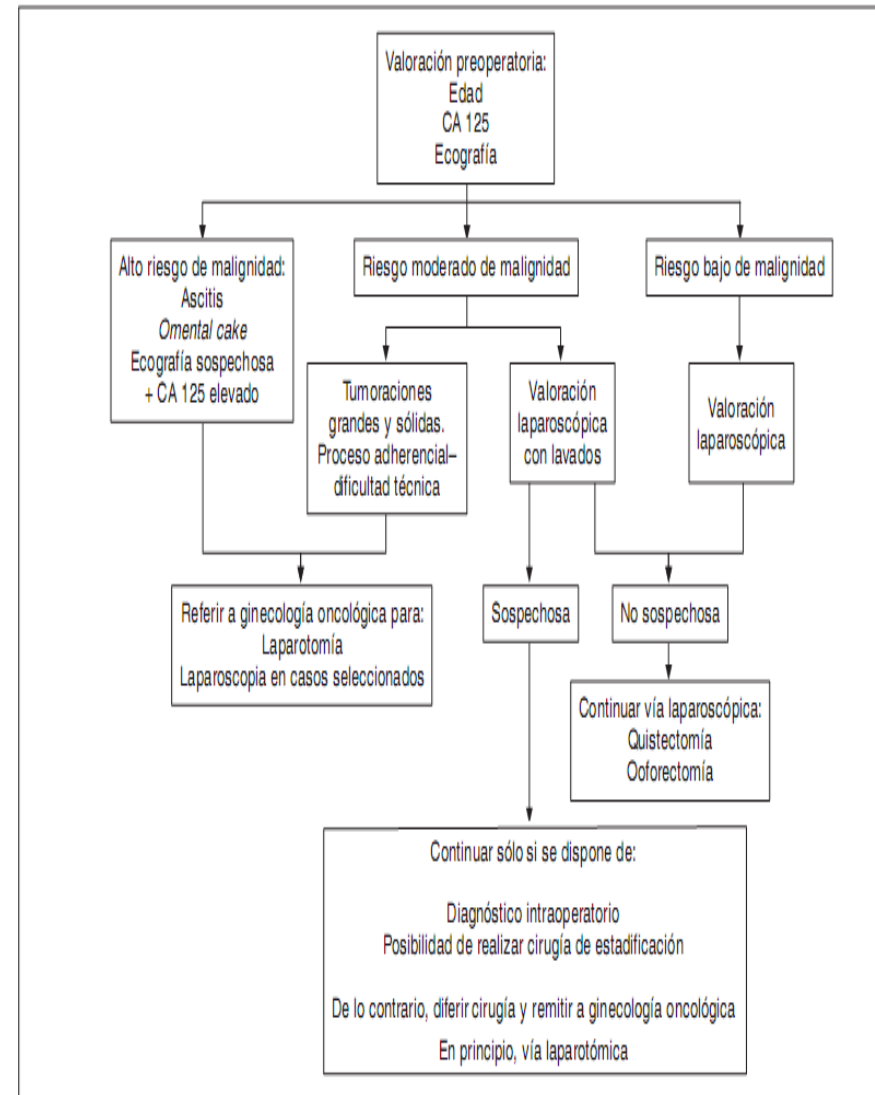
Como características morfológicas de una tumoración maligna, podemos destacar las siguientes:

- Multiloculación y/o patrón externo abigarrado.
- Excrecencias papilares intraquísticas o extra-quísticas.
- Neovascularización anárquica capsular.
- Invasión de estructuras vecinas.
- Líquido endoquístico oscuro, sanguinolento omucinoso espeso.
- Bilateralidad.
- Ascitis.

Llegados a este punto, con los datos del estudio preoperatorio (marcadores, estudio ecográfico, antecedentes...), junto con la edad de la paciente y las características morfológicas macroscópicas de la tumoración, estaremos en disposición de establecer una aproximación acerca de la naturaleza de dicha tumoración.

Tomado de : L Valentin et al.

Best Prac Res ObstetGynecol 2009;18:71-89



Características ecograficas

Bajo Riesgo de malignidad	✓ Quiste unilocular ✓ Tamaño < 5 cm
Riesgo intermedio	✓ Quístico multilocular ✓ Complejo ✓ Tabiques finos
Alto Riesgo	✓ Sólido ✓ Proyecciones papilares ✓ Tabiques gruesos > a 3 mm ✓ Tamaño > 8cm ✓ Asitis ✓ Bilateralidad

Tomado de : L Valentin et al.
Best Prac Res ObstetGynecol 2009;18:71-89

Tomado de : L Valentin et al.
Best Prac Res ObstetGynecol 2009;18:71-89

Ecografía frente a la masa anexial

➤ Sensibilidad 88- 100 %

➤ Especificidad 65-95 %

➤ VPP 30 %

➤ VPN 99.6 %

Tomado de : L Valentin et al.

Best Prac Res ObstetGynecol 2009;18:71-89

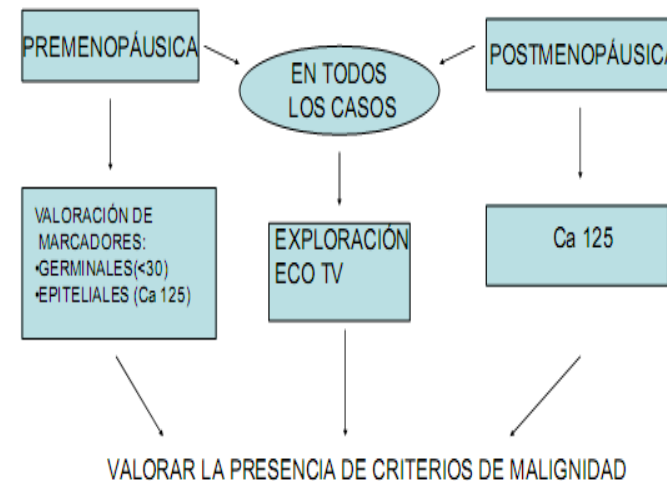
Doppler frente a la masa anexial

Criterios de malignidad

- Bajo índice de resistencia
- Aumento de la vascularización
- Vascularización periférica

SUGERENCIA DE ALGORITMO DIAGNÓSTICO:

MASA ANEXIAL



Tomadode : L Valentin et al. BestPrac Res ObstetGynecol
2009;18:71-89

Doppler frente a la masa anexial

➤ Sensibilidad del 37-100 %

➤ Especificidad del 49- 100 %

Clasificación de dicha masa anexial:

- Masa de aspecto benigno.
- Masa sospechosa de malignidad.
- Masa con signos marcados de malignidad.

