

Vol 7. Año 12. N° 1 // Agosto 2018

ISSN 1851-250X

**REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA
DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA
Y GINECOLOGÍA
(A.A.C.O.G)**



**Asociación Argentina
de Controversias en
Obstetricia y Ginecología**

(A.A.C.O.G)-Asociación Civil

**Revista de la Asociación Argentina
de Controversias en Obstetricia y Ginecología
(A.A.C.O.G) - Asociación Civil**

vol 7 año 12 nº 1 // Agosto 2018

Comisión Directiva 2015-2017

Presidente	Dra. Claudia Andrea Gonzalez
Vicepresidente	Dra. Claudia Roxana Scalise
Secretario	Dra. Nidia López
Prosecretario	Dra. Silvana Arena
Tesorero	Dr. Martín Rotella
Protesorero	Dra. Verónica Paula Iuliano
Secretario de Actas	Dra. Verónica Mendez

Vocales Titulares

Dra. Susana Moggia
Dra. Elida Rodriguez
Dra. Laura Maffei
Dr. Ignacio Perez Tomasone
Dra. Alejandra Belardo
Dr. Jorge Bustos

Vocales Suplentes

Dr. Alejandro Ariel Hakim
Dra. Silvia Orenstein
Dra. Ángela Gómez
Dra. Delfina Tatti
Dra. Ursula Tevez
Dra. Marta Tutzer

Revisor de Cuentas Titular Dra. Victoria Fazio

Revisor de Cuentas Suplente Dra. Clara Gómez Lisarrague

**Comisión de Relaciones
Institucionales** Dr. Héctor Pedro Couto
Dr. Damián Serrano
Dra. Graciela Scagliotti

Comisión de Página Web Lic. Claudia Viviana Negri
Dra. Paola Alejandra Mendiola
Lic. Luciana Gava

A.A.C.O.G NO SE RESPONSABILIZA POR LAS OPINIONES VERTIDAS DE LOS AUTORES

Todos los derechos para A.A.C.O.G.

Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.

Email: info@aacog.org.ar

Web: www.aacog.org.ar

ASOCIACION ARGENTINA DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

Personería jurídica: I.G.J. 569 del 30 de Julio de 2007

DIR.: Monroe 2681- Capital Federal (1428) Buenos Aires, Argentina

Te l: 4543-0759



Resúmenes de Trabajos de Obstetricia

presentados en el

**10º Congreso Internacional
12º Congreso Argentino
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

29 y 30 de Agosto de 2018

	Título Poster	Autores	Institución
1	Impacto de la edad materna en el embarazo	Lic. Gomez, Melisa, Lic. Arroyo, Belén, Lic. Cervellón, Marcela; Lic. Galparoli, Julieta; Lic. Oliverio, Alejandra; Lic. Sanchez, Daniela; Lic. Varcasia, Vanesa; Lic. Salvatore, Silvia.	Hospital Parmenio Piñero
2	Cesárea Anterior: "¿Parto o cesárea electiva?"	GILES, Vanesa; Sorbilli , Lara	
3	Mortalidad Materna en el Hospital Santojanni	Antunes, D; Dortona, C; Salgado, R; Atar, F; Tinoco, T; Gil, D.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
4	Incidencia de Anemia	Lic. Ricci, Paula; Lic. Gálvez, Fernanda; dr. Hakim, Alejandro; Lic. Negri, Claudia; Lic. Ruiz, Marcela; Lic. Villegas, Florencia.	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
5	Sífilis Congénita: Una Meta Difícil de Alcanzar	Rodríguez, K ; Ramborger, C ; Maciá, H ; Manau, S ; Di Biase L ; Perez Tomasone I	Hospital Parmenio Piñero
6	Aportes para la Salud Integral en Residencia Hospitalaria para Madres	Scarpello, Y.(1); Borra M.(1); González M.A (2)	Rivadavia Y Sarda
7	DIU: Creencias y adherencia	Lic. Schneider, B, Lic. Amarante, M; Lic. Ossola, A; Lic. Tagliatori, A; Lic. Berazategui, A; B; Lic. Zurita, M.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
8	Anemia y embarazo: Factores predisponentes	Lic Zurita M, Lic Amarante M, Lic Berazategui A, Lic González L, Lic Ossola A, Lic Tagliatori A, Lic Luna M.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
9	Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital Santojanni	Lic. Luna , M. Mercedes. Lic. .Tagliatori Antonela, Lic. Ossola Andrea, Lic. Amarante Melisa, Lic.. Berazategui ,Ayelen, Lic. Schneider Belén , Lic. Menendez Elizabeth.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
10	Diabetes y Embarazo. Controles Oportunos	Dra. Schueri Adriana, Dra. Dubrowski Sandra Dra. Coronil Rosana, Dr. Solis Daniel, Dra Nasello Paola, Dra Torres Paula, Dr. Valencia Mario	Hospital Dr. Ricardo Gutierrez - La Plata
11	Vía de finalización cesárea abdominal	Oloriz Maria, Orellana Patricia, Zapata Martina, Souki Cecilia	Hospital Bernardino Rivadavia
12	Vía de Parto en Nuliparas: un Desafío aún Pendiente	Sampayo , D.; Scarpello, Y.; Molina, N.; Borra M.	Clinica De La Esperanza
13	Adhesión al Control Puerperal	Lic. Zapata Martina, Lic. Souki Cecilia Neyruz, Lic. Orellana Rosana Patricia, Lic. Oloriz María Cruz, Lic. Sia Gabriela Alejandra.	Hospital Bernardino Rivadavia
14	Tuberculosis y Embarazo	Novick, F. Seilicovich, Y. Ansotegui, P. Modarelli, F. Salinas, J. Stolfa, N. Vargas, V.	Hospital General De Agudos Dalmacio Velez Sarfield
15	Vía de Finalización del Embarazo en Trabajos de Parto Inducidos	Licenciadas Obstétricas Baltar, María Itatí; Bastanchuri, Arantxa; Carthy, Delfina; Domínguez, Valentina; Jaxa, Karen; Maisy, Érica; Soto, Denisse; Stefanini, Eliana	Hospital Materno Infantil Dr. Florencio Escardó (HMIT)

	Título Poster	Autores	Institución
16	Embarazo adolescente y metodos anticonceptivos	Dr. Hakim, Alejandro; Lic. Negri, Claudia; Lic. Ruiz, Marcela; Lic. Fernández Salgueiro, Julieta Mariel; Lic. Salazar, Wanda Lia; Lic. Caparachin, Angela	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
17	Estudio Epidemiológico y de Sífilis y Embarazo	Tamara Motta; Federico Atar, Romina Salgado; Natalia Sinopoli; Lorena Claus; Carolina Orrigo	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
18	Prevalencia de Parto Vaginal en ruptura prematura de membranas	Lic. Cavanillas María; lic. Costagliola; dr. Hakim Alejandro; lic. Negri Claudia; Lic. Ruiz Marcela; Lic. Varela Luciana.	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
19	Alcance y Conocimiento de Métodos Anticonceptivos en Puerperas del Hospital Santojani	Szer Y. Alvarez C. Gentini A, Bergamo N, Motta T, Mazzeo S.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
20	Embarazo Ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Reporte de caso.	Guallan F, Camargo A, Illia R	Hospital Alemán
21	Enfermedad Renal Poliquistica Autosómica Recesiva. A Propósito de un Caso	Bue-roca Mc; Glowko V; Sagastume M; Ciardullo M; Busnahe V; Molina L	Hospital Materno Infantil Dr. Florencio Escardó (HMIT)
22	Sexualidad y Embarazo	Bergamo Nadia, Antnues Daniela, Oteiza Belen, Szer Yanina, Pechini Silvia, Oyhamburu David.	Hospital De Agudos D. F. Santojanni
23	Inversion Uterina - Tratamiento off label con balon de Bakri	Seilicovich,y. Antico,g. Noguera,c. O,n. Fuentes,e. Palazzesi,g. Silva,j. De Cristófarog, g. Siufi,c	Hospital General De Agudos Dalmacio Velez Sarfield
24	Leucemia Promielocita Aguda en el Embarazo. A propósito de un Caso	Scaravonati R. Torcoletti S. Selecki N. Burke M. Ballivian K. Serrano D. Hakim A.	Hospital General De Agudos José María Ramos Mejía
25	Mitos y verdades en anticoncepción	Santarella C, Rusman N, Casas A, García Del Carril I, Iuliano V, Gresta C., Macchi S, Carbone J.	Hospital General De Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”
26	Seguimiento y Evolución de Pacientes con Diagnóstico de Mola Hidatiforme	Bevilacqua, José; Petruzzi, Andrea; Sgarzini, Celeste; Elvira, Jaqueline, Ostrowsky, Carlos, Scursioni, Alejandra	Htal. Quilmes
27	Resultados Perinatales en Embarazo Adolescente	Cabral Melina, Dimeo Yesica, Gorrochategui Victoria, Ghironi Marisa, Sterkel Yanela	
28	Embarazo Ectópico Cornual - Presentación de un Caso Clínico	Alabarce, B. Borre, B. Rusman. N , Corazza, F. Gomez, A. Gonzalez, C. Macchi, S. Carbone, J. Gresta, C.	Hospital General De Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”
29	Síndrome de Evans y Embarazo. A Propósito de un Caso	Jara Valdez L., Di Bibiase L., Cará V., Flores N., Paredes M.	Hospital Parmenio Piñero

	Título Poster	Autores	Institución
30	Tratamiento Quirúrgico Conservador en Embarazo Ectópico en Cicatriz de Cesárea. Nuestra Experiencia.	Gentile L., Camargo A., Carcedo M., García Balcarce T., Ramilo T., Del Carreto A., Bianchi F.	Hospital Alemán
31	Edema Agudo de Pulmon - a propósito de un caso.	Ferrari Agustina , Quiroga Georgina , Loto Mariana.	
32	¿Son Precoces los controles de las mujeres embarazadas de nuestra área programática?	Lic. Ahek Mariana, Lic. Ferreira Cortez Fernanda, Dra. Toledo Ana Ines	
33	Uso de leep como tratamiento de condiloma acuminado extenso en embarazadas	Baquerizo N., Iuliano V., Mendez V., Garcia del Carril I., Macchi S.,Gresta C., Carbone J.	Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”
34	COMPLICACION INFRECUENTE DEL HIERRO EV: A PROPOSITO DE UN CASO	Perochena G, Rusman N, Corazza F, Garcia del carril N, Machi S	Hospital General de Agudos “Dr. Ignacio Pirovano”
35	Secuestro pulmonar Extralobar: Reporte de un caso	De Fazio Belén MD, Sañay Fanny MD, Del Carreto Andrea MD.	Sanatorio Güemes

Impacto de la Edad Materna en el Embarazo

Hospital General de Agudos "Parmenio T. Piñero" - CABA - Argentina.

Autores: Lic. Gomez, Melisa, Lic. Arroyo, Belén, Lic. Cervellón, Marcela; Lic. Galparoli, Julieta; Lic. Oliverio, Alejandra; Lic. Sanchez, Daniela; Lic. Varcasia, Vanesa; Lic. Salvatore, Silvia.

INTRODUCCIÓN

El embarazo en las edades extremas de la vida reproductiva de la mujer, tanto en la adolescencia como luego de los 35 años, se relaciona con un riesgo aumentado de complicaciones obstétricas, lo que conlleva a un aumento de la morbilidad materno-perinatal. La edad media para concebir ha aumentado en las últimas 3 décadas, y este es un fenómeno que se observa tanto en países desarrollados como aquellos en vías de desarrollo.

OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de patologías detectadas en mujeres mayores de 35 años de edad
- Establecer las características de la población.
- Determinar patologías asociados.
- Estimar porcentaje de mujeres gestantes mayores a 35 años de edad.
- Determinar los resultados perinatales.
- Determinar vía de finalización del embarazo.

MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los datos se recopilaron a partir de la revisión de historias clínicas de los Cesac N° 14,18 y 19, y del Sistema Informático Perinatal (SIP). Se seleccionaron aquellas historias clínicas de mujeres embarazadas mayores a 35 años que concurren a los Cesac, entre Enero 2016 y Marzo 2018. El análisis de datos se realizó según método estadístico a través del programa VCCstat 2.01.

RESULTADO | Enero 2016 - Marzo 2018 → 978 mujeres → 21,78% mayores a 35 años. (N=213)

VARIABLE | N=213 | Porcentaje con IC

EDAD MATERNA

35 - 39 años	141	66,19% (IC 95 59,36-72,43)
40 - 44 años	62	29,11% (IC 95 23,20-35,78)
> 45 años	10	04,69% (IC 95 02,40-08,72)

NACIONALIDAD

Argentina	64	30,05% (IC 95 24,07-36,75)
Boliviana	104	48,83% (IC 95 41,96-55,73)
Paraguaya	35	16,43% (IC 95 11,86-22,25)
Peruana	10	04,69% (IC 95 02,40-08,72)

ESTADO CIVIL

Unión Estable	128	60,09% (IC 95 53,16-66,66)
Casada	45	21,13% (IC 95 15,97-27,35)
Soltera	40	18,78% (IC 95 13,90-24,81)

ESCOLARIDAD

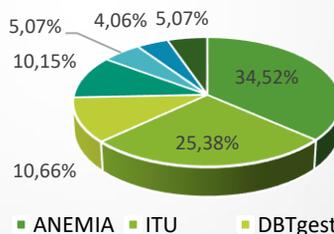
Primaria Completa	47	22,06% (IC 95 16,80-28,35)
Primaria Incompleta	27	12,68% (IC 95 08,66-18,08)
Secundaria Completa	66	30,98% (IC 95 24,94-37,73)
Secundaria Incompleta	54	25,35% (IC 95 19,77-31,84)
Universitario	16	07,51% (IC 95 04,49-12,13)
Ninguno	3	01,41% (IC 95 00,29-05,22)

GESTACIONES

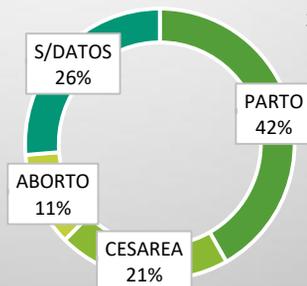
Primigesta	23	30,45% (IC 95 24,10-37,41)
Multigesta	190	69,54% (IC 95 62,58-75,90)

RESULTADOS

PATOLOGÍAS DETECTADAS



FINALIZACIÓN



CONCLUSIÓN

Según nuestra investigación, en los centros de salud, el número de mujeres mayores a 35 años, tanto en 2016, 2017 y parte del 2018 fue en ascenso. En los resultados obtenidos, encontramos distintas patologías que se asocian entre varios factores, con la edad materna, un alto porcentaje de anemia, infección urinaria, DBTgest e HIE. Por otra parte, si bien el número de partos vaginales fue mayor, vemos un alto porcentaje de cesáreas. Es fundamental trabajar, como promotores de salud, en la captación de las mujeres para la planificación familiar, así como en la detección temprana de patologías y factores de riesgo que puedan comprometer los resultados perinatales.

CESÁREA ANTERIOR: “PARTO o CESÁREA ELECTIVA”

AUTORES: GILES, Vanesa; Sorbilli , Lara

INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y 15%, ya que se reduce la mortalidad materna y neonatal. Por encima de este nivel, no se observa una reducción de la mortalidad.

La decisión de la vía de finalización de estas pacientes, es un tema controversial, ya que la rotura uterina es la complicación más severa, aunque poco frecuente, que aumenta la morbimortalidad materno-fetal.

Tenemos que tomar la decisión: cesárea electiva o una prueba de parto espontánea.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el número de pacientes con 1 cesárea anterior, en el ámbito privado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Determinar el número de nacimientos por parto luego de una cesárea.
- 2) Relacionar Inminencia de rotura uterina y parto después de cesárea .
- 3) Evaluar las causas de cesárea.
- 4) Evaluar diferencias en los resultados perinatales según el tipo de nacimiento.

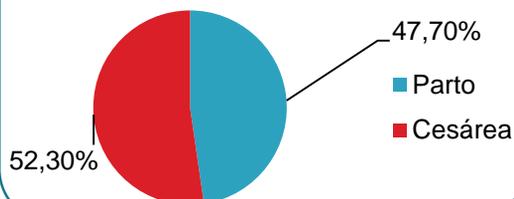
POBLACIÓN, MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

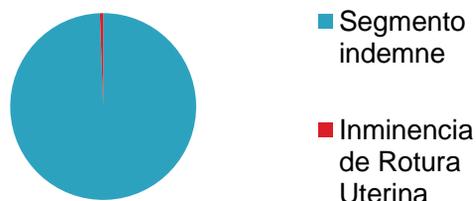
Los datos fueron recopilados de las historias clínicas, desde 31/05/16 al 31/05/2018, obteniendo una población total de 661 embarazadas, de las cuales se estudiaron 174 con 1 cesárea anterior.

Se analizaron las siguientes variables: Causas de la cesárea, inminencia de rotura uterina y resultados perinatales

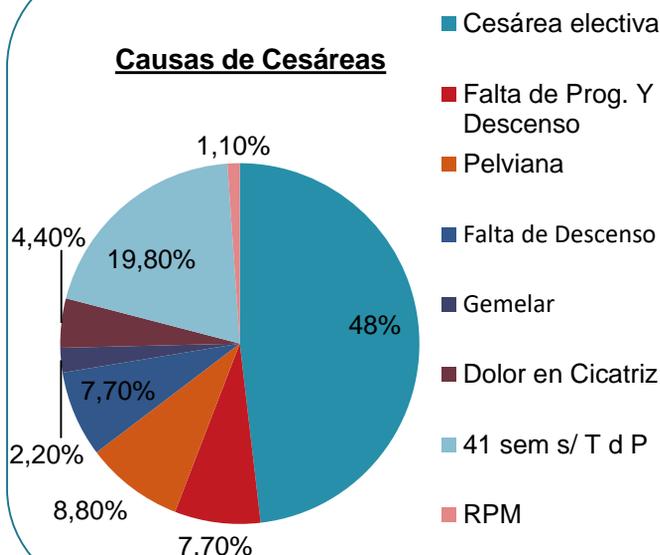
Vía de Fnalización



Riesgo de Rotura Uterina



Causas de Cesáreas



RESULTADOS

Nuestros registros muestran que esperar una prueba de parto espontáneo, nos lleva tener un 47,7% de partos, con un riesgo de rotura uterina del 0,57%. Cabe aclarar que el 32% de la pacientes que tuvieron parto vaginal después de cesárea, se les realizó una toma forcipal profiláctica.

