

Vol 6. Año 11. N° 1 // Agosto 2017

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 6 año 11 nº 1 // Agosto 2017

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

**9º Congreso Internacional
11º Congreso Argentino
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

30 y 31 de Agosto de 2017

	Título Poster	Autores	Institución
1	La recurrencia en el embarazo adolescente	Oloriz, M.O.; Sannazzari M.C.;Orellana, R.P; Belej, G.I.; Sosa, M.M	Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia
2	Intervalo Intergenésico Característica Poblacional	Orellana,rosana, Oloriz,m.Cruz, Sannazzari, M. Cecilia, Belej,gabriela, Langella, Alicia	Hospital Rivadavia
3	Detección de Factores de Riesgo en Embarazadas Mayores de 35 Años	Lic. Ossola, Lic. Carulli, Lic. De Jesus, Lic. Kcrmarik, Lic. Luna.	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
4	Imperfecciones en la Institución Pública que Obstaculizan un Adecuado Control Prenatal	Lic. Tagliatori, Lic. Berazategui, Lic. Kcrmarik, Lic. Carulli, Lic. Zurita	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
5	Rol del profesional en la prevención de la toxoplasmosis: A propósito de un caso	Lic. Amarante, Lic. Berazategui, Lic. Carulli, Lic De Jesus, Lic Schneider	
6	Incompetencia Istmico Cervical. Reporte de un caso clínico	Molina L., Lopez J., Bue Roca C., Sagastume M., Glowco V., Busnahe V.	Hospital Materno-Infantil de Tigre - Dr. Florencio Escardó
7	Hipertensión arterial y Diabetes en el embarazo: dos patologías, un mismo riesgo	Pereyra, Anabella; Pérez de San Román, Florencia; Ricco, Gisele; Speranza, Nicolás; Orrigo, Carolina; Cohen, Liliana	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
8	Incidencia de Embarazo Adolescente	Canale Y., Gimenez A.	
9	Rol de la Obstétrica en la guardia y su relación con los resultados perinatales. Estudio retrospectivo en una clínica privada de la Ciudad de Buenos Aires	Molina, N., Scarpello Y., Sampayo, D., Shpiguelman, D.	Clinica de la Esperanza
10	Presentación de Caso Clínico. Hidranencefalia	Pereyra, Anabella; Vico Francia, Nadia; Gil, Daniela; Glassmann, Rocio; Oyhamburu, David; Inacio Analía.	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
11	Evaluación del Control Prenatal Frente a Nuevas Recomendaciones	Lic. Costagliola Leonela; Lic. Gallardo Vanesa L; Lic. Lorenzo Laura A; Lic. Villegas Florencia R; Lic. Negri Claudia V; Dr. Serrano López Damián	Hospital General De Agudos Jose Maria Ramos Mejia
12	Restricción de Crecimiento Intrauterino Temprano. Reporte de un caso clínico	Molina L., Lopez J., Ojué M. J., Bue Roca C., Glowco.V., Busnahe, V.	Hospital Materno-Infantil de Tigre - Dr. Florencio Escardó
13	Prevalencia de Cultivos Positivos para Estreptococo. Grupo β Hemolítico.	Lic. Giles Vanesa; Lic. Sorbilli, Lara.	
14	Episiotomía Restrictiva vs. Episiotomía Rutinaria	Giles, Vanesa; Sorbilli, Lara	

	Título Poster	Autores	Institución
15	Mola Hidatiforme: Análisis Crítico de la Metodología Diagnóstica Implementada en un Hospital Público	Bevilacqua, José; Merino, Adriana; Sgarzini, Celeste; Cerignale, Florencia; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra	Hospital Iriarte de Quilmes
16	Reincidencia de Embarazo Adolescente en la Maternidad del Hzga "Dr. A. Balestrini"	Lic. Obst. Bombací, M. Luz Lic. Obst. Córdoba, Tamara G. Lic. Obst. Mitro M. Belén Lic. Obst. Sánchez, M. José, Lic. Obst. Sosa M. Del Valle , Lic. Obst. Kityk, M. Agustina	Hospital Dr. Alberto Balestrini
17	Vía De Finalización Post Cesárea Abdominal. "No condicionemos la vía de nacimiento"	Lic. Obst. Bombací, M. Luz Lic. Obst. Córdoba, Tamara G. Lic. Obst. Mitro M. Belén Lic. Obst. Sánchez, M. José, Lic. Obst. Sosa M. Del Valle , Lic. Obst. Kityk, M. Agustina	Hospital Dr. Alberto Balestrini
18	Presentación de dos casos de acretismo en el primer trimestre.	Vico Francia, Nadia; Bressan Farina, Gustavo;; Pérez de San Román, Florencia; Pereyra, Anabella; Davison, Héctor; Glassmann, Rocío	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
19	Transición del modelo de sala de partos tradicional al de sala de Trabajo de parto, Parto y Recuperación.	Licenciadas obstétricas Baltar, Itatí; Carthy, Delfina; De Luca, Luciana; Domínguez, Valentina; Jaxa, Karen; Maisy, Érica; Rodríguez, Martina; Stefanini, Eliana.	Hospital materno infantil Dr. Florencio Escardó
20	Acompañamiento en Lactancia Materna. A propósito de un caso	Kuffner, Juliana; Flores Arce, Jesica; Greco, Guillermo; Insúa, Karen; Pizzo, Carolina; Urrutia, Marcela.	Hospital Magdalena V. de Martinez
21	Abordaje Laparoscópico de Embarazo Ectópico Cornual posterior a salpingectomía. Reporte de Caso.	Guallan F; Ratto Mc; Valencia Jaramillo V; Ramilo Tp; Habich D; Castaño Re; Illia R.	Hospital Alemán
22	Lactancia Materna Ineficaz: Prevalencia y Factores Asociados.	Dimeo, Yesica; Francisconi Maria F; Ghironi Marisa; Gorrochategui, Victoria; Sterkel, Yanela	
23	Embarazo 41 Semanas. Nuestros Resultados Perinatales.	Rusman N, Santarella C, Baquerizo N, Iuliano V, Devalle S, Macchi S, Carbone J, Gresta C	
24	Diabetes Gestacional: Un Debate Permanente	Barbieri M. F., Ramborger C., Rodriguez K., Slonimsky E., Volpini A., Manau S., Cardoso M., Di Biase L.	Hospital de Agudos Parmenio Piñero
25	Malformación arteriovenosa diagnosticada pos-aborto	Justo M, Jordán S, Tatti D, Iuliano V, Fazio V, Gonzalez C, Macchi S, Gresta C	Hospital General I. Pirovano.
26	Pielonefritis y Embarazo. Nuestra Casuística	Rusman N, Bistritsky D, Iuliano V, da Camara K, Gresta C.	Hospital General I. Pirovano.
27	Experiencia con el implante subdérmico en el HMI A. Diego de Azul	Bocelo, Felisa; Carrara, Julia; Fenoglio, Soledad; Mendiola, Paola	Hospital Materno Infantil «Argentina Diego»

	Título Poster	Autores	Institución
28	Diagnóstico Prenatal de Displasias Esqueléticas: Implicancias para el Asesoramiento Genético.	Zalazar LM, Vilas MA, Tardivo A, Damia AL, Rittler M, Aguirre MA	Centro Nacional de Genética Médica "Dr. Eduardo E. Castilla"
29	Diabetes Gestacional. Estudio Poblacional.	Racciatti, L; Moscardi, N; Ugarte, M; Gazzoni, C; Arrue, M; Vismara, J.	Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti
30	Factores de Riesgo e Incidencia de Parto Prematuro en Nuestra Maternidad	Speranza, Nicolas; Ricco, Gisele; Bressan Farina, Gustavo; Mazzeo, Silvina; Catalini, Ana	Hospital General de Agudos Donación F. Santojanni
31	Prevalencia e incidencia de toxoplasmosis	Lic.Fernandez Salgueiro Julieta Mariel; Lic.Gallardo, Vanesa Lourdes; Lic.Gálvez, María Fernanda; Lic.Salazar, Wanda Lia; Lic.Varela, Luciana Noelia; Lic. Negri Claudia, Dr Hakim Alejandro	Hospital General De Agudos Jose Maria Ramos Mejia
32	Interrupción Legal del Embarazo ¿Hasta que edad gestacional?	Souza Surdo A., Maciá H., Slonimsky E., Volpini Crespo A., Dra. Di Biase L.	Hospital P. Piñero
33	Malformación arteriovenosa diagnosticada pos-aborto.	Justo M, Jordán S, Tatti D, Iuliano V, Fazio V, Gonzalez C, Macchi S, Gresta C.	Hospital General I. Pirovano.
34	Testeo en parejas sexuales de puérperas internadas en la maternidad del Hospital JM Ramos Mejía	Allende Natalia, Ballivian Katherine, Burke Magali, Bonafede Luciana, Ivalo Silvina, Scalise Claudia, Serrano Damián y Hakim Alejandro	Hospital General De Agudos Jose Maria Ramos Mejia
35	Colestasis Intrahepatica Gestacional. Nuestra Experiencia.	Casas, M; Corazza, M; Justo, M ; Iuliano, V.; Macchi S. ; Carbone J.; Gresta C.	Hospital General I. Pirovano.

“La recurrencia en el embarazo adolescente”

Hospital General de Agudos Bernardino Rivadavia



Autores: Oloriz, M.O.; Sannazzari M.C.; Orellana, R.P; Belej, G.I.; Sosa, M.M

Introducción:

Los embarazos en las adolescentes se identifican como un problema en salud pública, y la reincidencia de estos en este período de la vida es aún más preocupante, debido a que refleja fallas en el programa de salud sexual y reproductiva de la institución prestadora de servicios de salud, por lo anterior se hace necesario identificar las causas de la reincidencia de embarazos en las adolescentes y su relación con el conocimiento sobre los servicios en salud sexual y reproductiva que ofrece el sistema de salud y con base en esto desarrollar un plan de intervención colectiva.

Objetivos:

En adolescentes embarazadas y /o puérperas:

1. Estimar el porcentaje de adolescentes embarazadas que buscaron el embarazo.
2. Estimar la distribución de frecuencia de la gestiparidad de la adolescente embarazada.
3. Estimar el porcentaje de embarazos con menos de 2 años de intervalo intergenésico.
4. Estimar el porcentaje de pacientes que recibieron asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva previo al egreso hospitalario del Servicio de Maternidad.
5. Estimar la distribución de frecuencia de los distintos métodos anticonceptivos elegidos post-evento.

Población:

• **Criterios de inclusión:** Historias Clínicas de adolescentes embarazadas que atienden su embarazo y puerperio en la Institución que hayan tenido un evento obstétrico.

