

Vol 5. Año 9. N° 2 // Agosto 2015

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 5 año 9 nº 2 // Agosto 2015

Comisión Directiva 2015-2016

Presidente	Dra. Claudia Andrea Gonzalez
Vicepresidente	Dra. Claudia Roxana Scalise
Secretario	Dra. Nidia López
Prosecretario	Dra. Laura Elena Maffei
Tesorero	Dr. Martín Rotella
Protesorero	Dr. Miguel Ángel Bigozzi
Secretario de Actas	Dra. Úrsula Tevez

Vocales Titulares

Dr. Alejandro Ariel Hakim
Dr. Elida Rodríguez
Dra. Liliana Di Blasio
Dra. Silvana Arena
Dr. Ignacio Perez Tomasone
Dra. Alejandra Belardo

Vocales Suplentes

Dra. Susana Moggia
Dra. Silvia Orenstein
Dra. Ángela Gómez
Dra. Graciela Scagliotti
Dra. Verónica Méndez

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. Marcela Triviño

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

**7º Congreso Internacional
9º Congreso Argentino
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

26 al 28 de Agosto de 2015

	Titulo Poster	Autores	Institución
20	Embarazo y sobrepeso	Lic. Di palma Shirly, Lic. Faruolo Florencia, Lic. Fernandez Natacha, Lic. Gandolfo Agustina, Lic. Varcacia Vanesa, Lic. Zarate Florencia, Lic. Rodriguez Mirtha, Dra. Di Biase Lucía	Hospital Gral. De Agudos, Parmeño T. Piñero CABA
21	Ganancia ponderal controlada en equipo	Lic. Obstétrica Mariana E. Ahek	Centro de Salud n° 9 de General San Martin
22	Post-parto normal y sexualidad	Lic. Brancatisano Y., Lic. Carbajal L., Lic. Carulli L., Lic. Krcmarik N., Lic. Salvia F.	Hospital F. D. Santojanni CABA
23	Adolescentes embarazadas: abordaje en los centros de salud.	Lic. Arévalo V; Lic. Paucar S; Lic. Villar P; Lic. De Jesus V; Lic. Berazategui A; Lic. Salvia F	Hospital F. D. Santojanni CABA
24	Embarazo ectópico	Villalba, Agustina; Sosa, Pilar; Zarate, Filomena	
25	Diagnóstico diferencial de mola hidatiforme parcial: displasia mesenquimal placentaria. A propósito de un caso.	MS Cabrera, A Hakim, D Serrano, M Abalos, MD Lobo Pernigotti, LS Bonafede, N Allende.	Hospital Gral. De Agudos, J. M. Ramos Mejia CABA
26	Prolapso y embarazo: presentación de caso clínico.	Chirillano Daniela, Castro Marcia, Granda Florencia, Jorgensen Victoria.	Hospital Mariano y Luciano de la Vega. Moreno
27	Transmisión vertical de VIH. Atención interdisciplinaria.	Agostena, Silvina; Tabares, Claudia; Chirillano, Daniela; Ortega, Marta; Martinez, Andrea; Urrutia, Carina.	Hospital Mariano y Luciano de la Vega. Moreno
28	Complicaciones del embarazo adolescente no planificado.	LIC. BORJA ROMINA; CARRASCO SANDRA; CEJAS NATALIA; DE LUCA MONICA; ROJAS OLGA.	Hospital Oñativia.
29	¿Es la proteinuria positiva un factor de riesgo independiente?	Golabek, L; Forte, G; Mendez, P; Malatesta, D y José, A.	Hospital Ramón Carrillo. Ciudadela
30	Seguimiento de pacientes con dificultades para la lactancia luego del egreso hospitalario.	Lic. Obst. Lauphan Vanina, Lic. Obst. Lombardo Jésica, Lic. Obst. Losardo Milena, Lic. Obst. Rodríguez Aldaz Camila, Lic. Obst. Mereles Analía, Lic. Obst. Violano Gabriela, Dr. Casale Roberto.	Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas
31	El mayor tabú de la maternidad: la muerte perinatal.	Lic. Obst. Vilchez, D.; Lic. Obst. Mastrolonardo, A	
32	Embarazo mal controlado	Belej, G; Cavallaro, D; Ferraresi, M. S.; Langella, A; Sannazzari, M. C.; Seidenstein, M; Sosa, M. M.; Strugo, S.	Hospital Gral. De Agudos, Bernardino Rivadavia CABA
33	Implantación septal placentaria.	Bistritsky D; Cavanna M; Cannizzo F; Iuliano V; Gómez A; Silva Y; Gresta C	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
34	Displasia esquelética	Jordan S; De Nardo B; Ponce G; Iuliano V; Macchi S; Gresta C.	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
35	Isoinmunización por anti-kell: manejo clínico e inmunohematológico de 30 casos.	Rey PL, Quinteros A, Avecilla A,Torres OW.	Hospital Ramón Sardá CABA
36	Prevención de la transmisión perinatal de la infección por VHI-1: manejo en nuestra institución.	Hakim A; Serrano D; Scalise C; Ivalo S; Losso M; Cabrera MS; Lobo Pernigotti MD; Garcia D, Allende N.	Hospital Gral. De Agudos, J. M. Ramos Mejia CABA
37	Enfermedad tromboembólica y embarazo.	García del Carril, I; Corazza,, M.FTatti, D; Goberna, M.de los A;Carbone J.C; Gresta , C.	Hospital Gral. De Agudos, Dr. Ignacio Pirovano CABA
38	Seguimiento en salud sexual y reproductiva	Ferraresi, M.S.; Belej, G.I.; Cavallaro, D.C.; Sannazzari, M.C.; Sía, G.; Seidenstein, M.E.	Hospital Gral. De Agudos, Bernardino Rivadavia CABA
39	Manejo conservador seguido de tratamiento quirúrgico en un embarazo intersticial: A propósito de un caso.	Labaqui V, Iglesias NA, Cabrera MS, Hakim A, Serrano D, Ballivian K,Carralbal S	Hospital Gral. De Agudos, J. M. Ramos Mejia CABA
40	Uso de acidopoliglicólico vs. Catgut crómico en episiorrafia de pacientes primíparas en el HMI Argentina Diego de Azul	Sterkel, Yanela; Preciado Guillermina; Homilka Carolina; Aycirix Guillermina; Brelis Herrera Mariana; Francisconi Florencia; Ghironi Marisa; Ochoteco Claudia; Tapia Bárbara.	Hospital Materno Infantil Argentina Diego. Azul
41	Tromboflebitis pélvica puerperal: reporte de un caso	Carrara Julia, Marini Ma. Belén, Marini Ileana, Mendiola Paola, Bocelo Felisa	Hospital Materno Infantil Argentina Diego. Azul
42	Punción de vellosidades coriónicas transvaginal en embarazos detenidos durante el primer trimestre: estudio retrospectiva 2012-2014.	Cano Carabajal, Paola; Rotela, Martín; Pasqualini, R. Agustín.	Halitus instituto Médico

Embarazo y sobrepeso

Hospital General de Agudos “Parmenio T. Piñero”- CABA - Argentina.

Autores: Lic. Di palma Shirly, Lic. Faruolo Florencia, Lic. Fernandez Natacha, Lic. Gandolfo Agustina, Lic. Varcacia Vanesa, Lic. Zarate Florencia, Lic. Rodriguez Mirtha, Dra. Di Biase Lucía

INTRODUCCIÓN

La OMS ha propuesto evaluar el estado nutricional de la mujer embarazada por medio del IMC. Una adecuada clasificación nutricional permitiría una mejor identificación de los riesgos asociados a obesidad materna y contribuiría a evitar un incremento excesivo de peso en la embarazada reduciendo el riesgo de obesidad que en los últimos años se ha duplicado, y a una asignación más eficiente de los recursos de la atención primaria

MATERIALES Y METODOS

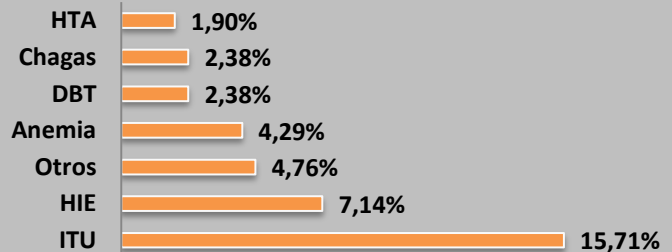
Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los datos se recopilaban a partir de la revisión de Historias Clínicas de los CESACs 14, 18 y 19. Se seleccionaron aquellas pacientes cuyo IMC en la primer consulta se encontraba por sobre los valores normales según edad gestacional entre Enero y Diciembre de 2014. El análisis de datos se realizó según método estadístico a través del programa VCCstat 2.01.

RESULTADOS

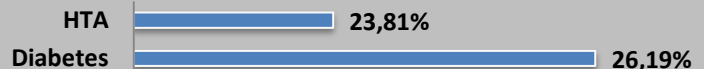
Año 2014 → 701 pacientes → 29,96 % sobrepeso y obesidad (N=210)

VARIABLE	N=210	PORCENTAJE CON IC
EDAD MATERNA		
<0= 18	15	7,14%(IC 95 4,19-11,73)
19-35	169	80,48%(IC 95 74,33-85,48)
>35	24	12,38%(IC 95 8,39-17,79)
NACIONALIDAD		
Boliviana	123	58,57%(IC 95 51,57-62,65)
Argentina	62	29,52%(IC 95 23,55-36,26)
Paraguaya	25	11,90%(IC 95 7,99-17,59)
ESCOLARIDAD		
Prim. Incompleta	31	14,76%(IC 95 10,40-20,41)
Prim. Completa	29	13,81%(IC 95 9,59-19,39)
Sec. Incompleta	89	42,38%(IC 95 35,66-49,38)
Sec. completa	54	25,71%(IC 95 20,06-32,28)
Univ. incompleta	7	3,33%(IC 95 1,56-10,84)
PARIDAD		
Primipara	47	22,38%(IC 95 17,06-28,74)
Multipara	163	77,62%(IC 95 71,26-82,94)

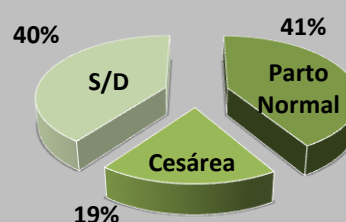
Antecedentes personales



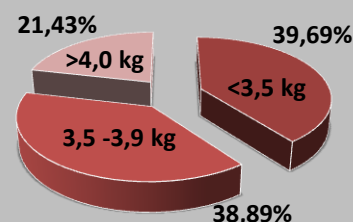
Antecedentes Familiares



Vía de Finalización



Peso Fetal



CONCLUSION

En base a los resultados obtenidos, observamos que las condiciones socioeconómicas sumadas a los hábitos nutricionales y a los antecedentes familiares generarían una mayor predisposición a presentar sobrepeso en el embarazo y sus complicaciones asociadas. Por otra parte, el control prenatal, la detección y derivación oportuna, demostraron resultados perinatales satisfactorios.