Masa de aspecto benigno:

Se continuará por la vía laparoscópica. Las opciones quirúrgicas son las siguientes:

- Aspiración. Dicha técnica como tratamiento único no es recomendable por el alto número de recidivas que presenta, porque existe el riesgo hipotético de diseminación de células malignas en la cavidad abdominal y porque, además, los resultados del examen citológico del líquido aspirado no se correlacionan bien con los hallazgos histológicos (cifras que pueden llegar al 60% de falsos negativos).
- Quistectomía. Lo ideal es que se realice de forma cerrada, es decir, se extirpe el quiste intacto, porque además de facilitar su disección, prevenimos efectos indeseables secundarios a su rotura: posible peritonitis química, diseminación de células malignas o implantes en zonas de inserción de los trocares.

Se realizará quistectomía abierta (abrir el quiste, aspirar el contenido y extraer la cápsula posteriormente) en casos de endometriomas y quistes simples gigantes.

- Ooforectomía. De elección en pacientes con deseos genésicos cuando no es posible la realización de quistectomía por cuestiones técnicas o bien por indicación de las características de la tumoración.
- Anexectomía. En el caso de pacientes peri/posmenopáusicas, para su estudio anatomopatológico.

Factores que hay que tener en cuenta a la hora de decidir la técnica:

- Edad: menos de 40 (quistectomía), 40-50 años (anexectomía), mayores de 50 (anexectomía bilateral).
- Tamaño del tumor.
- Dificultades técnicas.

Opciones para la extracción de las tumoraciones (que preferentemente deben extraerse íntegras):

- Aspiración del quiste. Siempre que sea posible, se aspirará el contenido líquido dentro de la bolsa donde posteriormente saldrá protegida el resto de la tumoración. En el caso de contaminación de la cavidad peritoneal, se procederá al lavado profuso de ésta con abundante suero fisiológico

- Protegida en bolsa, a través del trocar; en el caso de tumoraciones sólidas, fundamentalmente, en ocasiones es necesario ampliar la incisión inicial.
- Colpotomía posterior. La incisión se realiza bajo visión directa laparoscópica del fondo de saco de Douglas.
- Hay que proceder a la inserción de los trocres en casos de tumoraciones anexiales grandes. En caso de riesgo de perforación de la masa anexial, dado su tamaño, con la introducción de la aguja de Verres en la zona umbilical, disponemos de varias alternativas:
- Realización de laparoscopia abierta e introducción del trocar de Hasson.
- Laparoscopia con visión directa.
- Punción inicial con aguja de Verres en el hipocondrio izquierdo. — Evitar la posición de Trendelenburg.

Masa sospechosa de malignidad

Se continuará por la vía laparoscópica, cumpliendo una serie de requisitos de obligado cumplimiento:

- Lavado peritoneal o aspiración de líquido ascítico existente.
- Inspección de la cavidad abdominal.
- Biopsia de lesiones sospechosas.
- Extirpación de tumor en bolsa protegida, sin romper.

- Estudio anatomopatológico peroperatorio, deobligado cumplimiento en los siguientes casos: quistes multiloculares y tabiques gruesos, presencia de vegetaciones endoquísticas, excrecencias en superficie, cualquier masa en la posmenopausia y presencia de ascitis o adherencias.

En caso de diagnóstico de malignidad, se procederá a la conversión en laparotomía. Por este motivo, la paciente debe estar informada previamente de las diversas opciones quirúrgicas en función de los hallazgos.

Si prevemos la imposibilidad de extracción íntegra de la tumoración (tumoración sólida grande o asociada a proceso adherencial), se valorará también la conversión en laparotomía.

En la actualidad, la vía de abordaje consensuada para el tratamiento quirúrgico del cáncer de ovario es la laparotómica, si bien hay autores que defienden la posibilidad de obtención de similar radicalidad quirúrgica por vía laparoscópica, en los estadios precoces.

Masa con signos marcados de malignidad

- Es factible el abordaje laparoscópico, estableciendo las siguientes puntualizaciones:

- Estadío inicial. Si bien es cierto que algunos autores propugnan la vía laparoscópica para realizar la cirugía según la estadificación, hoy día sólo está aceptada la conversión en vía laparotómica para establecer dicha cirugía.

Estadios avanzados. Por vía laparoscópica podremos establecer:

- a) la valoración de si es posible lograr unos óptimos resultados con la cirugía, en cuyo caso convertiremos en laparotomía, y
- b) biopsias para filiar el tumor e incluir a las pacientes en protocolos de quimioterapia neoadyuvante y posterior cirugía de intervalo, si establecemos que no vamos a ser capaces de conseguir una óptima cirugía.

Las normas de actuación para tratar de evitar los potenciales riesgos de diseminación por la punción rotura de una tumoración maligna de ovario son las siguientes:

Anexectomía en lugar de punción, con extracción protegida en bolsa.

- Lavado profuso con suero fisiológico en caso de derrame del contenido de la tumoración a la cavidad abdominal.
- Lavado en la zona de incisión de trocates con povidona yodada.
- Extirpación de peritoneo de dicha zona en el momento de la posterior laparotomía.

- Cierre de la pared con cosefascias. — Conversión en laparotomía para realizar cirugía de estadificación a continuación (o lo antes posible).
- En caso de protocolo de quimioterapia neoadyuvante, ésta se debe instaurar con la mayor celeridad posible.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Diagnóstico y orientación terapéutica de las masas anexiales. Protocolo de la SEGO. Año 2005.
2. Carmona M, Olivencia R, Perez I et al. Masas anexiales. Diagnóstico diferencial. Marcadores tumorales. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología . 2004.
3. Rodriguez A, Perez Herrezuelo I, Fernandez J. Conducta ante una masa anexial. En: Actualización en Obstetricia y Ginecología.2004
4. Tarrats A. Valoración prequirúrgica de las masas anexiales. Ginecología y Obstetricia Clínica 2002;3(3):140-44.
5. Canto MJ, Martínez JM, et al. Caracterización preoperatoria de las tumoraciones de ovario mediante ecografía, doppler y determinación sérica de Ca 125. Estudio comparativo. ProgObstecGinecol 2001;44:205-215.
6. Alcazar JL, Galán MJ, et al. Nuevo sistema de puntuación ecográfica para el diagnóstico diferencial de las tumoraciones anexiales. ProgObstetGinecol 2002;45(8):319-26.
7. Van Nagell JR. Management of anexal masses in postmenopausal women. American Journal of ObstetGynecol 2005;193, 30-5.
8. Nardo LG, Kroon ND, Reginal PW et al. Persistent unilocular ovarian cysts in a general population of postmenopausal women: Is there a place for expectant management?.ObstetGynecol 2003;102(3), 589-93.
9. Szajnert C. Tumores anexiales en pacientes embarazadas. ProgObstecGinecol 2002;45(5):185-91.
10. Gallo JL. Ecografía en Ginecología. En: Mas M, Puertas A, Montoya F (eds). Ecografía en Obstetricia y Ginecología. Gráficas Fernando. Albolote (Granada), 2008:91-128.
11. Gallo JL. Quiste de ovario en la mujer postmenopáusica. Guías de práctica clínica y protocolos asistenciales. 2004. Disponible en: http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/ginecologia/restringida/protocolos_asistenciales.php

3. EMBARAZO ECTÓPICO MANEJO LAPAROSCÓPICO

El embarazo ectópico es aquel donde la implantación del cigoto ocurre en un sitio distinto de la mucosa que recubre la cavidad uterina. Este tipo de embarazo sucede con mayor frecuencia en la porción ampular de las trompas de Falopio u otras zonas, como la ítmica, intersticial, cervical, ovárica o abdominal. El embarazo ectópico afecta alrededor de 2% de las mujeres. Hasta hoy es elevada su incidencia, pues en los últimos 40 años se ha triplicado en Estados Unidos hasta alcanzar la impresionante cifra de 69,600 casos desde 1983. Su mortalidad ha disminuido, se registraron 35 muertes por cada 10,000 casos en 1973 y cinco defunciones por cada 10,000 pacientes en 1983; sin embargo, sigue cobrando vidas maternas cuando no se diagnóstica o trata oportunamente.