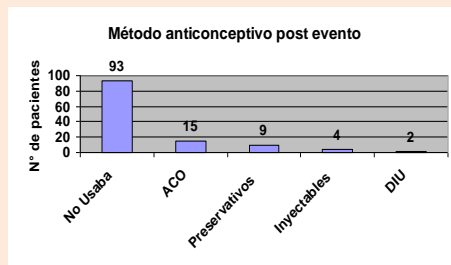
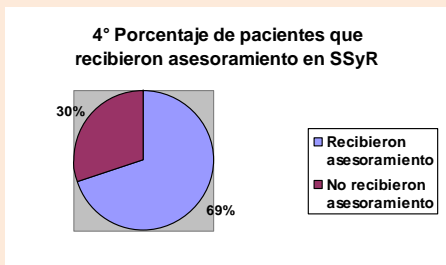
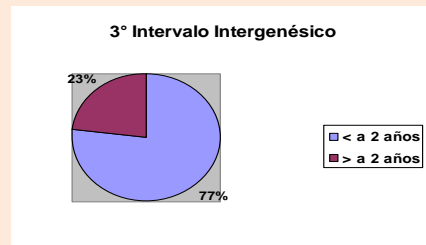
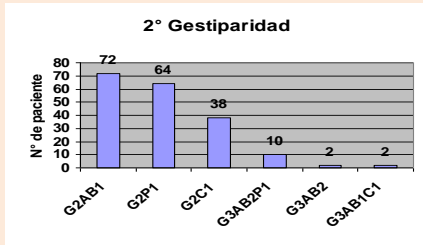
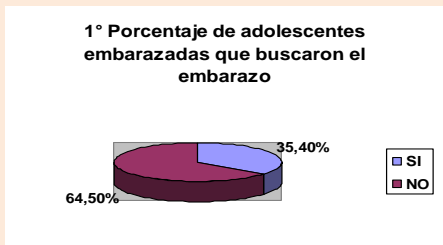
• **Criterios de exclusión:** Historias clínicas que se encuentren incompletas, adolescentes primigestas y/o pacientes que no deseen recibir Asesoramiento en Salud Sexual y Reproductiva.

• **Criterios temporo-espaciales:** el estudio se realizó en el Consultorio de Adolescencia del Servicio de Obstetricia del Hospital Bernardino Rivadavia del 4 Marzo del 2015 al 1° Marzo del 2017.

Diseño, materiales y métodos:

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

Resultados: N = 192



Conclusiones: A pesar de que la mayoría de las pacientes con anterioridad habían recibido algún tipo de asesoramiento en salud sexual y reproductiva y sumado a que también la mayoría no buscaba el embarazo, el resultado arrojado fue que un 48% no usaba ningún método anticonceptivo. El embarazo en la adolescencia es producto de una conjunción de problemáticas familiares, sociales, económicas y educativas; por lo cual el seguimiento de estas embarazadas debe realizarse en forma interdisciplinaria, teniéndose en cuenta todos los aspectos y no sólo las cuestiones biológicas, haciendo hincapié en la educación y en reforzar conocimientos en salud sexual y reproductiva.

La educación sexual en las escuelas primarias y secundarias es fundamental para prevenir el embarazo en la adolescencia.

Sólo a través del trabajo interdisciplinario, la educación y la concientización, lograremos disminuir el embarazo en la adolescencia, y todas las problemáticas que éste conlleva.

INTERVALO INTERGENESICO CARACTERISTICA POBLACIONAL



ORELLANA, ROSANA/ OLORIZ, M. CRUZ/ SANNAZZARI, M. CECILIA/ BELEJ, GABRIELA/ LANGELLA, ALICIA

INTRODUCCION: La OMS y el Ministerio De Salud de Nación indican al intervalo intergenésico menor a 2 años como factor de riesgo, siendo una variable importante y compleja para la sobrevivencia del niño y el bienestar de la madre.

OBJETIVOS:

- 1-Estimar el % de pacientes con intervalo intergenésico menor a 2 años.
- 2-Estimar la distribución de frecuencia de edad de las pacientes.
- 3-Estimar la distribución de frecuencia de gesta y paridad.
- 4-Estimar el % que presenta educación primaria completa.
- 5-Estimar el % que presenta educación secundaria completa.

OBJETIVOS:

- 6-Estimar el % que se encuentra soltera.
- 7-Estimar el % que busco embarazo.
- 8-Estimar la distribución de frecuencia de MAC usados en pacientes que no busco embarazo.
- 9-Estimar que % presentan hábitos desfavorables.
- 10-Estimar que % se encuentra en situaciones de violencia.

Diseño: descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

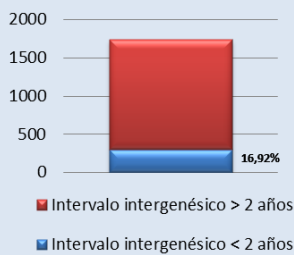
N: 1736

Criterios de inclusión: Historias clínicas del Servicio de Obstetricia de internación completas y sin faltante de datos de variables.

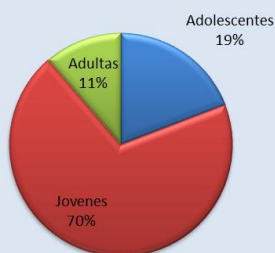
Criterios temporo-espaciales: Hospital

Bernardino Rivadavia, Maternidad Peralta Ramos, Servicio de Obstetricia, periodo 1 de Diciembre de 2014 hasta 30 de Abril de 2016

1- Intervalo intergenésico



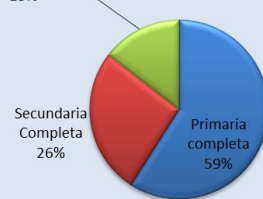
2- Distribución frecuencia de edades



3- Distribución gesta y paridad



4- % con primario completo 5- % con secundario completo



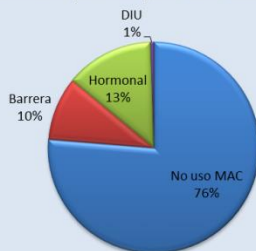
6- % de solteras



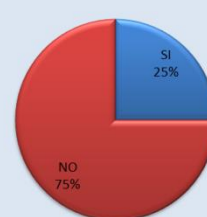
7- % que busco embarazo



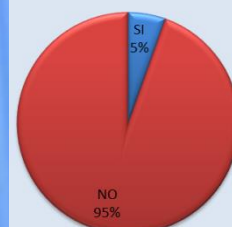
8- Dentro de la población que no busco embarazo: MAC



9- Hábitos desfavorables



10- Situación de violencia



CONCLUSIONES:

El 25 % de las pacientes con características desfavorables (bajo nivel de escolarización, adicciones, violencia) presentan una realidad sociocultural propensa a que no se cumpla con el intervalo intergenésico recomendado, generando situaciones de vulnerabilidad, que aumentan el riesgo de morbilidad materna y perinatal. Nuestro objetivo es pensar nuevas estrategias en salud sexual y reproductiva para favorecer el cuidado de la salud de la mujer, fomentar conductas beneficiosas y disminuir el número de eventos desfavorables en la vida de la mujer y sus hijos.

Bibliografía: www.oms.org.ar



“DETECCION DE FACTORES DE RIESGO EN EMBARAZADAS MAYORES DE 35 AÑOS”

Autores: Lic. Ossola, Lic. Carulli, Lic. De Jesus, Lic. Kcrrmarik, Lic. Luna.

Introducción: En los últimos años se ha observado un incremento de los embarazos en edad avanzada. Esta situación se debe a factores como la inclusión masiva de las mujeres al mercado laboral y profesional. Esto hace que la mujer programe su reproducción a una edad más avanzada. Fuera este u otro motivo, creemos de suma importancia establecer si la edad materna se comporta como un factor de riesgo para los resultados maternos y perinatales.

En este trabajo, describiremos a la población en estudio, para determinar su influencia en los resultados perinatales y maternos, y mejorar asistencia por parte de los profesionales de la salud.

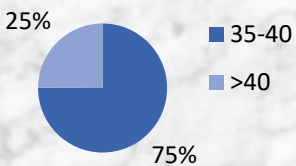
Objetivo general:

Detectar los factores de riesgo asociados a la edad materna avanzada.

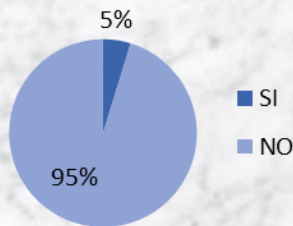
Población y métodos:

Se recolectaron datos del SIP del Htal D. F. Santojanni sobre 313 embarazadas mayores a 35 años en el periodo comprendido entre Julio de 2016 y Junio del corriente año. Estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

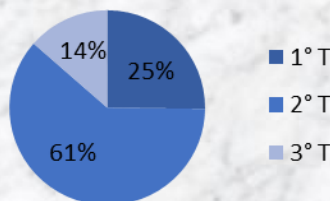
Edad



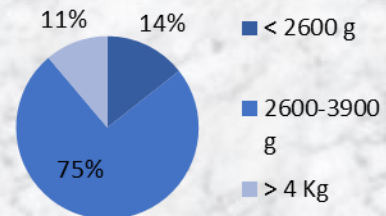
Emb. Buscado



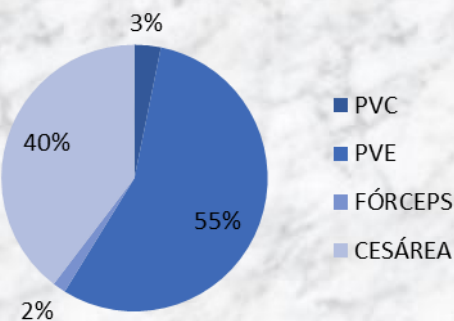
EG 1º Control



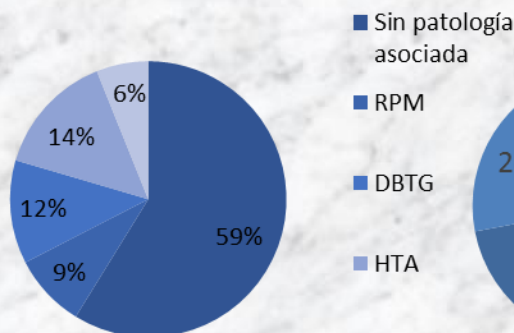
Peso RN



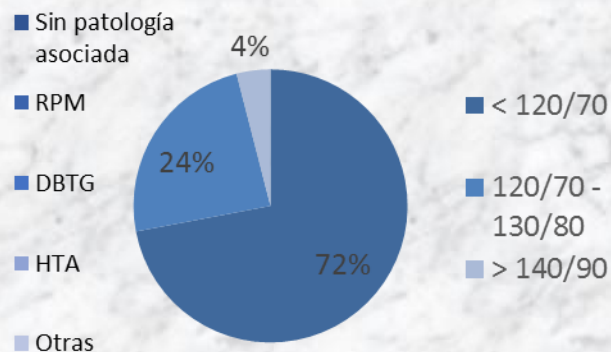
Vía del Parto



Patología Asociada



TA al 1º Control



Conclusión: Consideramos de suma importancia para las obstétricas capacitarse para detectar factores de riesgo, con el objetivo de manejar las situaciones que pueden presentarse teniendo en cuenta los mismos, y así poder obtener mejores resultados perinatales y maternos.