Ganancia ponderal controlada en equipo

Autor: Licenciada Obstétrica Mariana E. Ahek;
Centro de Salud n° 9 de General San Martín

Objetivo general:

Demostrar que el trabajo en equipo de nutrición y Obstetricia en los centros periféricos de salud disminuyen los malos resultados perinatales en las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Atención Primaria N° 9, de la localidad de Billinghamurst del Partido de General San Martín

Objetivos Específicos:

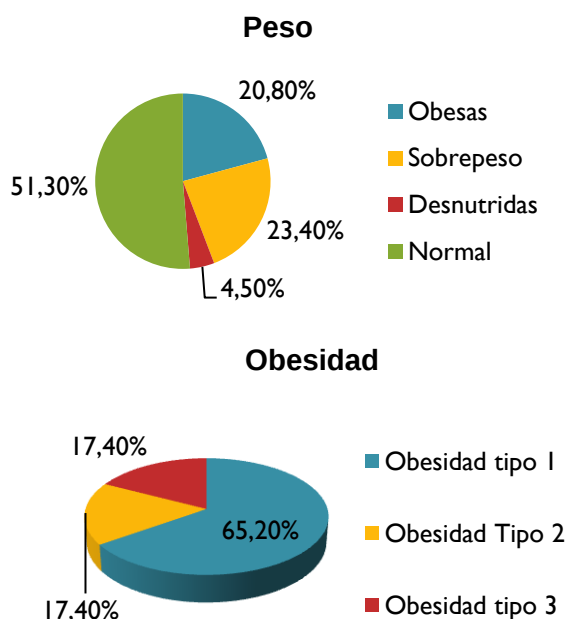
Sensibilizar sobre la importancia de crear un espacio en dichos centros de salud para realizar talleres sobre alimentación, como también facilitar el trabajo interdisciplinario con el segundo nivel para la derivación temprana de las patologías asociadas al trastorno de la ganancia ponderal.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y transversal

Período: del 01/01/2014 al 01/12/2014.

Muestra: 111 Historias Clínicas Perinatales de mujeres que terminaron su embarazo en dicho centro asistencial

Resultados:



Datos importantes	
26,1%	Patología Asociada
74%	RN peso normales
17,3%	RN Alto peso

Conclusiones: El trabajo realizado entre ambos servicios dio un alto porcentaje de aumento ponderales normales para los diferentes índices de masa corporal de las diferentes mujeres atendidas, con esto se obtuvieron un bajo porcentaje de patología asociada al alto peso, así también como recién nacidos de término y de peso normales para su edad gestacional. Es necesario la implementación de talleres post y preconceptionales para que estas mujeres lleguen con un peso adecuado para el próximo embarazo

"POSTPARTO NORMAL Y SEXUALIDAD"

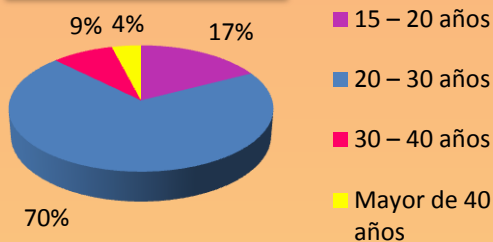
Hospital de Agudos D. F. Santojanni

Autores: Lic. Brancatisano Y., Lic. Carbajal L., Lic. Carulli L., Lic. Krcmarik N., Lic. Salvia F.

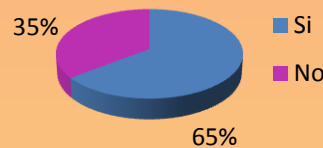
Introducción: El puerperio es una de las etapas más complejas que atraviesa la mujer luego del parto. En ella ocurren cambios del orden fisiológico y psicológico. Este periodo de grandes movilizaciones afecta también a la pareja y con frecuencia aparecen fantasías y temores en torno al regreso de la vida sexual. En este trabajo intentaremos conocer los distintos aspectos que influyen en ese reencuentro para poder contar con herramientas que nos permitan ayudar a la pareja a transitar este momento de la mejor manera posible, enriqueciendo de esta forma nuestro rol como obstétricas, siendo este último el objetivo general.

Población, materiales y métodos: Se evaluaron 643 mujeres primíparas y multíparas de parto normal en el Hospital D. F. Santojanni, en el período comprendido entre noviembre de 2014 y junio del corriente año. Es un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de corte transversal.

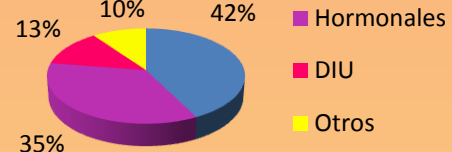
Edad de las mujeres entrevistadas



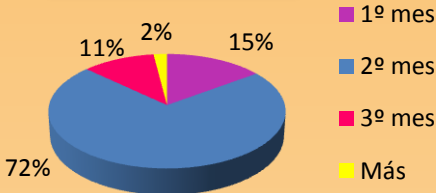
Utilización de MAC



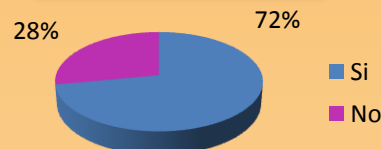
MAC



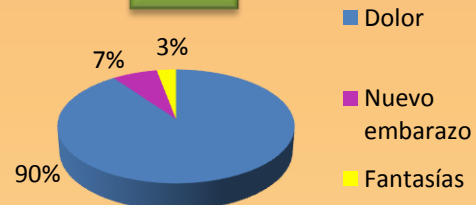
Tiempo estimado



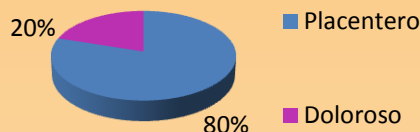
Temor al retorno R.S



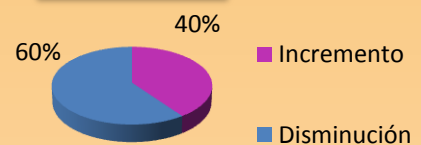
Causas



Primer Coito



Deseo sexual



Conclusión: Hemos concluido sobre la importancia en la formación como profesionales de salud a la hora de abordar esta temática, ya que no contamos con herramientas adecuadas en nuestra preparación respecto a la consejería del retorno de la vida sexual de la mujer. Pero aun así creemos que somos el personal de salud idóneo para realizar esta tarea, debido al lazo que se genera con la pareja y la libertad que sienten ellos a la hora de expresar sus miedos e inquietudes. Frente a lo expresado consideramos como propuesta informar a la pareja desde el control prenatal así como en el curso de preparación de la maternidad y continuar el acompañamiento durante su puerperio.



“ADOLESCENTES EMBARAZADAS: ABORDAJE EN LOS CENTROS DE SALUD”

AUTORES: Lic. Arévalo V; Lic. Paucar S; Lic. Villar P; Lic. De Jesus V; Lic. Berazategui A; Lic. Salvia F

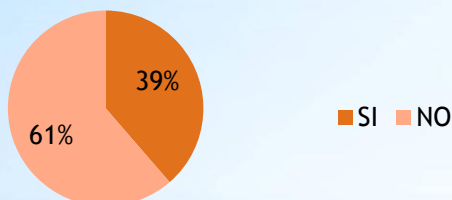
INTRODUCCIÓN

En nuestro trabajo realizado en los centros de salud no solo nos enfocamos en la parte biológica del embarazo, sino también tenemos en cuenta el contexto de los adolescentes con una mirada más abarcativa desde lo psico-socio-cultural. Debemos manejar diversas herramientas que nos permitan brindar una atención integral e individual para mejorar el control prenatal y a la vez que sea una oportunidad para educar a la mujer en sexualidad, crianza y planificación familiar. El objetivo general de éste trabajo es reconocer características de este grupo etario para mejorar la calidad de la atención prenatal maximizando los recursos físicos y promoviendo un abordaje integral según las características sociales, económicas y culturales de cada adolescente embarazada

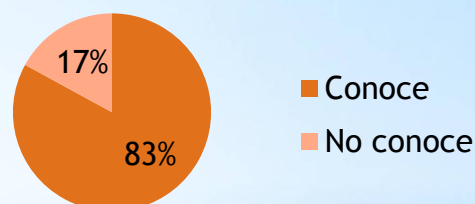
POBLACIÓN, MATERIALES Y MÉTODOS:

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal. Se seleccionaron 232 adolescentes embarazadas que tuvieron su control en los centros de salud del área programática del Htal. D. F. Santojanni entre el 01/11/2014 y el 30/06/2015.

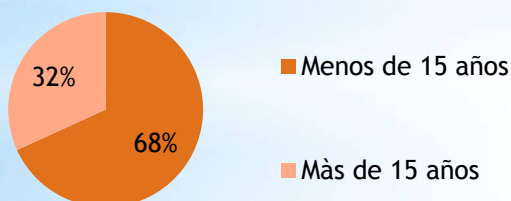
Embarazo Buscado



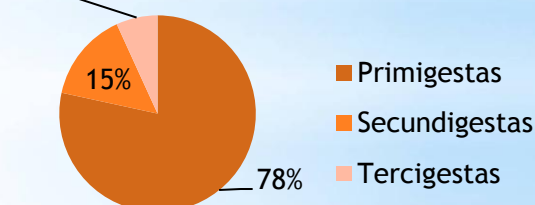
MAC



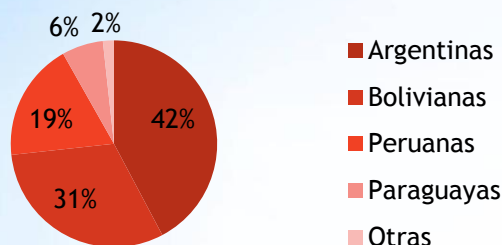
Inicio de las Relaciones Sexuales



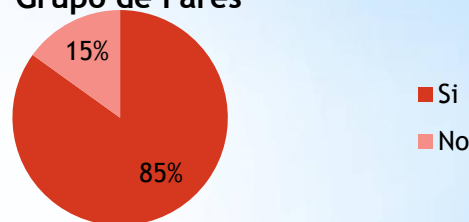
Gestiparidad



Nacionalidad



Frecuencia del Embarazo en Grupo de Pares



CONCLUSIÓN: Si la educación sexual es descuidada, la insuficiente preparación de los adolescentes para el encuentro con el otro sexo se refleja en el ámbito social. Un dato llamativo es la frecuencia del embarazo adolescente entre pares de su grupo de pertenencia y la gran cantidad de embarazadas extranjeras, lo cual conlleva a una amplia diversidad cultural. Consideramos una herramienta fundamental identificar las características de las adolescentes que asisten a los Centros de Salud teniendo en cuenta su identidad cultural única para lograr una asistencia integral respetando sus individualidades sociales y culturales; y así elaborar estrategias para mejorar la atención, logrando la máxima calidad asistencial a nivel equipo.