No hubo diferencias en los resultados perinatales, siendo en ambos casos RNVT vigorosos al nacimiento. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3480 gramos.

CONCLUSIÓN

Las principales Sociedades; RCOG,ACOG,SEGO, proponen parto vaginal después de cesárea..

Según nuestra evidencia, es recomendable esperar el desencadenamiento del trabajo de parto en pacientes con cesárea anterior, ya que el es alto el porcentaje de pacientes que tienen parto, el riesgo de rotura uterina es muy bajo y los resultados perinatales no difieren de las pacientes que se les realiza una cesárea electiva.



“ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD MATERNA EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SANTOJANNI”

AUTORES: ANTUNES, D; DORTONA, C; SALGADO, R; ATAR, F; TINOCO, T; GIL, D.

SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HTAL.DONACION FRANCISCO SANTOJANNI

Introducción: Uno de los objetivos del desarrollo del milenio adoptados por la comunidad internacional en el año 2.000 fue “**Mejorar la salud materna**” (OMS). Entre los años 1.990 y 2.015 se redujo la mortalidad materna en un 44% a nivel global. Sin embargo la TMM sigue siendo inaceptablemente alta. Defunciones obstétricas: **-Directas:** relacionadas al evento obstétrico.

-Indirectas: enfermedades preexistentes independientemente de la gestación pero agravadas por los efectos fisiológicos de la misma.

Objetivo: Analizar los casos de muerte materna ocurridos en el Hospital Santojanni en los últimos 10 años, para establecer las causas, la tendencia y las características de la población.

Materiales y métodos: Se realizó estudio descriptivo retrospectivo realizado en el hospital D. F. Santojanni de la CABA a partir de registros internos del servicio de obstetricia. Se obtuvo el número anual de nacimientos y se relevaron las muertes maternas de causas directas e indirectas ocurridas entre el 1 de Enero del 2008 y el 31 de Diciembre del 2017.

Resultados:

Defunciones maternas según edad de la paciente:

- < 20 años: 17%
- 20 a 25 años: 17%
- 25 a 35 años: 44%
- >35 años: 22%

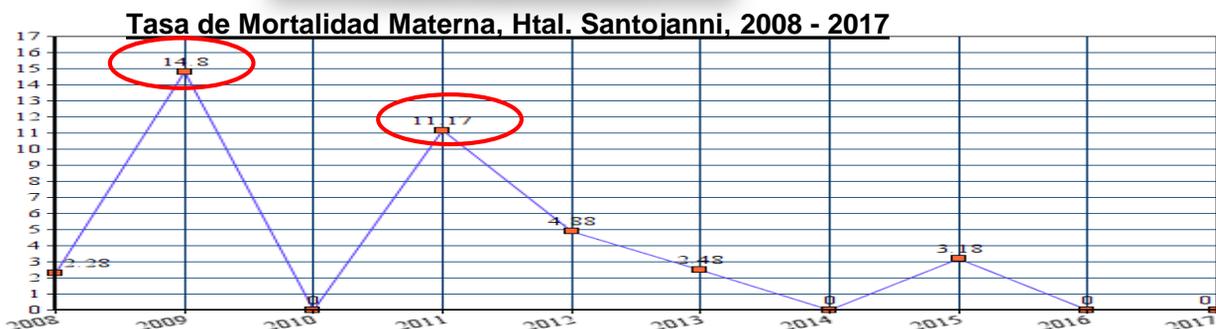
Defunciones maternas según el número de gesta:

- 28% primigesta
- 33% secundigesta
- 22% tercigesta
- 17% más de 3 gestas

Resultados perinatales:

- 10 nacidos vivos de término (55%)
- 3 nacidos vivos pretérmino (17%)
- 5 fetos muertos (28%)

Causas directas	13	72%
Infecciones	4	22,2%
Trastornos hipertensivos	5	27,7%
Hemorragia	3	16,66%
TEP	1	5,55%
Causas Indirectas	3	16,66%
Asma grave	1	5,55%
Gripe H1N1	1	5,55%
TBC	1	5,55%
Desconocida	2	11,1%
TOTAL	18	100%



Conclusiones: - Las principales causas de mortalidad materna son las **directas** (coincidiendo con la estadística a nivel mundial). En primer lugar los **Trastornos hipertensivos del embarazo**, en segundo lugar las **Infecciones puerperales** y en tercer lugar las **Hemorragias obstétricas**.

Un 28% se acompañó además de resultados adversos neonatales (fetos muertos).

Se observó a lo largo de los años, a nivel mundial un descenso de la TMM.

Crear estrategias para disminuir las principales causas de mortalidad materna: utilizar las guías de manejo de hipertensión en el embarazo, preparar al personal de guardia para hemorragias post evento obstétrico, mantener la antisepsia a pesar de la urgencia y consensuar con infectología el uso de antibióticos.

INCIDENCIA DE ANEMIA

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de anemia en mujeres embarazadas en Argentina es de un 30% y se acentúa hacia el final del embarazo, donde ésta cifra alcanza un 35%. Debido al aumento de su requerimiento (un 50% más) y como consecuencia de que un 60% de las embarazadas no consumen suficiente hierro alimentario, la recomendación es la suplementación desde el primer control prenatal. Sin embargo se ha visto que solo un 24% consume el suplemento de hierro indicado. (*) Es por esta razón que la indicación debe estar acompañada por consejería e información sobre alimentación y posibles molestias por su consumo para lograr así una buena adhesión a la misma.

**Recomendaciones para la Práctica del Control preconcepcional, prenatal y puerperal, Dirección Nacional de Maternidad e Infancia- Min. de Salud de la Nación 2013*

RESULTADOS: De un total de 1187 embarazadas que ingresaron al servicio, 97 desarrollaron anemia luego de las 20 semanas: **INCIDENCIA 8.17% IC 95% 6.70-9.91**

OBJETIVO GENERAL

Determinar incidencia de anemia en embarazadas luego de las 20 semanas de edad gestacional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar distribución de frecuencia de características sociodemográficas; Porcentaje de pacientes: que realizaron ferrotterapia, más de 5 controles prenatales y con periodo intergenésico corto. Indicar porcentaje de recién nacidos con bajo peso para su edad gestacional.

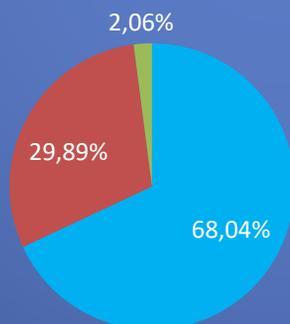
MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Los datos fueron recopilados del Sistema de Información Perinatal y analizados con el programa estadístico VCC STAT Beta 3.0.

POBLACIÓN Y MUESTRA

Se incluyeron a todas aquellas pacientes que desarrollaron anemia luego de las 20 semanas de edad gestacional y fueron internadas en la maternidad del Hospital Ramos Mejía en el periodo comprendido entre el 1 de Junio de 2017 y 31 de mayo de 2018. Se excluyeron aquellas que cursaban embarazos gemelares y/o que no hayan realizado medición de hemoglobina antes de la semana 20.

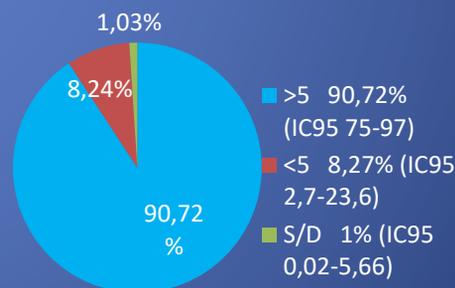
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	
Nacionalidad	
Argentinas	61,85% (IC 95:51.39-71.36)
Peruanas	11,34% (IC 95:6.07-19.78)
Bolivianas	11,34% (IC 95:6.07-19.78)
Paraguayas	4,12% (IC 95:1.11-12.22)
Otras	9,28% (IC 95:3.39-25.08)
Edad	
Adultas	84,53% (IC 95:75.45-90.80)
Adolescentes	15,46% (IC 95:9.19-24.54)
Estudios	
Primario	10,30% (IC 95:5.32-18.56)
Secundario	79,38% (IC 95:69.72-86.66)
Universitario	10,30% (IC 95:5.32-18.56)
primigestas	35,05% (IC95:25.82-45.47)



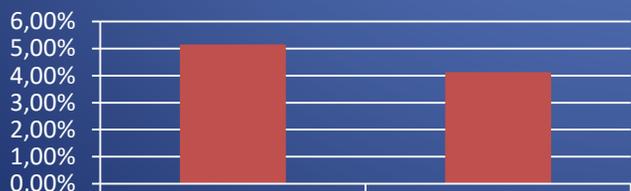
FERROTTERAPIA

SI 68,04% (IC95 57,70-76,94)
NO 29,89% (IC95 21,24-40,17)
S/D 2,06% (IC95 0,25-7,67)

CONTROLES PRENATALES



>5 90,72% (IC95 82,7-97)
<5 8,27% (IC95 2,7-23,6)
S/D 1% (IC95 0,02-5,66)



BAJO PESO PARA EDAD GESTACIONAL 5,15% (IC95:1.60-12.06)

PERIODO INTERGENESICO CORTO 4,12% (IC95:1,11-12,22)

CONCLUSIÓN: De acuerdo con los resultados arrojados, podemos ver que si bien la incidencia de anemia en nuestra población es baja, un gran porcentaje no realizó ferrotterapia habiendo tenido un número de controles prenatales adecuados. Es fundamental que los profesionales de salud a cargo del control, no solo nos limitemos a indicar la suplementación sino que además deberíamos recalcar la importancia de su realización e informar sobre posibles molestias asociadas a la misma.



12° Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología

SÍFILIS CONGÉNITA: UNA META DIFÍCIL DE ALCANZAR

*Autores: Rodríguez, K ; Ramborger, C ; Maciá, H ; Manau, S ; Di Biase L ; Perez Tomasone I
Hospital Parmenio Piñero – Servicio de Obstetricia*

Introducción

Las infecciones de transmisión sexual se encuentran entre las principales causas de enfermedad en el mundo, con consecuencias económicas, sociales y sanitarias de gran repercusión en muchos países. Una de ellas es la sífilis cuya incidencia varía con la distribución geográfica y la condición socioeconómica. Algunas características favorecerían su erradicación (vías de transmisión limitadas, métodos de detección económicos, simples y sensibilidad a la penicilina luego de más de medio siglo de utilización), sin embargo, recrudesció desde fines de 1960 como consecuencia de cambios socioculturales y permaneció estable o registró incrementos en países no desarrollados en las últimas décadas.

En el año 2009 nació la iniciativa regional para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH y de la sífilis congénita en América latina y el Caribe por parte de la OPS, OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) donde los países de la región se comprometieron a disminuir los casos de sífilis congénita a menos de 0,5 por mil nacidos vivos.

Objetivo

Definir el número de casos de sífilis materna.

Determinar el grado de escolaridad alcanzado en las pacientes con diagnóstico de sífilis.

Definir el número de recién nacidos vivos con diagnóstico de sífilis congénita.

Material y métodos

Revisión de 400 historias clínicas de pacientes gestantes y 101 recién nacidos vivos con diagnóstico de sífilis, atendidos en el Hospital Parmenio Piñero en el periodo comprendido entre Enero de 2013 a Diciembre de 2017.

Resultados

En el periodo analizado, se registraron 400 casos de sífilis materna y 101 casos de sífilis congénita. Al estimar la incidencia de sífilis congénita en función al número de recién nacidos vivos por año, se demuestra que dicho valor se mantiene constante durante los años analizados, ya que si bien disminuyó el valor absoluto de casos de sífilis, también lo hizo el número total de nacidos vivos por año.

Al analizar el nivel educativo de las embarazadas con diagnóstico de sífilis atendidas en el hospital Piñero en el periodo descripto, la mayoría presentó escolaridad mayor, entendiéndose a la misma como nivel secundario o terciario completo o incompleto.

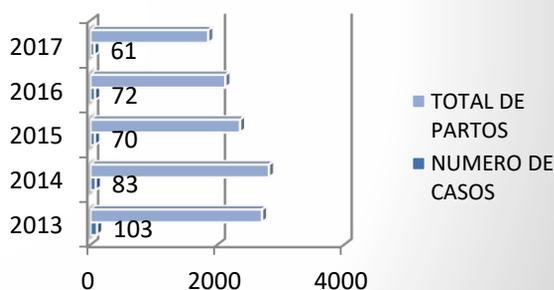
NIVEL EDUCATIVO	TOTAL DE CASOS	% SOBRE TOTAL DE CASO
Analfabeto	10	2,5
Primario incompleto	79	19,75
Primario completo	95	23,75
Escolaridad mayor	216	54

AÑO	INCIDENCIA DE SÍFILIS CONGÉNITA	TOTAL DE RECIEN NACIDOS POR AÑO
2013	8.86	2706
2014	8.80	2815
2015	7.60	2359
2016	9.80	2127
2017	7.00	1857

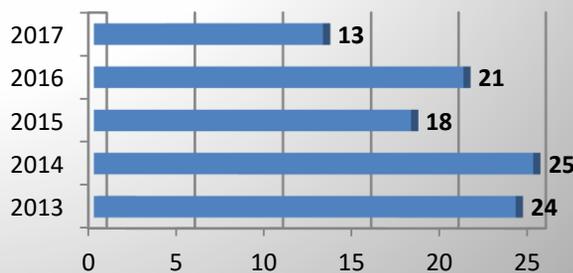
Conclusión

Si bien las falencias del nivel educativo pueden incrementar el riesgo de contraer esta patología, al analizar la población atendida en nuestra maternidad, el mayor número de casos se diagnosticó en mujeres con escolaridad mayor. Mas allá de haber reducido la incidencia de sífilis congénita en los últimos 5 años, aún nos encontramos lejos de alcanzar el objetivo planteado por la OPS (reducción de 0,5 casos o menos por cada mil nacidos). Considerar las características socio-demográficas de las pacientes nos brinda la posibilidad de generar estrategias de prevención dirigidas, lo cual permite reforzar y ajustar las medidas en las poblaciones mas vulnerables.

SÍFILIS MATERNA POR AÑO



SÍFILIS CONGÉNITA POR AÑO



APORTES PARA LA SALUD INTEGRAL EN RESIDENCIA HOSPITALARIA PARA MADRES

SCARPELLO, Y.(1); BORRA M.(1); GONZÁLEZ M.A (2)

(1)Hospital B. Rivadavia (2) Maternidad R. Sardá

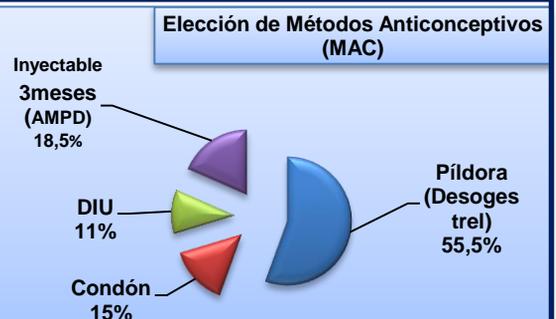
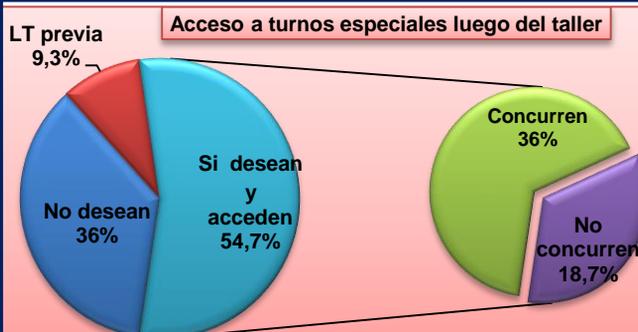
Introducción: Entre los factores de riesgo para parto prematuro, el antecedente de pretérmino (PT) anterior figura en primer lugar. Por ello, en madres con hijos PT internados resulta prioritario facilitar el acceso a métodos de anticoncepción de manera de lograr intervalos intergenésicos adecuados que permitan disminuir factores de riesgo asociados.

Objetivo: Investigar y facilitar el acceso a herramientas para la toma de decisiones informadas sobre salud sexual y reproductiva en mujeres con hijos internados en Neonatología que acceden a una Residencia Hospitalaria de Madres (RM).

Materiales y métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva los resultados de talleres interdisciplinarios de frecuencia mensual que se efectuaron entre julio y diciembre de 2016 con n= 75 mujeres en RM del HMIR Sardá. Un equipo multidisciplinario (psicólogas y obstétricas) aplicaron un dispositivo lúdico grupal de preguntas y respuestas creado ad hoc. En paralelo se estableció el funcionamiento de un consultorio de planificación familiar exclusivo para este grupo de mujeres.



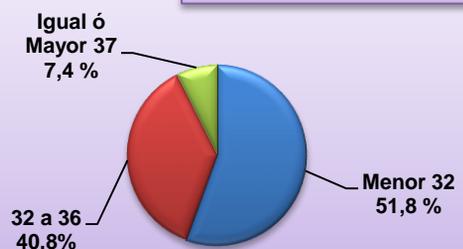
Resultados



Vía de parto en mujeres que accedieron a MAC



Edad gestacional del RN (Sem)



Conclusiones: Sobre n= 75 mujeres, el 46,6% (35) obtuvo método anticonceptivo previo al alta del recién nacido. La implementación de talleres de información y acceso a métodos anticonceptivos en forma oportuna, resulta una **estrategia posible y recomendable** en madres de prematuros durante la internación. El acceso a una RM facilita la implementación de la misma.