Este trabajo nos permite demostrar que la edad materna avanzada funciona como factor de riesgo para la madre, el feto e incluso el neonato, lo cual se evidencia en la asociación de algunas complicaciones del embarazo tales como diabetes gestacional, hipertensión y las alteraciones genéticas. Así como también complica la vía de finalización del embarazo, asociado a un alto índice de cesáreas. Conocer los factores de riesgo de esta población nos permitirá elaborar estrategias para prevenir posibles complicaciones del embarazo, parto y puerperio que puedan atravesar estas mujeres, e implementar criterios de atención que disminuiría.

“IMPERFECCIONES EN LA INSTITUCIÓN PÚBLICA QUE OBSTACULIZAN UN ADECUADO CONTROL PRENATAL ”

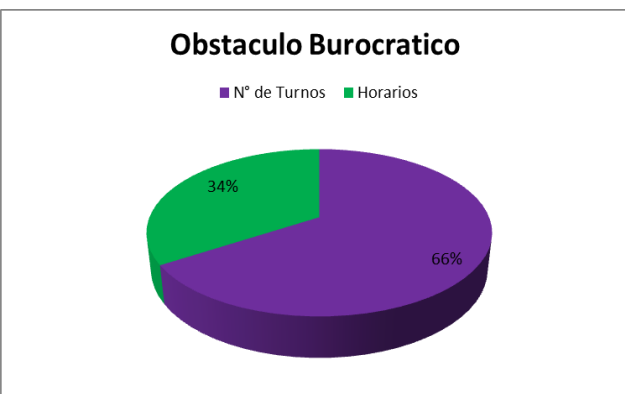
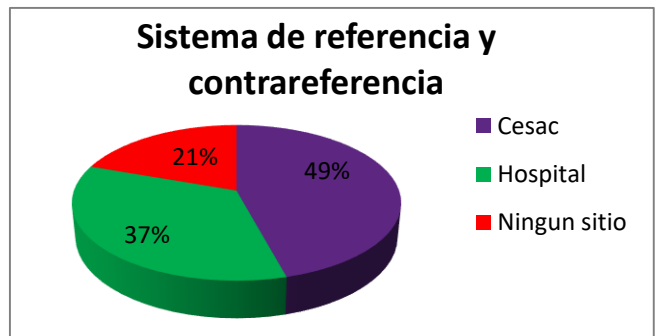
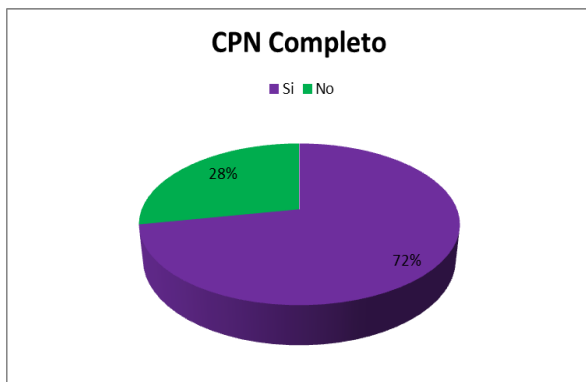
Hospital de Agudos D. F. Santojanni

Autores: Lic. Tagliatori, Lic. Berazategui, Lic. Kcrmarik, Lic. Carulli, Lic. Zurita

Introducción: En nuestra tarea cotidiana como residentes obstétricas observamos que las embarazadas se encuentran con ciertas barreras en el sistema de salud dificultándose así la correcta y completa atención del control. Decidimos realizar este trabajo con el fin de reconocer cuales son los impedimentos que presenta la salud pública en su calidad de atención y de esta manera, poder evaluar nuevas estrategias que mejoren esta situación y así obtener mejores resultados perinatales.

Objetivo general: Identificar los diferentes obstáculos / barreras que ofrece el hospital público para facilitar el acceso a la población y así mejorar la calidad del control prenatal.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y de corte transversal. Los datos se obtuvieron de encuestas de tipo cerradas, en el periodo comprendido entre noviembre del 2016 y mayo del 2017. Se encuestaron a 670 embarazadas; entre ellas 170 eran embarazadas de 38 semanas o más que concurren a la guardia de nuestro hospital y el resto que concurren al control prenatal de bajo riesgo.



Conclusión: Mediante el análisis de los resultados obtenidos y la evaluación de los distintos obstáculos/barreras existentes en nuestro hospital consideramos que si hubiera un trabajo interdisciplinario entre los distintos servicios y una buena comunicación entre el centro de salud y el hospital base, por un lado podríamos optimizar los recursos físicos y humanos con el fin de garantizar una mejor calidad de atención a las embarazadas y así poder elevar la calidad del CPN y mejorar los resultados perinatales a corto y largo plazo. En el caso de las derivaciones, poder brindarles la posibilidad de continuar su control en el centro de salud. Por otro lado, poder darles las herramientas necesarias a las pacientes para que gocen de una buena atención, completa y de fácil acceso al sistema de salud.

Rol del profesional en la prevención de la toxoplasmosis: A propósito de un caso

Autores: Lic. Amarante, Lic. Berazategui, Lic. Carulli, Lic De Jesus, Lic Schneider

Introducción: Dentro del control prenatal tenemos como objetivos, brindar contenido educativo sobre la salud y prevenir complicaciones que se puedan presentar durante el embarazo. Una de las enfermedades que sabemos puede traer graves secuelas para el recién nacido, si la contrae intraútero es la Toxoplasmosis. La transmisión del parásito de la madre al hijo solo se podría producir cuando la infección se adquiere por primera vez durante el embarazo. Decidimos llevar a cabo este trabajo y consideramos apropiado desarrollar un caso para demostrar lo esencial de la prevención en el contagio de la Toxoplasmosis, dándole a todas nuestras pacientes embarazadas las pautas higiénico-dietéticas para evitar su contagio durante la gestación.

Objetivo: Demostrar la importancia de brindar información sobre Toxoplasmosis a la mujer embarazada, para prevenir su infección durante la gestación y disminuir así los efectos nocivos que ésta produce.

Materiales y métodos: Trabajo observacional, descriptivo y de corte transversal. Para la recolección de datos se utilizó el carné perinatal de la paciente y el SIP. Desarrollamos este trabajo a partir de un caso de Toxoplasmosis adquirida durante el embarazo, ocurrido en el Hospital Santojanni en el año 2016, en el consultorio de control prenatal llevado a cabo por residentes obstétricas.

Caso: Griselda, 30 años. G2P1. Al primer control cursaba embarazo de 12,2 semanas por FUM y eco precoz, sin estudios previos. Presenta como antecedentes familiares: ambos padres diabéticos, madre hipotiroidea. Sin antecedentes personales de relevancia. En el tercer control, la paciente adjunta rutina de sangre del mes de abril con serología negativa para Toxoplasmosis (IgG -) y es enviada al consultorio de Endocrinología por una elevación de la TSH. En el mes de Julio, a las 27,6 semanas de gestación, se le solicita una nueva rutina de sangre y se deriva a la paciente al consultorio de Alto Riesgo General, con el diagnóstico de Tiroiditis Hashimoto en tratamiento con Levotiroxina 25 mg/día, indicado por el endocrinólogo. El 8 de Agosto, con 32 semanas de gestación, la paciente concurre por primera vez al consultorio de alto riesgo, en el cual se reciben los resultados de la rutina de sangre, que informa valores para toxoplasmosis: IgG: 136,80 e IgM: 829. Comienza tratamiento con: Pirimetamina: 25 mg, cuatro comprimidos el primer día, luego dos por día. Sulfadiazina: 500 mg, dos comprimidos cada seis horas, Acido fólico: un comprimido por día. En la semana 36 se rota a tratamiento con Espiramicina 1gr (3.000.000 UI) c/ 8hs hasta el parto. El 3 de Octubre es enviada a la guardia de Obstetricia por la doctora para internación y finalización oportuna. **Resultados perinatales:** masculino, A+ Capurro: 38 semanas, Apgar: 9/10. 3645 gr. Al nacimiento se observó labio leporino bilateral, el cual no se relaciona con la infección aguda por Toxoplasmosis. Evaluaciones al RN: Durante la primera semana permaneció internado en Neonatología donde se le realizaron distintos estudios: Ecografía cerebral, Ecografía abdominal, Fondo de ojo, Tratamiento antibiótico.

Conclusión: Este trabajo muestra lo importante de dar información a la mujer embarazada, como un rol fundamental del profesional durante el control prenatal. Las herramientas más importantes que tenemos son el buen dialogo con nuestras pacientes para lograr que nos entiendan y el material teórico en forma de folleto que les entregamos en el control prenatal donde les reforzamos y recordamos las pautas higienico-dietéticas que deben tener para evitar contraer esta enfermedad en el embarazo

Sí a las medidas preventivas llevadas a cabo por la mujer embarazada, le sumamos un completo análisis de su estado serológico, podemos prevenir la infección aguda por toxoplasmosis.



INCOMPETENCIA ISTMICO CERVICAL

Reporte de un caso clínico

MOLINA.L, LOPEZ.J,BUE ROCA C, SAGASTUME.M, GLOWCO.V, BUSNAHE.V

INTRODUCCION

La incompetencia ístmico cervical es la causante de gran parte de los partos prematuros y la principal causa de aborto tardío. Se ha comprobado que la progesterona es igual de eficiente que el cerclaje cuando el cuello del útero antes de las 20 semanas es menor de 25 mm sin los riesgos inherentes al cerclaje(**American journal of obstetrics and gynecology 2013**). Las mujeres con antecedentes de tres o más pérdidas de embarazo en el segundo trimestre o partos prematuros extremos, en las que no se identifica ninguna causa específica distinta de la posible insuficiencia cervical, se les debe ofrecer un cerclaje electivo de 12 a 14 semanas de gestación. (I-A) **A J Obstet Gynaecol Can. 2016]**

OBJETIVOS

Reportar el caso de una paciente nulípara con 3 abortos tardíos anteriores, a quien se le realiza un cerclaje a las 13.2 semanas , logrando un RN vivo a las 37 semanas.

MATERIALES Y METODOS

Paciente de 22 años A + G4AB3, antecedentes clínicos de hipotiroidismo. Antecedente obstétrico: 3 abortos entre las 18 y las 20 semanas, asiste a consultorios externos del hospital cursando embarazo de 13 semanas portando ecografía de las 11,5 semanas que informa: FUV, LA NORMAL TN 1.8, PAG0, cervicometría TV 41mm sin tunelización. Cursando embarazo de 13,2 sem se realiza cerclaje cervical con técnica de Mc Donald, siendo dada de alta en buena evolución. Continúa controles , a las 22,4 semanas, se realiza ecografía que informa FUP, LA NORMAL, peso 570 gr, PAG0, SCAN FETAL normal. Cervicometría TV 15 mm con tunelización.



Se interna y se indica: reposo absoluto, progesterona 200mg intravaginal por noche y profilaxis antitrombótica. Cursando embarazo de 24 sem se indica maduración pulmonar fetal con betametasona 12mg IM dos dosis. Cursando 28,1 semanas de gestación se realiza ecografía que informa: FUC, ILA 234 mm, peso 1200 gr, PAGI, Cervicometría TV 7 mm con signos de tunelización, episodio que se maneja con indometacina 75mg VO por día 5 días. Se realiza ecografía control que informa: FUC, ILA 185, peso 1580 gr, PAGI, cervicometría TV: 19 mm de longitud.

