

VI. PARTO EN CUCLILLAS UNA OPCIÓN ANSESTRAL, BASADA EN EVIDENCIAS, PARA EL PARTO INSTITUCIONAL. SU IMPLEMENTACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO EN TUCUMÁN-ARGENTINA.

Rodolfo Gómez Ponce de León, Karina Barrionuevo, Mara Mohedano.

Hospital “Nicolás Avellaneda”, San Miguel de Tucumán, Argentina.

Gupta y Nikodem (Cochrane) concluyen en su metanálisis que el parto en posición vertical está asociado a la reducción de la duración de la segunda fase, reducción en el número de episiotomías, reducción de manifestación del dolor severo en la segunda fase y menos patrones de frecuencia cardíaca fetal anormal. El Servicio de Perinatología, del Hospital Nicolas Avellaneda asiste alrededor de 3500 nacimientos de bajo y mediano riesgo anualmente siguiendo los lineamientos del CLAP, la OMS y la Propuesta Normativa Perinatal Argentina. Enmarcando sus actividades en el modelo de parto humanizado y centrado en la familia. En 1999 se crearon las salas de UTPR (unidad de trabajo de parto, parto y recuperación) para facilitar el disminuir intervenciones innecesarias, posibilitar que la mujer adopte la posición que desee y contar con la presencia durante el trabajo de parto y parto del acompañante que ella elija, posibilitar el inicio temprano de la lactancia materna fortaleciendo el vínculo entre madre e hijo y los vínculos familiares. En este contexto comenzó a implementarse el parto en cuclillas. Este modelo apunta a volver a las fuentes de la asistencia del parto, a lo que ancestralmente era natural, siguiendo los lineamientos marcados por la evidencia científica en obstetricia. En el video se muestran algunos partos en esta posición, la opinión de las usuarias y su familia, los resultados de la evaluación de los primeros 1000 partos que apoyaron la implementación en el servicio y el desarrollo final de un sillón para el parto en cuclillas desarrollado por el equipo bajo el liderazgo del Dr Gómez Ponce de León y la Lic Karina Barrionuevo. Actualmente este modelo se ha difundido por muchos lugares del mundo y en especial en America Latina.

V2. HEMOSÁLPING IZQUIERDO TORCIDO. MANEJO LAPAROSCÓPICO. Carlos Luis Cordero León, Pedro Díaz, María Díaz, Abraham Díaz, Hilda Mary Díaz.

Policlínica Maturin, S.A.

Se muestra un video clínico laparoscópico de paciente de 35 años con dolor abdominal de varios días de evolución, II gesta, II partos anteriores, esterilizada, con HCG b- Serica negativa, quien es llevada a mesa operatoria realizándole abordaje laparoscópico con colocación de 3 trocares (umbilical, suprapúbico, flanco izquierdo) con neuomoperitoneo de 14 mmHg, cuyos hallazgos fueron: 200 mL de sangre en cavidad peritoneal, trompa izquierda torcida con signos de necrosis y hemosalping, cicatriz tubárica bilateral por antecedentes de esterilización quirúrgica. Se procedió a realizar salpingectomía mediante el uso de coagulación y corte en sentido proximal y distal de trompa izquierda con corriente bipolar (Keppling).

V3. ENDOMETRIOSIS, INFERTILIDAD Y EMBARAZO; LA BATALLA CONTINÚA. Celenia del Valle Marcano Campos, Ramón José García Rojas, Luis Saín, Ruth Torella, Juan Carlos Álvarez.

Profertil. Clínica de Fertilidad. Barcelona, Edo. Anzoátegui.