«9º Congreso Internacional de Controversias en Obstetricia y Ginecología»

DIU: creencias y adherencias

Hospital de Agudos D. F. Santojanni. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Autores: Lic. Schneider, B, Lic. Amarante, M; Lic. Ossola, A; Lic. Tagliatori, A; Lic. Berazategui, A; B; Lic. Zurita, M.

Introducción: El DIU es un método efectivo de anticoncepción reversible y de largo plazo. En nuestro hospital, muchas son las mujeres que lo eligen como método anticonceptivo. Sin embargo, sabemos que muchas otras lo rechazan. Mediante este trabajo, queremos conocer cuáles son las causas por las que el DIU no es elegido como método anticonceptivo (MAC)

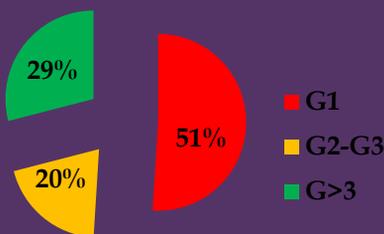
Objetivo general: Determinar la elegibilidad y la adherencia al uso del DIU como método anticonceptivo de mujeres puérperas, de acuerdo a su propio conocimiento, y luego de recibir información y recomendaciones basadas en la evidencia.

Población, materiales y métodos:

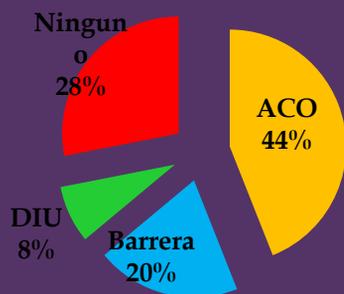
Estudio descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se evaluaron 755 mujeres puérperas, en el período comprendido entre diciembre de 2017 a mayo de 2018, en el Hospital Santojanni. Los resultados se recolectaron a partir de encuestas mixtas realizadas a pacientes puérperas de parto normal o cesárea, en el consultorio de puerperio normal y procreación responsable, a cargo de residentes obstétricas, y en la sala de internación.

Resultados

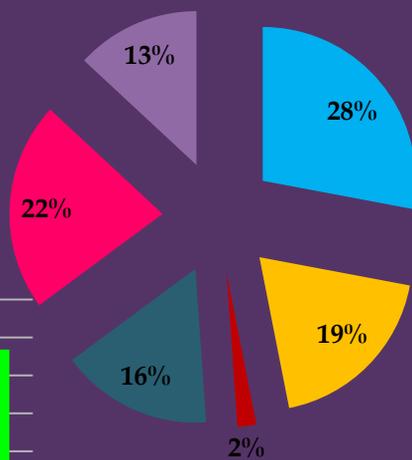
Gesta y Paridad



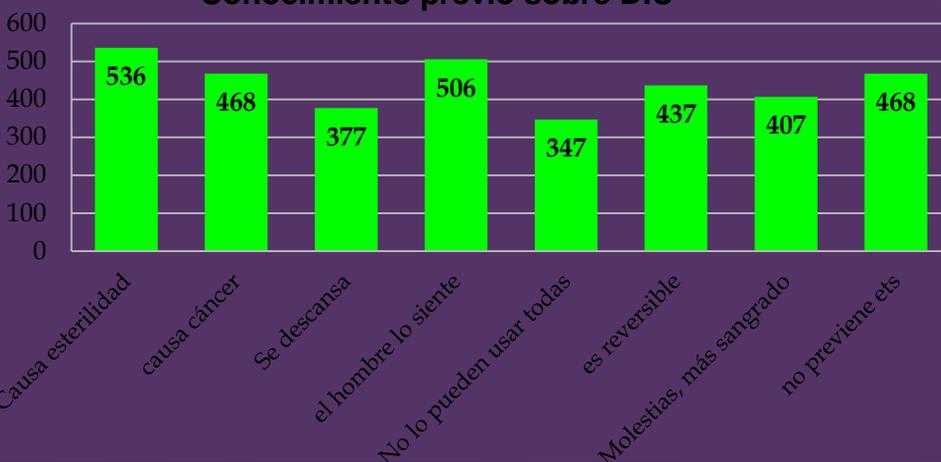
MAC utilizado anteriormente



MAC elegido luego de la información



Conocimiento previo sobre DIU



Conclusión: Consideramos que el DIU es un MAC muy eficiente, lo que ocurre es que a nivel popular se sigue considerando que es dañino para la salud y el organismo de las mujeres. A veces las respuestas a las grandes problemáticas de salud están al alcance de la mano del profesional que asiste. Lo importante es conocer esto, y sacarle provecho para que cada mujer que pisa el suelo de una institución de salud, reciba la mejor atención posible, incluyendo dentro de este concepto un anticonceptivo post- evento obstétrico que se adecue a las necesidades de cada una de ellas.

Anemia y Embarazo: factores predisponentes

Autores: Lic Zurita M, Lic Amarante M, Lic Berazategui A, Lic González L, Lic Ossola A, Lic Tagliatori A, Lic Luna M.

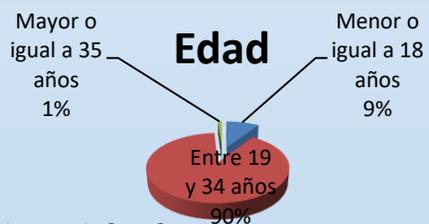
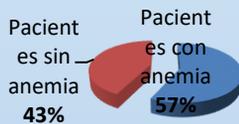
Introducción: En Argentina se ha detectado que sólo un 24% de las embarazos consume suplemento de Hierro. Identificado este problema, decidimos realizar este trabajo para poder visualizar cuales son nuestros principales factores de riesgo y en base a esto poner énfasis y vital atención durante el control prenatal a estos factores que asociamos como predisponentes.

Objetivo General Describir aquellos factores predisponentes y/o asociados a la aparición de Anemia durante el periodo de gestación.

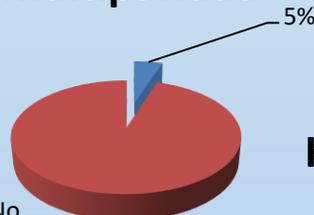
Población, Materiales y Métodos Estudio descriptivo, observacional y de corte transversal, en el que se evaluaron 492 pacientes, que realizaron su control prenatal en el Hospital Santojanni en el periodo comprendido entre 1 de noviembre de 2017 y el 31 de mayo de 2018. Los resultados se recolectaron a través del SIP y del duplicado de las Historias Clínicas.

Resultados:

Población estudiada



Multiparidad



Hábitos tóxicos



Conclusión: En el análisis de los resultados obtenidos nos vimos sorprendidas debido a que pudimos observar que factores como el periodo intergenésico breve, las edades extremas o el consumo de sustancias tóxicas que creíamos serían preponderantes en la aparición de anemia, no fueron significativos. Así por el contrario la etnia es un factor al que debemos prestar atención de acuerdo a nuestros resultados. Creemos que es necesario incentivar a las embarazadas a asistir a sus controles prenatales haciéndose hincapié en los riesgos que la anemia puede causar en el crecimiento y desarrollo intrauterino del feto y buscar la implementación de campañas con el objetivo de crear conciencia sobre la importancia de la carencia de este elemento en la etapa gestacional.

Clasificación de cesáreas por grupos de Robson en el Hospital Santojanni

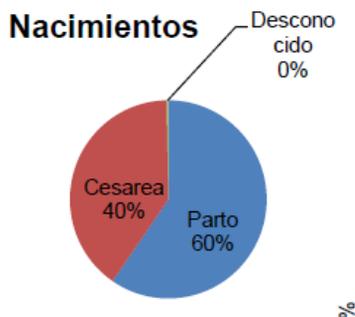
Autores: Lic. Luna , M. Mercedes. Lic. .Tagliatori Antonela, Lic. Ossola Andrea, Lic. Amarante Melisa, Lic.. Berazategui ,Ayelen, Lic. Schneider Belén , Lic. Menendez Elizabeth.

INTRODUCCION: En el Argentina, la tasa de cesáreas puede alcanzar cifras tan altas de aproximadamente un 40% alcanzando un 67% en el sector privado. El modelo de Clasificación de cesáreas de Robson se configura como un instrumento útil para conocer, monitorear, comparar y comprender las tasas de cesáreas de forma estandarizada.

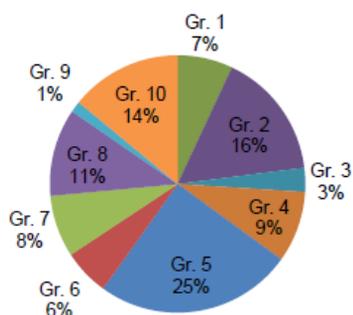
OBJETIVO GENERAL: Determinar la prevalencia de cesáreas en la población asistida en el centro obstétrico del hospital Santojanni y su distribución según la aplicación del modelo Robson.

POBLACION MATERIALES Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal en la cual se evaluaron a 926 embarazadas que tuvieron su cesárea en el Hospital D. F Santojanni de un total de 2305 nacimientos ocurridos entre el 1 de junio del 2017 y el 1 de junio del 2018.

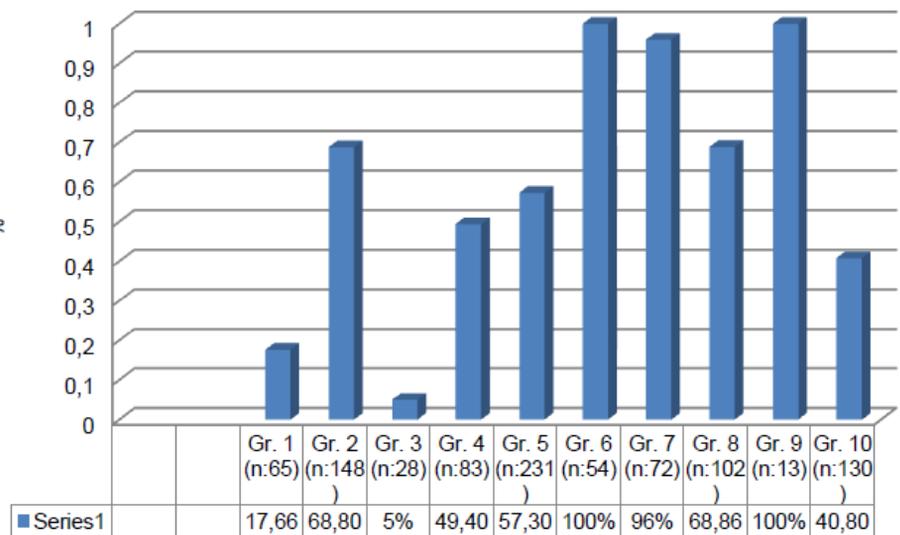
RESULTADOS



Contribucion al total de Cesareas



Tasa de cesareas al interior del grupo



- 1-Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea
- 2-Nulíparas con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto
- 3-Múltiparas sin cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han iniciado el parto de forma espontánea.
- 4-Múltiparas sin cesárea previa, con un feto en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo, que han sido sometidas a inducción o a cesárea antes del inicio del parto.
- 5-Múltiparas con al menos una cesárea previa, con un feto único en presentación cefálica, de 37 semanas o más de embarazo
- 6-Nulíparas con un feto único en presentación podálica
- 7-Múltiparas con un feto único en presentación podálica, incluyendo aquéllas con cesárea previa.
- 8-Todas las mujeres con embarazo múltiple, incluyendo aquéllas con cesárea previa.
- 9-Todas las mujeres con feto único en posición transversa u oblicua, incluyendo aquéllas con cesárea previa.
- 10-Todas las mujeres con un feto único en presentación cefálica de menos de 37 semanas de embarazo, incluyendo aquéllas con cesárea previa.

CONCLUSION: La información obtenida en este trabajo nos permitió detectar gestantes con mayor riesgo de cesárea, consideramos que es una herramienta útil para implementar estrategias que permitan disminuir la incidencia de dicha intervención. Algunas recomendaciones serían, revisar las indicaciones y protocolos de inducción y conducción del trabajo de parto, las indicaciones para realizar cesárea anteparto y la definición de inducción fallida. En este mismo sentido, se sugiere la adopción e implementación de protocolos de maduración cervical y atención de parto vaginal después de cesárea.



DIABETES Y EMBARAZO

CONTROLES OPORTUNOS EN DIABETES PARA UN ÓPTIMO RESULTADO MATERNO-FETAL. HOSPITAL DR. RICARDO GUTIERREZ LA PLATA

AUTORES :

DRA. SCHUERI ADRIANA, DRA. DUBROWSKI SANDRA
 DRA. CORONIL ROSANA, DR. SOLIS DANIEL, DRA NASELLO PAOLA, DRA TORRES PAULA, DR. VALENCIA MARIO

INTRODUCCION

La diabetes gestacional se define como la intolerancia a los carbohidrato que se reconoce por primera vez durante el embarazo. La prevalencia mundial de DG oscila entre 1-14%. Las mujeres con DG tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedades cardiovasculares maternas, malformaciones fetales y muerte fetal, asociadas a polihidramnios, preeclampsia, hipoxia, macrosomía fetal, r.c.i.u., mayor trauma posparto, entre otros.

OBJETIVO

ACTUAR EN FORMA OPORTUNA SOBRE PACIENTES EMBARAZADAS DIABETICAS PARA MEJORAR EL BIENESTAR MATERNO FETAL CON EL APOYO CONSTANTE DEL EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO.

POBLACION

Se evaluaron 1600 embarazadas entre 15 y 45 años ,de las cuales 45 pacientes tenían dbt, habla hispana, internadas en nuestro hospital, con historia familiar de dbt 44.4 %, sin historia familiar 55 %, R.N anterior > 4.000 grs. 13 %, con antecedentes de fetos muertos en embarazos anteriores 8 %. El abordaje de esta patología coloca a los equipos de trabajo multidisciplinario frente a un importante desafío que incluye dieta, educación Y tratamiento farmacológico.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, predictivo observacional de 45 pacientes embarazadas con diagnostico de D.G y/o antecedentes familiares, internadas en nuestro servicio en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2016 al 1 de enero de 2017. Los criterios diagnósticos se basaron en los utilizados por la SAD.

Las variables analizadas fueron: prevalencia, tipos de diabetes, edad materna, factores de riesgo, paridad, respuesta al tratamiento nutricional, necesidad de insulinoterapia, motivos de internación , via de finalización.

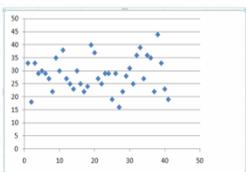
RESULTADOS

En el periodo referido anteriormente, la incidencia de diabetes durante el embarazo fue de 2,8 %, de las cuales 41.4 % fueron D. pregestacionales y 55.5 % D.gestacional. 20 % requirieron insulina, 80 % dieta, 20 % primigestas, 22,2 % secundigestas, 57,7 % multiparas Motivos de internación :control metabólico (28,8 %), pacientes en trabajo de parto, sumatoria de factores, rpmo, emb en vías de prolongación, app, no controlado, cesarea programada por sospecha de macrosomía (71,2 %), via de finalización parto eutócico 22 %, cesàreas 78 %, Promedio e.g. al nacer 39 s.

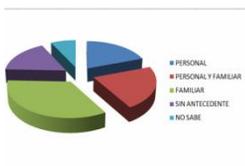
CONCLUSIONES

A pesar de los conceptos discrepantes entre las distintas sociedades científicas, entre ellos : momento de iniciar tratamiento con insulina, edad gestacional oportuna para finalizar la gestación, definición de macrosomía, valor de la glucemia en ayunas, entre otros, lo mejor para nosotros es tomar a cada paciente y al producto de la concepción como un único universo, no dejando al libre albedrío una gestación mas allá de las 39 semanas, sabiendo que a mayor edad gestacional mayor morbimortalidad y consensuando cada proceder con un equipo multidisciplinario que seguro desea lo mejor para el binomio madre e hijo y para nosotros, no solo como profesionales sino como eslabones para la perpetuación de una raza humana con digna calidad de vida.

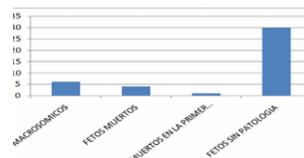
EDAD MATERNA



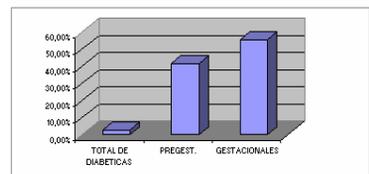
ANTEC. FAMILIARES



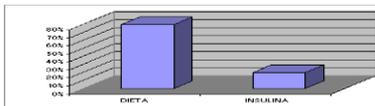
RESULT. OBST. EMB. ANTER.



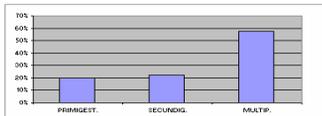
TIPO DE DBT



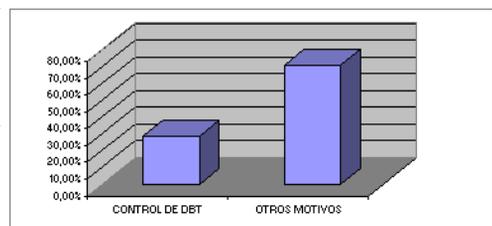
REQUER. INSULINA



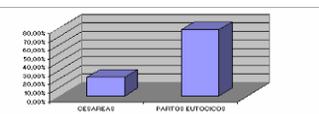
PARIDAD



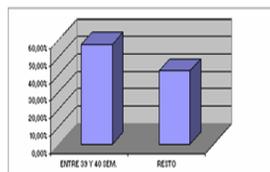
MOTIVO DE INTERNACION



VIA DE FINALIZACION



EDAD GESTAC. AL NACER



Vía de finalización: cesárea abdominal

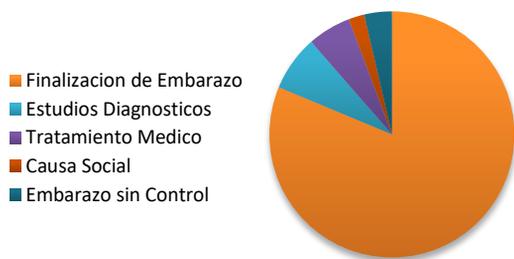
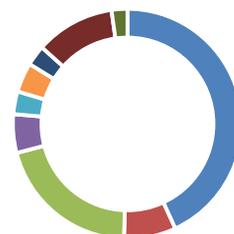
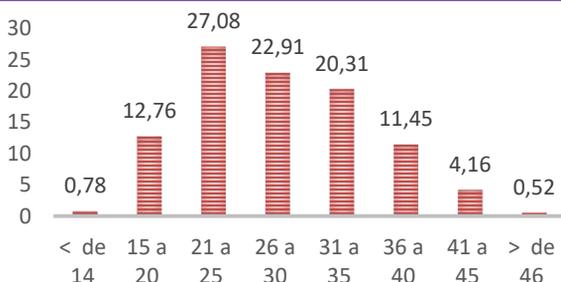
Autores: Oloriz Maria, Orellana Patricia, Zapata Martina, Souki Cecilia

Introducción: La cesárea es una de las intervenciones quirúrgicas más frecuentes en todo el mundo. Aunque permite salvar vidas, muchas veces se practica sin que existan indicaciones reales. Está comprobado que el número de muertes maternas y neonatales disminuye cuando la tasa de cesáreas se acerca al 10%, pero no hay pruebas de que las tasa de mortalidad mejoren cuando se supera esa cifra. La OMS propone utilizar el sistema de clasificación de Robson como estándar global para evaluar y comparar las tasas de cesárea, y hacer un seguimiento al respecto en los establecimientos sanitarios a lo largo del tiempo y entre ellos.