RESULTADO

A las 37 semanas se retira el cerclaje y a las 37,1 semanas nace un RN vivo de sexo masculino por parto eutócico.

CONCLUSIONES

El uso del cerclaje debe reservarse para aquellos casos en los cuales el tratamiento previo con progesterona ha fracasado o en el caso en que se ha comprobado 3 ó más episodios de aborto tardío no atribuible a una causa conocida, pero el cerclaje es sólo parte del tratamiento. El reposo y la vigilancia son fundamentales para conseguir resultados positivos.



Hipertensión arterial y Diabetes en el embarazo: dos patologías, un mismo riesgo

Hospital D. F. Santojanni.
Congreso ACOG 2017

Autores: Pereyra, Anabella; Pérez de San Román, Florencia; Ricco, Gisele; Speranza, Nicolás; Orrigo, Carolina; Cohen, Liliana

Introducción: los trastornos hipertensivos complican el 10% de los embarazos y la diabetes gestacional se identifica en el 3-5% de los mismos. La asociación de ambos trastornos aumenta el riesgo de morbilidad materna y perinatal.

Objetivos: determinar la frecuencia de diabetes gestacional en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo y estimar la ocurrencia de factores de riesgo asociados.

Materiales y métodos: estudio descriptivo, observacional, retrospectivo de corte transversal a partir del análisis de los controles prenatales de las pacientes que asisten al consultorio de hipertensión y embarazo del Hospital D.F. Santojanni, desde octubre de 2016 a junio de 2017. Las variables analizadas fueron: paridad, IMC, antecedentes familiares de DBT e HTA y personales en embarazos previos de alguna de las patologías.

Resultados: Se analizaron 206 historias clínicas. Del total, 34,7% (n=60) estaban diagnosticadas como hipertensas previas y 65,3% (n=113) hipertensas gestacionales. El 16% (n=33) además presentó diabetes gestacional.

Factores Asociados	HTA y DBTG (n=33)
Múltiparas	69,6% (n=23)
Primíparas	30,3% (n=10)
HTA previa	61% (n=20)
HTA gestacional	39% (n=13)
IMC: >30	48,5% (n=16)
25-29,9	27,3% (n=9)
24	24,2% (n=8)
Ant. Familiares de DBT+HTA	79,3% (n=26)
Ant. Personales de HTA y/o DBTG en embarazos previos	35,8% (n=12)

Conclusión: A través del análisis realizado, vimos la importancia del conocimiento de los factores de riesgo asociados en ambas patologías para un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. La prevalencia de los mismos requiere la aplicación de estrategias efectivas en el control prenatal que lleven a disminuir el impacto en la salud materno-fetal.

Bibliografía: American Diabetes Association. Gestational diabetes mellitus
Bryson CL, Ioannou GN, Rulyak SJ, Critchlow C. Association between gestational diabetes and pregnancy-induced hypertension.
Ricart W, Lopez J, Mozas J, Pericot A, et al. Body mass index has a greater impact on pregnancy outcomes than gestational.

Incidencia de Embarazo Adolescente

Autores: Canale Y. Gimenez A.

INCIDENCIA DE PARTO EN MUJERES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DURANTE EL PERIODO 2015-2016.

Introducción: La OMS define la "ADOLESCENCIA" como el periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre 10 y 19 años. Es una de las etapas de transición mas importante en la vida del ser humano e implica en la mayoría de los casos el inicio de las relaciones sexuales de forma precoz. La reproducción y su condición necesaria, el ejercicio de la sexualidad, deberían ser siempre actos deseados y planeados. Lamentablemente no es así. Prueba de ello son los embarazos no deseados en la adolescencia.

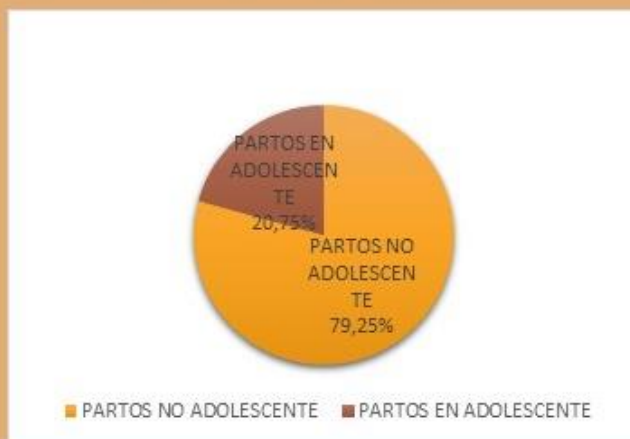
Población: Se incluyeron todos los partos de mujeres adolescentes de 10 a 19 años de la maternidad del Hospital Lucio Meléndez.

Objetivo: Analizar la incidencia de partos en mujeres adolescentes de 10 a 19 años que hayan tenido su parto durante el periodo 01/06/15 al 31/05/16.

Material y Métodos: Se llevo a cabo un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo, cuyos datos han sido recolectados de los libros de partos y del SIP(Sistema Informático Perinatal) se incluyeron todos los partos de mujeres adolescentes de 10 a 19 años de edad que se han efectuado en dicho establecimiento y en el periodo pertinente.

Resultados: Se realizaron un total de 1566 partos de los cuales 325 pertenecen a la población entre 10 y 19 años de edad, cuya incidencia ha alcanzado 20,75% del total de la muestra. A su vez aquellos partos de embarazos no planificados abarcaron el 12,58%, mientras que los si lo fueron el 8,17%. En relación al método anticonceptivo utilizado el de barrera ha sido el más utilizado por excelencia en un porcentaje 16,28%, en segundo lugar, el hormonal 3,9 %, y como ultimas opciones ninguno 0,32% y Dispositivo Intrauterino 0,25%.

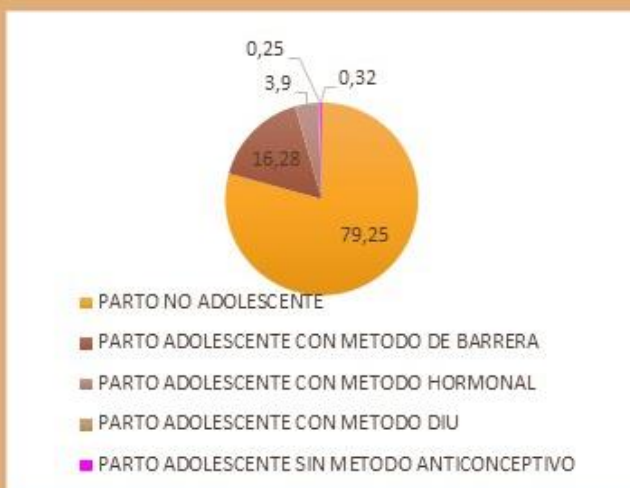
Conclusión: El embarazo adolescente en los últimos años a nivel nacional ha ido en aumento. En su mayoría no han sido planificados con anterioridad. Si bien la causa es la combinación de múltiples factores, desde nuestro lugar es necesario impartir educación sexual integral en distintos niveles y sectores de la población, actuando en forma activa en la promoción y prevención de la salud sexual y reproductiva.



INCIDENCIA DE PARTOS EN MUJERES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DURANTE EL PERIODO 2015-2016 EN RELACION A SI FUE DESEADO O NO DESEADO.



INCIDENCIA DE PARTO EN MUJERES ADOLESCENTES DE 10 A 19 AÑOS DURANTE EL PERIODO 2015-2016 EN RELACION A ELECCION DE METODO ANTICONCEPTIVO



“Rol de la Obstétrica en la guardia y su relación con los resultados perinatales. Estudio retrospectivo en una clínica privada de la Ciudad de Buenos Aires”

Molina, N.; Scarpello Y.; Sampayo, D. Shpiguelman, D. – Clínica de la Esperanza

Según la OMS, las obstétricas ocupan un rol crucial en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 (disminuir la mortalidad infantil) y 5 (aumentar la salud materna). Al aprender estándares internacionales y al estar dentro de un sistema de salud completamente funcional, pueden prestar cerca del 90% de la atención fundamental para mujeres y recién nacidos y pueden reducir potencialmente las muertes maternas y neonatales en dos tercios.

Objetivo General

Determinar la vía de finalización del parto en embarazos de término de bajo riesgo y establecer su relación con la hora del nacimiento y los resultados perinatales.

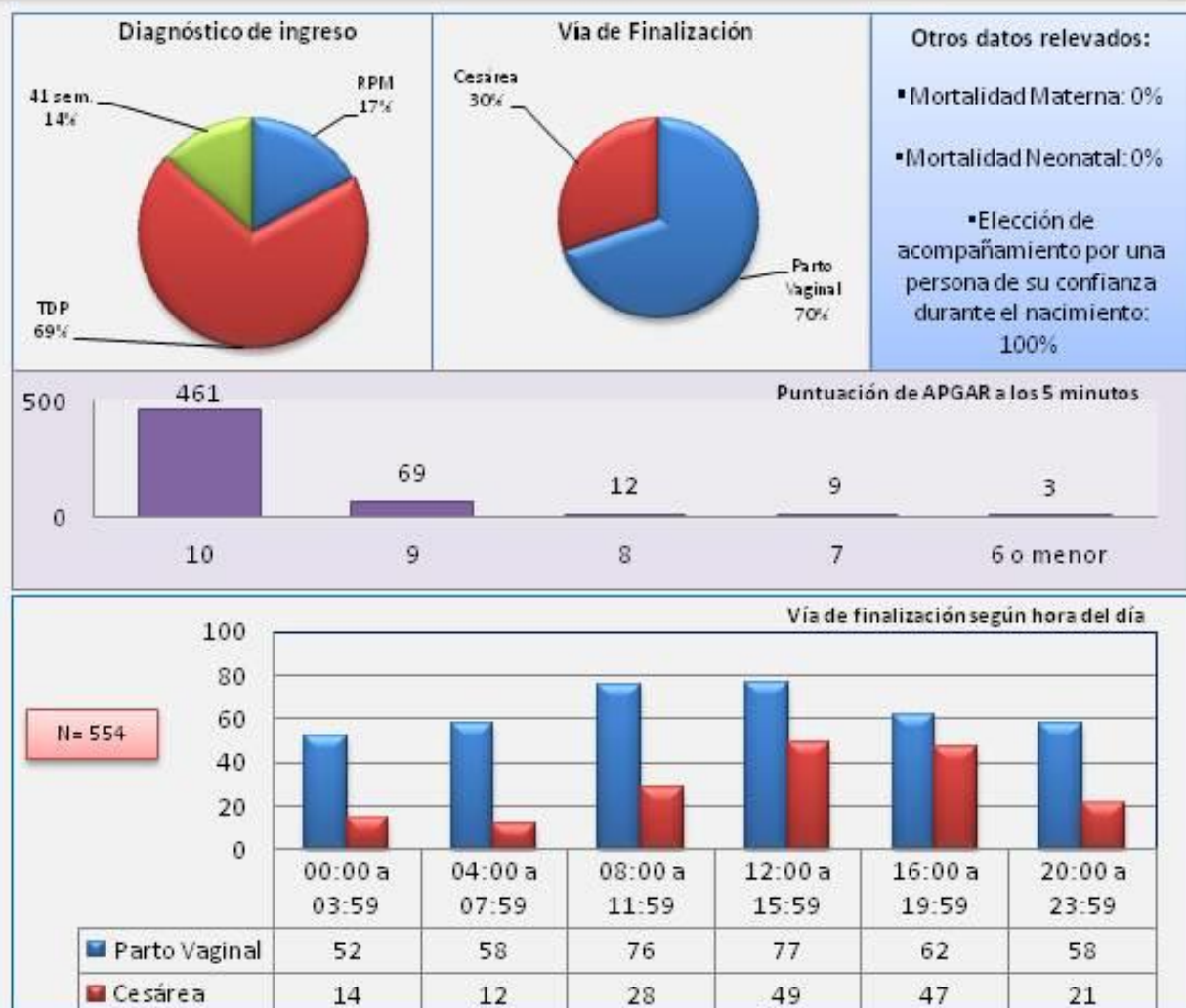
Variables:

Edad, nacionalidad, paridad, edad gestacional al nacimiento, vía de parto, Apgar, Acompañamiento.