Las pacientes con antecedente de embarazo ectópico tienen un pronóstico afectado para la fertilidad subsiguiente. Sus complicaciones reducen las probabilidades de que ocurra un embarazo intrauterino (40% de los casos tratados con salpingectomía). Si persiste la enfermedad predisponente, el riesgo de padecer un nuevo embarazo ectópico, en la trompa uterinacontralateral, es de 10 a 15%. Estas complicaciones han motivado a establecer nuevas estrategias terapéuticas para evitar el tratamiento radical (salpingectomía) y efectuar tratamientos más conservadores (médicos o quirúrgicos) que permitan preservar la integridad anatómica y funcional de la trompa uterina.

El objetivo de este estudio fue describir el tratamiento conservador/quirúrgico, laparoscópico y médico del embarazo ectópico, además de mencionar los resultados obtenidos en la experiencia clínica.

FACTORES DE RIESGO

En la actualidad se han encontrado pacientes con enfermedad tubaria, donde la alteración o lesión de la mucosa de las trompas uterinas (denudación, deformación u obstrucción) impide el transporte normal del embrión. Es probable que este mecanismo ocurra en la mayoría de las pacientes, cuyo factor de riesgo se relaciona con las siguientes causas:

- 1) Enfermedad pélvica inflamatoria crónica.
- 2) Uso de dispositivo intrauterino.
- 3) Intervención quirúrgica previa (salpingoclasia, operaciones por esterilidad, recanalización o de extirpación de los ovarios).
- 4) Antecedentes de aborto inducido.
- 5) Aborto recurrente.

Otro factor de riesgo implica los procesos hormonales, como la ovulación prematura o retrasada, hipoestrogenismo, prescripción de menotropinas o clomifeno y técnicas de reproducción asistida.

En los últimos años, el cambio de conducta sexual en las adolescentes ha propiciado la participación de múltiples compañeros sexuales. Su predisposición a la enfermedad pélvica

inflamatoria crónica y el uso de DIU han incrementado la incidencia de los embarazos ectópicos. Entre las causas embrionarias se señala la ovulación prematura, implantación alterada o embrión “mal logrado”.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El embarazo ectópico no muestra características específicas en 95% de los casos, por lo menos durante la interfase tisular materno fetal. La placentación es relativamente superficial y el crecimiento del embrión es intraluminal. La rotura tubaria se origina por distensión progresiva de la trompa uterina y subsiguiente necrosis local hemorrágica. El hallazgo histológico más frecuente del embarazo tubario se asocia con enfermedad tubaria previa.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico oportuno implica el tratamiento conservador endoscópico. Con la evolución de esta técnica se recurre al estudio multidisciplinario para el establecer diagnóstico temprano del padecimiento. También debe considerarse la historia clínica, determinación de la subunidad beta de la gonadotropina coriónica humana (HCG-β), ultrasonografía (principalmente transvaginal) y laparoscopia diagnóstica o terapéutica.

CUADRO CLÍNICO

Todo embarazo que no evolucione normalmente es sospechoso de embarazo ectópico. Las principales manifestaciones son:

- 1) Dolor en la fosa iliaca o hipogástrico (generalmente de tipo pungitivo).
- 2) Hemorragia uterina anormal (tipo “manchado”).
- 3) Sangrado transvaginal anormal.
- 4) Dolor vagina al tacto.
- 5) Tenesmo vaginal o rectal.

El dolor súbito intenso, la hipotensión, palidez, dolor en el hombro o estado de choque indican rotura tubaria y subsiguiente hemoperitoneo. La determinación de HCG (en la orina o el plasma) es un marcador biológico para detectar el embarazo ectópico. Cuando resulta positivo sugiere un embarazo y corresponde al clínico determinar, mediante otros métodos, si se trata de un embarazo normal o anormal.

En el embarazo ectópico, la concentración de HCG es ligeramente menor al de un embarazo normal (1,000 a 2,000 UI). Cuando las concentraciones son mayores a 1800 UI debe observarse por ultrasonido el saco gestacional (concepto establecido por Kadar, llamada “zona de discriminación”), cuyo límite abarca de 2,000 a 6,000 UI. Si con estas concentraciones no se observa el saco gestacional intrauterino, pero sí una imagen anexial anormal, quizá se trate de un embarazo ectópico y debe evaluarse adecuadamente o buscar la imagen ultrasonográfica característica de esta alteración.

Las determinaciones seriadas de la HCG se utilizan para establecer el diagnóstico del embarazo ectópico, principalmente cuando sus concentraciones son bajas o se mantienen en la meseta y sin visualizar una imagen de gestación intrauterina. Es importante mencionar que durante el embarazo normal se duplican sus concentraciones cada 2.7 días; por lo tanto, dichas determinaciones solo son útiles cada cinco días.

La vigilancia de estas concentraciones ayuda, también, a pronosticar la evolución postratamiento. Su aumento o mantenimiento en la meseta indican un y sin visualizar una imagen de gestación intrauterina. Es importante mencionar que durante el embarazo normal se duplican sus concentraciones cada 2.7 días; por lo tanto, dichas determinaciones solo son útiles cada cinco días. La vigilancia de estas concentraciones ayuda, también, a pronosticar la evolución postratamiento. Su aumento o mantenimiento en la meseta indican un embarazo ectópico persistente. Si el tratamiento ha sido efectivo, deben observarse a los cinco días concentraciones de más de 30% de la cifra inicial y volverse negativa en un plazo máximo de 26 días. Por último, una prueba negativa de HCG excluye, virtualmente, el diagnóstico de embarazo ectópico.

ULTRASONOGRAFÍA

Esta técnica es el segundo auxiliar para establecer el diagnóstico oportuno del embarazo ectópico. Anteriormente se utilizaba el

ultrasonido transabdominal, pero en los últimos cinco años y debido a su gran definición, se recomienda el ultrasonido transvaginal con transductores de 5 y 7.5 MHz. La sensibilidad diagnóstica del ultrasonido transabdominal es de 82% y la del transvaginal de hasta 95%.