OBJETIVOS:

1. Estimar la distribución de frecuencia de los diferentes grupos etarios, gesta y paridad.
2. Estimar la distribución de frecuencia de los motivos de internación e indicaciones de cesárea.
3. la distribución de frecuencia de los diez criterios de ROBSON.

DISEÑO: retrospectivo, observacional, transversal y descriptivo.
MATERIALES Y METODOS: Maternidad Peralta Ramos entre Marzo 2017 y Diciembre 2017.



CONCLUSIONES: Los resultados nos indican cuán lejos nos encontramos de cumplir con las metas propuestas por la OMS. En muchas oportunidades la operación cesárea abdominal como vía de finalización es indiscutible, pero en muchas otras las indicaciones no son absolutas. Es allí donde se encuentra la oportunidad de los profesionales de modificar el porcentaje de cesáreas, para disminuir la morbilidad que esta genera.

VIA DE PARTO EN NULIPARAS: UN DESAFIO AUN PENDIENTE

SAMPAYO , D.; SCARPELLO, Y.; MOLINA, N.; BORRA M.

Clínica de la Esperanza - CABA

Introducción: El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. En la práctica clínica puede ser muy difícil identificar la causa exacta de un trabajo de parto que avanza lentamente. Por ende, el “fracaso del progreso del trabajo de parto” se ha tornado en una de las indicaciones principales para la cesárea primaria, particularmente en madres primerizas. Además, hay una creciente preocupación porque en muchos casos la cesárea se realiza demasiado precozmente, sin explorar intervenciones que podrían permitir un parto vaginal (OMS, 2015).

Objetivos:

- ✓ Describir la vía de finalización y las indicaciones de las cesáreas en embarazos de mujeres nulíparas.
- ✓ Determinar si en nuestro ámbito privado el inicio espontáneo del trabajo de parto es un factor protector para el parto vaginal.

Criterios de Inclusión:

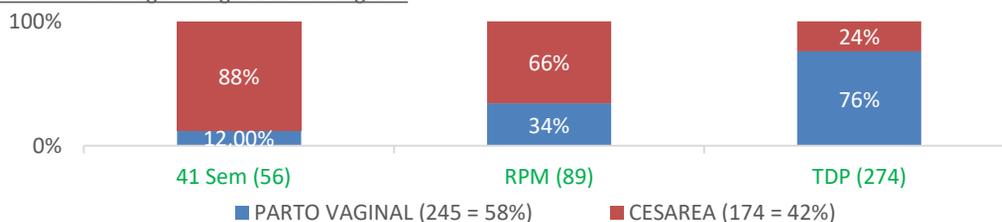
- ✓ Embarazo de término con feto único y presentación cefálica, sin patología agregada.
- ✓ Diagnóstico de ingreso: Trabajo de Parto (TDP), Rotura Prematura de Membranas (RPM) y Embarazo de 41 Semanas (41 Sem).

Materiales y Métodos: Diseño observacional, transversal, retrospectivo.

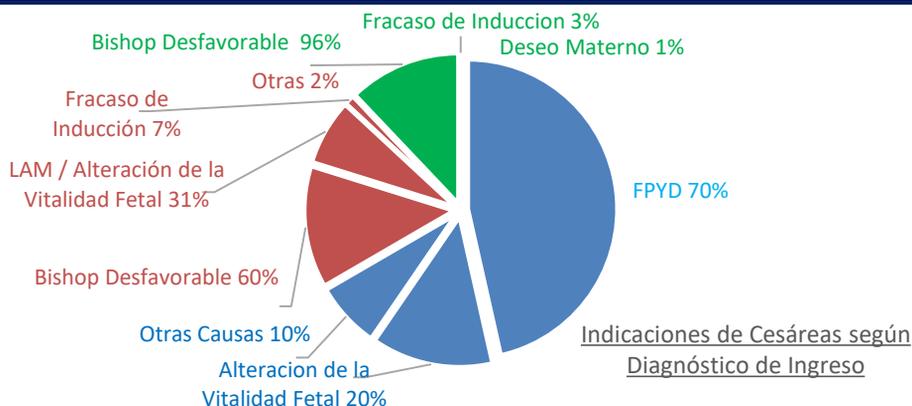
- ✓ **Población:** Todos las mujeres nulíparas que finalizaron su embarazo en la clínica durante el período enero 2016 – Junio 2018 inclusive. **N= 419** (44% del total de pacientes).
- ✓ La selección de la muestra fue intencional no probabilística.
- ✓ Se analizaron los datos de las historias clínicas y del libro de nacimientos.
- ✓ **Variables:** Edad, Nacionalidad, Gestiparidad, Vía de Finalización, Indicación de Cesárea.
- ✓ La tabulación y el procesamiento de los datos se desarrolló mediante la utilización de números absolutos y porcentajes.

Resultados

Vía de Finalización según Diagnóstico de Ingreso



TDP: 66%
RPM: 21%
41 SEM: 13%



Conclusiones: En nuestro ámbito privado, el inicio espontáneo del TDP representa un factor protector para el parto vaginal, mientras que la nuliparidad en los embarazos de 41 semanas y las RPM predispone la cesárea. Realizar inducciones con previa maduración cervical apostando a un parto vaginal siempre que las condiciones (materno-fetales-institucionales) lo permitan junto con un mayor compromiso por parte de los profesionales en la espera de los tiempos necesarios, sería nuestra propuesta para disminuir las cesáreas en este grupo de mujeres, cuidando de este modo su futuro obstétrico: **Desafío que aún tenemos pendiente.**

Autores: Lic. Zapata Martina, Lic. Souki Cecilia Neyruz, Lic. Orellana Rosana Patricia, Lic. Oloriz María Cruz, Lic. Sia Gabriela Alejandra.

Introducción: Tras el alta hospitalaria el control puerperal representa el último contacto entre la paciente con el equipo de salud; es la oportunidad para realizar acciones de promoción de la salud, detección temprana, tratamiento y manejo oportunos de enfermedades y problemas existentes. La baja concurrencia al control puerperal reduce esta oportunidad.

Objetivos:

- 1-Estimar % de pacientes que concurrió al CP tras el alta hospitalaria.
- 2-Estimar el % de pacientes que no presentaron complicaciones puerperales.
- 3-De las pacientes que no presentaron complicaciones puerperales, estimar distribución de frecuencia del N° de consultas puerperales.
- 4-De las pacientes que presentaron complicaciones o patologías, estimar la distribución de frecuencia del N.º de consultas puerperales.
- 5-De las pacientes que presentaron complicaciones, estimar distribución de frecuencia de las complicaciones o patologías puerperales.
- 6-Estimar el % de pacientes que reingresaron a la internación hospitalaria por complicaciones puerperales.

Criterios de inclusión:

Historias clínicas de mujeres que presenten nacimientos en el hospital y que hayan concurrido a control puerperal.

Criterios de exclusión:

Faltante de datos relacionados a las variables en estudio en hoja de puerperio de consultorios externos e historia clínica de internación del servicio de obstetricia.

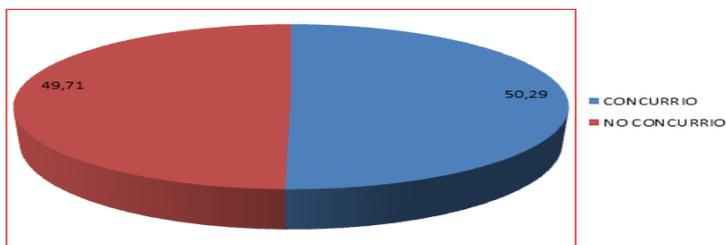
Criterios Temporales:

Hospital Bernardino Rivadavia, Maternidad Peralta Ramos, Servicio de Obstetricia en el periodo comprendido entre enero 2017 y enero 2018.

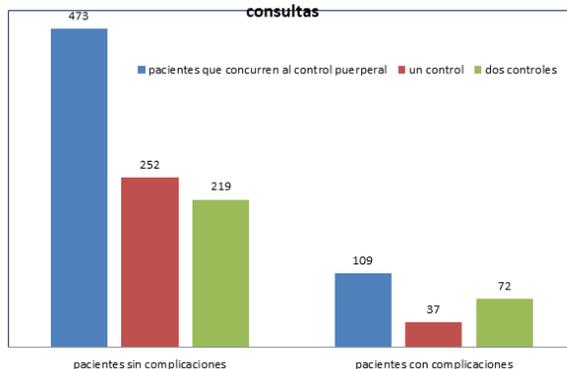
Diseño:

Descriptivo observacional, transversal y retrospectivo.

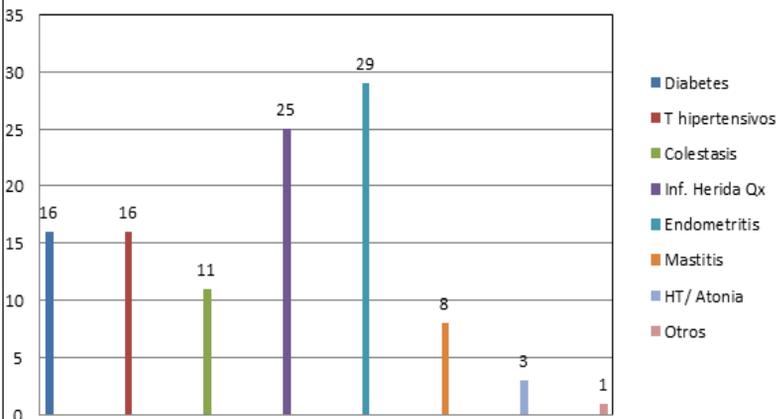
Objetivo 1- Estimar el % de pacientes que concurrió al control puerperal N 1167



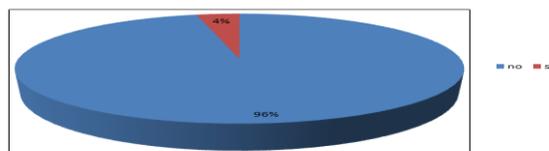
Objetivos 2, 3 y 4 - Estimar el N° de pacientes sin complicaciones puerperales y aquellas con complicaciones puerperales y N° de consultas



Objetivo 5 - Pacientes con complicaciones Puerperales y tipo de complicación N 109



Objetivo 6- Reinternaciones por complicaciones puerperales N109



Conclusión: Los resultados obtenidos muestran una baja adhesión al consultorio de puerperio, lo cual nos acerca a una realidad poco favorable para la madre. Es por esto que tenemos que fomentar la creación de estrategias para incrementar la calidad y el número de controles puerperales. Además de la importancia en detectar complicaciones causadas o agravadas en este periodo, el puerperio es la oportunidad para la información y educación de la mujer, en temas como anticoncepción, lactancia, próximo embarazo, higiene y control de salud en general. Nuestra iniciativa, en la cual estamos trabajando multidisciplinariamente, es poder formar un consultorio conjunto de atención puerperal materna y control de recién nacido sano; ya que observamos frecuentemente que muchas mujeres si llevan a sus hijos al pediatra las veces necesarias luego del alta.

TUBERCULOSIS Y EMBARAZO

Novick, F. Seilicovich, Y. Ansotegui, P. Modarelli, F. Salinas, J. Stolfa, N. Vargas, V.
HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DALMACIO VELEZ SANSFIELD, CABA

PROBLEMÁTICA

Le tuberculosis continúa siendo un problema de salud pública. El 95% de nuevos casos aparecen en países del tercer mundo y la mayor incidencia ocurre en adultos jóvenes, en plena edad reproductiva de la mujer, entre el 5% y el 13% de pacientes con tuberculosis pulmonar desarrollaran la forma genital. Es la causa más frecuente de esterilidad y de enfermedad pélvica inflamatoria crónica, en países en vías de desarrollo. Con relación al embarazo, esta entidad trae más probabilidad de aborto espontáneo, bajo peso al nacer y mortalidad perinatal.

OBJETIVOS

Presentar un caso clínico de Tuberculosis Genital, diagnosticado y tratado en el Servicio de Obstetricia del Hospital Vélez Sarsfield y realizar una revisión bibliográfica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de Caso Clínico.

Reportamos un caso atendido por un equipo multidisciplinario de nuestro Hospital compuesto por: Obstetricia, Clínica Médica, Infectología y Servicio Social.

CASO CLINICO:

Paciente de 30 años, G2C1, embarazo de 38,4 semanas, sin control prenatal, internado por sospecha de neumonía, tratado con ceftriaxona, a las 24 horas del ingreso, continúa sin mejoría clínica, con esputo negativo para bacilo de Koch.

Se decide cesárea por compromiso del bienestar fetal; persistiendo su compromiso respiratorio. A las 72h de postoperatorio, presenta registros febriles, distensión abdominal y disnea; por lo que se pancultiva. Se rota esquema a piperacilina/tazobactam, más vancomicina. Al séptimo día evoluciona con fiebre, íleo, y muy mal estado general, se decide relaparotomía, donde se encuentra en cavidad líquido citrino, múltiples granulomas en útero, anexos, colon izquierdo y peritoneo. Se inicia empíricamente isoniazida, etambutol, rifampicina y pirazinamida con evolución favorable.

Estudios que confirman el diagnóstico:

Estudio de granulomas de fondo uterino

Cultivo: Positivo para TBC XPERT, prueba rápida de reacción en cadena de la polimerasa

Biopsia: Hallazgos morfológicos compatibles con Tuberculosis.



Útero (cara anterior)



Útero (cara posterior)



Anexo izquierdo

CONCLUSIONES

La tuberculosis genital es una patología infectocontagiosa que ocurre fundamentalmente en los países en vías de desarrollo, presentándose como enfermedad inflamatoria pélvica de curso atípico y otras patologías de las trompas de Falopio, causantes de infertilidad, como así también la problemática obstétrica como aborto, morbimortalidad perinatal según la bibliografía mundial revisada.

El diagnóstico durante la segunda cirugía nos permitió el inicio oportuno del tratamiento, no obstante, para la confirmación se requirió medios de cultivo específicos.

La importancia del diagnóstico oportuno e intervención integral radica en mejorar la respuesta clínica, reduciendo la morbilidad materna y evitando las secuelas que disminuyen la capacidad reproductiva.



Hospital materno infantil Dr. Florencio Escardó (HMIT)

Autores: Licenciadas obstétricas Baltar, María Itatí; Bastanchuri, Arantxa; Carthy, Delfina; Domínguez, Valentina; Jaxa, Karen; Maisy, Érica; Soto, Denisse; Stefanini, Eliana.

Introducción: La inducción al trabajo parto es una intervención que busca provocar artificialmente contracciones uterinas para producir el borramiento y la dilatación del cérvix. Sólo debe ser indicada cuando la vía vaginal es apropiada para el nacimiento y cuando la madre y/o el niño obtendrán un mayor beneficio con ella que con la continuación del embarazo. Como toda intervención cuenta con probables riesgos.

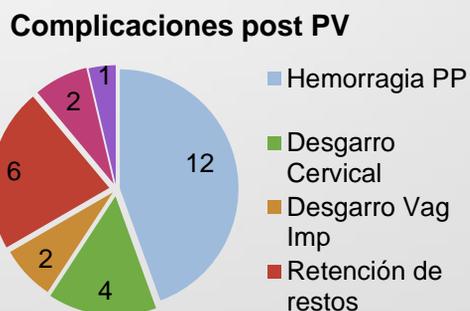
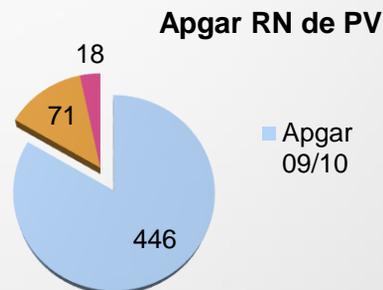
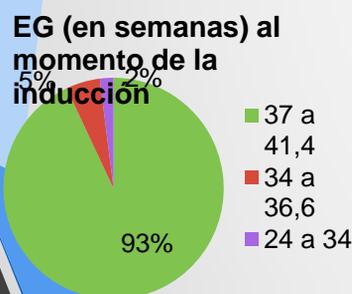
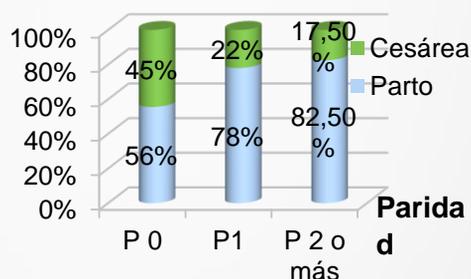
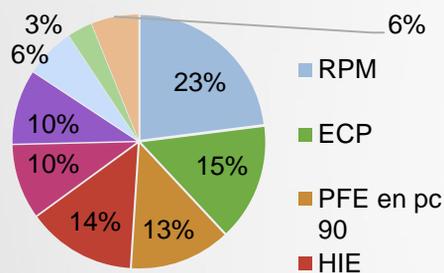
En el HMIT las inducciones se realizan en dos tiempos dependiendo del score de Bishop al inicio y del estado de salud de la madre y del feto.