Mucho se ha estudiado y escrito sobre la endometriosis, y sin embargo, aún es mucho lo que nos falta por conocer sobre esta patología catalogada como de enigmática, cruel y desconcertante. Es innegable la estrecha relación entre la endometriosis y la infertilidad. Más aun si tenemos presente que el 30 % de las pacientes con endometriosis cursan con infertilidad en el 50 % de los casos. En cuanto a los endometriomas, pareciera que su abordaje laparoscópico es la indicación inicial más lógica ante una mujer con diagnóstico de infertilidad y deseo de embarazo. Pero, ¿De qué depende que el abordaje quirúrgico sea exitoso? En el presente trabajo exponemos nuestra experiencia de 5 años, en la que el tamaño del endometrioma, localización, aplicación de la técnica de cistectomía, tipo de infertilidad de la pareja y edad de la paciente, fueron cruciales para la consecución de posteriores embarazos. La batalla continúa

V4. HISTERECTOMÍA SIMPLE POR TÉCNICA LAPARO-ENDOSCÓPICA USANDO PUERTO ÚNICO (LESS). Rene Javier Sotelo Noguera, Juan Rivero Carrano, Oswaldo Carmona, Camilo Giedelman, Daniel Ramírez, Juan Rivero S.

Instituto Médico La Floresta, Caracas.

OBJETIVOS: Presentar el primer reporte clínico y dar detalles de la técnica quirúrgica de la histerectomía simple por laparo-endoscópica usando puerto único (LESS). **MÉTODOS:** realizamos histerectomía simple por LESS en 2 pacientes. Las indicaciones incluyeron neoplasia intraepitelial de alto grado recurrente y menometrorragia con anemia. El procedimiento se practicó utilizando un puerto único multientrada insertado a través de un orificio de 2,5 cm a nivel de la cicatriz umbilical. Se usaron ligasure, portaaguas, tijeras articuladas e instrumentos específicamente angulados que facilitaban la disección y la sutura. Un manipulador vaginal fue insertado para facilitar la retracción del útero durante el procedimiento y favorecer la identificación del anillo cervical como línea de escisión. Los especímenes fueron liberados y el manguito vaginal fue suturado a través de un abordaje transvaginal. **RESULTADOS:** Los procedimientos fueron exitosamente completados por abordaje transumbilical sin necesidad de otro puerto para instrumentos laparoscópicos adicionales u otro instrumento para visión. Tiempo quirúrgico fue 120 minutos (en el caso 1) y de 160 min (caso 2), y el sangrado aproximado fue 160 mL (caso 1) y 110 mL (caso 2). No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias. Tiempo de permanencia fue de 24 horas en ambos casos. Patología final revelo carcinoma in situ con extensión glándulas al cérvix (caso 1) y miomatosis uterina (caso 2). Las dos pacientes tuvieron un buen postoperatorio sin complicaciones tardías, con una media de seguimiento de 4 meses.

V5. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ASISTIDO POR ROBOT EN LA REPARACIÓN DE LA FÍSTULA VESICOVAGINAL. Rene Javier Sotelo Noguera, Robert De Andrade, Oswaldo Carmona, Daniel Ramírez, Camilo Giedelman, José Saavedra.

Instituto Médico La Floresta, Caracas. **OBJETIVO:** mostrar dos alternativas mínimamente invasivas para el tratamiento quirúrgico de la fístula vesico-vaginal, mediante la técnica laparoscópica y robótica. **MÉTODOS:** se realizó la reparación de la fístula por vía laparoscópica en 28 pacientes, y por técnica robótica se intervino una paciente, en ambos grupos se practicó asistencia por cistoscopia, cateterización del trayecto fistuloso, resección del mismo, rafia de vejiga en dos planos y de vagina e interposición de flap de epiplón. **RESULTADOS:** el procedimiento por técnica laparoscópica fue en 28 casos, con una edad promedio de 39 años. El 93 % de las pacientes presentaron antecedente de histerectomía, 75 % no tenían tratamiento previo de fístula y en la mayoría de los casos tuvieron manejo conservador por más de 2 meses. No se convirtió ninguna paciente. El promedio de hospitalización fue de 3 días, con una permanencia de la sonda de Foley de 10,4 días. Se presentaron 2 complicaciones y una recidiva en los 28 pacientes. La paciente a la que se le practicó corrección robótica de la fistula tuvo éxito intra y postoperatorio al cabo de 2 meses de seguimiento.