Durante un estudio ultrasonográfico, la primera imagen a detectar es la coexistencia de un saco gestacional intrauterino, el cual excluirá el diagnóstico de embarazo ectópico. La posibilidad de coincidencia de un embarazo ectópico y uno intrauterino es muy rara (embarazo heterotópico); en 1948 Devoe y Pratt lo estimaron en 1:30,000 casos. Aunque la cifra resultó muy alta, en los últimos años se ha revalorado una incidencia de 1:16,000 casos.

En algunas ocasiones puede confundirse un saco pseudogestacional con un saco verdadero; por lo tanto, deben identificarse adecuadamente las características del saco gestacional genuino:

- 1) Doble anillo ecogénico.
- 2) Visualización del embrión.
- 3) Visualización del latido cardíaco.
- 4) Coexistencia del saco vitelino secundario (Saco Yolk).

Las imágenes ultrasonográficas son muy variadas, pero sólo la detección del saco extrauterino con embrión es patognomónica del embarazo ectópico (este hallazgo se observan solamente en 15% de los casos). Burry y sus colaboradores describieron un signo

ultrasonográfico nuevo que apoya el diagnóstico del embarazo ectópico. Este consiste en detectar un halo ecolúcido que rodea el anillo aneal asociado con edema de la pared tubárica.

Con el ultrasonido Doppler se ha perfeccionado el diagnóstico; dicha técnica se mantiene en investigación y los hallazgos descritos hasta el momento son: aumento de la velocidad de flujo sanguíneo, con índice de resistencia baja (índice de Pourcelot), y aumento de la velocidad diastólica que sugiere mayor irrigación sanguínea ocasionada por la elevada vascularización placentaria

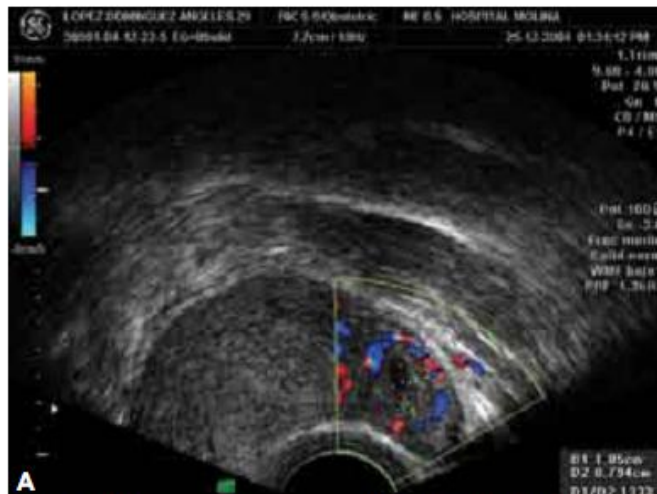


Figura 1. Ultrasonografía Doppler (a) y Power Doppler (b) del emba

LAPAROSCOPIA

En la actualidad se utiliza para establecer el diagnóstico clínico y al mismo tiempo permite una mayor resolución endoscópica. Es importante valorar cada paciente que se practique dicho procedimiento, además de considerar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión: pacientes con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico, signos vitales estables, pruebas preoperatorias normales y hemoglobina mayor de 10 g. *Criterios de exclusión:* deben acatarse estrictamente las pacientes con:

- 1) Choque hipovolémico.
- 2) Hemoperitoneo mayor a 2000 mL.
- 3) Hemorragia incontrolable.
- 4) Hematocele importante.
- 5) Embarazo intersticial mayor a 3 cm.
- 6) Condiciones desfavorables para la laparoscopia.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Cuando una paciente con embarazo ectópico tiene deseos de conservar su fertilidad, se efectúa la salpingostomía lineal (figura 2) o la salpingocentesis (figura 3), más aplicación intrasacular de metotrexato mediante apoyo endoscópico. Los requisitos para efectuar la salpingocentesis incluyen:

- a) Embarazo ectópico mayor a 30 mm.

- b) Serosa tubaria íntegra.
- c) Visión completa de la cavidad pélvica.
- d) Ausencia de sangrado activo.

Los requisitos para efectuar la salpingostomía lineal son:

- a) Embarazo ectópico de 30 a 50 mm.
- b) Serosa tubaria íntegra.
- c) Visión completa de la cavidad pélvica.
- d) Ausencia de sangrado activo.
- e) Posibilidad de hemostasia con vasopresina.

SALPINGOSTOMÍA LINEAL

Se coloca a la paciente en posición ginecológica, pero es más comfortable utilizar una mesa quirúrgica con mecanismos que permitan separar los miembros inferiores sin flexión.

- 1) Ligera posición de Trendelenburg.
- 2) Colocación de un movilizador uterino (pinza Hulka, pinza de Quiñones o cánula de Harris Kröener).
- 3) Es común realizar la técnica del neumoperitoneo y el uso del laparoscopia.

Se insertan dos trocares auxiliares suprapúbicos, uno de 5 mm y otro de 10 mm; el trocar de 5 mm se utiliza para introducir las pinzas prensoras, disectoras o el electrocoagulador; el de 10 mm ayuda a colocar las probetas de la bomba de irrigación-aspiración tipo Nezath o *acuapurator*. Debe tenerse un reductor a 5 mm para

introducir alternativamente los instrumentos auxiliares. La colocación de los trocares depende del sitio de implantación del embarazo ectópico y de la preferencia del cirujano; la probeta de irrigación-aspiración se coloca en el sitio contralateral del embarazo ectópico.