Objetivo: Determinar la vía de finalización del embarazo en aquellos trabajos de parto que han sido inducidos.

Materiales, métodos y población: Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo. La información recolectada fue obtenida de la revisión de las historias clínicas, del SIP y del libro de partos.

Se incluyeron todas las mujeres a las cuales se les realizó una inducción desde el 21 de junio del 2017 al 13 de abril del 2018.

Resultados: De un total de 3595 nacimientos en el período tomado, se realizaron 810 inducciones (22,53%), de las cuales 548 finalizaron en un parto vaginal (67,65%) y 262 en cesárea (32,35%).



Conclusión: De los datos obtenidos, pudimos inferir que la inducción al trabajo de parto es un procedimiento altamente exitoso, con buenos resultados perinatales y con un porcentaje de complicaciones post parto acorde a la vía vaginal. Como hallazgo, logramos confirmar el conocimiento que poseíamos empíricamente de que, a mayor cantidad de partos vaginales anteriores, mayor probabilidad de éxito de la inducción al trabajo de parto, ya que la mayoría de las mujeres que han finalizado su embarazo en cesárea han sido primigestas.

Recomendaciones: Proponemos socializar estos resultados al interior de la institución, a fin de revisar cuidadosamente las indicaciones de inducción, en especial en las mujeres que cursan su primer embarazo, y de este modo colaborar con la reducción de la tasa de cesáreas.

Embarazo adolescente y métodos anticonceptivos

Autores: Dr. Hakim, Alejandro; Lic. Negri, Claudia; Lic. Ruiz, Marcela; Lic. Fernández Salgueiro, Julieta Mariel; Lic. Salazar, Wanda Lia; Lic. Caparachin, Angela

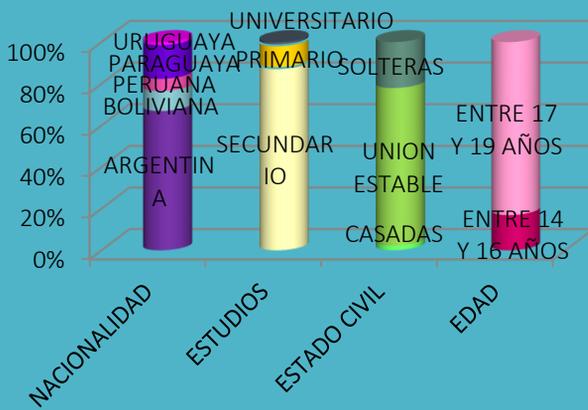
Introducción: La OMS define la adolescencia como un periodo de crecimiento y desarrollo humano comprendido entre los 10 y 19 años, y dentro de los cambios biológicos que se producen, se habilita la posibilidad del embarazo. A nivel mundial, existen aproximadamente 17 millones de embarazos adolescentes, la mayoría en países de ingresos bajos y medianos. En nuestro país, la ley 25.673 establece la creación del Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y plantea como objetivo promover la salud sexual de los adolescentes y prevenir embarazos no deseados. Las últimas estadísticas indican que cada diez minutos una adolescente se convierte en madre y el 45 % no planificó su embarazo (UNICEF) Debido a nuestras características poblacionales y al creciente índice de embarazo adolescente se plantean cuáles son las fallas en el sistema de planificación familiar.

Objetivo general: Determinar el porcentaje de puérperas adolescentes que egresaron del servicio de obstetricia del Hospital Ramos Mejía con un método de elección

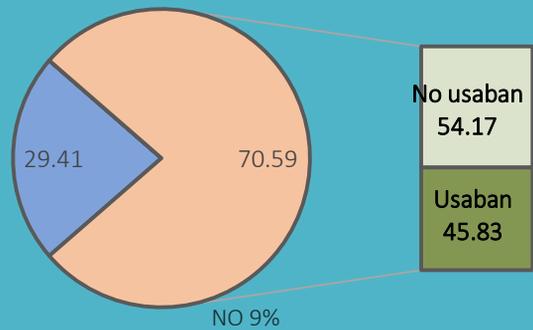
Objetivos específicos: Determinar las características sociodemográficas de la población; establecer el porcentaje de pacientes que recibieron consejería durante la internación; determinar la distribución de frecuencia de los diferentes métodos anticonceptivos; estimar el número de pacientes adolescentes que no planificaron su embarazo y establecer dentro de las mismas aquellas en las que fracaso el método anticonceptivo utilizado.

Población y muestra: Se incluyeron aquellas pacientes entre 10 y 19 años que finalizan su embarazo en el servicio de obstetricia del Hospital Ramos Mejía durante el periodo comprendido entre el 01 de mayo del 2017 hasta el 30 de abril del 2018. Se excluyeron aquellas pacientes cuyos embarazos hayan finalizado en legrados, abortos y/o salpingectomías ya que por el tipo de estudio no contamos con esos datos en el Sistema Informático Perinatal

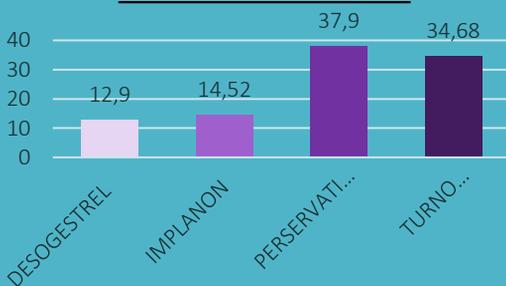
Materiales y métodos: Estudio de tipo descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal. Los datos fueron recopilados del Sistema Informático Perinatal



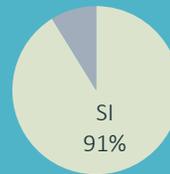
PLANIFICACION DEL EMBARAZO



METODO AL ALTA



CONSEJERIA EN SALA DE INTERNACION



Conclusión: El rol de la consejería realizada en la sala es considerado de vital importancia ya que gracias a esto pudieron retirarse de la institución con un método de elección evitando así un futuro embarazo no planificado, empoderando mas pacientes para que puedan ser libres de la toma de decisiones sobre su cuerpo y sus procesos reproductivos. Ante la falta de ingreso de los abortos en el Sistema Informático Perinatal remarcamos la importancia de realizar estudios prospectivos a fin de no perder dichas pacientes ya que conforman un gran numero dentro de nuestra poblacion adolescente. Debido a que nuestra muestra refleja un gran numero de embarazos no planeados nos centramos en las dificultades en la promoción de la salud sexual y reproductiva reflexionando en que la misma, sea consecuencia de la falta de información y la falta de acceso de las pacientes al sistema hospitalario, por eso consideramos la realización de actividades extramuros que nos permita alcanzar dicha población. Esto nos incentiva a mejorar la calidad de información brindada, a realizar estudios mas abarcativos y captar así, esas adolescentes que egresan de nuestro servicio sin consejería facilitando el acceso de las mismas a métodos que sean de su elección.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE SÍFILIS Y EMBARAZO

AUTORES: Tamara Motta; Federico Aitar, Romina Salgado; Natalia Sinopoli; Lorena Claus; Carolina Orrigo.
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HTAL. DONACIÓN FRANCISCO SANTOJANNI

Introducción

La morbimortalidad perinatal asociada a Infecciones de Transmisión Sexual, particularmente Sífilis, constituye uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial. La concentración de grupos vulnerables, aún más en países con inestabilidad económica y política, hace más difícil su control, prevención y tratamiento oportuno. La Sífilis congénita es prevenible y es necesario involucrar a la pareja para un tratamiento exitoso, en función de la reinfección. El aumento de casos de Sífilis congénita, junto con la gran cantidad de embarazos en niñas adolescentes, son expresiones evidentes de inequidad en el acceso al sistema de salud.

Objetivo

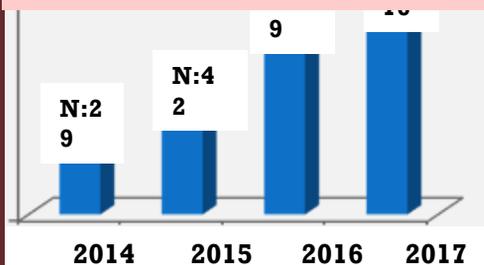
Evaluar la incidencia de sífilis en la población de embarazadas asistidas en el Hospital Santojanni, el momento del diagnóstico de la enfermedad y si realizaron control prenatal.

Materiales y métodos:

Estudio descriptivo, poblacional y retrospectivo.

Población estudiada: embarazadas que fueron atendidas en el Servicio de Obstetricia del Hospital Santojanni entre enero 2014 y diciembre 2017.

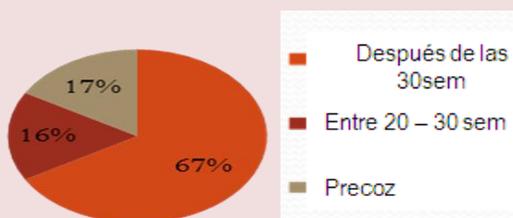
N° de casos de Sífilis por año



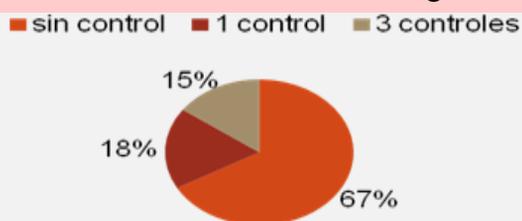
Resultados:

El total de nacimientos fue de 10.118. Se diagnosticó sífilis en 216 pacientes con VDRL y MHAtp / CMIA.

Edad Gestacional al diagnóstico



Controles Prenatales al diagnóstico



Conclusión:

En concordancia con los datos obtenidos del Ministerio de Salud de la Nación, se observa un incremento progresivo de la incidencia de Sífilis. Además evidenciamos que el diagnóstico se realiza muchas veces en forma tardía, al momento del parto, porque algunas pacientes no cuentan con un adecuado control prenatal. Considerando una enfermedad de transmisión vertical como la Sífilis, con alta morbimortalidad neonatal, de simple diagnóstico y fácil tratamiento, es necesario crear estrategias para alcanzar a esta población vulnerable que, como demostramos, tiene en su mayoría mal control prenatal.

Prevalencia de Parto Vaginal en Ruptura Prematura de Membranas

Autores: Lic. Cavanillas María; Lic. Costagliola; Dr. Hakim Alejandro; Lic. Negri Claudia; Lic. Ruiz Marcela; Lic. Varela Luciana.

La frecuencia de rotura prematura de membranas oscila alrededor del 10% siendo del 5% en el caso de la rotura prolongada. La morbimortalidad materna aumenta a expensas de la infección la cual está estrechamente vinculada al periodo de latencia, cuando este supera las 24 horas aumenta considerablemente el riesgo de infección y desprendimiento placentario. La rotura de las membranas determina en un 20% la anticipación del parto.

Objetivo General:

Determinar la prevalencia de mujeres embarazadas con diagnóstico de rotura prematura de membranas que hayan finalizado su embarazo por vía vaginal.

Objetivos Específicos:

Determinar las características sociodemográficas de la población. Establecer el porcentaje de pacientes que hayan iniciado espontáneamente el trabajo de parto. Indicar el tiempo promedio desde el inicio de la rotura prematura de membranas hasta el nacimiento. Indicar la prevalencia de mujeres embarazadas nulíparas cuyos embarazos hayan finalizado mediante cesárea abdominal y establecer el porcentaje de las diferentes indicaciones de la misma.

Poblacion y Muestra

Se incluyeron a todas las mujeres embarazadas cuyo diagnóstico de internación fue rotura prematura de membranas, mayor a 22 semanas y que finalizaron su embarazo en el Servicio de Obstetricia del Hospital Gral de Agudos Ramos Mejía C.A.B.A, en el periodo comprendido entre el 01/06/2017 al 31/05/2018.

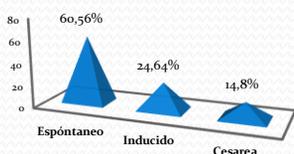
Materiales y Métodos:

Diseño : tipo observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. La información se obtuvo mediante el SIP . Para el procesamiento se utilizó el programa VCCstat V. Beta 3.0. Se mantuvo la confidencialidad de los datos durante todo el proceso.

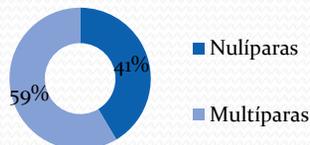
Resultados:

➤ Durante el período estudiado hubo 1.181 nacimientos, de los cuales 142 fueron internadas con diagnóstico de RPM, que representan el **12.02%** (IC95 10.25 - 14.048).

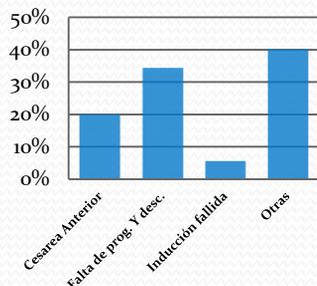
Inicio del Trabajo de Parto



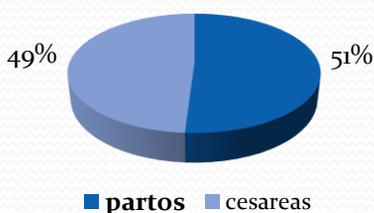
Cesarea según gestiparidad



Indicación de cesareas



Vía de Finalización



➤ El tiempo promedio fue de 10.43 horas con un desvío estándar de 11.05 horas (IC95 8.59 - 12.26)

Adolescentes	15 10.56% (IC95 6.23 - 17.11)
Adultas	126 88.73% (IC95 82.07 - 93.22)
Argentinas	76 53.52% (IC95 44.98 - 61.86)
Paraguayas	25 17.60% (IC95 11.92 - 25.08)
Otras	41 28.87% (IC95 21.73 - 37.17)
Primario Incompleto	8 5.63% (IC95 1.88 - 16.74)
Primario Completo	12 8.45% (IC95 4.63 - 14.61)
Secundario Incompleto	38 26.76% (IC95 19.84 - 34.95)
Secundario Completo	61 42.95% (IC95 34.77 - 51.53)
Universitario	22 15.49% (IC95 10.17 - 22.73)
Nulíparas	65 45.77% (IC95 37.46 - 54.32)
Múltiparas	76 53.52% (IC95 44.98 - 61.86)
<5 controles	28 19.71% (IC95 13.70 - 27.40)
>5 controles	113 79.57% (IC95 71.82 - 85.68)

Conclusión: Frente al bajo porcentaje de partos por vía vaginal, podemos concluir que, con frecuencia, ante la posibilidad de infección u otros riesgos, los profesionales apresuran la finalización del embarazo en pacientes con ruptura prematura de membranas, sin respetar los tiempos establecidos por protocolo. Consideramos que se debería garantizar el cumplimiento de las normas correspondientes, evitando, de esta forma, condicionar el futuro obstétrico de la paciente.

“ALCANCE Y CONOCIMIENTO DE METODOS ANTICONCEPTIVOS EN PUERPERAS DEL HOSPITAL SANTOJANNI”

AUTORES: SZER Y. ALVAREZ C. GENTINI A, BERGAMO N, MOTTA T, MAZZEO S.

SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HTAL.DONACION FRANCISCO SANTOJANNI

La mujer puerpera debe estar preparada para el retorno a una vida sexual gratificante, sin temor a un embarazo no deseado. Es allí donde entran en juego los métodos anticonceptivos como estrategia para disminuir los embarazos no planificados, evitando el período intergenésico breve y los abortos provocados en forma clandestina, disminuyendo así la morbimortalidad materna.

Objetivo

Determinar el alcance y conocimiento de las puerperas internadas en el Hospital Santojanni de los métodos anticonceptivos, cuales prefieren y cuales utilizan, como punto de partida a la implementación de un programa de procreación responsable.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio de corte transversal basado en una encuesta anónima de 10 preguntas de tipo opción múltiple.

Se estudiaron 170 mujeres internadas cursando su puerperio inmediato en el Servicio de Obstetricia. Las variables a estudiar fueron: edad, nacionalidad, nivel de escolaridad, estado civil, paridad, nacidos vivos, abortos, deseo de embarazo y planificación del mismo. Además se investigo acerca de los MAC conocidos, su uso, dónde obtuvieron la información al respecto y su decisión de usarlos en el puerperio, la participación de su pareja para elegir el método y el conocimiento sobre la obtención gratuita en el hospital público.

Método	Conocimiento del método (%)	Alguna vez uso (%)
Barrera	53,5	40,5
MAC orales	68,2	40
MAC inyectable	49,1	21,1
Implante subdermico	15,8	3,5
DIU	47,6	10,5
Ligadura tubaria	30	-
Vasectomía	14,1	-
Ninguno	-	10,5

Resultados

Edad promedio Argentinas completo (35,2%).

El 70% conocía más de dos métodos, siendo los más elegidos el preservativo (53,5%) y los ACO (68,2%). El 44% obtuvo información del consultorio de ginecología y un 31,7% del consultorio de obstetricia. El 35,2% fueron embarazos no deseados y un 75% sabía que podía acceder al método elegido a través del hospital.

Preferencia: D. 12, 1, 7, 24
M. 1, 7, 24

CONCLUSION: Es fundamental que la mujer conozca los diferentes métodos para prevenir un embarazo no deseado. Se debe seguir reforzando la prevención, aprovechando la oportunidad del control del embarazo y el parto, en la cual la paciente se acerca al hospital, para realizar consejería y distribuir los métodos de forma eficiente.

Embarazo ectópico sobre cicatriz de cesárea previa. Reporte de Caso.

Guallan F, Camargo A, Illia R

INTRODUCCION

El embarazo ectópico (EE) sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad muy poco frecuente (1:2000) y corresponde solo al 6% de los EE en mujeres con una cesárea previa. Su incidencia en aumento en los últimos años se encuentra asociado no solo al aumento en el número de cesáreas, sino también al aumento de las cicatrices en endometrio a causa de legrados uterinos, miomectomías, histeroscopías, alumbramiento manual y a técnicas de fertilización asistida.