Materiales y Métodos

Diseño observacional, transversal, retrospectivo. La población estuvo constituida por todos los nacimientos que se produjeron al término del embarazo y que ingresaron durante el período enero 2016 – Junio 2017 inclusive, con diagnóstico de trabajo de parto, 41 semanas y rotura prematura de membranas (RPM). Todos sin patología agregada. La selección de la muestra fué intencional no probabilística. Se analizaron los datos de las historias clínicas y del libro de nacimientos.

Resultados



Conclusiones: En nuestro grupo poblacional n= 554, el control del trabajo de parto de bajo riesgo a cargo de una obstétrica de guardia activa favoreció la evolución espontánea de los nacimientos incrementando el número de partos vaginales y representó un efecto protector para garantizar el cumplimiento del derecho a elegir el acompañamiento durante el nacimiento según la Ley Nacional 25.929. También contribuyó a evitar la realización de cesáreas innecesarias en función del horario del día ya que no se encuentran variaciones significativas al respecto.



Hospital D. F. Santojanni. División Obstetricia 2017 9° CONGRESO INTERNACIONAL 11° CONGRESO ARGENTINO DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO. HIDRANENCEFALIA.

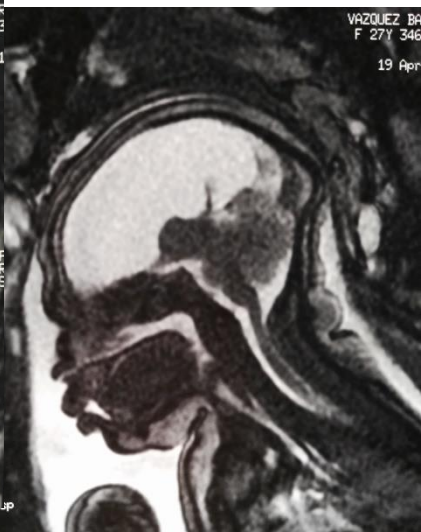
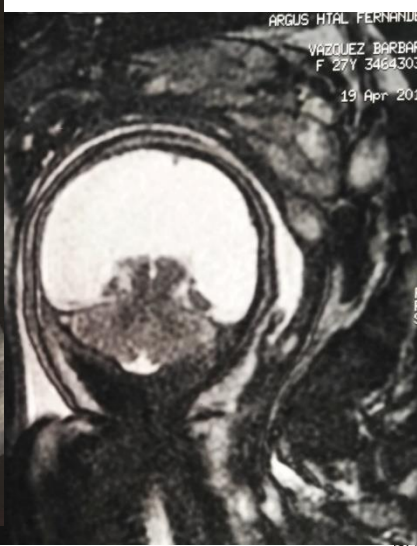
Autores: Pereyra, Anabella; Vico Francia, Nadia; Gil, Daniela; Glassmann, Rocio; Oyamburu, David; Inacio Analía.

INTRODUCCIÓN: La hidranencefalia es un raro desorden, que se describe con una incidencia menor a 1 en 100.000 nacidos vivos. Su etiología ha sido atribuida a múltiples causas que conducen a la lesión isquémica. Las infecciones virales son la principal causa, otra posible etiología son los procesos tóxicos y/o genéticos

OBJETIVO: Establecer los pasos diagnósticos de la patología cerebral fetal.

MATERIALES Y METODOS: Historia Clínica de paciente que comienza control prenatal en nuestro servicio.

CASO CLÍNICO: Paciente 27 años G4P2Ab1, derivada por microcefalia fetal. Primera ecografía: 30.1 sem, 1372 gr, PC 25.6 sem, DBP 24.5 sem. Microcefalia. Segunda eco: 31.4 semanas, microcefalia (25 sem) ¿Holoprocencefalia/ Hidranencefalia / VM severa? Serologías: HIV, VDRL, HBV, CHAGAS X2, TOXO, CMV Y Rubeola, Dengue y Zika negativo. Herpes reactivo (Infección pasada). Ecocardiograma fetal (22/03) normal. RMN (18/04) Cerebro fetal marcada alteración del desarrollo del encéfalo. Solo es visible el polo occipital de ambos hemisferios y parcialmente ambos tálamos. Tronco Cerebral y Cerebelo tienen señal normal. ECO (04/05): FUC 38.1 sem 3060 gr DBP y CC 31 sem. Posible Hidranencefalia. Finalización por cesárea. RN masculino, 38 semanas, 3040 gr, apgar 8/9. Neonatología: Confirma hidranencefalia (TAC) + micropene.



CONCLUSIONES: Lo controvertido del caso para establecer si era un embarazo viable o no, nos llevo a realizar exámenes complementarios exhaustivos que nos permitieron arribar al diagnóstico. Resaltamos la importancia de arribar al diagnóstico para poder informar a los padres viabilidad y pronóstico y la posibilidad de realizar estudios alta complejidad en el ámbito público.

Bibliografía:

- Cecchetto G, Milanese L, Giordano R, Viero A, Suma V, Manara R. Looking at the missing brain: hydranencephaly case series and literature review. *Pediatr Neurol.* 2013;48:152-8. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2012.10.009.
- Lam YH, Tang MH. Serial sonographic features of a fetus with hydranencephaly from 11 weeks to term. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2000;16:77-9.
- Sepulveda W, Cortes-Yepes H, Wong AE, Dezerega V, Corral E, Malinger G. Prenatal sonography in hydranencephaly: findings during the early stages of disease. *J Ultrasound Med.* 2012;31:799-804.

Introducción: La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado una nueva serie de recomendaciones para mejorar la calidad de la atención prenatal con el fin de reducir el riesgo de muertes prenatales y complicaciones del embarazo, así como para brindar a las mujeres una experiencia positiva. Las recomendaciones están relacionadas con cinco tipos de intervenciones: intervenciones nutricionales, evaluación materna y fetal, medidas preventivas, intervenciones ante síntomas fisiológicos comunes, intervenciones en los sistemas de salud para mejorar la utilización y calidad de la atención prenatal.

Objetivo general: Determinar en qué porcentaje el Control Prenatal realizado en el Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía cumple las recomendaciones de la guía de la OMS. **Objetivos específicos:** Establecer adherencia de las pacientes al control prenatal. Describir características socio-demográficas. Estimar el porcentaje de intervención nutricional. Establecer porcentaje de pacientes que recibieron suplementación de hierro. Determinar hábitos de consumo. Establecer la distribución de frecuencia de morbilidad en el control prenatal. Determinar los resultados perinatales en relación al peso al nacer. Determinar porcentaje de mujeres que fueron derivadas a servicio social.

Población y muestra: Embarazadas que finalizaron su embarazo luego de las 20 semanas de edad gestacional en el Servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos J.M Ramos Mejía.

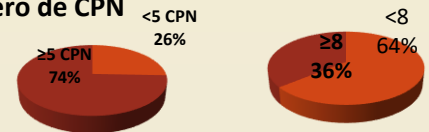
Materiales y métodos: Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal. La información se obtuvo a través de una recolección de datos registrados en grillas realizadas por las residentes obstétricas del Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía, en el periodo comprendido entre el 10 de enero hasta el 30 de junio del 2017.

Resultados: De los 636 nacimientos registrados en el periodo estudiado pudo observarse que un 6,44% fueron derivadas a nutrición y un 2,51% a servicio social. Un 10,53% refieren tener hábitos de consumo, donde el 44,77% de ellas son fumadoras pasivas seguidas por un 28,25% de fumadoras activas, un 20,89% consumen alcohol y el resto refiere policonsumo. El 36,95% de las pacientes fueron suplementadas con hierro. En cuanto a las complicaciones hubo un 4% donde las principales fueron feto muerto, metrorragias, desgarros de cuello y transfusiones de sangre entre otras. En lo que respecta a la preparación integral para la maternidad sólo asistió un 7.70% del total de las pacientes.

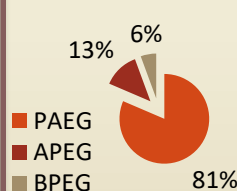
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

VARIABLE	N= 636	PORCENTAJE
EDAD		
≥20	n: 567	89.15% (IC95 86.40 - 91.40)
<20	n: 69	10.84% (IC95 8.59 - 13.59)
NACIONALIDAD		
Argentina	n: 300	47.17% (IC95 43.24 - 51.13)
Extranjera	n: 336	52.83% (IC95 48.86 - 56.75)
GESTAS		
≥3	n: 346	54.40% (IC95 50.43 - 58.31)
<3	n: 290	45.59% (IC95 41.68 - 49.56)
ESTADO CIVIL		
Unión estable	n: 483	75.94% (IC95 72.39 - 79.17)
Soltera	n: 100	15.72% (IC95 13.02 - 18.84)
Casada	n: 53	8.33% (IC95 6.35 - 10.82)
ESCOLARIDAD		
Primaria incompleta	n: 38	5.97% (IC95 4.31 - 8.18)
Primaria completa	n: 96	15.09% (IC95 12.45 - 18.17)
Secundario incompleto	n: 214	33.64% (IC95 30.00 - 37.48)
Secundario completo	n: 238	37.42% (IC95 33.67 - 41.32)
Universitario	n: 50	7.86% (IC95 5.94 - 10.30)
LUGAR DE CPN		
Ramos Mejía	n: 516	81.13% (IC95 77.82 - 84.05)
Otro hospital	n: 84	13.20% (IC95 10.72 - 16.14)
Sin control	n: 36	5.66% (IC95 4.05 - 7.82)

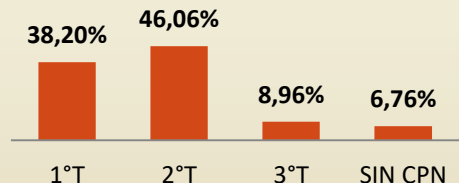
Número de CPN



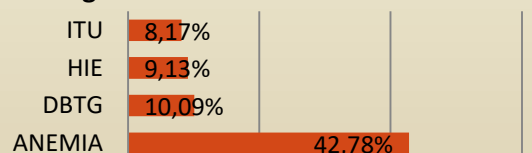
Resultados Perinatales



Inicio de CPN



Patologías Asociadas



Conclusión: A través de nuestra investigación pudimos observar que un 36,37% (IC95 32,65- 40,27) del total de nuestras pacientes cumplieron con el mínimo de 8 controles recomendados por la OMS pero eso no garantiza que resultara en un control completo e integral. Debemos reconocer como equipo de salud que la experiencia de una atención sanitaria que incluya promoción y prevención de la salud es clave para crear familias y comunidades prósperas.