Embarazo Ectópico

Autores: Villalba, Agustina Sosa, Pilar y Zarate, Filomena

EMBARAZO LOCALIZADO FUERA DE LA CAVIDAD UTERINA:
AMPULAR 79,6- ITSMICO 12,3- FIMBRICO 6,2- INTERSTICIAL 1,9

A propósito de un caso:

Paciente de 24 años de edad, G1 Po cursando embarazo de 28 semanas por FUM y ECO de las 12 semanas. Consulta a la guardia por dolor abdominal de 8 horas de evolución. Hipotensa, taquicardica. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda y a la descompresión, MF + LCF 145x' TU: normal DU neg en 10 min



SE DECIDE LAPAROTIMIA EXPLORADORA



CONCLUSION: abierta cavidad se aspiran 500 ml de sangre, se evidencia formación compatible con embarazo ectópico intraligamentario derecho. Se extrae feto vivo, se liga y secciona ligamento ancho, conservándose trompa y ovario derecho.

Actualmente RN en neonatología Htal Gutierrez

INTRODUCCION

La displasia mesenquimal placentaria (PMD) es una patología placentaria, que por su apariencia macroscópica y ecográfica puede ser confundida con mola hidatidiforme parcial. Se caracteriza por edema de la vellosidad troncal, que origina placentomegalia, con desarrollo normal del trofoblasto. La verdadera incidencia se desconoce. Además, por ser de conocimiento reciente aún, es subdiagnosticada y subregistrada por los patólogos. Hasta la fecha, se ha publicado en la literatura 82 casos de displasia mesenquimal placentaria, con una preponderancia femenina de 3,6:1 (mujer:varón). Yamada y col., señalaron que el gen D del factor de crecimiento endotelial (VEGF-D), o factor relacionado a la angiogénesis, localizado en el cromosoma Xp22.31, y la presencia de dos cromosomas X en las mujeres, podría ser de alguna manera causal de la PMD, e informaron un caso de DMP en un feto femenino con delección del brazo corto del cromosoma X. La displasia mesenquimal placentaria en la mayoría de casos está asociada con el síndrome de Beckwith-Wiedemann y con restricción del crecimiento intrauterino (RCIU), pero también con fetos de apariencia normal

OBJETIVO

Presentar un caso de displasia mesenquimal placentaria y revisión bibliográfica.

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 29 años g3p1ab1 internada en el servicio cursando embarazo de 31 semanas por ecografía (25,4) con diagnostico de amenaza de parto prematuro, preeclampsia. TA: 160/100, albumina 4+, serologías negativas. Ecografía: placenta anterior aumentada de espesor de 78mm con múltiples imágenes de aspecto liquido menores a 10mm. Se indica maduración pulmonar fetal, uteroinhibición y labetalol. Evolución: controles inadecuados de tensión arterial, ecodoppler patológico. Se indica cesarea abdominal.

RESULTADOS

Recién nacido femenino apgar 9/10, 1800 gramos para 32 semanas. Cariotipo normal. Anatomía patológica placentaria: peso mayor al percentilo 95. Vellosidades troncales voluminosas con estroma laxo hidrópico con formación de cisternas compatible con displasia mesenquimal. HCG : 13. Buena evolución materno- neonatal.



CONCLUSION

Imágenes ecográficas molares asociados con elevación de alfa feto proteína, o, niveles ligeramente elevados β hCG, siempre debe levantar la sospecha clínica de PMD, una condición que tiene un curso más benigno que la mola parcial, pero pueden estar asociados con características fetales tales como la restricción de crecimiento intrauterino, BWS u otras anomalías en el feto. Por otra parte, el cariotipo fetal debe considerarse en estos casos, y que el diagnóstico de PMD no debe excluirse cuando se presenta con un feto anormal y / o un cariotipo anormal.

Introducción: El prolapso uterino durante el embarazo es infrecuente. No existen en la literatura datos precisos sobre la frecuencia del prolapso uterino mas embarazo y sus complicaciones . El prolapso de los órganos pelvianos se asocian con un defecto en las estructuras de sostén que se producen por deficiencias congénitas, adquirida, dentro de estas ultimas las mas importantes son producidas por los partos por reemplazo con fibras conectivas cicatrízales y rotura de los músculos de sostén. Los factores predisponentes: constitucional (debilidad mesenquimatica), traumáticos(partos distócicos,), enfermedades sistémicas(EPOC, DBT, obesidad, entre otros)y déficit de función trófica(ovárica y enfermedades neurológicas). Los tumores pélvicos como ser los de ovario con o sin ascitis, pueden ocasionar en forma brusca prolapso genital.

Objetivos: presentar un caso clínico de embarazo mas prolapso uterino , y determinar los factores de riesgo para su presentación.

Materiales y Métodos: Trabajo descriptivo a propósito de un caso clínico.

Caso clínico: paciente de 40 años, U/E, G4P3 con 5 controles en alto riesgo, Htal Rodríguez y US Marilo.

G4P3 (3560 gr, 3350gr,2770gr)

Antecedentes familiares no refiere

Antecedentes personales no refiere

Menarca 14 años, RM 6/30, FUM 15/2/14, IRS 16años ,

PAP negativo del 1/7/14

El 8/10/14 consulta por perdidas y asociado al descenso vaginal.

Refiere que 2 meses después del nacimiento de su último hijo comenzó con el prolapso que reduce ella misma. Se interna con el DX: EMBARAZO 33,5SEM Y PROLAPSO GENITAL.

Se indica maduración pulmonar fetal, reposo en trendelemburg.

Se toman cultivos orina y vaginales los cuales resultaron

negativos. Laboratorios, ecografías y doppler fetal dentro de

parámetros normales para edad gestacional, con serologías negativas



Tras 18 días de internación se desencadena el TDP. Datos perinatales: masculino, 2950gr, 9/10, 36 semanas

Conclusión: El prolapso uterino durante el embarazo es muy poco frecuente y puede producir complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio. El diagnostico precoz del mismo nos llevará a tomar medidas de prevención adecuadas y una mejor orientación de la paciente para el tratamiento del prolapso genital tanto en el embarazo como su tratamiento posterior.

Autores: Agostena Silvina, Tabares Claudia, Chirillano Daniela, Ortega Marta, Martínez Andrea, Urrutia Carina.

Introducción

La transmisión vertical es el modo dominante de adquisición de la infección por VIH en los niños. La seroprevalencia de VIH en mujeres embarazadas varía en los distintos continentes. Mientras que en África es del 6 al 30%, en la Argentina oscila entre el 1 al 2% y en los EE.UU es del 0,17%. La transmisión vertical sin ninguna intervención médica demuestra diferentes valores entre un 16.4% a un 40%. En nuestro país la tasa se ubica alrededor del 35%. La transmisión vertical puede ocurrir durante el embarazo o parto, representando el 15 y 30 % de los niños que nacen de mujeres con infección de VIH que no recibieron profilaxis con ARV, además un 5 % se infecta a través de la lactancia materna.

Contamos con un consultorio de atención integral durante el embarazo de las pacientes con enfermedades infecciosas del municipio de Moreno.

Objetivo general

Describir la prevalencia de pacientes portadoras del virus VIH y medidas preventivas durante el embarazo, parto y puerperio.

Materiales y métodos

El estudio fue realizado en pacientes asistidas en el Hospital Mariano y Luciano de La Vega, desde el 1° de enero de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2013, del cual se obtuvo un total de 21 pacientes VIH positivas de 4072 nacimientos asistidos.

Estos datos fueron obtenidos de la base de datos del Servicio de Epidemiología y Maternidad.

Resultados

TRATAMIENTO DESDE

Pacientes N	Embarazo 14 Grupo 1	Parto 4 Grupo 2	Puerperio 3 Grupo 3
VIA DE PARTO			
PARTO	11	3	3
CESAREA	3	1	-

LA TASA DE PREVALENCIA FUE DE UN 0,52 % EN LA POBLACION ASISITIDA.

Las pacientes del grupo 1 fueron embarazos con control prenatal adecuado con elección de la vía de parto en los casos de CV < 50 mil copias.

Las del grupo 2, dos presentaban controles prenatales y una de ellas no presentaba y el resultado de TR VIH dio positivo al ingreso las mismas recibieron tratamiento ARV intraparto; Y las del grupo 3 fueron pacientes que el resultado positivo de VIH fue posterior al parto con lo cual no recibieron tratamiento ARV.

Conclusiones

Consideramos importante llevar a cabo el fortalecimiento de estrategias para la promoción en el inicio del embarazo en cuanto al tratamiento ARV, dada la eficacia para la transmisión vertical. Establecer de esta manera un sistema de atención de calidad con estructuras organizativas donde estén claramente definidas las responsabilidades, los procedimientos y los recursos necesarios para detectar obstáculos y mejorar la eficiencia en el camino para la prevención durante la gestación parto

COMPLICACIONES DEL EMBARAZO ADOLESCENTE NO PLANIFICADO

AUTORES: LIC. OBTERICAS. BORJA ROMINA; CARRASCO SANDRA; CEJAS NATALIA;

Introducción: La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere su madurez reproductiva pero, aun no madurez emocional para ser padres.

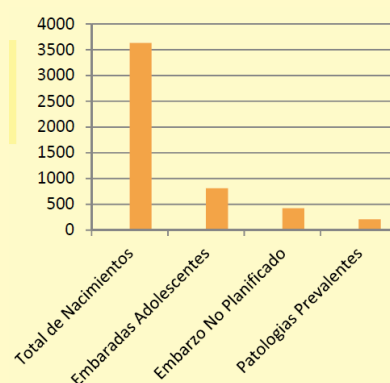
Una de las primeras complicaciones es comunicárselo a sus padres y que estos lo acepten, suele ser una gran preocupación, al punto de ocultarlo el máximo tiempo posible, lo que evita un control precoz y completo, aumentando el riesgo de patologías prevalentes



Objetivos: 1.- Tomar al adolescente en su totalidad como individuo para tratar de comprender su problemática, con la intención de poder disminuir la morbilidad materna y fetal.

2.- Concientizarnos y concientizar a todo el equipo de salud y a la población toda, de la importancia de tomar a la adolescente en su totalidad.