CASO CLINICO

Paciente de 37 años de edad, G2C1, con antecedente de gestación de 7 semanas con diagnóstico de HMyR. Se realiza el día 26/4/18 RUE, evolucionando con ginecorragia abundante en intraoperatorio, que requirió embolización de arterias uterinas e internación en UTI (con Hto de 15% al ingreso) con transfusión de 5 unidades de GR. Evolucionó hemodinámicamente estable, sin genitorragia durante 96 hs, con Hematocrito de control al egreso de 31%, se otorga el alta hospitalaria. Intercurre con registros febriles a los 7 días del egreso por lo que se reinterna. Se realiza TAC de abdomen y pelvis. La misma evidencia:



Ante la sospecha de Hematoma en segmento Vs Embarazo Ectópico de cicatriz complicado se decide abordaje laparotómico, encontrándose masa de 8 cm, de aspecto hemático, contenida por serosa uterina, que compromete la totalidad del segmento uterino, y con franca adherencia a plica y techo vesical, siendo muy dificultoso el plano de clivaje entre estas estructuras. Ante la imposibilidad de realizar un tratamiento conservador por el tamaño y compromiso total del segmento, se decide realización de histerectomía total.



DISCUSION

La Eco TV con doppler color son el gold standard para la sospecha diagnóstica de EE de cicatriz.

Un diagnóstico y tratamiento tempranos, pueden prevenir la rotura uterina, hemoperitoneo severo, e histerectomía, disminuyendo la morbilidad materna severa.

El tratamiento médico consiste en la administración de MTX sistémico o localmente. La aspiración con aguja fina del fluido remanente en el saco gestacional puede ser necesaria también. Otros autores utilizan la combinación de Cloruro de Potasio intratorácico en el embrión y MTX intrasacular

El abordaje quirúrgico se puede realizar por vía histeroscópica, laparoscópica o laparotómica mediante resección en cuña de la cicatriz previa o histerectomía.



ENFERMEDAD RENAL POLIQUÍSTICA AUTOSÓMICA RECESIVA A propósito de un caso

BUE-ROCA MC; GLOWKO V; SAGASTUME M; CIARDULLO M; BUSNAHE V; MOLINA L

INTRODUCCIÓN

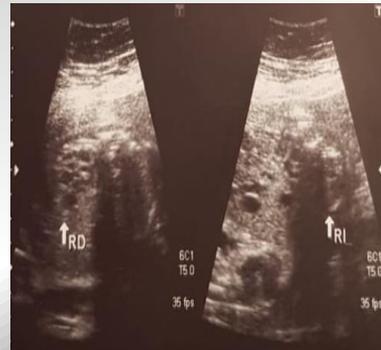
La enfermedad de POTTER I es una afección renal genética de origen autosómico recesivo con un RR del 25% cuya forma de presentación más habitual es la perinatal, afectando precozmente ambos riñones y eventualmente al hígado. El diagnóstico suele realizarse a partir de la semana 17 mediante la aparición de nefromegalia bilateral a expensas de múltiples imágenes quísticas de hasta 2mm y anhidramnios. La enfermedad no tiene tratamiento y su seguimiento se realiza mediante ecografía para evaluar vitalidad fetal, y perímetro abdominal los cuales definen la vía de terminación del embarazo, siendo de elección el parto vaginal.

OBJETIVOS

Reportar el caso clínico de una paciente cursando un embarazo de 18 semanas que se diagnóstico con enfermedad renal poliquística autosómica recesiva y los consiguientes resultados materno-fetales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, AB+, G3P1A1, cursando embarazo de 18.1 semanas por ecografía tardía, se interna portando ecografía que informa: 18.1sem, FUT, anhidrámnios (ILA 1cm), 266g (p90), ambos riñones fetales aumentados de tamaño con múltiples imágenes líquidas compatibles con quistes. Se decide su internación con diagnóstico de anamnios + poliquistosis renal en estudio en el contexto de un embarazo sin control prenatal. Se realizan estudios, entre ellos P75 que permite realizar el diagnóstico de DBT gestacional que requirió tratamiento con insulina. Cursando semana 28 de embarazo se realiza ecografía que informa: FUP, L.A ausente, Peso 1120grs (Pc<3), Placenta anterior G0, Doppler normal. Se presentó la paciente en ateneo multidisciplinario de neonatología, obstetricia, psiquiatría, psicología y servicio social donde se consensuó el manejo del embarazo, parto y las intervenciones a realizar en el recién nacido. Se realiza entrevista con la familia quienes se manifiestan de acuerdo con garantizar los cuidados de confort del recién nacido, sin mayores intervenciones.



RESULTADO

A las 34.4 semanas y con diagnóstico de trabajo de parto + presentación pelviana se decide realizar cesárea obteniéndose un RNVPT, sexo masculino, Apgar 2/5, Capurro 34sem, peso 1500g. El recién nacido falleció a las 2h por hipoplasia pulmonar secundaria a anhidrámnios generado por poliquistosis renal bilateral. La madre cursa con postoperatorio y puerperio normales y fue dada de alta en buena evolución.

DISCUSIÓN

Durante el período perinatal, el paciente portador de una enfermedad rara requiere, tanto para su diagnóstico como para su manejo, un enfoque multidisciplinario que además del obstetra involucra radiólogos, neonatólogos y psicólogos, entre otros. Sin este enfoque el diagnóstico, manejo y consejo se hace extremadamente difícil y más aún, deficiente. Es en esta etapa en la que se aproxima el diagnóstico y etiología mas probable de la enfermedad, junto con el trazado de un plan de seguimiento y modo de nacimiento. Desde el punto de vista parental, entregarles herramientas para entender la patología y aconsejarlos desde el punto de vista humano y médico, facilita la tarea del equipo

SEXUALIDAD Y EMBARAZO

*AUTORES: Bergamo Nadia, Antnues Daniela, Oteiza Belen, Szer Yanina, Pechini Silvia, Oyhamburu David.
SERVICIO DE OBSTETRICIA DEL HTAL.DONACION FRANCISCO SANTOJANNI*

Introducción

La sexualidad en el embarazo es un aspecto que no se dialoga durante el control prenatal, a pesar de ser un pilar importante en la vida de nuestras pacientes. Es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social, y un fenómeno complejo de estudiar debido a las transformaciones que se sufre durante los diferentes trimestres del embarazo sumado a las variaciones individuales. Es necesario que nosotros como profesionales de la salud, nos involucremos en la sexualidad de nuestras pacientes para que sea una experiencia plena para la pareja y futuros padres.

Objetivo

Evaluar la sexualidad en la mujer embarazada, discriminando las respuestas según trimestre. Poder comparar los resultados según cada uno de los ítems, y evidenciar la presencia de disfunción sexual.

Materiales y métodos:

Se realizaron 100 encuestas de "Índice de funcionalidad sexual femenina" (Rosen y Cols) a pacientes atendidas en el servicio de obstetricia del Hospital Santojanni, en el periodo comprendido entre abril y junio de 2018. La misma consta de 19 preguntas agrupadas en 6 dominios: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor.

Resultados:

	1° trimestre	2° trimestre	3° trimestre
Máximo resultado	Orgasmo y satisfacción	Deseo y excitación. Aumento lubricación	
Mínimo resultado			Deseo
Primer resultado	Deseo		
Otros variables	Náuseas y vómitos. Labilidad emocional	Aumento vasculización zonas erógenas	Incomodidad por aumento tamaño feto. Profieren masturbación



Conclusion: La sexualidad femenina durante el embarazo varía notablemente según en que trimestre estemos. Al comienzo los primeros síntomas y los cambios hormonales son lo que regulan la sexualidad de la pareja, en el segundo, aumenta el deseo y es el esplendor de la actividad sexual de la mujer, que cae nuevamente al tercero cuando el tamaño del vientre comienza a incomodar esta práctica. Nuestra tarea es acompañar a nuestras pacientes y sus parejas durante estos cambios para vivir una sexualidad plena sin miedos.

Inversión uterina, tratamiento off label con balón de Bakri.

Hospital Vélez Sarsfield

Seilicovich, Y. Antico, G. Noguera, C. O, N. Fuentes, E. Palazzesi, G. Silva, J. De Cristóforo, G. Siufi, C

Introducción: La inversión aguda de útero es una de las complicaciones más graves y raras que ocurre en el tercer periodo del trabajo de parto. Su incidencia es de 1:20000 a 1:25000 nacimientos. 1:1860 con relación a la cesárea y 1:3737 en el parto por vía vaginal.

Objetivos

Demostrar la utilidad del balón de Bakri en inversión uterina.
Revisión bibliográfica del tratamiento de inversión uterina.
Revisión bibliográfica de indicación de balón de Bakri.

Materiales y Métodos

Se realizó un análisis de la historia clínica y de la bibliografía disponible respecto de la utilización de balón de Bakri e inversión uterina.

Paciente de 41 años, G4 ab3, antecedente de legrado uterino. Controles prenatales adecuados.

Se realiza inducción al trabajo de parto por embarazo de 39,4 sem y edad materna avanzada.

A las 6 hs nace feto vivo de sexo masculino de 3550g, Apgar 9/10, Capurro 39 sem. Alumbramiento dirigido, completo y doloroso, observándose una placenta con cotiledón aberrante. Inmediatamente al parto, por tacto vaginal, se constata inversión uterina grado II con compromiso hemodinámico. Se suspende ocitocina y se comienzan maniobras de reanimación (expansión con SF y ringer lactato y 3u de gb rojos).

Bajo anestesia raquídea, se revierte el útero realizando maniobra de Johnson, volviéndose a reinvertir, se repite maniobra y se decide colocación de balón de Bakri con 400 ml de Solución fisiológica.

Se colocan uterorretractores: carbetocina iv y misoprostol intrarrectal. Laboratorio: hto 17, hb 5,5 gb 15800 plaq 226000.

La paciente evoluciona favorablemente en unidad de cuidados intensivos. A las 36 hs. se retira balón de Bakri y taponaje vaginal. Útero bien retraído, loquios fisiológicos. Pasa a sala de internación al 3er día y alta nosocomial al 5to.día.



Placenta succenturiata



Balon de Bakri

Postparto

Discusión: La inversión uterina es la Invaginación del útero dentro de sí mismo comenzando por su fondo y que en su curso evolutivo puede pasar a la vagina a través de la parte estrechada del cuello del útero. Factores de riesgo son: debilidad de la pared uterina y ligamentos, inserción de la placenta en el fondo uterino, placenta adherida, cordón corto, primípara, inversión uterina previa. Realizar maniobras de Johnson. Maniobra de O.Sullivan (en desuso). Si fracasa, la técnica de Huntington, Haultain,

Si bien la bibliografía describe luego de las maniobras de tratamiento el taponaje vaginal con gasas, varios trabajos demostraron que los balones hidrostáticos son superiores. El balón de Bakri actúa en la cavidad uterina logrando la detención del sangrado por compresión de pared y permite el drenaje de sangre por tener un catéter hacia el fondo uterino.

Bakri inicialmente (1992) describió su uso para el control de la hemorragia en la placenta previa acreta, luego para el embarazo ectópico cervical, atonía uterina, placenta previa o evidencia de subinvolución del lecho placentario resistente al tratamiento inicial con uterotónicos,

Conclusión: La inversión uterina es un cuadro grave, donde es imprescindible para obtener buenos resultados, su rápido reconocimiento y contar con equipo interdisciplinario para su manejo (se requiere la participación del obstetra, anestesiólogo, terapistas y tec en hemoterapia).

A pesar de que la indicación clásica para la utilización del Balón de Bakri sea la atonía uterina, en este caso su uso, permitió mantener el fondo uterino en su posición, evitar la recidiva de la reinversión, sus complicaciones y la necesidad de cirugía abdominal.

LEUCEMIA PROMIELOCITA AGUDA EN EL EMBARAZO: A PRÓPOSITO DE UN CASO

División Obstetricia Hospital General de Agudos J. M. Ramos Mejía

Buenos Aires

Autores: Scaravonati R. Torcoletti S. Selecki N. Burke M. Ballvian K.
Serrano D. Hakim A.



INTRODUCCION

La LPA es un subtipo de leucemia aguda mieloide con diferenciación, particularmente agresiva por su evolución hiperaguda y marcada por una coagulopatía potencialmente fatal.

Es rara en el embarazo, con menos de 60 casos descritos en la literatura. Se considera que el ácido todo-trans-retinoico (ATRA, derivado de la vitamina A citodiferenciador) es un tratamiento eficaz durante el embarazo, lo que produce una remisión en más del 90% de los casos. Sin embargo, dicho tratamiento es controvertido debido a su teratogenicidad para el feto.

Clínicamente se presenta con leucopenia, plaquetopenia y diátesis hemorrágica.

Representa una emergencia médica con alta mortalidad temprana por hemorragia, CID y fibrinólisis.

OBJETIVO

Presentar el caso de una paciente embarazada con diagnóstico leucemia promielocítica aguda y realizar una revisión bibliográfica.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 23 años G2C1 cursa embarazo de 22,2 sem por FUM y ECO (11) concurre a servicio de hematología derivada de otro hospital por presentar gingivorragia y hematomas espontáneos en ambos miembros inferiores de 1 mes de evolución. Presenta laboratorio: Hto 25, 6; Pla q 6000; GB 4120: Blastos 60%, Promielocitos 28%; Quick 55%; Kptt 33%. PCR de sangre periférica: leucemia promielocítica aguda asociado a coagulopatía (mayo 2018). Se comienza inducción con protocolo AIDA: ATRA, Idarrubicina. Desarrolló Síndrome de diferenciación por ATRA por lo cual recibió tratamiento con dexametasona por 12 días. Cursa intercorrientes de causa infecciosa, recibió tratamiento con cefepime por foco faucial. Posteriormente por forúnculo perineal con vancomicina + meropenem y colistin 11 días por rescate de *Proteus Mirabilis* y KPC.

RESULTADOS

Se decide realizar control de embarazo con Doppler obstétrico semanal los cuales no muestran particularidades hasta la semana 27.3 donde se recibe informe que evidencia: índice de resistencia y pulsatilidad en pc 90 para edad gestacional de arteria umbilical, líquido amniótico disminuido por debajo de pc 3, asociado a deterioro clínico de la paciente. Se realiza cesárea abdominal. Recién nacido sexo masculino 740 gr, Apgar 9/10, EG 27 sem. Es trasladado a hospital de mayor complejidad neonatal, fallece 8 días después a causa de pancitopenia asociada a hipertensión pulmonar.

Actualmente la paciente se encuentra en fase de consolidación de tratamiento, realizando quimioterapia ambulatoria, con buena respuesta al mismo.

CONCLUSIÓN

Si bien la existencia de un embarazo no tiene impacto deletéreo sobre la evolución de las leucemias, el contexto clínico dificulta el diagnóstico y pueden surgir conflictos entre el adecuado tratamiento de la madre y la salud fetal. El trabajo interdisciplinario considerando las variables individuales son fundamentales para obtener la remisión de la enfermedad, tratando de preservar la vida del niño en gestación.



MITOS Y VERDADES EN ANTICONCEPCION



Autores: Santarella C, Rusman N, Casas A, García del Carril I, Iuliano V, Gresta C., Macchi S, Carbone J.

El control prenatal y puerperal constituyen una gran oportunidad para poder iniciar un abordaje integral de la salud sexual y reproductiva; ya que muchas veces representa el único contacto de la paciente con el sistema de salud. Por lo tanto, los servicios de Obstetricia, representan un eslabón fundamental para garantizar el acceso a estrategias de planificación familiar.

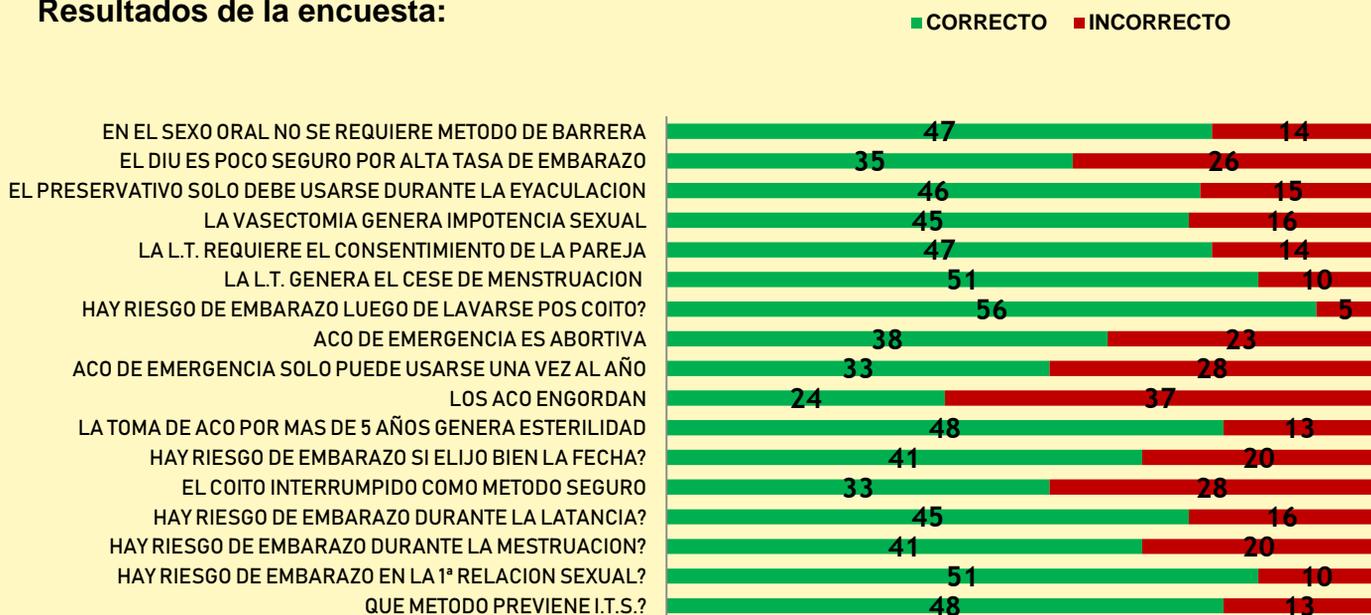
El objetivo de nuestro trabajo es analizar, a través de cuestionarios, el conocimiento acerca de anticoncepción en nuestras pacientes.