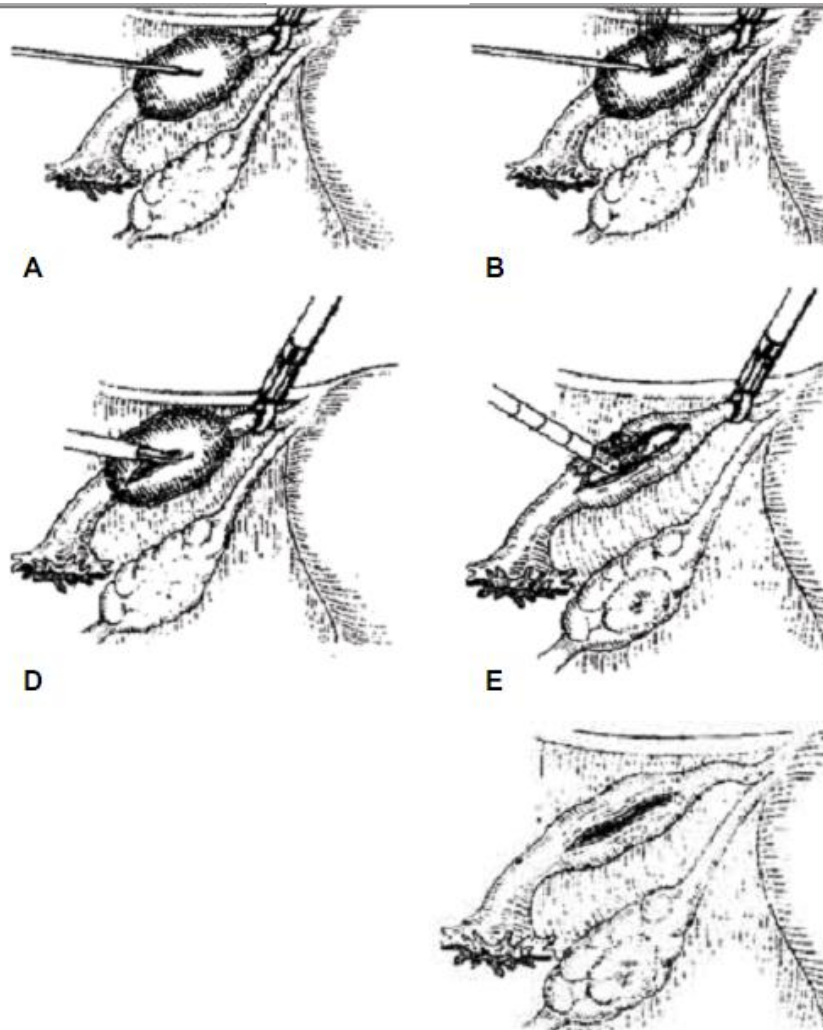
- *Primer tiempo.* Aspiración de la sangre y los coágulos: se utiliza una probeta de 10 mm conectada a la aspiración central del quirófano para extraerlos; enseguida se lava con abundante solución de irrigación (Baxter) o suero fisiológico hasta dejar limpia la cavidad. Cuando se termina este tiempo, el cirujano evalúa si el tratamiento conservador es adecuado y enseguida coloca una pinza prensora o una menos traumática (tipo Vancaille) en la porción proximal de la salpinge cercana al embarazo ectópico.
- *Segundo tiempo.* Hemostasia química: el propósito es producir la vasoconstricción vascular. Se diluye una ampolla de 20 U de vasopresina en 60 mL de solución fisiológica; se aplican de 3 a 5 mL en el mesosalpinge, debajo del embarazo ectópico; en el borde antimesentérico y en la unión tubo cornual. Se espera de uno a dos minutos y debe apreciarse que la salpinge se torne pálida por el efecto de la vasoconstricción.
- *Tercer tiempo.* Corte: en la pared tubaria, en su borde antimesentérico, se realiza una incisión de 1 a 2 cm; este

corte puede practicarse de tres maneras: 1) con aguja de corte y coagulación monopolar, 2) con coagulación bipolar y corte con tijeras, o 3) con láser. Al terminar este tiempo se extraen los coágulos del hematosalpinge y del embarazo ectópico.

- *Cuarto tiempo.* Extracción del embarazo ectópico: para su extracción y despegamiento se utiliza la hidrodisección, con una de las probetas de irrigación-aspiración, y se aumenta la presión utilizada, con la cual se expulsa el embarazo ectópico (el sagrado es mínimo). Las complicaciones quirúrgicas ocurren cuando el tejido expulsado no pasa por el lumen de la probeta; en este caso se coloca en el fondo del saco y se extrae con una pinza tipo cuchara. También, esta pinza se utiliza si las vellosidades coriales no se desprenden fácilmente: se toman y se extraen suavemente con cuidado de no lastimar la mucosa tubaria, ya que puede provocar un sangrado incontrolable. La aspiración y el lavado se efectúa cuantas veces sea necesario. La incisión se deja sin sutura y sólo se revisan sus bordes; si sangran se coagulan.
- *Quinto tiempo.* Valoración de la trompa uterina afectada: debe asegurarse que el embarazo ectópico se haya extraído. Con una pinza tipo Vancaille se toman los bordes y se inspecciona su luz para identificar el tejido trofoblástico

residual. Posteriormente se revalora la trompa contralateral y la posible afección que originó el embarazo ectópico.

- *Sexto tiempo.* Lavado final: se aplica solución de irrigación (Baxter) o suero fisiológico; es importante utilizar abundante cantidad de líquidos, hasta lograr que la solución aspirada sea completamente clara; se recomienda usar bombas de irrigación-aspiración de alto flujo. Para evitar la pérdida del neumoperitoneo, debe mantenerse la punta de la probeta debajo del nivel del líquido y alejada de las asas con otra pinza para que no se adosen a las perforaciones de la probeta. Al finalizar este tiempo se revierte la posición de Trendelenburg para evacuar el líquido residual que haya drenado a las partes altas del abdomen.
- *Séptimo tiempo.* Drenaje: no siempre es indispensable, pero si se considera necesario se coloca/sustituye una sonda tipo Levin número 16 por uno de los trocares suprapúbicos, cercana al sitio del embarazo ectópico y con otra pinza se conduce su extremo hasta el fondo del saco posterior .



SALPINGOCENTESIS

Primer tiempo. Lavado y aspiración de la cavidad peritoneal.

Segundo tiempo. Presentación de la trompa uterina afectada con una pinza prensora atraumática.

Tercer tiempo. Con la probeta de punción o con una aguja larga se punciona la parte central del embarazo ectópico; se aspira el contenido y se aplican 25 mg de metotrexato por vía intraluminal.

Cuarto tiempo. Lavado y aspiración de la pelvis y comprobación de ausencia de sangrado activo.

TRATAMIENTO

Posoperatorio Vigilar los signos vitales durante las 24 horas; es útil practicar un ultrasonido diario. Se establece la dosificación de HCG; se realiza la ultrasonografía y biometría hemática antes de su egreso. Las concentraciones de control de HCG, al egreso, deben ser solamente de 30% con base en la cifra inicial. La vigilancia de la paciente debe continuar en su domicilio; se citará a revisión cada cinco días para valorar su cuadro clínico, la evolución de la curva de HCG y la imagen ultrasonográfica. La concentración de HCG debe ser negativa en un plazo máximo de 26 días después del periodo postoperatorio. Si se observa una curva en ascenso o en la meseta,

una imagen ultrasonográfica de actividad embrionaria o líquido libre, debe pensarse en embarazo ectópico persistente y tratarse con metotrexato sistémico o cirugía abierta (salpingectomía). Se advertirá a la paciente acudir al hospital ante cualquier signo de alarma (dolor intenso, lipotimia o pérdida de la conciencia).

Endoscópico ablativo Se recomienda la salpingectomía cuando un embarazo ectópico es mayor a 50 mm, cuando hay lesión de la pared tubaria o cuando la paciente no desea conservar su fertilidad.

Salpingectomía Se realizan los primeros cuatro tiempos que se efectúan en la salpingostomía lineal. Algunos autores señalan que esta técnica permite un mejor tratamiento de la trompa uterina. *Quinto tiempo.* La trompa uterina se electrocoagula y se corta a un centímetro de su inserción cornual, posteriormente se toma con una pinza prensora y se expone el mesosalpinx (se coagula y corta) hasta su liberación, una vez terminado este tiempo se extrae. A veces se opta por aplicar dos *endoloops* en el mesosalpinx. *Sexto tiempo.* Lavado de la cavidad y revisión de la hemostasia.