3.- Aspiramos a lograr en nuestro servicio un grupo interdisciplinario de atención del adolescente con una mirada



Población: Se tuvieron en cuenta adolescentes embarazadas entre 10 y 19 años que ingresaron al Servicio de Obstetricia del Hospital Oñativia desde el 01/01/2014 al 31/03/2015.

Material y Métodos: Es un estudio retrospectivo transversal.

Se analizaron y discriminaron del total de nacimientos; adolescentes que presentaron: Parto Pre término, HIE, Pre eclampsia, Eclampsia, RPM y Embarazo No Planificado. Se utilizó SIP versión 4.0.3.

Resultados: En el periodo mencionado, de un total de 3632 nacimientos; 812 fueron adolescentes de las cuales 91 fueron Rotura Prematura Membranas, 17 Hipertensión Inducida por Embarazo, 85 Embarazos Pre termino, 14 Pre eclampsia, 3 Eclampsias y 424 embarazos No Planificados.

Conclusiones: La evidencia disponible determina, que del total de embarazos adolescentes en nuestro servicio el 52,22% fue no planificado y de ese porcentaje el 49,53% presentaron patologías prevalentes, lo cual afirmaría nuestra hipótesis primaria, acentuando la necesidad de un abordaje integral en este grupo etario. Enfatizando no solo el control optimo sino también, la contención de estos jóvenes.

ES LA PROTEINURIA POSITIVA UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE?

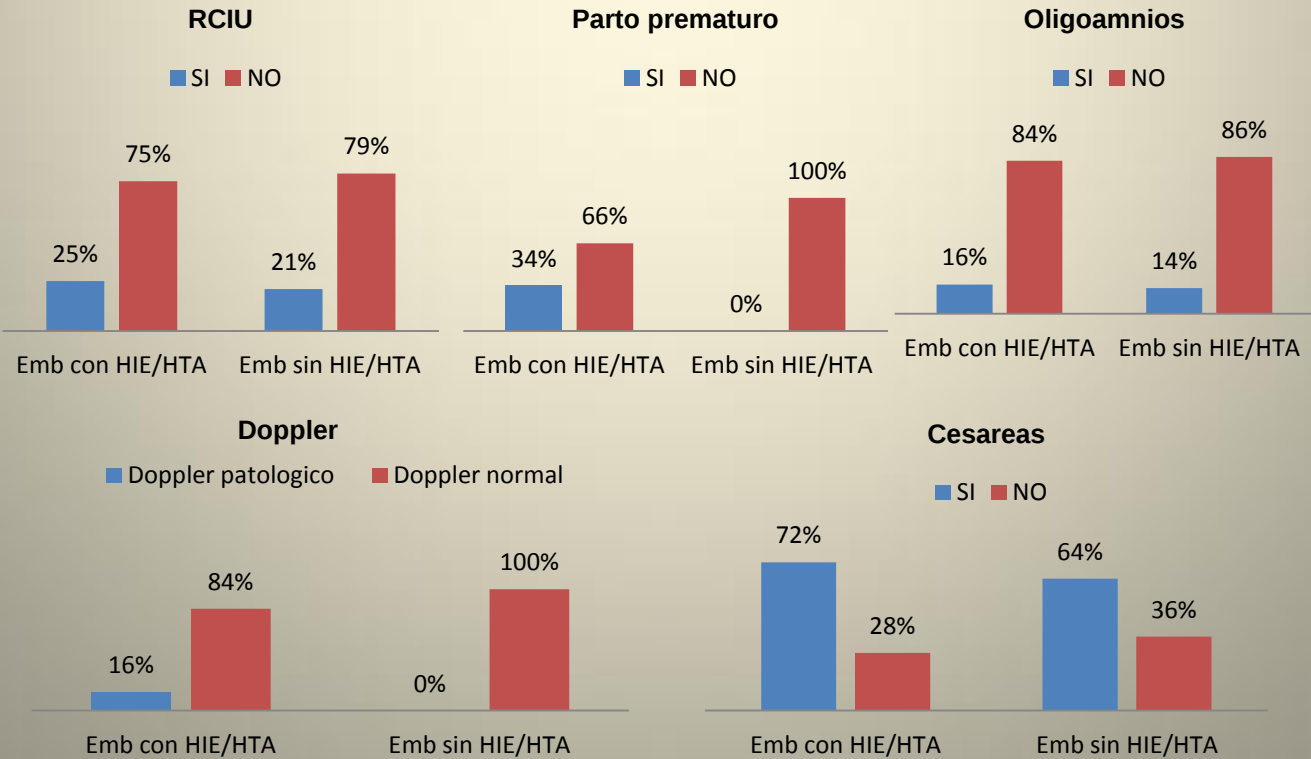
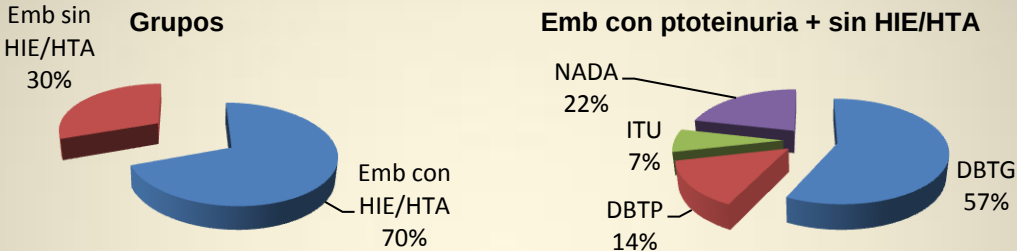
AUTORES: Golabek, L; Forte, G; Mendez, P; Malatesta, D y José, A.

INTRODUCCION: Surge de nuestra practica diaria, la observación de numerosas pacientes gestantes que presentan proteinuria positiva sin hipertensión, y que mantienen un embarazo sin complicaciones. Por lo que decidimos evaluar y comparar los resultados perinatales de aquellas pacientes que cursaron con HIE o HTA con aquellas que no lo presentaron. Ya que la Preeclampsia sigue siendo una causa importante de morbilidad materna y neonatal, creemos importante poder diferenciar estos grupos de pacientes para un mejor control prenatal.

POBLACION: Mujeres atendidas durante el embarazo en el servicio de Tocoginecología del Hospital Ramón Carrillo de Ciudadela, provincia de Buenos Aires, en el periodo comprendido entre agosto del 2010 y mayo del 2014.

MATERIAL Y METODOS: Se recolectaron de laboratorio proteinurias de 24 horas que se habían solicitado desde el servicio. Se tuvo acceso a 110 historias clínicas de embarazadas, de las cuales 46 resultaron positivas con valores mayores a 300 mg/24 hs. En estas pacientes se evaluó si presentaron HTA, HIE, DBT gestacional o previa, ITU, Nefropatía, gestosis o alguna otra condición asociada, y se las dividió en dos grupos según presentaran algún trastorno hipertensivo o no, y en cada uno se analizaron datos que incluyeron RCIU, oligoamnios, parto prematuro (PP) y alteración del Doppler, también se evaluó la vía de terminación del embarazo. Para dicho analisis se utilizaron programas como Excel, Stat y Epidat.

RESULTADOS:



CONCLUSIONES: Si bien las diferencias no fueron significativas (Doppler p=0.3; RCIU p=1.0; Oligoamnios p=1.0; Cesáreas p=0.7) excepto en los PP donde se obtuvo una p=0.02, creemos que seria necesario ampliar esta investigación para poder determinar si la proteinuria + puede actuar como variable independiente que nos permita tomar decisiones por si sola.

SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON DIFICULTADES PARA LA LACTANCIA LUEGO DEL EGRESO HOSPITALARIO

Lic. Obst. Lauphan Vanina, Lic. Obst. Lombardo Jésica, Lic. Obst. Losardo Milena, Lic. Obst. Rodriguez Aldaz Camila, Lic. Obst. Mereles Analía, Lic. Obst. Violano Gabriela, Dr. Casale Roberto.

Htal. Nacional Prof. Alejandro Posadas

Antecedentes

En el año 2014 y por un plazo de 3 meses, en la sala de puerperio del Hospital Posadas se llevó adelante una iniciativa para la detección de posibles problemas en el inicio de la lactancia materna, brindándose herramientas para su resolución.

Objetivo Principal

Establecer la continuidad de la lactancia materna durante los primeros 6 meses en aquellas p rperas que recibieron consejería para optimizar el amamantamiento .

Objetivos Secundarios

Definir el porcentaje de lactancia exclusiva, determinar el estado de salud del niño, las causas de interrupción del amamantamiento, la necesidad del retorno a las actividades laborales y/o escolares.

Materiales y Métodos

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Población

Pacientes asesoradas sobre dificultades en la lactancia durante su estadía en la sala de puerperio.

Análisis Estadístico

Variables continuas: medidas de tendencia central y dispersión.
Variables cualitativas: medidas de frecuencia.

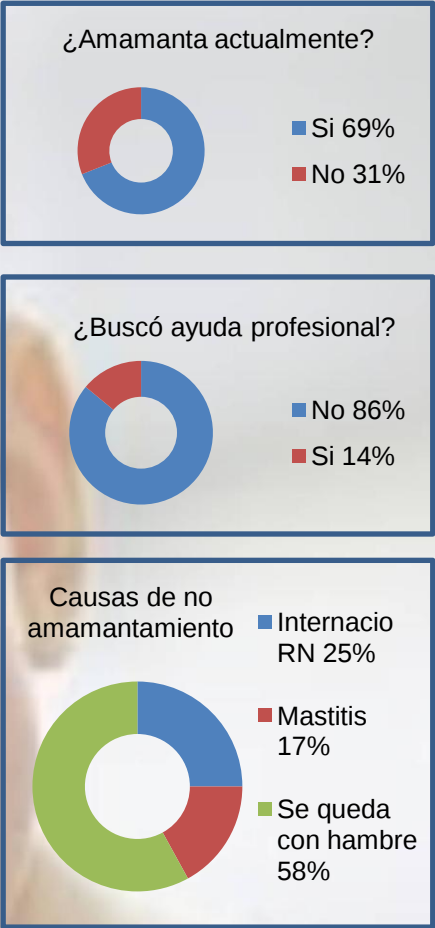
Análisis de datos: STATA 12.0.