IX CONGRESO INTERNACIONAL DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA 2017



Servicio de Obstetricia
Hospital Materno-Infantil de Tigre Dr. Florencio Escardó

RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TEMPRANO Reporte de un caso clínico

MOLINA L., LOPEZ J., OJUÉ M. J., BUE ROCA C., GLOWCO.V., BUSNAHE, V.

INTRODUCCION

Usualmente el término RCIU se utiliza para referirse a fetos pequeños en alto riesgo de presentar deterioro IU, MF y peor resultado general perinatal. Esto es usualmente asociado a signos doppler sugestivos de redistribución hemodinámica como consecuencia de la malnutrición e hipoxia. Los RCIU tempranos (menor 32sem) representan el 20-30% de los casos, con insuficiencia placentaria severa e hipoxia fetal crónica. Esto explica el doppler AUt IP mayor 95, y de no tratarse, la progresión se manifiesta con AU IP mayor 95, ICP menor PC 5 y finalmente, el DV IP mayor 95. El RCIU temprano se asocia a daño severo IU o MF antes del término. El desafío es lograr el balance entre los riesgos de continuar el embarazo y las complicaciones de la prematuridad.

OBJETIVOS

REPORTAR EL CASO DE UNA PACIENTE 17 DE AÑOS PRIMIGESTA CON DIAGNÓSTICO DE RCIU TEMPRANO EN EL HOSPITAL MATERNOINFANTIL DE TIGRE F. ESCARDÓ, EVIDENCIANDO LA SECUENCIA DE CAMBIOS HEMODINÁMICOS ADAPTATIVOS FETALES.

CASO CLINICO

Paciente de 17 años B + G1. Sin antecedentes de relevancia. Se interna cursando embarazo de 26,6 sem con diagnóstico de pRCIU con doppler alterado. Porta ecografía que informa FUC LAN P630g PC < 3 Placenta posterior grado 0. Doppler AUt > PC95 AU IP 1,47 ACM IP 1,04 P< 5 ICP 0,7. Continuó controles de TA dentro de parámetros normales, Proteinuria 24hs negativa. Sacan fetal normal. Serologías negativas. A los 7 días se realiza nueva ecografía que informa FUC ILA 5,5 cm P670g P<3 Placenta posterior grado 0. AUt pc > 95 AU IP 2,07 PC >95 ACM IP 1,46 P <5 ICP 0,58 DV PC<95 . A las 48hs se realiza nueva ecografía que informa FUC ILA 5cm P670gr P<3 AU 2,14 P>95 ACM 1,22 P<5 ICP 0,57 DV > p 95 .

RESULTADO

Con diagnóstico de embarazo de 27,5 sem por ecografía temprana + RCIU estadio IV se realiza cesárea abdominal con RNVPT sexo femenino apgar 8/9 capurro 27 semanas peso 720 gr. Se envía placenta a AP que informa signos de hipoflujo placentario.

DISCUSION

El RCIU es una patología de diagnóstico frecuente y que representa grandes tasas de morbimortalidad perinatal. A través de la ecografía Doppler se , identifican cada vez más marcadores tempranos que brindan información pronóstica, siendo la relación cerebro/placenta el marcador que actualmente mejor se correlaciona con los resultados. La propuesta actual de realizar un protocolo de seguimiento y manejo basados en la clasificación por estadios brinda facilidad en cuanto a la toma de decisiones, principalmente a la hora de finalizar la gestación y disminuye la variabilidad del manejo que se observa en la práctica clínica

Prevalencia de Cultivos Positivos para Estreptococo Grupo β Hemolítico

Autores: Lic. Giles Vanesa; Lic. Sorbilli, Lara.

INTRODUCCION

El Estreptococo β Hemolítico (EGB) tiene selectiva patogenicidad para la mujer embarazada y el recién nacido, y es una causa significativa de morbilidad materna y neonatal. Aunque la mujer embarazada puede sufrir infecciones invasivas, la mayoría de las veces es portadora asintomática del EGB (Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales).

Según la literatura internacional, epidemiológicamente alrededor del 20% (con un rango de 10 a 40%) de las mujeres embarazadas son portadoras de este germen en vagina y /o recto al final del embarazo. Algunos estudios en Argentina muestran una incidencia más baja: del 5 al 18%.

La tasa de infección neonatal precoz reportada en la literatura internacional oscila entre el 0,4 y 1,4 por mil (niños afectados por la infección por cada mil recién nacidos vivos). Las publicaciones de Argentina coinciden en una tasa de infección de 0,3 a 0,6 niños por cada mil nacidos vivos.

OBJETIVO GENERAL Determinar en embarazadas la Prevalencia de cultivos positivos para Estreptococo β Hemolítico.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1) Determinar el tiempo promedio entre la 1° dosis de antibiótico y el nacimiento.
- 2) Determinar el porcentaje de sepsis neonatal por EGB.

POBLACION

Criterios de inclusión: Historias Clínicas de embarazadas que finalizaron su embarazo luego de las 30 semanas.

MATERIAL Y METODOS

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

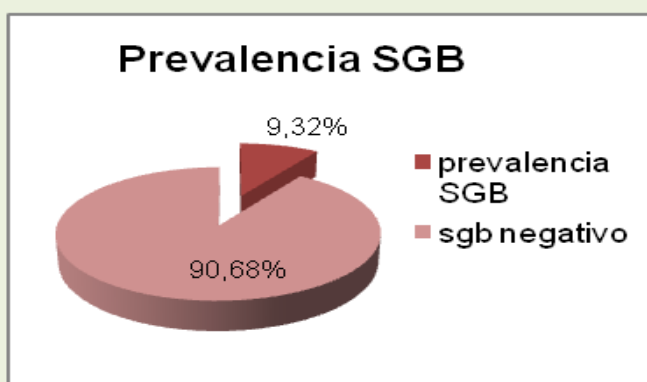
Los datos fueron recopilados a partir de la revisión de las Historias Clínicas de aquellas pacientes que finalizaron su gestación durante el período de Agosto del 2015 a Abril del 2017.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se produjeron 472 nacimientos, de los cuales se obtuvo una prevalencia de cultivo positivo para para estreptococo Estreptococo β Hemolítico del 9.32% (IC95 6.84-12.32).

El tiempo entre la primera dosis de antibiótico y el nacimiento fue en promedio 3 horas (2.39-3.60) con un desvío estándar de 2 horas.

No se presento ningún caso de sepsis neonatal.



CONCLUSIÓN

La creciente resistencia a los antibióticos nos hace replantear si es necesario esperar hasta la dosis de mantenimiento para estar totalmente cubiertos ante el EGB.

Según nuestro estudio, pasaron en promedio 3 horas desde la administración del antibiótico hasta el nacimiento y no hubo ningún caso de sepsis neonatal.

Serian necesarios trabajos de mayor población para evaluar el tiempo oportuno para el nacimiento sin riesgos.

Congreso ACOG 2017
“EPISIOTOMIA RESTRICTIVA vs EPISIOTOMIA RUTINARIA”
AUTORES: GILES, Vanesa – Sorbilli , Lara

INTRODUCCIÓN

A partir del Siglo XVIII la episiotomía se ha convertido en uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados en el mundo. El problema es que se realiza sin evidencia científica sólida de su eficacia. Para reducir el trauma perineal se han utilizado: masaje perineal, apoyo manual para la protección del periné, diferentes posiciones de parto y pujo tardío. Dentro de la preparación, el masaje perineal es un recurso sencillo, accesible y útil, ya que aumenta la elasticidad y favorece la circulación sanguínea de la zona facilitando la relajación muscular durante el parto. El cuidado y buen control prenatal durante el embarazo contribuye a mejores resultados durante el parto.

OBJETIVO GENERAL

Determinar el número de pacientes primíparas que no se les realizó episiotomía.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

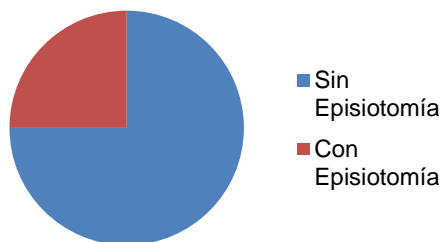
- 1) Evaluar el efecto de las técnicas perineales durante el segundo período del embarazo y período expulsivo del trabajo de parto sobre la incidencia de traumatismo perineal.
- 2) Relacionar peso del recién nacido y tipo de desgarro?

POBLACIÓN, MATRIAL Y MÉTODO

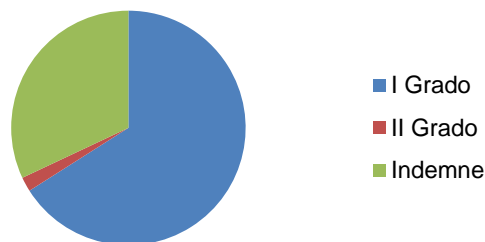
Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Los datos fueron recopilados de las historias clínicas. Se estudiaron 125 embarazadas Primíparas cuyos obstetras no realizan episiotomía de rutina.

Se analizaron las siguientes variables: Masaje perineal, pujo tardío y peso del recién nacido.

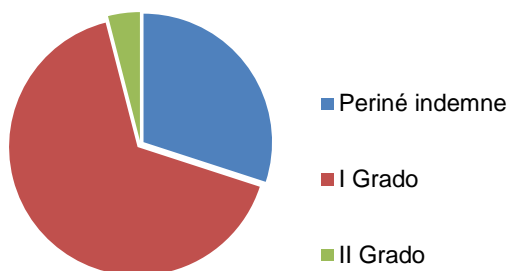
Primíparas



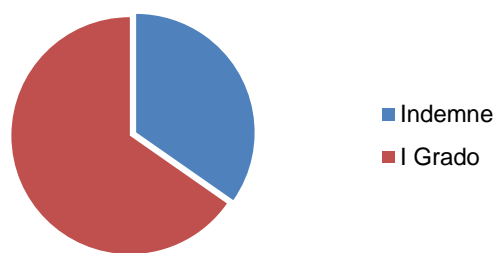
Tipos de Lesión



Masajes Perineales vs Lesiones



Pujos Tardíos vs Lesiones



RESULTADOS

Se realizaron 96 partos sin episiotomía (75%). En estas pacientes se observó Desgarros en un 68%; siendo los mismos de I grado 97% y 3% de II Grado. Ningún caso de III y IV grado. Periné indemne 32%. No se encontraron diferencias entre el grupo que realizó masaje perineal y al que se le indicaron pujos tardíos para distender el periné. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3275gramos.