Complicaciones del procedimiento Se han registrado fallas/complicaciones hasta en 2% de las pacientes. Estas se originan por la inexperiencia del endoscopista, resultado de una técnica inadecuada para extraer el embarazo ectópico, en la que deja tejido trofoblástico residual o sangrado producido por la lesión de la mucosa tubaria. La detección oportuna de esta complicación

se consigue con la vigilancia adecuada en el periodo postoperatorio; en los casos de sospecha trofoblástica persistente, se sugiere el tratamiento con metotrexato sistémico o se practica la salpingectomía. Si ocurre una hemorragia activa en el periodo postoperatorio inmediato, se requerirá laparotomía de urgencia.

Prevención de complicaciones

Se recomienda observar los criterios de inclusión y exclusión, y los requisitos para efectuar el procedimiento. La salpingostomía lineal debe efectuarla un cirujano endoscopista experimentado; si la realiza un cirujano en adiestramiento, debe estar bajo tutoría constante. La decisión del tratamiento conservador o radical debe individualizarse en cada caso, según el estado de la salpinx afectada o contralateral, valoración de la enfermedad predisponente y deseo de conservar la fertilidad.

Administración de metotrexato

En 1980 Tanaka y sus colaboradores reportaron la prescripción de metotrexato para el tratamiento del embarazo ectópico. Desde entonces se han descrito diferentes esquemas de tratamiento; uno de estos incluye dosis de 0.5 a 1.0 mg/kg o 50 a 100 mg por m² de superficie corporal; también se señala el factor de rescate (ácido fólico), vigilancia de los efectos secundarios producidos por el

medicamento (disminución de la curva de HCG) y la evolución de la imagen ultrasonográfica.

El metotrexato es el medicamento de mayor prescripción para el embarazo ectópico; se conoce también como ametopterina y su fórmula química es: 4-amino-N-metilpteroil ácido glutámico. Es un antagonista del folato, su función es inhibir la enzima reductasa del hidrofolato y prevenir la incorporación del timidilato en el ADN durante la división celular.

Es ideal para inhibir las células en crecimiento, como los trofoblastos. Desde 1950 se utiliza para el tratamiento de la enfermedad trofoblástica. La toxicidad del metotrexato depende de la concentración sanguínea y el periodo de tratamiento. Entre los efectos secundarios se encuentran supresión de la médula ósea, estomatitis y hemorragia del tubo digestivo, diarrea, insuficiencia hepática, toxicidad renal, alopecia, inflamación de las serosas, dermatitis, dehiscencia de las heridas, fotosensibilidad y anafilaxia. Esta toxicidad se vuelve mínima con la administración de leucovorin (ácido folínico) a dosis de 0.1 mg/kg 24 horas después de la administración de metotrexato.

Los autores de este estudio han tomado una actitud intermedia para establecer el tratamiento médico y quirúrgico del embarazo

ectópico (< 30 mm), principalmente en la porción ístmica y la salpingostomía lineal, que produce estenosis.

Estos realizan con mayor frecuencia la salpingocentesis y administran 2.5 mg de metotrexato. Pansky, introductor de esta técnica, aumentó la dosis del medicamento a 25 mg. Con la dosis de metotrexato que han prescrito no se han observado efectos secundarios. La salpingostomía lineal se efectúa si el embarazo ectópico se detecta entre 30 y 50 mm de longitud y con importante hematosalpinge. En los últimos casos de embarazo ectópico han administrado, como tratamiento profiláctico, 25 mg de metotrexato durante el periodo posoperatorio inmediato (dosis única) y dosis de rescate con ácido folínico después de 24 horas para evitar la persistencia del trofoblasto (principalmente cuando hay duda de extraerlo por completo).

RESULTADOS

La bibliografía señala una permeabilidad tubaria posoperatoria con ambos procedimientos de 81.4 a 90%. El número de embarazos intrauterinos varió de 60 a 67%. La experiencia en 22 casos, mediante ambos procedimientos quirúrgicos, demostró permeabilidad tubaria en 90% de las mujeres. Hasta la fecha se atienden cuatro embarazos intrauterinos, dos realizados con cada

tratamiento conservador. En una paciente que se practicó salpingocentesis, se realizó una laparoscopia a los 40 días del periodo posparto y se encontró que la trompa funcional, para la fertilización y transporte ovular, fue la que se trató dicha técnica, ya que la trompa uterina contralateral estaba obstruida por hidrosalpinge. En las pacientes que se practicó este procedimiento se aplicaron dos tratamientos sistémicos de metotrexato, pues las imágenes ultrasonográficas mostraron actividad embrionaria y elevadas concentraciones de HCG. Finalmente, una paciente necesitó salpingectomía por sangrado a las 72 horas del periodo posoperatorio. En el grupo de pacientes con salpingostomía lineal no hubo complicaciones y hasta hoy se tratan dos embarazos intrauterinos. Es importante valorar a futuro la prescripción profiláctica de metotrexato para evitar el embarazo ectópico patológico; este medicamento se ha prescrito en los últimos seis casos (dosis única de 25 mg) con buenos resultados.

TRATAMIENTO MÉDICO

El embarazo ectópico es una alteración que cada vez más se atiende de forma médica, debido a los diagnósticos no quirúrgicos, cada vez más confiables. La cuantificación hormonal (HCG) y ultrasonografía ginecológica facilitan su diagnóstico.

Antecedentes En 1982 se publicaron los primeros casos que requirieron metotrexato sistémico para el embarazo ectópico con

buenos resultados. Este fármaco es uno de los tratamientos de elección, en Estados Unidos y Europa, para dicho padecimiento.

Los resultados médicos del embarazo ectópico no roto se comparan con el estándar quirúrgico de salpingostomía laparoscópica

Tratamiento conservador, laparoscópico y médico del embarazo ectópico. Dicha investigación demostró que ambos métodos proporcionan resultados comparables.

El diagnóstico oportuno puede efectuarse sin cirugía antes de la séptima semana del embarazo, es decir, casi cuatro a cinco semanas después de la concepción. Las cuantificaciones seriadas de la fracción beta de gonadotropina coriónica humana (HCG-β), ultrasonografía pélvica, progesterona sérica y el legrado uterino se han combinado como algoritmos diagnósticos.