Resultados

1. Tabla 1: Características basales

Variables Sociodemográficos (n=37)	Mediana (rango) Frec. (%)
Edad	21 (rango 16-39)
Escolaridad (n=34)	
Analfabeta (n=3)	9
Primaria incompleto (n=2)	6
Primaria completa (n=9)	26
Secund. incompleto (n=19)	56
Secund. completo (n=1)	3
Estado Civil (n=34)	
Casada (n=3)	9
Unión estable (n=27)	80
Soltera (n=4)	11
Gestas (n=37)	
Primíparas (n=26)	70
M�lt�paras (n=11)	30
Tabaco (n=34)	
No (n=27)	79
Algún trimestre (n=6)	18
Todo el embarazo (n=1)	3

- 60% de las pacientes que retomaron sus estudios no continuaron con la lactancia exclusiva vs el 93% de las que no retornaron a sus actividades (p 0.012).
- 86% de los niños sanos fueron alimentados con lactancia encuesta los primeros 6 meses de vida (p 0.010).
- 87% de las mujeres que amamantaron de forma exclusiva continuaban amamantando al momento de la encuesta mientras que aquellas que lo hicieron de forma parcial solo un 38% continuaban amamantando.(p 0.04).
- De aquellas pacientes fumadoras el 80% no continuaban con la lactancia al momento de la encuesta. El 77 % de las no fumadoras continuaron amamantando (p 0.023).



Discusión

Se desprende de este estudio la necesidad de realizar un apoyo continuo en las madres que deciden retornar a sus estudios y actividades laborales.

Creemos necesario trabajar activamente de forma multidisciplinaria con los pediatras para evitar el destete precoz.

El trabajo sobre lactancia materna es uno de los pilares de nuestra profesión por tal motivo creemos necesario continuar esforzándonos en pos del bienestar del binomio madre-niño durante el primer año de vida.

El mayor tabú de la Maternidad

La muerte perinatal

Autores: Lic. Obst. Vilchez, D.; Lic. Obst. Mastrolonardo, A

INTRODUCCION: La muerte es un tema tabú en todas las sociedades. El duelo por la muerte de un hijo es uno de los más difíciles por el que una persona puede pasar, pero el duelo por la muerte perinatal, aparte de ser difícil, es uno negado y muy poco comprendido.

OBJETIVO: Proponer pautas de conducta y de cómo deberíamos actuar los profesionales de la salud frente a la muerte perinatal

MATERIALES Y MÉTODOS: Cualitativo. Revisión bibliográfica asociada a tema estudiado.

RESULTADOS: Los profesionales de la salud estamos en primera línea de actuación para acompañar a las familias en la despedida de su bebé fallecido y podemos intervenir para que se sientan apoyadas o desamparadas tras la muerte de su bebé.

Recomendaciones

- Preséntese, use su nombre
- Sepa escuchar. Hágale sentir su presencia, pero con discreción.
- Dale tiempo.
- Hable con ellos sobre la situación actual. No los juzgue.
- Explíquele sus opciones y apóyelos en sus decisiones.
- Una vez que el niño fallece se preguntará a los padres si desean ver el cuerpo, una vez preparado
- Los padres están en una situación límite y usted también.
- Cuide su lenguaje corporal.
- Sea comprensiv@
- No intente encontrarle algo positivo a la muerte de un niño.
- Ayúdeles a tener recuerdos de su bebé, si lo desean
- Cuide la terminología. Utilice el nombre del bebé.
- Hable con ambos padres equitativamente

La comunicación con honestidad es un factor decisivo en la relación médico-paciente. La actitud y la empatía influirán desde el principio en el proceso de cicatrización y en los recuerdos que tendrán.

CONCLUSION: Es recomendable la creación de programas sobre duelo. Los mismos deberían incluir intervenciones para ayudar a las familias, y un guía para los profesionales de la salud sobre cómo manejarse ante estas situaciones, admitiendo también que la cultura o la religión de los pacientes pueden ejercer influencia en el manejo de las decisiones.

Los profesionales deben reconocer la importancia de su papel en el momento de la muerte fetal. A estos profesionales debe dárseles una formación mayor de cómo sus comportamientos pueden adquirir una importancia particular debido a la naturaleza traumática de la pérdida y cómo las pequeñas insensibilidades pueden impactar profundamente en las familias afligidas, dificultando la elaboración del duelo e incrementando así las posibilidades de un duelo patológico.

Aunque nadie puede desprenderse del dolor fundamental de la pérdida de un hijo, los profesionales tienen potencialmente la capacidad para reducir sus efectos traumáticos que muy frecuentemente siguen a la pérdida y para mejorar la atención a los miembros de la familia.

“EMBARAZO MAL CONTROLADO”

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS BERNARDINO RIVADAVIA
RESIDENCIA OBSTÉTRICA



AUTORES: Belej, G.; Cavallaro, D.; Ferraresi, M.S.; Langella, A. Sannazzari, M.C.; Seidenstein, M.; Sosa, M.M.; Strugo, S.

INTRODUCCIÓN: En Argentina, 98% de los partos son en Instituciones. En el subsector público el 78% de las embarazadas llegan a realizar alguna consulta prenatal pero sin reunir los requisitos de Precocidad, Cantidad, Integralidad y sólo el 30% realiza controles en el primer trimestre. El control preconcepcional es casi inexistente. Muchas mujeres reciben su primer examen de salud en el control prenatal, por lo tanto, es una oportunidad para detección de factores de riesgo.

OBJETIVOS: En púérperas que han tenido mal control prenatal (no cumple con los requisitos de Precocidad, Periodicidad, y según el Ministerio de Salud: 5 Controles prenatales, 2 rutinas de laboratorio, 3 ecografías, grupo y factor de sangre), estimar:

1. Edad gestacional promedio de primer control

2. Distribución de frecuencia de edad gestacional al momento de finalización del embarazo

3. Distribución de frecuencia de Peso, Apgar, Capurro del recién nacido

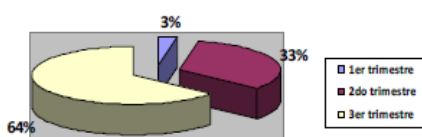
POBLACIÓN Y MUESTRA: Púérperas que hayan tenido su parto en HBR, con mal control prenatal; y sus recién nacidos. Se incluyeron las Hc de pacientes con mal control prenatal. El estudio fue realizado entre Enero y Octubre 2014, Servicio de Obstetricia, Hospital Bernardino Rivadavia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Objetivos 1 y 2: Observacional, descriptivo, longitudinal, retrospectivo. Objetivo 3: Observacional, descriptivo, trasversal, retrospectivo.

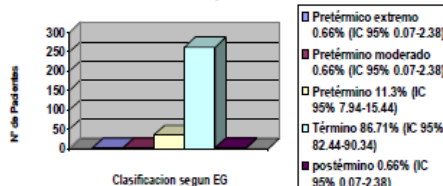
RESULTADOS N=301

(de 1167 púérperas: 25,79%; IC 95% 23,29%-28,41%)

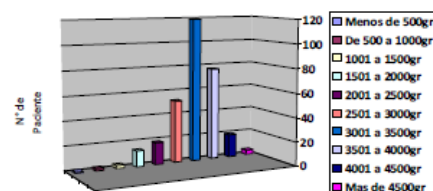
Objetivo 1: Edad gestacional promedio de inicio del CP 28 semanas



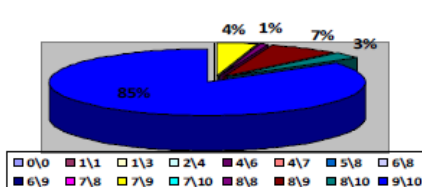
Objetivo 2: Distribución de Frecuencia de EG al momento del parto



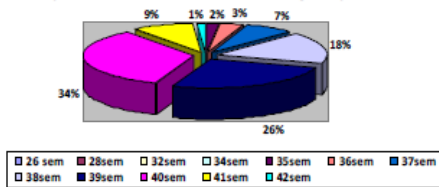
Objetivo 3: Distribución de Frecuencia según Peso en RN



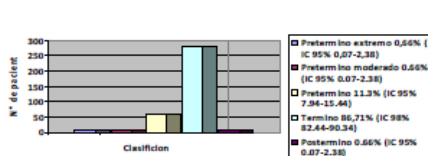
Objetivo 3: Distribución de Frecuencia según Apgar del RN



Objetivo 3: Distribución de Frecuencia según capurro del RN



Objetivo 2: Distribución de frecuencia de EG al momento del parto



CONCLUSIÓN:

1/4 de las pacientes no cumple con los requisitos para un control prenatal adecuado. 20% no tuvo ningún control prenatal y 1/3 inicio controles en el tercer trimestre (semana 28); entre las principales causas en las demoras del inicio del control estuvieron la cantidad de hijos y las extensas jornadas laborales y malas condiciones contractuales.

1/3 de las pacientes fueron primigestas y no hubo diferencias significativas en cuanto a la edad materna y la calidad del control prenatal que realizaron

1/2 pacientes tenían factores de riesgo (Anemia, APP, ITU, RCIU, RPM, Sífilis). 1 de cada 10 RN fue pretérmino y/o presento bajo peso y 21 RN tuvo dificultad respiratoria, 9 de los RN presentó Apgar<7 en el primer minuto de vida.

Si bien el porcentaje de complicaciones no resultaría tan elevado, cada resultado adverso representa el 100% del hecho para la mujer, el niño y su familia.

BIBLIOGRAFÍA: 1) www.minsal.gov.ar/promin/publicaciones/pdf/morbimortalidad. Capítulo 1, Pág. 9, Segundo párrafo. 2) www.ossyr.org.ar. El control prenatal. Guía para la atención preconcepcional y del control prenatal. Ministerio de Salud de la Nación. Año 2001. 3) Control prenatal tardío ¿Barrera en el sistema de salud? Revista Maternidad Sarda. Año 2008.



Implantación Septal Placentaria

Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano

Autores : Bistritsky D; Cavanna M; Cannizzo F; Iuliano V; Gómez A; Silva Y; Gresta C

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones uterovaginales müllerianas son alteraciones anatómicas de los genitales internos producidas en el desarrollo embrionario intrauterino. Habitualmente las pacientes son asintomáticas, y su hallazgo es incidental.

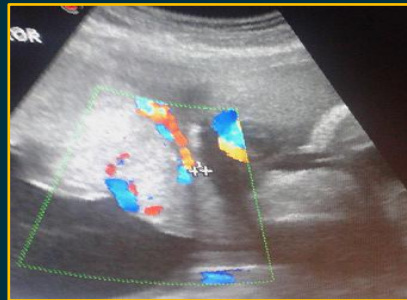
Presentan una incidencia del 0,16 al 10%. Suelen asociarse a complicaciones obstétricas como: abortos recurrentes, parto pretérmino, distocias, incompetencia cervical y hemorragias posparto. La malformación más frecuente es el útero tabicado (55%). El tabique uterino suele ser fibromuscular y **avascular**. Se asocia a alta tasa de **abortos secundario a implantación septal**, placentación anómala, insuficiencia placentaria y RCIU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 19 años, G3P1C1 (nacimientos pretérmino de 36 y 34 semanas), concurre a control obstétrico a las 17 semanas. Sin patología asociada conocida.