Para ello se realizó una revisión de características epidemiológicas de pacientes que tuvieron su parto en nuestro servicio, en el período comprendido entre Marzo y Junio del 2018, y a quienes se les otorgó una encuesta acerca de mitos y verdades en anticoncepción.

De un total de 122 puérperas, el promedio de edad fue de 28 años (rango entre 16 y 41). Cerca del 50% de los embarazos no fueron planificados, y de ellas, la mitad no utilizó método anticonceptivo alguno. La media de controles obstétricos fue de 5; pero cabe recalcar que cerca del 41% tenía control insatisfactorio o nulo. El 61% de las pacientes refiere haber sido informada acerca de anticoncepción durante las consultas prenatales. Se les entregó una encuesta anónima. Luego de responder la misma, a cada mujer se le otorgó información acerca de anticoncepción en forma de folleto y se respondieron preguntas para evacuar dudas.

A continuación se exponen los resultados obtenidos de la encuesta:

Resultados de la encuesta:



Los resultados arrojados en nuestro estudio revelan que existen grandes falencias en cuanto a la Educación en Salud Sexual y Reproductiva. Como equipo de salud debemos encargarnos de **transformar** cada contacto con el sistema de salud, en una **oportunidad** para brindar un adecuado asesoramiento acerca de la anticoncepción.

SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE MOLA HIDATIFORME CON ALTO RIESGO DE NEOPLASIA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Bevilacqua, José; Petruzzi, Andrea; Sgarzini, Celeste; Elvira, Jaqueline,

Ostrowsky, Carlos, Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: La neoplasia trofoblástica gestacional (NTG) comprende entidades tales como la mola invasora, coriocarcinoma y tumor del sitio de implantación placentario. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de una NTG en pacientes con mola hidatiforme (MH) se destacan: edad mayor de 45 años, dosaje de B-HCG >100.000, antecedente de MH previa, etc. Si bien existen en nuestro país guías clínicas para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de esta patología, las mismas no siempre se cumplen en un sentido estricto, pues muchas pacientes tienen un seguimiento discontinuo, no son derivadas al consultorio de Ginecología Oncológica o bien abandonan sus controles.

OBJETIVO: Efectuar un análisis del seguimiento y evolución de las pacientes tratadas por MH con alto riesgo de NTG.

MATERIAL Y MÉTODO: Entre el 01-01-12 y el 31-12-16, se diagnosticaron en nuestro hospital 21 casos de MH. Se excluyeron 11 casos, 5 de ellos por datos insuficientes en la historia clínica, otros 5 por presentar valores de B-HCG < a 100.000 mUI/ml y 1 por diagnóstico histológico final de coriocarcinoma, por lo que solo se realizó estudio retrospectivo y descriptivo en 10 casos. A fin de evitar un seguimiento inadecuado, se consensuó con las pacientes al momento del alta, una serie de visitas programadas, que de no ser cumplimentadas, las mismas eran citadas por Servicio Social. En el siguiente cuadro se señalan las variables de estudio.

VARIABLES	MH de ALTO RIESGO PARA NTG. N:10
Edad promedio de pacientes	27 años(r:17-42 a.)
Antecedente de MH previa	Ningún caso
Valor promedio de B-HCG preevacuatoria	357.977 mUI/ml (r: 135.000-1.064.960 mUI/ml)
Primer tratamiento instaurado	AMEU (100%)
Reintervenciones por persistencia de vesículas	RUF (1 c) AMEU (3 c)
Elevación de B-HCG en seguimiento	1 c (3° semana-Methotrexato)
Tiempo promedio hasta negativización de B-HCG	12 semanas (r: 4 – 17 semanas)
Desarrollo de NTG	Ningún caso
Tiempo promedio de seguimiento (en semanas)	11 semanas (r: 4 – 32 semanas)

CONCLUSIONES:- Ninguna de las pacientes fue mayor de 45 años.

- El factor de riesgo más relevante fue el dosaje de B-HCG >100.000 mUI/ml.
- Solo una paciente requirió tratamiento con methotrexato por elevación de B-HCG a las 3 semanas del tratamiento
- No se registraron casos de NTG.

Resultados Perinatales en Embarazo Adolescente

Cabral Melina, Dimeo Yesica, Gorrochategui Victoria, Ghironi Marisa, Sterkel Yanela

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la adolescencia como la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose dos fases, la adolescencia temprana 11 a 13 años y la adolescencia tardía 14 a 19 años. En cada una de las etapas se presentan cambios tanto en el aspecto fisiológico (estimulación y funcionamiento de los órganos por hormonas, femeninas y masculinas), cambios estructurales anatómicos y modificación en el perfil psicológico y de la personalidad; La condición de la adolescencia no es uniforme y varía de acuerdo a las características individuales y de grupo.

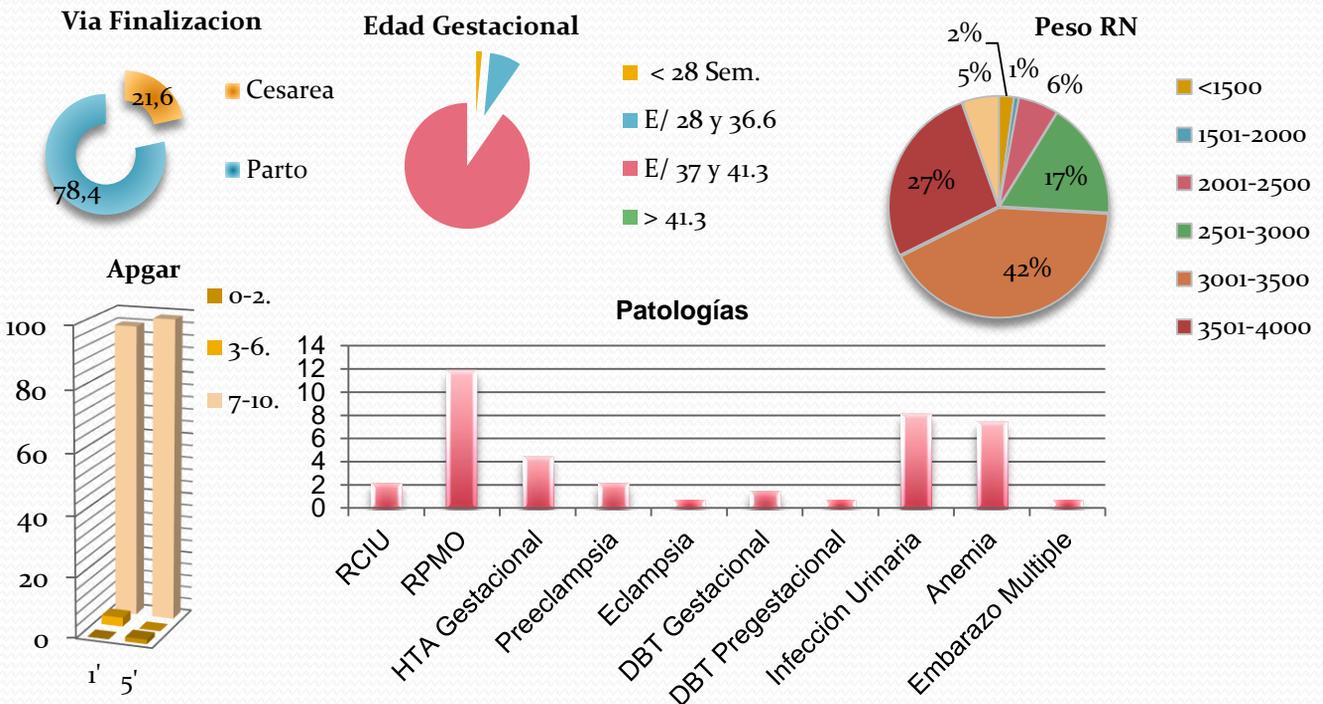
OBJETIVOS

- Establecer los resultados perinatales.
- Determinar la vía de finalización del embarazo.
- Identificar las patologías maternas asociadas.
- Determinar el consumo de alcohol, drogas y tabaco.

MATERIAL Y METODOS

El siguiente estudio comprende el periodo entre 01 de Enero de 2017 y 31 de Diciembre de 2017; es de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo. Se investigaron un total 784 de nacimientos de los cuales, 134 nacimientos fueron en adolescentes, cuya edad está comprendida entre los 14 y 19 años, en el Hospital Materno Infantil Argentina Diego de la Ciudad de Azul.

RESULTADOS



- Consumo de tabaco 13,4%, Alcohol y drogas 0%

CONCLUSIÓN

No se encontraron resultados perinatales adversos en relación con la edad materna y las variables evaluadas, a pesar de ser una edad vulnerable para llevar a cabo una maternidad plena. A modo de conclusión podemos inferir que este trabajo deja en tela de juicio si la adolescencia constituye un factor de riesgo para resultados perinatales desfavorables; aun teniendo en cuenta las patologías que se asociaron y que sin embargo no modificaron, en líneas generales. Esto no descarta la necesidad de trabajar en el día a día para promover en este grupo etario hábitos saludables y embarazos deseados.

EMBARAZO ECTOPICO CORNUAL: PRESENTACION DE UN CASO CLINICO



Autores: Alabarce, B. Borre, B. Rusman, N. Corazza, F. Gomez, A. Gonzalez, C. Macchi, S. Carbone, J. Gresta, C.

OBJETIVO

Revisión de un caso clínico de una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico cornual.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico cornual es una variedad atípica del embarazo ectópico. Se define como la implantación de un saco gestacional en la porción intersticial de la trompa de Falopio, adyacente al ligamento redondo. Tiene una incidencia del 2 a 4% de los embarazos ectópicos en general. El embarazo ectópico en el cuerno uterino suele ser de más riesgo que las otras localizaciones, ya que la ruptura del mismo puede provocar una hemorragia severa con la consiguiente muerte materna. En la actualidad el mejor tratamiento para el embarazo ectópico cornual, aún no está definido. Sin embargo se sabe que lo más importante es evitar su complicación a partir de un diagnóstico precoz.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó revisión de una historia clínica de una paciente internada en sala de Obstetricia del Hospital Pirovano en el mes de Junio de 2018

CASO CLINICO

-30 años
-FUM: incierta
-Antecedentes gineco obstetricos: G2P1 RNAT PAEG
-Examen físico: Abdomen blando depresible e indoloro, sin ginecorragia TV: útero en AVF nivel del fondo uterino, sin poder descartar patología anexial. cuello posterior formado cerrado.

-ECOGRAFIA: útero de 78x40x56 de contorno irregular. Miometro heterogéneo. A expensas de imagen en cuerno derecho de 38x34x31 compatible con saco gestacional de 4.1 semanas.

LABORATORIO: se realizó subunidad B cuantitativa seriada
22/5: 8327 → 24/5: 6945 → 8/6: 1479 → 3/7: 163

Se decidió conducta expectante y seguimiento de la misma con subunidad B HCG cuantitativa y ecografía TV



CONCLUSION

El embarazo cornual es una localización ectópica poco frecuente con alta morbimortalidad materna por hemorragia masiva. Por lo anterior, debemos estar atentos a realizar un diagnóstico precoz para evitar sus complicaciones.

Existen distintas alternativas para el tratamiento.

- Conducta expectante. Paciente en buen estado general, clínicamente estable. Subunidad B- hCG es inferior a 1500, ecografía normal y se evidencia una disminución superior al 50% del valor inicial de B- hCG en 48hs. Se efectuara controles clínicos cada 48 a 72 hs hasta que el valor sea <5 UI/L
- Medico: Metotrexato representa una opción de tratamiento médico conservador, eficaz, evitando una intervención quirúrgica compleja y de alto costo.
- Quirurgico

En el caso de esta paciente se decidió conducta expectante debido a: estabilidad clínica de la paciente, falta de progresión del saco gestacional, es decir ser un embarazo ecográficamente detenido y presentar subunidad B- hCG en descenso.



12 Congreso Argentino de Controversias en Obstetricia y Ginecología

Síndrome de Evans y embarazo: a propósito de un caso

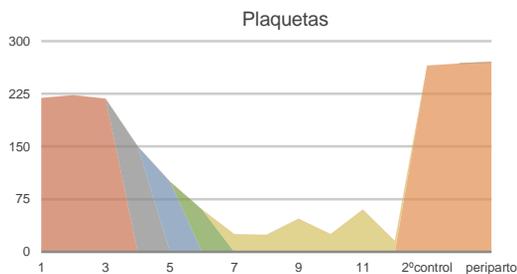
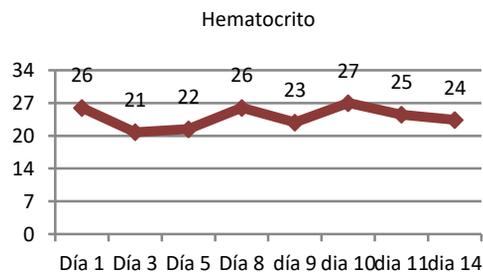
Autores: Jara Valdez L., Di Bibiase L., Cará V., Flores N., Paredes M.
Hospital General de Agudos Parmenio Piñero

Introducción: El síndrome de Evans es una enfermedad autoinmune poco frecuente caracterizada por la disminución de al menos dos líneas celulares en ausencia de otras patologías. El diagnóstico se basa en los hallazgos de laboratorio con evidencia de anemia y trombocitopenia, alteraciones en el frotis de sangre periférica, conteo aumentado de reticulocitos e hiperbilirrubinemia indirecta. La prueba de Coombs debe ser +. Raramente se presenta en el curso de un embarazo. Esto dificulta las opciones terapéuticas, dado que algunos agentes utilizados para el tratamiento son teratogénicos.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con Síndrome de Evans diagnosticado durante el embarazo, su tratamiento y seguimiento.

Caso clínico: Paciente de 26 años G2P1 con antecedentes de acalasia esofágica, cursando embarazo de 21 semanas, quien intercorre con un cuadro de Infección urinaria baja. Por intolerancia a la vía oral y antecedente se decide su internación para antibióticoterapia endovenosa, presentando al ingreso un Hto 26. Se inicia Ferroterapia endovenosa. Durante la internación la paciente evoluciona con un cuadro de hematuria, y plaquetopenia severa, confirmado por frotis.

1	Sacarato ferroso 200mg. Ampicilina 1 gr cada 6hs
3	Sacarato ferroso 200 mg . vómitos Hto 21 % Hb 6,9 plaquetas 223.000
4	Urocultivo: + E.coli Se rota esquema a AMS
5	Sacarato ferroso
6	SNG
7	Dilatación esofágica
8	Plaquetopenia (24.000). Hematuria +++.
11	Frotis: 60.000. comienza con ac fólico y vit b12
14	Plaquetas: 15.000 transferrina 317, % sat transferrina 48
15	Biopsia de Médula ósea. Meprednisona 50mg/dia. Alta



Seguimiento Hematología	
Controles	
1º	Deltisona 40mg/d. Prueba de Coombs directa +.
2º	Plaquetas 258.000, Hto 25,5, Hb 8,5 Continúa corticoide vo
3º	Hto 26, Hb 8,9 plaquetas 265.000. Se indica deltisona 20mg/d, Anemidox
4º	Hto 26, Hb 9,5, plaquetas 265.000, prueba de Coombs Negativa. Se indica Deltisona 10mg/d. Hasta el final del embarazo.

Resultados Obstétricos: La paciente evoluciona favorablemente y continúa su control obstétrico en consultorio de embarazo de alto riesgo, solicitándole un doppler fetal en la semana 34 informando un relación C/U mayor a 1.

A las 37 semanas se interna por trabajo de parto .Se realiza cesárea por falta de progresión y descenso, sin complicaciones ni sangrado anormal durante la misma.

Recién nacido de sexo femenino Apgar 9/10, 2570 gr Capurro 37 semanas.

Conclusión: EL síndrome de Evans durante la gestación es una entidad poco frecuente y de difícil sospecha diagnóstica. Puede tener un curso variable, desde una gestación sin complicaciones o relacionarse con complicaciones obstétricas como el desarrollo de trastornos hipertensivos del embarazo, desprendimiento placentario y hemorragia postparto . También puede presentar compromiso fetal por lo que se debe realizar control de la vitalidad fetal, puede haber paso de anticuerpos con hemólisis masiva y muerte intraútero, por lo que podría estar indicada la búsqueda de anemia fetal a través de el estudio de la velocidad pico sistólica mediante Doppler de la arteria cerebral media. En cuanto al tratamiento se describieron múltiples opciones, pero se deberá tener en cuenta la seguridad para la madre y el feto. En pacientes no embarazadas, el tratamiento de primera línea son los corticoide a altas dosis, de segunda línea la esplenectomía, uso de rituximab y gammaglobulina endovenosa hiper inmune. En nuestra paciente se utilizó la terapéutica menos invasiva dado el embarazo y respondió favorablemente.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO CONSERVADOR EN EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Autores: Gentile L., Camargo A., Carcedo M., García Balcarce T., Ramilo T., Del Carreto A., Bianchi F.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico sobre la cicatriz de una cesárea previa es una entidad poco frecuente que se acompaña de complicaciones graves. Representa el 6% de todos los embarazos ectópicos, y no se relaciona con el número de cesáreas previas. La presentación puede variar, desde metrorragia escasa hasta rotura uterina con shock hipovolémico. El diagnóstico debe ser precoz, y el tratamiento quirúrgico conservador debe ser llevado a cabo en pacientes seleccionadas.

OBJETIVOS: Reportar tres casos de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea con tratamiento quirúrgico conservador en el Sanatorio Güemes en el periodo 2015-2017.