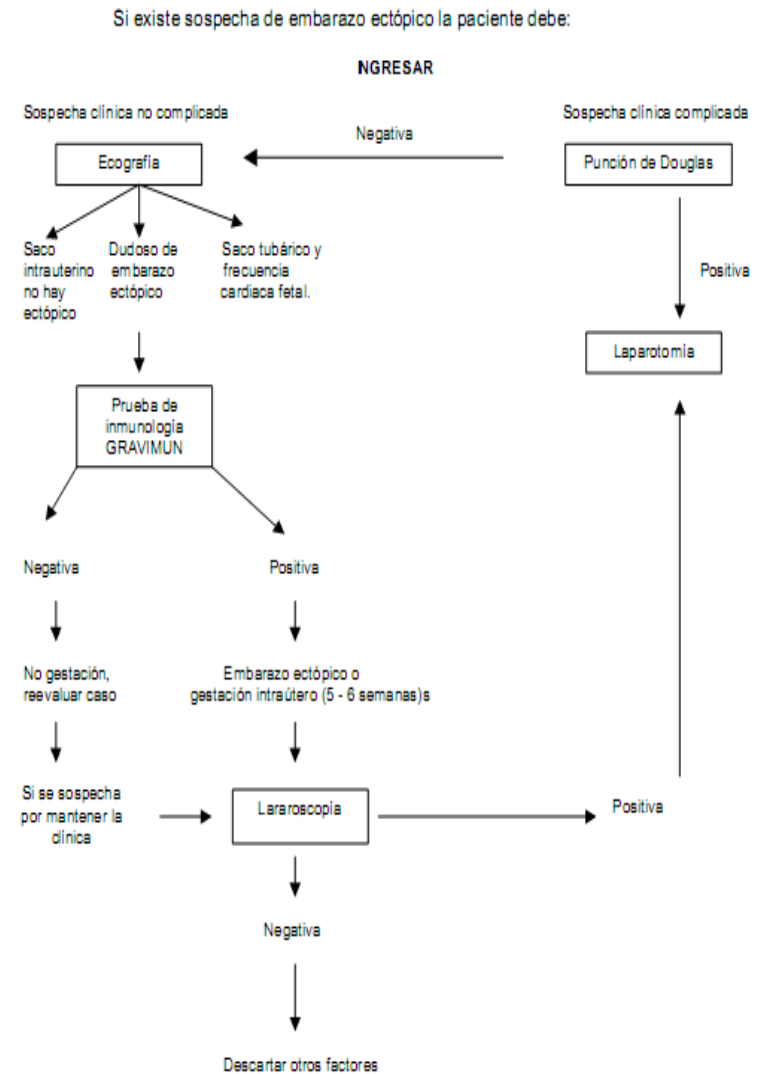
Las indicaciones para el tratamiento del embarazo ectópico se muestran en el cuadro 1.

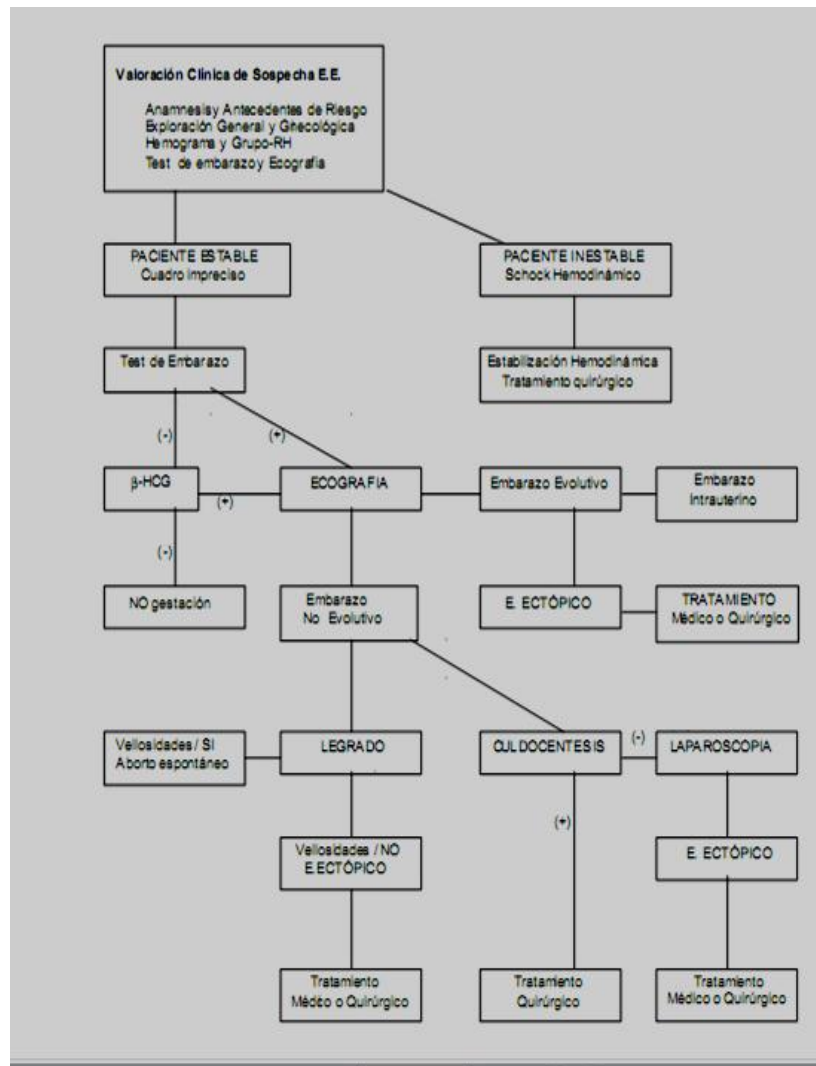
Sea tratado a pacientes, pruebas de HCG positiva, tamaño del saco gestacional (< 3 cm) y edad de la paciente (promedio de 25 años) con el siguiente esquema terapéutico: 50 mg de metotrexato (vía intramuscular), 0.1 mg/kg de ácido polínico (vía intramuscular) 24 horas después de administrar el metotrexato, 5 mg metotrexato (vía oral durante cinco días; estrecha vigilancia de los signos vitales durante una semana), ultrasonografía transabdominal y

administración de HCG cada tercer día vigilando su descenso. Sólo una paciente requirió tratamiento