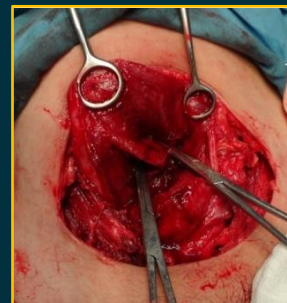
Se le realiza ecografía trimestral diagnosticándose:

- **Tabique uterino** anteroposterior de 10,5 mm de espesor.
- **Casi la totalidad de la placenta se inserta en el mismo.**



RESULTADOS

- Cesárea. Capurro 38 semanas, Apgar 9/10, peso: 3500 gr.
- Durante la cirugía se constata:
 - Placenta implantada en gran porcentaje sobre septo uterino.
 - Tabique longitudinal anteroposterior de 10 cm x 0,8 cm.
- Se produce alumbramiento espontáneo y completo.
- Buena retracción uterina.



CONCLUSION

El correcto control prenatal es una herramienta indispensable para detección precoz de enfermedades, permitiendo reducir las complicaciones obstétricas y perinatales.

INTRODUCCIÓN:

Las displasias esqueléticas tienen una prevalencia de 2,4 por cada 10.000 nacidos. En el grupo de las clasificadas como incompatibles con la vida encontramos la **displasia tanatofórica**, considerada la más frecuente, y de patrón autosómico dominante.

La displasia tanatofórica se caracteriza por macrocefalia, acortamiento de extremidades, y tórax hipoplásico. Suele acompañarse de hipoplasia pulmonar y broncomalacia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Analizamos el caso de una paciente de 26 años, G4C2Ab1, que ingresa al Servicio de Obstetricia del Hospital Pirovano, cursando embarazo de 34 semanas, con controles insuficientes, y diagnóstico de displasia esquelética, sospechando en primera instancia displasia tanatofórica.

Dentro de los hallazgos ecográficos presentaba: marcado acortamiento de los huesos largos, tórax hipoplásico, polihidramnios.



Fémur corto



Húmero corto



Acortamiento de
huesos largos



Tórax
hipoplásico

RESULTADOS:

Nace por cesárea recién nacido vivo, sexo femenino, con peso fetal de 2480 grs, Apgar 5/7, que fallece a las 2 hs 30 minutos. Paciente cursó puerperio en buena evolución. En el estudio posmórtem se obtiene el diagnóstico de síndrome de costilla corta.

CONCLUSIÓN:

Es de suma importancia realizar diagnóstico precoz de este tipo de anomalía, debido al curso letal de la misma. Para ello resulta imprescindible un adecuado control prenatal; y, a pesar de su baja incidencia, considerar esta patología como probable diagnóstico ante la discordancia de segmentos fetales en ecografía.

Un enfoque multidisciplinario prima a fin de consensuar junto con la paciente el momento oportuno de finalización del embarazo.

ISOINMUNIZACIÓN POR ANTI-KELL: MANEJO CLÍNICO E INMUNOHEMATOLÓGICO DE 30 CASOS

Rey PL⁽¹⁾, Quinteros A⁽²⁾, Avecilla A⁽²⁾, Torres OW⁽²⁾.

⁽¹⁾Unidad de Inmunohematología Obstétrica. ⁽²⁾Unidad de Hemoterapia – HMIR Sardá- CABA

Introducción

La principal causa de anemia fetal es la inmunización por Rh mediada por anticuerpos (Acs.) anti-D. Según la literatura internacional la inmunización anti-Kell es poco frecuente aunque puede producir un cuadro de anemia fetal muy grave. Su incidencia relativa ha aumentado en los últimos años debido al mayor número de transfusiones sanguíneas y por disminución de la inmunización anti-D. Presentamos 30 casos de gestantes sensibilizadas por anti-Kell.

Objetivo

Mostrar nuestra experiencia en el manejo de gestantes inmunizadas con anticuerpos anti-Kell

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo de cohortes de 30 gestantes con anti-Kell, controladas entre 2005-2012, N= 48.550 embarazadas. Variables estudiadas: gravedad fetal, necesidad de terapéutica preparto (globulina endovenosa-GI-, transfusión intrauterina-TIU-) y posparto. Otras variables: semanas de gestación en el momento del diagnóstico, estado perinatal (aborto, muerte fetal, parto normal, cesárea o necesidad de inducción) y complicaciones de las terapéuticas. Estudios inmunohematológicos: tipificación ABO-Rh, fenotipo materno Rh/Kell, detección e identificación de Acs, título, fenotipo Rh/K paterno. Ante una madre con anti-Kell y padre Kell + confirmado o sospechado, se efectuó seguimiento exhaustivo con ultrasonido para detectar signos anemia y desde 2008 control del pico sistólico máximo de la arteria cerebral media (PSM-ACM). Se consideró inmunización leve cuando no fue necesario tratamiento prenatal y grave cuando lo requirió

Resultados (Tabla1)

Acs. 30=0,06%	Título	Causa sensibilización	Compromiso fetal	PSM-ACM	Vía finalización de gesta
K (27)	8 -8192	Obstétrica Transfusión	Sin compromiso Pre-término (DBT+HTA)	Normal	PN= 23 Cesáreas= 4
K+D (1)	512 -8192	Obstétrica	Severo: 1/30 (5 TIU + IgIV) Pretérmino	Alterado 24 sem. 52cm/seg	Cesárea
K+D+C (1)	256 -8192 -256	Obstétrica Transfusión	Sin compromiso	Normal	Parto normal
K+ Kpa (1)	256 - 8	Obstétrica	Sin compromiso	Normal	Parto normal

Conclusiones

- ❖ No encontramos aumento de la incidencia relativa de la inmunización anti-Kell.
- ❖ No hubo fetos clínicamente afectados por anti-Kell.
- ❖ La determinación del PSM-ACM fue útil para valorar la gravedad de la anemia fetal.
- ❖ El anti-D sigue siendo la principal causa de EHP clínicamente significativa.
- ❖ Recomendamos redoblar esfuerzos para evitar la sensibilización Rh (inmunoprofilaxis anti-Rh, evitar transfusiones innecesarias, administrar unidades isofenotipo Rh en mujeres en edad gestacional).
- ❖ No consideramos necesario administrar unidades con isofenotipo Kell.

OBJETIVO

Analizar los indicadores de atención del embarazo y parto de mujeres con infección por VIH y sus hijos asistidos durante el período 2005-2011, en nuestra institución.

INTRODUCCION

La transmisión madre-hijo del VIH ha venido declinando en la última década. El uso de antirretrovirales, la cesárea electiva en situaciones de supresión incompleta de la carga viral y la inhibición de la lactancia, reducen el riesgo de transmisión perinatal del VIH a menos del 1%. El Hospital presenta un promedio de 1.650 nacimientos anuales, de los cuales aproximadamente 30 corresponden a mujeres que viven con VIH/sida (alrededor del 2% del total de los partos).

MATERIAL Y METODOS

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de cohorte de mujeres embarazadas con infección documentada por VIH y sus hijos atendidas en la institución, con el fin de caracterizar el perfil de esta población, incluyendo la evolución de la tasa de transmisión perinatal, las características socio-demográficas, clínicas y de laboratorio y las modalidades de tratamiento instituidas, con sus resultados.

RESULTADO

Identificamos 207 casos, 60% residentes del Conurbano, 84% con < 10 años de educación, 26% había utilizado drogas incluyendo tabaco. 93% adquirieron la infección por vía sexual ; con diagnóstico previo (70%), durante el embarazo (20%), en trabajo de parto (5%) y en el puerperio (5%). La mayoría de las mujeres llegaron al parto en estadio clínico A. El 85,5% recibió antirretrovirales durante el embarazo. Las modalidades de parto fueron: cesárea electiva (45%), vía vaginal (44%) y cesárea de urgencia (11%). 206 neonatos recibieron profilaxis postnatal. El 87,5% de las cargas virales periparto fueron <1.000 cps/ml y no se documentaron transmisiones con ese rango. Hubo 9 casos de transmisión perinatal (3 en 2005, 1 en 2006, 3 en 2007, 1 en 2008 y 1 en 2010). Todos los casos compartieron características de alto riesgo para la transmisión. El índice global de transmisión perinatal en esta cohorte fue de 4,5%.

CONCLUSION

La utilización de las estrategias validadas en el contexto de un equipo multidisciplinario, se ha traducido en una mejora significativa en los indicadores de atención para el binomio. La indicación de cesárea electiva, ha quedado reducida en nuestro grupo a las pacientes sin control adecuado de la replicación viral. En aquellos casos de transmisión, la falta de control prenatal, el control prenatal inadecuado, la ausencia de tratamiento antirretroviral en las madres, la mala adherencia, el diagnóstico tardío y la falta de conocimiento del estatus de VIH de las parejas de estas mujeres, forman el común denominador de estas situaciones.

Autores: García del Carril, I; Corazza, M.FTatti, D; Goberna, M.de los A;Carbone J.C; Gresta , C.

INTRODUCCION

La enfermedad tromboembólica venosa (ETEV) es la principal causa de muerte materna en los países desarrollados. Su prevalencia es de 0,7-1/1.000 embarazos. El embarazo genera un estado de hipercoagulabilidad fisiológico siendo un factor de riesgo para desarrollar Trombosis venosa profunda(TVP). El período de mayor riesgo es en las primeras 6 semanas posparto.El 75-80% de los casos son causados por TVP Y 20-25% por Tromboembolismo pulmonar(TEP).

MATERIAL Y METODOS

Paciente de 29 años, primigesta, cursando embarazo de 24 semanas que ingresa por guardia al servicio de Obstetricia refiriendo dolor en región inguinal izquierda asociado a asimetría de miembro inferior homolateral de 24 hs. de evolución.
Paciente sin antecedentes personales ni familiares de relevancia.

Examen Físico

Miembro Inferior izquierdo: Aumento de diámetro circunferencial, a predominio proximal, pulsos conservados, sin cambios de coloración ni temperatura. Movilidad parcialmente conservada.

Examen obstétrico : sin particularidades.

ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS

Doppler venoso de miembros inferiores:

- TVP subaguda con compromiso de vena femoral común y superficial; tercio proximal y medio de vena safena interna en el muslo.

Doppler vasos iliacos

- TVP de vena iliaca externa, no se visualiza iliaca primitiva por estar fuera de alcance.

Ecografía y Doppler obstétricos

- Sin particularidades.



TRATAMIENTO

- Anticoagulación con Enoxaparina 0,6 mg/12 hs SC. Calcio + Vit D.
- Inmovilización.
- Vendaje Compresivo de Miembro Inferior Izquierdo.