CASO CLINICO 1

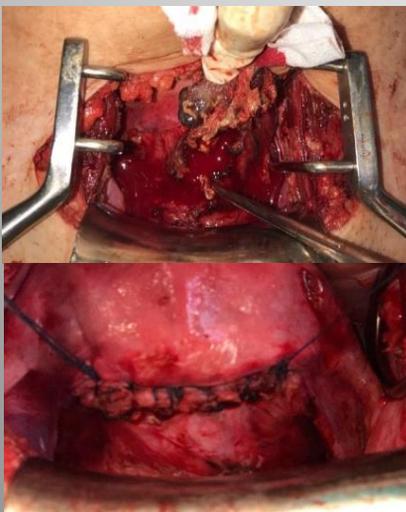
35 años, G3C2, consulta por metrorragia. BHCG 51079 Eco TV: Saco implantado a nivel ístmico cervical con importante vascularización. Se realiza segmentectomía con resección de embarazo en cicatriz. Evoluciona favorablemente.

CASO CLINICO 2

39 años, G2C1 consulta por metrorragia. BHCG 40176. Eco TV: Saco en segmento con embrión con AC+ (5,6 semanas). No se visualiza miometrio sano en cara anterior. Se realiza segmentectomía con resección de embarazo en cicatriz. Evoluciona favorablemente.

CASO CLINICO 3

35 años, G3C2 consulta por dolor abdominal. Eco tv: Imagen ístmica heterogénea vascularizada. Endometrio 7 mm BHCG 27/5 2636 16/6 109.2. Se plantea realizar tratamiento con metotrexate. La paciente se niega. Se realiza segmentectomía. Evoluciona favorablemente.



CONCLUSIÓN

Hay pocas recomendaciones terapéuticas específicas. Los tratamientos incluyen: histerectomía, resección de la gestación, inyección intrasacilar de CIK y metotrexate sistémico. La cirugía conservadora permite extirpar el embarazo y reparar el defecto de la pared, evitando complicaciones. El tratamiento expectante no es aconsejable dado el alto riesgo de morbilidad materna por rotura uterina y hemoperitoneo.

Edema Agudo de Pulmón

A propósito de un caso

Lic. Obstétricas : Ferrari Agustina , Quiroga Georgina , Loto Mariana.

Introducción: El edema agudo de pulmón es una patología poco frecuente y consta de la acumulación de líquido en los alvéolos pulmonares que impide la normal oxigenación de la sangre y ocasiona hipoxia tisular. Se trata de una urgencia médica que debe identificarse y tratarse rápidamente para evitar una alta mortalidad materna y perinatal. Las causas que predisponen a esta complicación pueden ser la insuficiencia cardiaca congestiva, administración de ciertas drogas (como antiinflamatorios, betabloqueantes, anti arrítmicos y calcio antagonistas), anemia y administración excesiva de fluidos (balance hídrico positivo) entre otras.

OBJETIVO: Describir el Edema Agudo de Pulmón como una complicación posible ante la interacción de ciertas drogas utilizadas para el tratamiento farmacológico de la Amenaza de Parto Prematuro.



MATERIAL Y METODO: Ingresó a la guardia del Servicio de Obstetricia, paciente de 23 años de edad, G2 C1, cursando embarazo de 32,3 semanas de gestación, afebril y normotensa con diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro. Se indica: 1) Control de signos vitales y pérdidas; 2) Dieta general; 3) Baño corporal diario en cama. 4) Reposo absoluto. 5) Uteroinhibición con isoxsuprina 100 mg en 500 cc en solución fisiológica a 7 gotas por minuto por 48 hs. 6) Betametasona 12 mg IM cada 24 hs. Total 2 dosis.

A las 24 hs de su internación la paciente continúa con dinámica uterina refractaria al tratamiento indicado. Se decide cesárea abdominal por una hipertensión con polisistolía. Siendo puérpera de cesárea de 5 hs de evolución paciente presenta un cuadro de dificultad respiratoria y tos. La médica de guardia indica dexametasona endovenosa en bolo lento y nebulizaciones. A su vez solicita interconsulta con clínica médica. Al examen clínico se informa que la paciente presenta una dificultad respiratoria, lucida, ubicada en tiempo y espacio, con cianosis periférica. Saturación de oxígeno de 89 – 90%, a la auscultación presenta ruidos crepitantes habituales y una TA de 110/60 y FC 109 latidos por minuto y Temperatura de 37.1. Se solicita radiografía de tórax, laboratorio de rutina y la paciente pasa a shock room de guardia de adultos y posteriormente a la UTI. El resultado de la radiografía de tórax informa: Infiltrado alveolar de base simétrica. Presenta un electrocardiograma normal y una rutina de laboratorio que informa: Leucocitos de 17.600, hemoglobina de 10.5, hematocrito de 31.6, plaquetas de 207.000, uremia de 14 mg/dl, creatinina de 0.57 mg/dl, glucemia 108 mg/dl, TGO 28 U/L, TGP 22 u/L, bilirrubina total 0,31 mg/dl. Serologías: Toxoplasmosis (-), Chagas (-), hepatitis B (-), HIV (-), VDRL reactivo 8 dil. Grupo y factor o +. Con estos resultados se diagnóstica eventualmente EAP, y se indica tratamiento con Osetamivir 75 mg cada 12 hs EV, ranitidina 20 mg cada 8 hs EV, ampicilina sulbactam 1,5 grs cada 6 hs EV, diclofenac 1 ampolla cada 12 hs EV y oxigenoterapia a 4 l/m. A estas indicaciones también fue agregado el tratamiento para sífilis con penicilina benzatínica 2.400.000 IM. La paciente fue evolucionando favorablemente y luego de 14 días de internación fue dada de alta.

CONCLUSIÓN: Si bien existen diferentes causas que pueden provocar el EAP, consideramos que en este caso en particular, el tratamiento otorgado a la mujer desde el comienzo de su internación favoreció la aparición del mismo; descripta la complicación como un posible efecto adverso de la Isoxsuprina, como así también la sobre-hidratación, y la anemia, repercutiendo en el déficit de oxígeno en los tejidos de su organismo.

¿Son Precoces los controles de las mujeres embarazadas de nuestra área programática?

Lic. Ahek Mariana, Lic. Ferreira Cortez Fernanda, Dra. Toledo Ana Ines

INTRODUCCIÓN: Control prenatal es el conjunto de acciones médicas y asistenciales que se concretan en entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza del recién nacido, con la finalidad de reducir los riesgos de este proceso fisiológico.

OBJETIVO GENERAL

• Conocer si el comienzo del Control Prenatal es precoz en las pacientes embarazadas atendida en los centros de salud N° 6 y N° 9 del partido de General San Martín.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

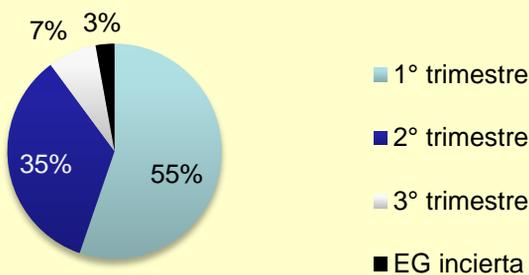
- Dar a conocer la relación que puede existir entre un control prenatal precoz y si el embarazo fue planeado o no.
- Conocer el porcentaje de pacientes que realizaron estudios de laboratorio solicitados en la primera consulta del CPN, antes de las 20 semanas de embarazo
- Conocer el porcentaje de pacientes que se realizó precozmente un diagnóstico de patología y una derivación oportuna a centros de mayor complejidad para seguimiento del embarazo.

MATERIALES Y METODOS.

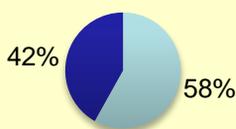
- Tipo de Estudio: Estudio Observacional, de corte transversal, retrospectivo
- Lugar de estudio: Centro de Salud N° 6, Centro de Salud N° 9, Partido de General San Martín.
- Periodo de Estudio: 01 de agosto de 2017 al 30 de abril de 2018.
- Población y muestra: Embarazadas que hayan comenzado el Control Prenatal en Centro de Salud N° 6 y Centro de Salud N° 9 del Partido de General San Martín en el periodo descripto. Total de muestra 246.
- Fuente de Recolección: Historia Clínica Perinatal-Clap.

RESULTADOS

Primer Control Prenatal



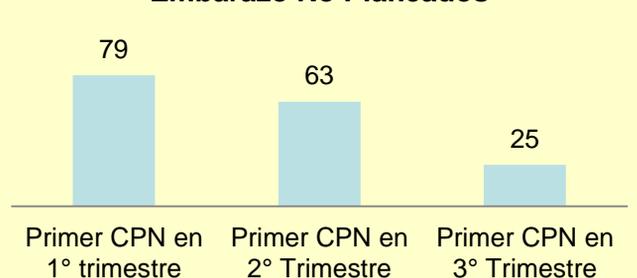
- Pacientes que no realizaron laboratorio < 20 semanas
- Pacientes que realizaron laboratorio < a las 20 semanas



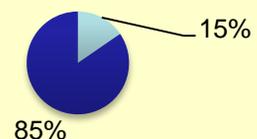
Embarazo Planeado



Embarazo No Planeados



- Pacientes diagnosticadas y derivadas a centro de mayor complejidad en 1° control Prenatal
- Pacientes de bajo riesgo en primer control prenatal



Conclusión: Más de la mitad de las pacientes han comenzado su CPN durante el primer trimestre. La relación que pudimos ver entre el CPN precoz y haber planeado el embarazo, es que las mujeres que lo han planeado han comenzado mayoritariamente el CPN en el Primer trimestre. Un 42 % de mujeres no han realizado un laboratorio control < a las 20 semanas de embarazo. Un 15% de pacientes lograron ser derivadas en el 1° CPN, para un seguimiento exhaustivo de su patología. Creemos que es necesario promover aun mas un CPN precoz en nuestra comunidad para reducir la comorbilidad materna fetal.

COMPLICACIÓN INFRECUENTE DEL HIERRO EV: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Perochena G, Rusman N, Corazza F, Garcia del carril N, Machi S

INTRODUCCIÓN

EL 45 % de las embarazadas presentan anemia, la cual se define como: concentración de hemoglobina menor a 11 g/dl en el primer y tercer trimestre, y menor a 10,5 en el segundo trimestre. Se asocia con una alta tasa de parto prematuro, bajo peso al nacer, retraso en el crecimiento intrauterino y una alta mortalidad perinatal. El hierro EV es una opción de tratamiento para las pacientes que no toleran el Hierro Vo, presentan alteraciones en la absorción del mismo o no existe tiempo suficiente por fecha probable de parto proxima. Es importante tener en cuenta las contraindicaciones del mismo previo a su administración, principalmente antecedentes de hipersensibilidad, por riesgo de shock anafiláctico, o paciente que cursan una infección aguda, ya que el hierro EV puede exacerbarla, representando ambas las complicaciones mas importantes.

OBJETIVO

Presentación de un caso clínico de una paciente embarazada que intercorre con una infección hematogena desencadenando un SIRS (sme de respuesta inflamatoria sistémica) luego de infusión de Hierro EV.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó revisión de una historia clínica de una paciente internada en sala de Obstetricia del Hospital Pirovano entre los meses de marzo y abril del 2018

CASO CLINICO

- Paciente de 26 años
- Antecedentes obstetricos: G4C3
- Cursando embarazo de 32 semanas con diagnóstico de placenta previa oclusiva total, probable acretismo placentario, bolsa rota y anemia.
- Ecografía obstétrica: Situación Transversa, EG 32.5 Semanas. Biometría acorde. Líquido Amniótico visualmente disminuido ILA 86mm (p5) placenta anterior grado 2 oclusiva total PEF 2265gr.
- Doppler obstetrico normal
- Laboratorio: HTO 28 HB 8,5 GB 10500 Plaquetas 283000.

Se decide Infusion de Hierro sacarato 200mg EV. Durante la segunda dosis de la misma:

Signos y síntomas

escalofrios, nauseas,
vomitos, hipotension,
fiebre y precordalgia

Examen físico

FC 120 FR25 TA 90/50
SAT02 99%.

- HMC + para Klebsiela Pneumoniae.

Se interpreta cuadro como SIRS a punto de partida de probable corioamnionitis con diseminación hematogena

- **Conducta:** Se suspende infusion de hierro. Interrupción del embarazo mediante cesarea abdominal → atonia uterina → histerectomia subtotal. Requirió 4U GR y 2U de plasma.

- Laboratorio: GB44300 Creatinina 1,69, Acidosis metabolica severa.
- TAC: Derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva de parenquima subyacente. Riñon izquierdo aumentado de tamaño. Engrosamiento de fascias pararenales. Pieloureterocaliectasia renal izquierda.

Permanece 13 dias en UTI con diagnostico de shock séptico con disfunción multiorgánica donde requirió drogas vasoactivas, ARM, y antibioticoterapia con Clindamicina + Amikacina + Meropenem.

- Regreso a sala de Obstetricia: Evolución favorable

CONCLUSION

Es importante el tratamiento de la anemia para evitar las complicaciones de la misma. En el caso de requerir hierro EV es imprescindible tener en cuenta condiciones y estado de la paciente previo a su administración para evitar las complicaciones antes mencionadas. con aumento del riesgo de la morbimortalidad materno fetal. Por lo que es esencial descartar foco de infección aguda previo a la administración de hierro endovenoso debido a que si bien no representa una contraindicación absoluta se debe evitar dicha asociación.

USO DE LEEP PARA TRATAMIENTO DE CONDILOMA ACUMINADO EXTENSO EN EMBARAZO

Autores: Baquerizo N., Iuliano V., Mendez V., Garcia del Carril I., Macchi S., Gresta C., Carbone J.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus del Papiloma Humano es una afección altamente prevalente a nivel mundial, elevando su incidencia en los últimos años; afectando proporcionalmente a la población gestante. Los condilomas, verrugas o papilomas son la expresión clínica de la invasión de las células epiteliales por parte de este virus. En el curso de la gestación el condiloma acuminado es la manifestación más común de infección por HPV, durante este período la proliferación y el crecimiento de las verrugas se acelera. La transmisión perinatal ocurre principalmente durante el paso del feto por el canal de parto, por lo cual la presencia, tamaño y número de lesiones es clave para prevenir la infección en el recién nacido.

CASO CLINICO

Paciente de 31 años, primigesta, cursando embarazo de 19 semanas en la primera consulta del control prenatal. Durante el examen vulvar se constata formación condilomatosa en introito vaginal, se deriva a consultorio de tracto genital inferior.

La paciente acude al consultorio cursando un embarazo de 24 semanas, con un marcado crecimiento de las lesiones en comparación con la consulta previa. La misma refiere dispareunia y sinusorragia. Se realiza citología cervical, en la misma se informa L-SIL. Se realiza exéresis con asa LEEP y coagulación de lecho de las lesiones vulvares. Se deriva para seguimiento.



PRIMERA CONSULTA



5 SEMANAS DESPUES



1 SEMANA POS TRATAMIENTO
CON LEEP

CONCLUSIONES

Existen diversos tipos de tratamientos para eliminar las lesiones causadas por HPV, de acuerdo a su extensión, localización, número y tamaño. El uso de LEEP se reserva para lesiones de gran extensión, con altas tasas de curación y bajas tasas de recurrencia, con excelentes resultados estéticos.

Es importante también descartar la multicentricidad de la infección por HPV y el tratamiento de la pareja, así como reforzar el uso de preservativo.

El correcto manejo de los condilomas en etapas tempranas de la gestación posibilita una menor tasa de transmisión vertical. De esta forma se mejora la calidad de vida de la paciente y se evita la necesidad de realizar una cesárea por una causa no obstétrica.

Secuestro Pulmonar Extralobar: Reporte de un caso

De Fazio Belén MD, Sañay Fanny MD, Del Carreto Andrea MD.
Servicio de Obstetricia Sanatorio Güemes, Buenos Aires

INTRODUCCIÓN: El secuestro broncopulmonar es una malformación pulmonar congénita infrecuente. Se define como una masa aislada de tejido pulmonar sin comunicación normal con la vía aérea, irrigado por una arteria sistémica anómala. Se clasifican en Intralobar (75% de los casos) cuando comparten la pleura visceral que recubre el pulmón o Extralobar (25%) cuando presentan su propio revestimiento pleural. En dos tercios de los casos se asocia a otras anomalías fetales condicionando el pronóstico. Es mas frecuente en varones (4:1).

OBJETIVO: Presentar el reporte de un caso de diagnóstico prenatal de secuestro pulmonar extralobar sin otras anomalías asociadas, su manejo pre y postnatal.

CASO CLINICO: Paciente de 23 años de edad, G2P1, con antecedente de DBT tipo 2 se presenta al Sanatorio cursando embarazo de 30 semanas, con diagnóstico presuntivo de secuestro pulmonar extralobar. Se interna por diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro a las 28 semanas donde se realiza maduración pulmonar fetal y nuevo control ecográfico, y se observó imagen pulmonar sin modificaciones y sin anomalías asociadas, coincidiendo diagnóstico. A las 31.2 semanas se realiza cesárea de urgencia debido a trabajo de parto pretérmino con presentación pelviana. Nace feto masculino de 2080 gr, Apgar 9/10. Los estudios neonatales (TAC con contraste) confirman el diagnóstico prenatal y el pronóstico.



DISCUSIÓN: Las ecografías realizadas durante el control prenatal coincidieron con los hallazgos postnatales. Es importante remarcar que sin la necesidad de mayores estudios (RMN), pudimos descartar otras anomalías y asesorar adecuadamente a la paciente y su familia. En los casos sin otras patologías asociadas, el pronóstico es bueno en el 95% de los casos. Al día de hoy el recién nacido no requiere cirugía y se encuentra en buena evolución

1. Bulas Dorothy I MD, Egloff Alexia MD. Prenatal diagnosis and management of bronchopulmonary sequestration. www.uptodate.com Literature review current through: Sep 2017.
2. Kane SC et al. Antenatal assessment and postnatal outcome of fetal echogenic lung lesions: a decade's experience at a tertiary referral hospital. J Matern Fetal Neonatal 2017 Oct 16.
3. Oliver ER, et al. Going With the Flow: An Aid in Detecting and Differentiating Bronchopulmonary Sequestrations and Hybrid Lesions. J Ultrasound Med. 2017 Aug 10.