CONCLUSIÓN

La limitación del uso de la episiotomía a indicaciones estrictas tiene una serie de beneficios: Menos traumatismo perineal posterior y necesidad de sutura. El uso de pujos tardíos y masajes perineales se asocian a una reducción de traumatismos perineales de II, III y IV Grado. Por lo tanto, se les puede ofrecer estas técnicas a las embarazadas. Se recomienda el uso de episiotomía restrictiva en lugar de episiotomía de rutina.

MOLA HIDATIFORME: ANÁLISIS CRÍTICO DE LA METODOLOGÍA DIAGNÓSTICA IMPLEMENTADA EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Bevilacqua, José; Merino, Adriana; Sgarzini, Celeste; Cerignale, Florencia; Ostrowsky, Carlos; Scursoni, Alejandra

Servicios de Ginecología y Anatomía Patológica. Hospital Iriarte de Quilmes

INTRODUCCIÓN: Se define a la mola hidatiforme (MH) como una alteración degenerativa del tejido placentario, la cual puede ser parcial o completa según esté o no presente el feto. Las diferentes Sociedades Científicas sugieren la realización de estudios diagnósticos complementarios tales como: a-Análisis de rutina, con hepatograma, estudio de coagulación, conteo de plaquetas, entre otros, b-Dosaje cuantitativo de B-HCG, c-Ecografía ginecológica (método de elección), d-Rx de tórax - ecografía abdominal para descartar enfermedad metastásica pulmonar o hepática y solo en caso de síntomas focales se solicitarán otros estudios como TAC o RMN. Y la pregunta a formularnos es : ¿Cumplimos con las normas de diagnóstico propuestas por dichas Sociedades?

OBJETIVO: Efectuar una revisión crítica de la metodología diagnóstica llevada a cabo en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de 15 casos de MH diagnosticadas en nuestro hospital entre el 01-01-2012 y el 31-12-2016. Se excluyeron 6 casos, 5 de ellos por datos insuficientes en la historia clínica y 1 por presentar patología mayor en el diagnóstico histológico final (Coriocarcinoma). En el siguiente cuadro se señalan el número y porcentaje de pacientes sometidas a estudios complementarios.

RESULTADOS: MOLA HIDATIFORME (n: 15 casos)

VARIABLES	PREEVACUATORIO	POSTEVACUATORIO	OBSERVACIONES
HTO, Hb., G. Bl.	15/15 (100%)	11/15 (73%)	10/15 (66%) anémicas
Plaquetas	11/15 (73%)	10/15 (66%)	Sin alteraciones (S.A.)
FA/ Bil. D y T.	8/15 (53%)	9/15 (60%)	S. A.
GOT-GPT	7/15 (46%)	11/15 (73%)	S.A.
PROTROMBINA	13/15 (86%)	1/15 (6,6%)	S.A.
TSH-T4 l.	0/15 (0%)	6/15 (40%)	S.A.
RX DE TÓRAX	2/15 (13%)	7/15 (46%)	No efectuadas:6/15
ECO ABDOMEN	0/15 (0%)	9/15 (60%)	No efectuadas: 6/15
SUB. B-HCG	12/15 (80%)	14/15 (93%)	Preevacuatorio 10 c. c/ valores > 100.000 mui/ml. Postevac. 5 c. con similares valores.
TAC COMPLETA	0/15 (0%)	6/15 (40%)	S.A.
ECO GINECOL.	Previa a intern.: 12c (11 comp. con MOLA) Al internarse: 4c (3 comp. con MOLA)	12 c. (7c resultado normal, 3 comp. con MOLA, 2 c/imagen de restos ovulares)	N° total de estudios realizados: 1: 4c, 2: 1c, 3 o más: 10 c.

CONCLUSIONES: 1-El estudio de laboratorio menos efectuado fue el dosaje de TSH-T4 libre. 2-Pese a que el 100% de las pacientes fue sometida a cirugía (AMEU/RUE), solo 2 (13%) realizaron Rx de tórax como estudio prequirúrgico.

3-La ecografía abdominal fue el estudio más tardíamente efectuado.

4-Creemos haber cumplido con la mayoría de los estudios requeridos por las guías de diagnóstico y tratamiento vigentes.

REINCIDENCIA DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN LA MATERNIDAD DEL HZGA "DR. A. BALESTRINI"

Autores: Lic. Obst. Bombací, M. Luz Lic. Obst. Córdoba, Tamara G. Lic. Obst. Mitro M. Belén Lic. Obst. Sánchez, M. José, Lic. Obst. Sosa M. Del Valle
Lic. Obst. Kityk, M. Agustina

Objetivos

Describir la reincidencia de embarazo adolescente en el Hospital General Zonal de Agudos Dr. Alberto Balestrini en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2016 al 31 de diciembre del mismo año.

Material y Métodos

El diseño del estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y longitudinal.

El tipo de muestreo es probabilístico aleatorizado simple.

Resultados

El tamaño de la muestra obtenida es 328 adolescentes de las cuales 110 cumplen los criterios de elegibilidad (n=110).

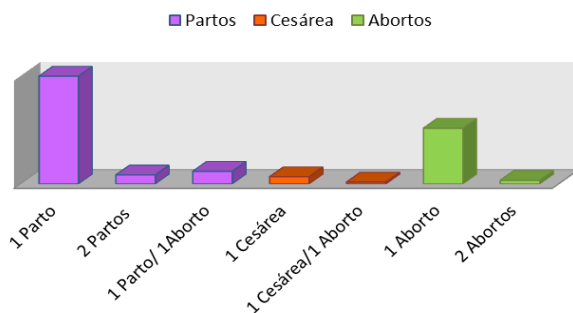
De los porcentajes que se reflejaron, el 65,4% no usaba método anticonceptivo durante las relaciones sexuales, del resto un 13,6% utilizaba anticoncepción hormonal y solo un 7% barrera.

Del total de adolescentes de nuestra muestra, se arrojó un 63,6% de embarazo no planeado.

Imágenes

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS	NUMERO DE PACIENTES	%	IC (95%)
ESCOLARIDAD			
NINGUNO	2	1,81	0.2% - 6.4%
PRIMARIO	36	32,72	24% - 42.3%
SECUNDARIO	68	61,81	52% - 70.9%
UNIVERSITARIO	0	0	
SIN DATO	4	3,63	0.9% - 9%
ESTADO CIVIL			
UNIÓN ESTABLE	86	78,18	69.2% - 85.5%
SOLTERO	17	15,45	9.2% - 23.6%
CASADO	0	0	
OTRO	7	6,36	2.5% - 12.6%

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



Conclusiones

Los factores reproductivos y sociales de riesgo para la reincidencia de embarazo adolescente en la presente investigación, demostraron que hay un gran porcentaje que no ha planeado el embarazo, sin embargo la mayoría se encuentra escolarizado y en unión estable con una pareja, quienes por lo general toman decisiones mutuas e informadas, proyectándose para el futuro. Frente a estos resultados, el equipo del Hospital planteó nuevas estrategias en lo que respecta a la salud reproductiva de la mujer, haciendo hincapié en esta etapa etaria antes planteada.

VÍA DE FINALIZACIÓN POST CESÁREA ABDOMINAL

“No condicionemos la vía de nacimiento”

Autores: Lic. Obst. Bombací, M. Luz Lic. Obst. Córdoba, Tamara G. Lic. Obst. Mitro M. Belén Lic. Obst. Sánchez, M. José, Lic. Obst. Díaz Estefanía G. Lic. Obst. Kityk, M. Agustina

Objetivos

Analizar los resultados obstétricos en pacientes que presenten como antecedente una cesárea previa y que hayan iniciado el trabajo de parto en el embarazo actual, dentro del marco de Maternidad Segura y Centrada en la Familia.

Material y Métodos

El diseño del estudio fue descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

La muestra fue Probabilística, aleatorizada simple.

Resultados

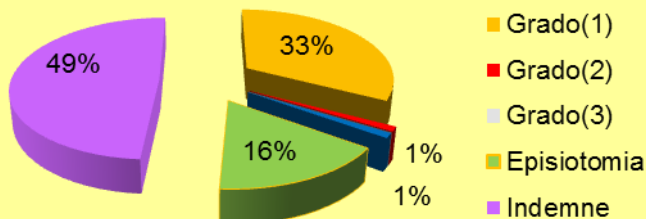
El tamaño de la muestra obtenida fue de 110 púerperas de parto normal presentaban como antecedente una cesárea anterior iniciando el trabajo de parto espontáneamente con feto único en presentación cefálica, de las cuales 92 tuvieron un parto vaginal.

Los porcentajes que se reflejaron dentro de las prácticas de MSCF, un gran número estuvo acompañada por su pareja en el momento del trabajo de parto (56.4%) y un 28.2% por un familiar a elección.

Del total de púerperas de la muestra el 92.4% eligió estar acostada durante el parto, mientras que solo el 6.5% prefirió la posición vertical.

Imágenes

Evaluación del Periné



Resultados Obstétricos	Número de Pacientes	%	IC 95%	
VÍA DE FINALIZACIÓN				
Parto Vaginal	92	83.7%	75.3%	90%
Cesárea Abdominal	15	13.6%	7.8%	21.5%
Parto Forcípil	0	-		
Sin Dato	3	2.7%	0.54%	7.7%
PARIDAD EN PARTOS VAGINALES				
Nulíparas	31	33.7%	19.9%	37.5%
Múltiparas	61	66.3%	45.6%	64.9%
ROTURA UTERINA				
Si	0	-		
No	110	100%	96.7%	100%

Conclusiones

Podemos concluir que hay un alto el porcentaje de P.V después de una cesárea anterior. El iniciar el trabajo de parto representa un beneficio para la salud de la mujer y el feto, lo que le permite empoderarse en el acto natural de "parir. Estos resultados resultan beneficiosos también para el sistema de salud, disminuyendo costos, recursos medicamentosos y humano.

No se observan diferencias respecto a los resultados maternos de aquellas mujeres que no presentan en su historial obstétrico una cesárea anterior.

La experiencia de este hospital dentro del marco de MSCF promueve Prácticas Seguras, Contacto Piel a Piel (C.O.P.A.P.), respeto del proceso fisiológico del trabajo de parto y promoción de la lactancia materna en la primera hora de vida del neonato.



XI CONGRESO ARGENTINO DE CONTROVERSIAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Servicio Obstetricia. Hospital D. F. Santojanni Presentación de dos casos de acretismo en el primer trimestre.