EVOLUCION

Parto vaginal y eutócico, a las 38 semanas, Apgar 9/10. Intercurrió con hematoma en episiorrafia a las 24 hs del puerperio.

Continúo terapia anticoagulante hasta 90 días postparto.

CONCLUSION

Si bien el embarazo representa un estado protrombótico en sí, resulta fundamental la pesquisa de factores de riesgo adicionales. Teniendo en cuenta que muchos de los síntomas y signos clásicos de presentación de ETEV son hallazgos frecuentes en un embarazo normal, su sospecha clínica es crítica para el diagnóstico. La detección precoz y tratamiento oportuno son de suma importancia a fin de evitar complicaciones a corto y largo plazo.

“SEGUIMIENTO EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”



Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia
Residencia Obstétrica

Autores: Ferraresi, M.S.; Belej, G.I.; Cavallaro, D.C.; Sannazzari, M.C.; Sía, G.; Seidenstein, M.E.

INTRODUCCIÓN:

Tanto el aumento de la mortalidad materna como el aumento de las enfermedades de transmisión sexual y la recurrencia de embarazos no deseados están relacionadas con déficit en los Servicios de Salud Sexual y Reproductiva.

Por lo tanto conocer, dentro de un grupo de mujeres, su grado de satisfacción y adhesión con un método anticonceptivo reviste interés.

OBJETIVOS:

Estimar en puérperas:

Porcentaje que recibe asesoramiento en SSyR previo al egreso hospitalario
Concurre a consultas de Seguimiento en SSyR

Muestra conformidad con el método elegido.

Comprendió la información brindada.

Distribución de frecuencia de síntomas referidos por las usuarias de anticonceptivos orales.

Distribución de frecuencia de las causas de abandono del primer método elegido.

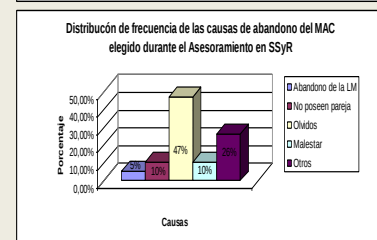
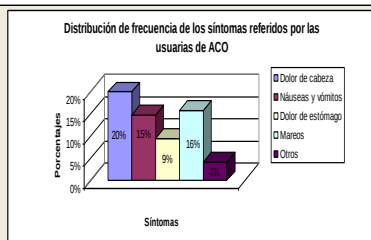
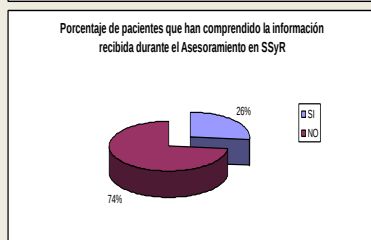
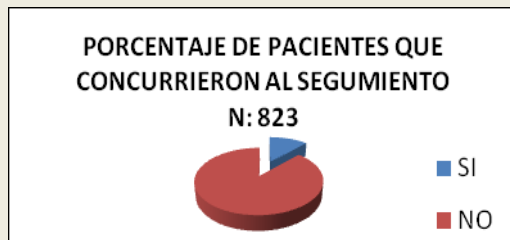
POBLACIÓN:

Criterios de inclusión: planillas entregadas a puérperas que reciben asesoramiento en SSyR completas, mayores de 18 años, puérperas que reciben asesoramiento por Demanda Espontánea.
Criterios de Exclusión: paciente que no desea participar, no lee ni escribe, no habla español o que no reciben asesoramiento.

Criterios temporo-espaciales: Hospital Bernardino Rivadavia, Julio 2014 a Febrero 2015.

DISEÑO, MATERIALES Y MÉTODOS:

Descriptivo, observacional, longitudinal, prospectivo. Se obtuvo consentimiento informado de cada paciente. Los datos obtenidos y sus respectivos IC se analizaron con software VCCSTAT.



CONCLUSIONES:

Se observó alto porcentaje de asesoramientos en SSyR intra hospitalario y conformidad con el método elegido.

Se notó déficit en la orientación de las pacientes ya sea porque la adjudicación de síntomas no se correlacionó con los efectos adversos de los métodos indicado a la utilización de métodos anticonceptivos. Probablemente este problema se exteriorizó también en el porcentaje de cambio de métodos durante el seguimiento.

Un alto porcentaje de pacientes no regresó para seguimiento.

Fue útil el ofrecimiento de horarios laxos y demanda espontánea.

Cabe señalar las dificultades que se encuentran para la entrega de insumos por parte de los Programas, la falta de supervisión y la insuficiente capacitación de los profesionales.

Labaqui V, Iglesias NA, Cabrera MS, Hakim A, Serrano D, Ballivian K, Carralbal S
Hospital General de Agudos JM Ramos Mejía

Introducción

La incidencia de embarazos ectópicos continúa en ascenso siendo aproximadamente el 2 % de los embarazos reportados. El embarazo intersticial constituye 2-4% del total de los embarazos ectópicos. Dichos embarazos se distinguen del embarazo cornual en que se localizan dentro de la pared uterina rodeados de una fina capa de miometrio . Esto conlleva en ocasiones a un diagnóstico tardío, con graves complicaciones como rotura uterina y por consiguiente una alta morbilidad y mortalidad.

A pesar de que el diagnóstico precoz es todavía dificultoso, gracias a la utilización de ecografía TV de alta resolución y rápido acceso a determinaciones de HCG cuantitativas se facilitó la detección temprana de los embarazos ectópicos antes de la rotura tubaria. Esto ha permitido el manejo conservador en aquellas pacientes sin compromiso hemodinámico, especialmente con agentes antimetabólicos como metotrexato y ocasionalmente manejo expectante. En las pacientes que lo requieran se puede recurrir al manejo convencional que incluye resección cornual o histerectomía .

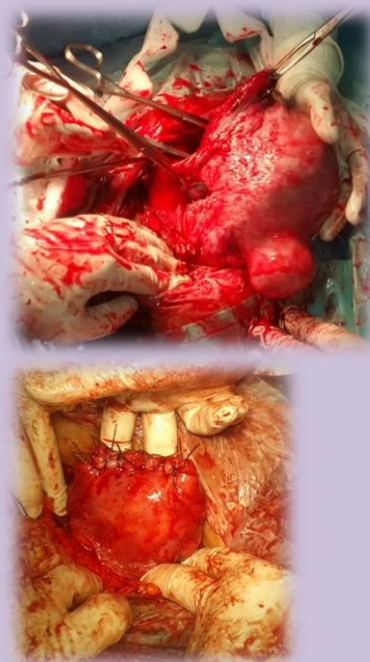
Si bien todos los embarazos ectópicos están asociados a riesgo de hemorragia, los intersticiales están por un nivel mayor de riesgo de que ésta lleve a un shock hipovolémico con cifras francamente superiores en tasas de morbilidad y mortalidad que el resto de los embarazos ectópicos.

Objetivos

Describir la forma de presentación y manejo, de este tipo de embarazo ectópico de difícil diagnóstico.

Método

Paciente de 31 años de raza negra, G3P2Ab1 que ingresó al Servicio de Obstetricia del Htal Ramos Mejía con diagnóstico probable por ultrasonido de embarazo ectópico cornual no complicado. HCG sub B al ingreso: 5665, y al día siguiente: 5933. Se decide iniciar tratamiento conservador con Metotrexato 50mg/m² IM. En el control posterior ,HCG sub B en descenso: 4850. Se le realiza nueva ecografía que continúa visualizando imagen sacular en zona cornual derecha sin actividad cardíaca. Se decide realizar una segunda dosis de Metotrexato. Si bien se realiza una HCG posterior: 1597, al día siguiente paciente comienza con dolor abdominal y disminución del hematocrito por lo que se decide realizar laparotomía exploradora por una probable ruptura cornual. Intraoperatoriamente se observa el cuerno derecho aumentado de tamaño a expensas de formación de aproximadamente 6 cm, con solución de continuidad en la serosa de aproximadamente 1,5 cm, sin líquido libre en cavidad abdominal . Se realiza cornuostomía con resección del probable embarazo ectópico y luego se realizan puntos separados en el lecho, enviándose pieza a anatomía patológica.



Resultado

Paciente cursó el postoperatorio en buena evolución. HCG sub B posterior de 95. Se recibe resultado de anatomía patológica que informa: Fragmento nodular de 6.5 x 5 cm en el que se observa pared uterina con abundante material fibrino hemático que engloba vellosidades coriales involutivas.



Conclusión

Los embarazos ectópicos implican una importante causa de mortalidad materna . Es importante destacar que el acceso de las pacientes a una ecografía precoz y al cuantificación de HCG sub B ayudaría al diagnóstico temprano y posibilidad de tratamiento conservador de esta patología con Metorexato, evitando así cirugías radicales como Histerectomías, principalmente en pacientes con deseo de fertilidad.

Uso de Acido Poliglicólico vs Catgut Crómico en episiorrafía de pacientes Primíparas en el HMI Argentina Diego de Azul

Autores: Sterkel, Yanela; Preciado Guillermina; Homilka Carolina; Aycirix Guillermina; Brelis Herrera Mariana; Francisconi Florencia; Ghironi Marisa; Ochoteco Claudia; Tapia Bárbara.

Marco teórico: La episiotomía consiste en la sección perineovaginal realizada para evitar desgarros importantes cuando la cabeza fetal coronando distiende excesivamente el periné sin ceder a la dilatación necesaria para su salida y en periodos expulsivos prolongados cuando el periné resistente actúa como impedimento. El tipo de material de sutura utilizado para la reparación perineal puede tener un efecto sobre el dolor, dehiscencia de la herida y dispareunia superficial después del parto. La OMS describe que la reparación del traumatismo perineal con suturas sintéticas no absorbibles está asociado con menos dolor a corto plazo, una reducción en el uso de analgesia, menos dehiscencia de las heridas y una menor necesidad de realizar nuevas suturas perineales con catgut. Sin embargo, el uso de suturas sintéticas estándar se asoció con una mayor frecuencia del retiro del material de sutura no absorbido en comparación con catgut.

Objetivo principal:

- Demostrar los beneficios y efectos adversos del material de sutura en las episiorrafias.

Objetivos específicos:

- Establecer la persistencia de la sutura luego de 7 días, dehiscencia parcial o total.
- Determinar la prevalencia de vaginosis.