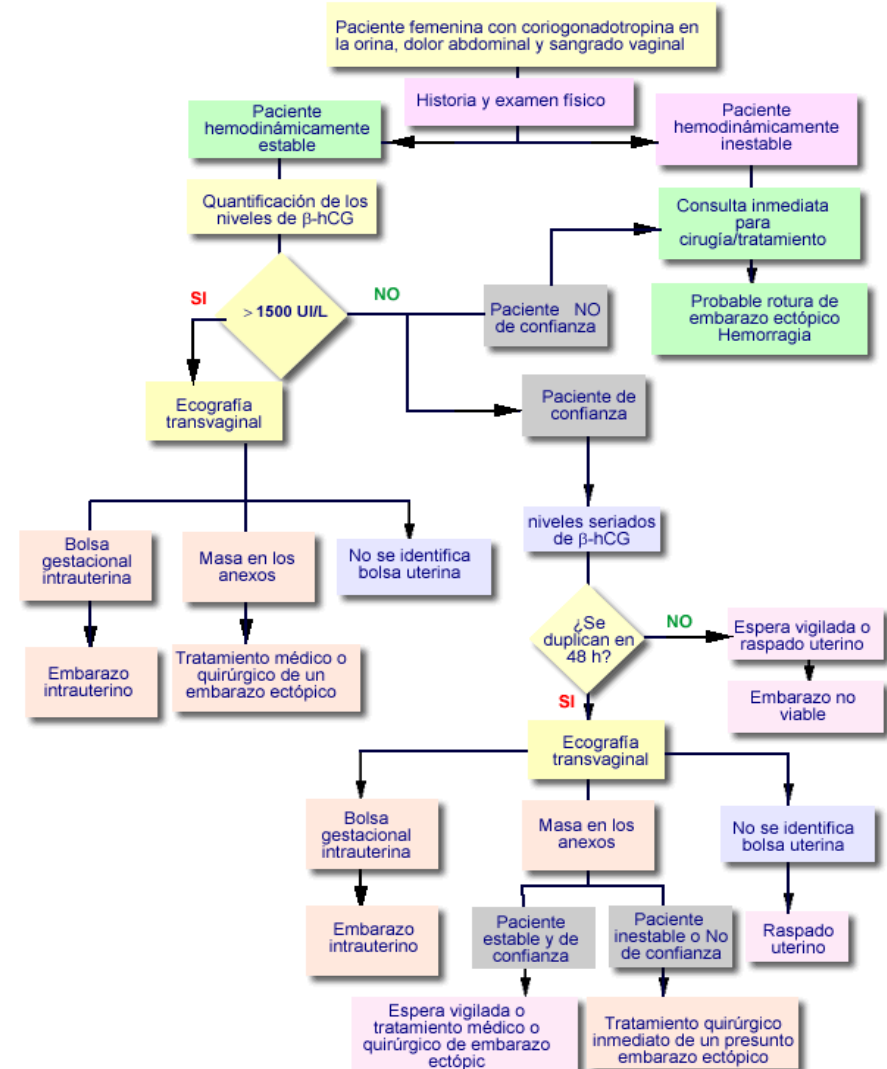
CONCLUSIÓN

Es evidente que los progresos médicos y técnicos han transformado al embarazo ectópico en una condición médica, pues si se trata en forma correcta sólo requerirá intervención quirúrgica por retraso del diagnóstico o complicaciones.





PRUEBAS PARA LA DETERMINACIÓN DE UN EMBARAZO ECTÓPICO



BILIOGRAFÍA:

1. Daponte A, Pournaras S, Zintzaras E, Kallitsaris A, Lialios G, Maniatis AN, et al. The value of a single combined measurement of VEGF, glyodelin, progesterone, PAPP-A, HPL and LIF for differentiating between ectopic and abnormal intrauterine pregnancy. *Hum Reprod*. 2005; 20:3163-6.
2. Dart RG, Kaplan B, Varaklis K. Predictive value of history and physical examination in patients with suspected ectopic pregnancy. *Ann Emerg Med*. 1999; 33:283-90
3. Deborah Levine. Ectopic Pregnancy. *Radiology*. 2007 Nov;245:385-97
4. F. Mol, B.W. Mol, W.M. Ankum, F. Van der Veen, P.J. Hajenius. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *HumReprodUpdate*. 2008 Jul-Aug;14:309-19
5. Fabio Roberto Cabar, Paula Beatriz Fettback, Pedro Paulo Pereira, Marcelo Zugaib. Serum markers in the diagnosis of tubal pregnancy. *Clinics (Sao Paulo)*. 2008 Oct;63:701-8
6. Hajenius PJ, Mol BW, Bossuyt PM, Ankum WM, Van der Veen F. Interventions for tubal ectopic pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;(1):CD00324.
7. Heather Murray, HanadiBaakdah, Trevor Bardell, Togas Tulandi. Diagnosis and treatment of ectopic pregnancy. *CMAJ*. 2005 Oct 11;173:905-12
8. Hervé Fernandez, AmelieGervaise. Ectopic pregnancies after infertility treatment: modern diagnosis and therapeutic strategy. *Hum Reprod Update*. 2004 Nov-Dec;10:503-13
9. Hervé Fernandez, Silvie Capella Yves Vincent, Francois Audibert, René Frydman. Randomized trial of conservative laparoscopic treatment and methotrexate administration in ectopic pregnancy and subsequent fertility. *Hum Reprod*. 1998 Nov;13:3239-43
10. Hung-Hung Lin, Ming-Chao Huang, Chen-Ju Lin, Chih-Ping Chen. Ectopic pregnancy with oral contraceptive use. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2008 Sep;47:341-2
11. James A. Greenberg. Bilateral ectopic pregnancy. *Rev Obstet Gynecol*. 2008 Spring;1:48
12. Julio Elito Junior, LuizCamano. Unruptured tubal pregnancy different treatments for early and late diagnosis. *Sao Paulo Med J*. 2006 Nov 7;124:321-4
13. Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM. Implementation of probabilistic decision rules improves the predictive values of algorithms in the diagnostic management of ectopic pregnancy. *Hum Reprod* 1999; 14:2855-62.

14. MostafaAtri et al. Role of endovaginalsonography in the diagnosis and management of ectopic pregnancy. Radiographics. 1996 Jul;16:755-74
15. Norah M van Mello et al. The METEX study: Methotrexate versus expectant management in women with ectopic pregnancy: A randomized controlled trial. BMC Women's Health. 2008 Jun 19;8:10
16. R Rastogi, Menna GL, N Rasgoti, V. Rastogi. Interstitial ectopic pregnancy: A rare and difficult clinicosonographic diagnosis. J Hum ReprodSci . 2008 Jul;1:81-2
17. RashmiBagga, VanitaSuri, PreetiVerma, Seema Chopra, JasvinderKalra, Failed Medical Management in Ovarian Pregnancy Despite Favorable Prognostic. FactorsMedGenMed. 2006 May 9;8:35
18. S. Das, R. Kalyani, V. Lakshmi, M. L. Harendra Kumar. Ovarian pregnancy. Indian J PatholMicrobiol. 2008 JanMar;51:37-8
19. Scheid DC, Ramakrishnan K. Determining ectopic pregnancy risk using progesterone levels. AmFam Physician 2006; 73:1892.
20. Tay JI, Moore J, Walker JJ. Clinical
21. review: Ectopic pregnancy. BMJ 2000; 320: 916-9.





EL PRESENTE ES UN MANUAL
DE NORMAS

SINO UNA PROCESO DE
RECOPIACIÓN DE INFORMACIÓN
QUE PRETENDE SER UNA GUIA
PARA MEDICOS RESIDENTES E
INTERNOS Y A SU VEZ PRETENDE
DESPERTAR EL INTERES POR LOS
PROCESOS LAPAROSCÓPICOS.

HOSPITAL ISIDRO AYORA
DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA
Y OBSTETRICIA.

INFORMACIÓN SOBRE
PROCEDIMIENTOS IMPORTANTES
EN GINECOLOGÍA