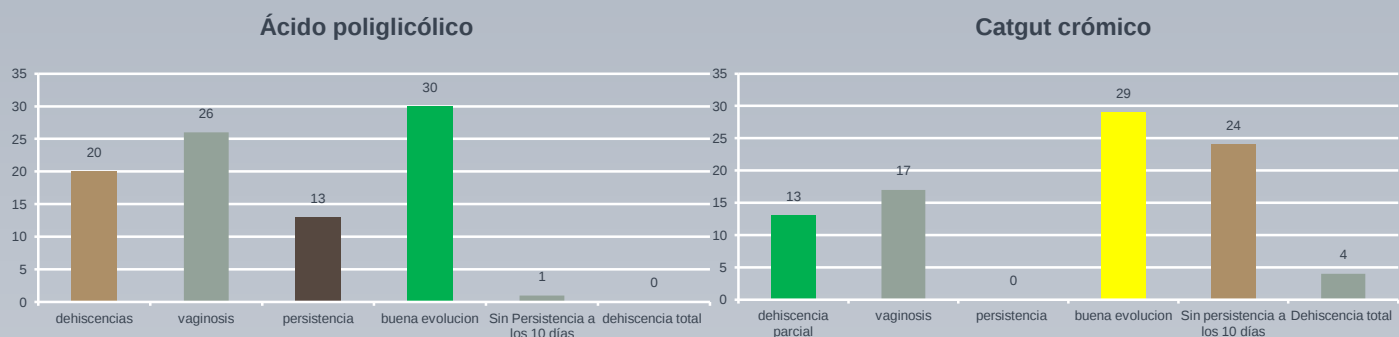
Inclusión: pacientes nulíparas independientemente de la edad gestacional , que requirieron episiotomía.

Exclusion: Pacientes multíparas, pacientes primigestas que no requirieron episiotomía.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio de tipo experimental, prospectivo, transversal y comparativo mediante la selección 204 pacientes nulíparas que requirieron episiotomía al momento del parto, en el periodo que se extiende del 1 de Junio de 2014 al 31 de Mayo de 2015 en el Hospital Materno Infantil de Azul. En nuestro hospital utilizamos ácido poliglicólico nº2 y catgut cromado nº2 para realizar esta investigación. Las episiotomías fueron reparadas por técnica estándar de aproximación en tres planos: mucosa vaginal con surget pasado, planos musculares y puntos interrumpidos para la piel. La randomización, a doble ciego, fue por la elección al azar de un sobre opaco cerrado al momento de la intervención. Para los datos epidemiológicos se utilizó el método Chi-cuadrado. Luego se cito a las pacientes a los diez días y al mes para evaluar la evolución de la episiorrafia.

Resultados: se incluyeron un total de 204 pacientes. En 105 (51,47%) se utilizó ácido poliglicólico y en 99 (48,52%) catgut cromado. De la población estudiada, 54 pacientes (26,47%) no concurrieron a la cita programada. Con la utilización de ácido poliglicólico, de 79 pacientes (38,72%) se encontraron 20 casos con dehiscencia parcial (25,31%), 26 con vaginosis (32,91%); 13 con persistencia de los puntos mas allá de los treinta días (33,33%); 30 tuvieron buena evolución (37,97%) y 1 caso (1,05%) sin persistencia de puntos a los 10 días. No tuvimos casos de dehiscencia total. En 71 pacientes (34,80%) donde se utilizó el catgut cromado, se encontraron 13 dehiscencias parciales (18,30%) 4 dehiscencias totales (5,63%); 17 vaginosis (23,94%); 24 sin persistencia de puntos a los 10 días (33,80%); 29 (40,84%) en buena evolución. El valor P fue de 0,94 lo que no fue significativo.



Conclusión: podemos afirmar que el catgut cromado presentó algunas dehiscencias totales pero se asoció en menor medida a dehiscencia parcial, a diferencia del ácido poliglicólico que presentó dehiscencias parciales asociadas a vaginosis bacterianas y mayor persistencia de puntos después de los 30 días.

Con respecto a los beneficios, pudimos demostrar con esta investigación que no hubo diferencias significativas en ambos materiales de sutura en cuanto a la evolución en las episiorrafias.

TROMBOFLEBITIS PÉLVICA PUERPERAL: REPORTE DE UN CASO

Autores: Carrara Julia, Marini Ma. Belén, Marini Ileana, Mendiola Paola, Bocelo Felisa
Hospital Materno Infantil "Argentina Diego". Azul, Buenos Aires.

INTRODUCCION

La trombosis de la vena ovárica es una complicación poco frecuente que se observa relacionada con el embarazo principalmente en el post parto o cualquier situación que incremente los factores de la coagulación, con una incidencia que varía entre el 0,002% y el 0,05%. La presentación clínica más frecuentes es la fiebre alta en agujas con variaciones entre los niveles normales y 41° C hasta en el 90% de las pacientes, acompañada de escalofríos y taquicardia.

OBJETIVOS

Reconocer el diagnóstico de una tromboflebitis pélvica como diagnóstico diferencial ante la presencia de un síndrome febril puerperal.
Identificar dentro de los métodos complementarios el Gold estándar para el diagnóstico de la tromboflebitis pélvica.
Evaluar tratamiento de la tromboflebitis pélvica en relación a la lactancia materna.

MATERIAL Y METODOS

El siguiente es un trabajo descriptivo a propósito de un caso donde se analiza una paciente de 15 años puérpera de cesárea por embarazo gemelar céfalo-podálico en trabajo de parto que comienza con registros febriles desde el primer día postoperatorio, continuando los mismos por 5 días con un patrón en agujas sin foco clínico evidente. Se le realiza a la paciente pancultivos, rx tórax, ecografía ginecológica, abdominal e hisopado de fauces. Se indica triple cobertura antibiótica por diagnóstico presuntivo de endometritis a la espera de cultivos. Se solicita TAC abdomino pélvica con doble contraste la cual informa en fosa iliaca derecha imagen tubular de paredes engrosadas con alteración y rarefacción inflamatoria de la grasa, con posible diagnóstico de trombosis de la vena ovárica derecha.

RESULTADOS

Con el diagnóstico presuntivo de trombosis de la vena ovárica derecha se realizó angioresonancia abdomino pelviana; la cual confirma el diagnostico. Se continúa tratamiento antibiótico de amplio espectro EV y comienza con Enoxaparina, transcurridas 36 hs cede el cuadro febril. La paciente recibió tratamiento antibiótico por 7 días y anticoagulante; indicándose al alta dicho tratamiento y seguimiento por hematología. A los 20 días posoperatorios se le agrega un anticoagulante oral sin inhibición de lactancia con aportes de vitamina K al recién nacido.



TAC abdominopelviana



Angioresonancia abdominopelviana

CONCLUSIONES

Aunque la tromboflebitis de la vena ovárica es una entidad poco frecuente, debe ser considerada ante todo puerperio febril. La anamnesis cuidadosa y el examen físico completo son imprescindibles, se trata de un diagnostico ex juvantus, basado en las pruebas de imágenes, siendo el Gold estándar la TAC con contraste, y sobre todo, ante la respuesta al tratamiento anticoagulante. El tratamiento anticoagulante oral no contraindica la lactancia materna.

PUNCIÓN DE VELLOSIDADES CORIÓNICAS TRANSVAGINAL EN EMBARAZOS DETENIDOS DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE: ESTUDIO RETROSPECTIVO 2012-2014

Cano Carabajal Paola*, Rotella Martin, Pasqualini R. Agustín
Halitus Instituto Médico

*Contacto: paola.cano@halitus.com

OBJETIVO

Describir el procedimiento de Punción de Velloidades coriónicas transvaginal, demostrar su seguridad y eficacia para obtener diagnóstico genético del estudio de material de aborto del primer trimestre.

DISEÑO

Se analizaron los resultados de las Punciones de velloidades coriónicas transvaginales realizadas desde Octubre de 2012 a Mayo 2014.

MATERIALES Y METODOS

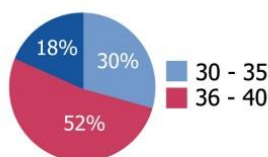
Se revisaron las historias clínicas de pacientes con embarazos detenidos en los cuales se obtuvo material a estudiar mediante punción transvaginal durante el primer trimestre en el período mencionado. Dicho procedimiento consiste en ubicar a la paciente en posición ginecológica y, previa antisepsia, aplicar anestesia local en el fondo de saco de Douglas. Luego se introduce un transductor transvaginal con el guíador para punción, se identifica el el saco gestacional y se procede a la punción de dichas estructuras.

En ninguno de los procedimientos realizados se describieron complicaciones. El material extraído se estudió mediante técnicas de citogenética clásica. Se analizó la tasa de obtención de metafases para el diagnóstico citogenético según el intervalo de tiempo entre el diagnóstico de embarazo detenido y el procedimiento. Se analizaron los diagnósticos maternos y la tasa de anomalías genéticas en función de la edad de la paciente.

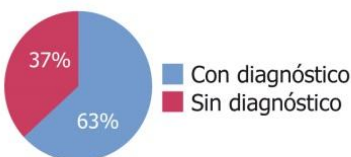
RESULTADOS

En 27 punciones transvaginales realizadas, se obtuvieron metafases para análisis en el 63% de los casos. De estos, el 53% fueron normales y el 47 % demostraron anomalías cromosómicas. De los cariotipos patológicos (30%), la anomalía cromosómica más frecuente fue 47, XY,+G. La tasa de obtención de resultado fue mayor cuando el intervalo de tiempo entre el diagnóstico y la realización del procedimiento era menor igual a 3 días. El 75 % de los cariotipos patológicos se encontraban en el grupo etareo 36-40 años.

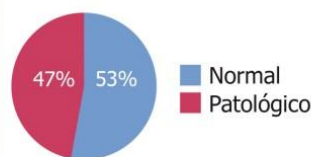
Distribución según edad



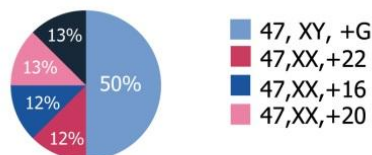
Distribución según resultados



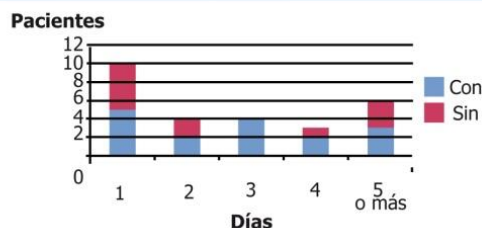
Resultados con metafases



Cariotipos Patológicos



Intervalo cultivo-celular



CONCLUSIONES

La punción de velloidades coriónicas transvaginal es un método con alta tasa de resultado para la obtención de diagnóstico genético de abortos del primer trimestre. Además, posibilita obtener un diagnóstico en forma temprana, ya que permite identificar sacos gestacionales de menor tamaño. Existen diversos procedimientos, tales como la embrioscopia (punción transcervical) y la punción transabdominal por medio de los cuales se pueden obtener los mismos resultados. Sin embargo, podemos afirmar que dentro de estos procedimientos invasivos de alta complejidad, la punción transvaginal es un método simple, ambulatorio y seguro.