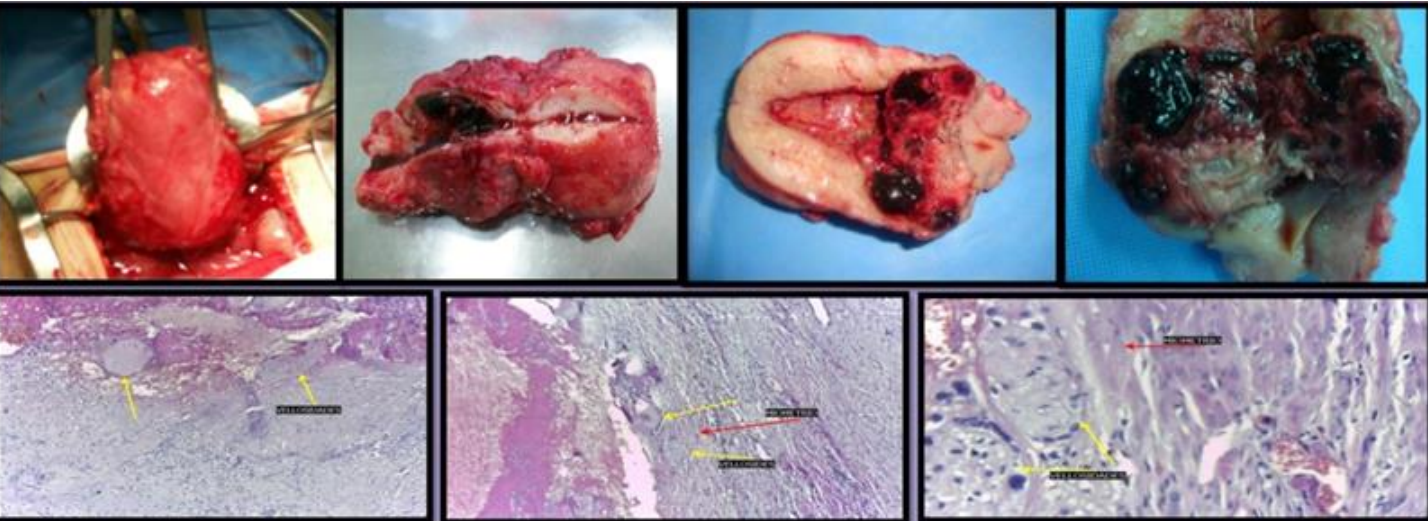
Autores: Vico Francia, Nadia; Bressan Farina, Gustavo,; Pérez de San Román, Florencia; Pereyra, Anabella; Davison, Héctor; Glassmann, Rocío

Introducción: En los últimos años la frecuencia del acretismo placentario se ha incrementado por el aumento de la tasa de cesáreas. Las complicaciones por anomalías en la implantación placentaria durante el 1er trimestre del embarazo no son frecuentes.

Objetivos: Presentación de dos casos de anomalía de implantación placentaria en el 1er trimestre.

Caso 1: Paciente de 29 años, G5P1C2Ab1, 11.5 semanas por FUM y eco 9.3 Comenzó con metrorragia, en la ecografía se observó imagen compatible con ETG. GCH β cuantitativa seriada en descenso. La paciente continuó con hemorragia persistente. En angiografía se observaron abundantes lagos venosos. Se realizó laparotomía exploradora: útero aumentado de tamaño a expensas de formación intrauterina de localización ístmica vascularizada. Se realizó histerectomía total. Anatomía patológica: implantación anómala de restos ovulares, que compromete todo el miometrio.

Caso 2: Paciente de 23 años G3C2 diagnóstico: HMyR 9.5 semanas por FUM, con dos tratamientos farmacológicos fallidos. Se realizó RUET bajo guía ecográfica, se constató abundante metrorragia incoercible. Se decide laparotomía exploradora: a nivel de la cicatriz, aumento de la vascularización con debilidad de pared uterina. Se reseca área y se observa material trofoblástico friable, adherido a cicatriz anterior. AP: R.O. en contacto con miometrio.



Aporte: Incorporación de los trastornos adherenciales entre los diagnósticos diferenciales de las metrorragias del primer trimestre.

Conclusión: Durante el primer trimestre la presentación del acretismo puede ser variable y, si bien es infrecuente, el notable aumento de la tasa de cesáreas hace que se considere cada vez más como diagnóstico diferencial en las metrorragias incoercibles, especialmente en pacientes con factores de riesgo.

Bibliografía: Placenta acreta en el primer trimestre de la gestación: presentación de dos casos y revisión de la literatura. Lilia M. Sánchez B., Edith Ángel Müller. 2000. Acretismo placentario, un problema en aumento. El diagnóstico oportuno como éxito del tratamiento. Marcelo Fidas Noguera Sánchez. Samuel. 2013

Transición del modelo de sala de partos tradicional al de sala de Trabajo de parto, Parto y Recuperación.

Poster N°



TIGRE
MUNICIPIO

Hospital materno infantil Dr. Florencio Escardó

Jefe de servicio: Dr. Lucas Molina.

Autores: Licenciadas obstétricas Baltar, Itatí; Carthy, Delfina; De Luca, Luciana; Domínguez, Valentina; Jaxa, Karen; Maisy, Érica; Rodríguez, Martina; Stefanini, Eliana.

Introducción: El modelo tradicional de asistencia del trabajo de parto ubica cada uno de los períodos en locaciones distintas. Este modo presenta desventajas como la separación de la mujer de su grupo o persona continente; mayor disponibilidad de recurso humano, ropa y materiales; más tareas de limpieza y esterilización; y, por sobre todas las cosas, atemoriza a la mujer por el frecuente cambio de un lugar desconocido a otro donde siempre predomina una ambientación hospitalaria que remite al concepto de enfermedad.

Las salas de TPR (trabajo de parto, parto y recuperación), surgen como una alternativa, facilitando el ingreso de la familia/acompañante y permitiendo la utilización de tecnología necesaria en el momento requerido.

Resultados: La mitad de los profesionales (48,6%) tienen experiencia en salas de TPR, número que coincide con aquellos a los que la adaptación les resultó fácil. Los inconvenientes principales fueron la sensación de falta de control de lo que sucede en las distintas salas y la mayor presencia de acompañantes, ambos con un porcentaje similar (52,8 y 47,2%, respectivamente). Así mismo, más de la mitad de los participantes consideran importante la capacitación para trabajar de este modo (59,5%) y un 86,5% se sintió motivado al conocer el cambio edilicio que permitió este tipo de atención.

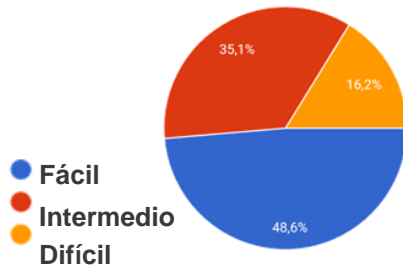
Este nuevo enfoque refuerza los principios del modelo Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) al considerar al parto como un acontecimiento normal de la especie y no como un acto médico-quirúrgico.

Objetivo: Determinar la percepción de los profesionales a partir de la transición desde las salas de partos tradicionales a las salas de TPR.

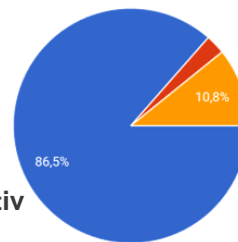
Materiales, métodos y población: Se realizó una encuesta a los profesionales del servicio de obstetricia que se desempeñan en la guardia (tocoginecólogos, obstétricas y residentes; n=37 – 22 obstétricas, 14 médicos y 1 sin dato-) que han trabajado con la modalidad de sala de partos tradicional.

El proceso de adaptación le resultó

¿Le motivaba la idea de trabajar en salas TPR?



● Si
● No
● No tenía expectativa al respecto

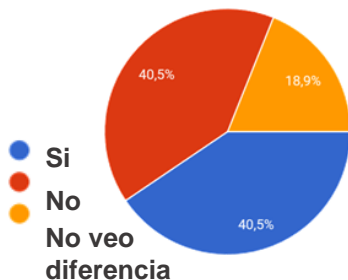


El 45,9% de los profesionales considera que este modo de trabajo disminuye la necesidad de intervención. El 40,5% opina que la presencia de acompañantes es beneficiosa ante una urgencia, mientras que igual porcentaje cree que no lo es y el 18,9% no ve diferencia. Casi la totalidad de los encuestados observa un mayor grado de satisfacción en las mujeres y sus familias (97,3%). Finalmente sólo 7 de los 37 participantes volvería al modelo anterior (18,9%).

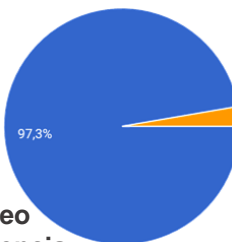
Ante urgencias ¿Considera la presencia de acompañantes beneficiosa para la labor médica?

¿Observa un mayor grado de satisfacción en las mujeres y sus familias?

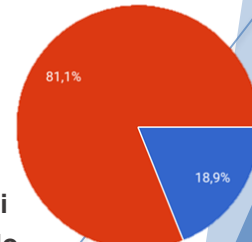
¿Volvería al modelo de trabajo anterior?



● Si
● No veo diferencia



● Si
● No



Conclusión: La transición desde las salas de parto tradicionales a las salas TPR ha sido bien aceptada por la mayoría del equipo profesional. Creemos que factores como la deambulación y el acompañamiento, que son posibles por la nueva infraestructura, traen aparejados beneficios en el trabajo de parto y parto, como reducción de las intervenciones y mayor satisfacción de la mujer y su familia. A su vez, debemos continuar trabajando para el cambio de la percepción negativa que genera la presencia de los acompañantes durante urgencias y reforzando el trabajo en esta modalidad desde la capacitación continua.

A.A.C.O.G.
Asociación Argentina
de Controversias en
Obstetricia y Ginecología
A.A.C.O.G. - Argentina

9° Congreso Internacional
11° Congreso Argentino de
Controversias en Ginecología y
Obstetricia

Acompañamiento en Lactancia Materna. A propósito de un caso

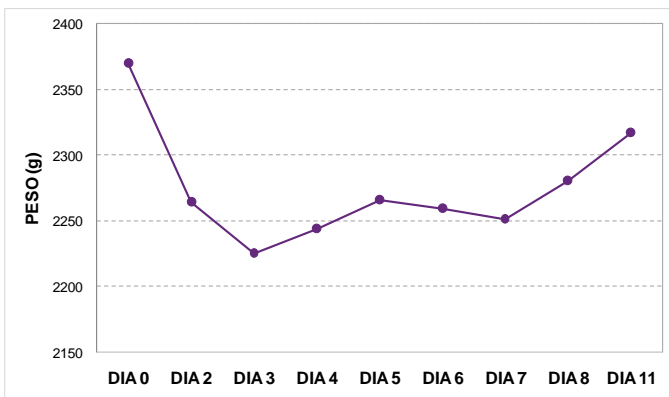
Kuffner, Juliana; Flores Arce, Jesica; Greco, Guillermo; Insúa, Karen; Pizzo, Carolina; Urrutia, Marcela.
Hospital Magdalena V. de Martinez

OBJETIVOS: Lograr la instalación de la Lactancia Materna (LM) en un bebé prematuro. Identificar y describir los procesos que sucedieron entre el binomio madre e hijo y las obstétricas presentes en este caso. Describir la evolución del aumento ponderal del recién nacido. Describir los factores de riesgo que fueron observados en la instalación de la LM y su seguimiento. Análisis FODA.

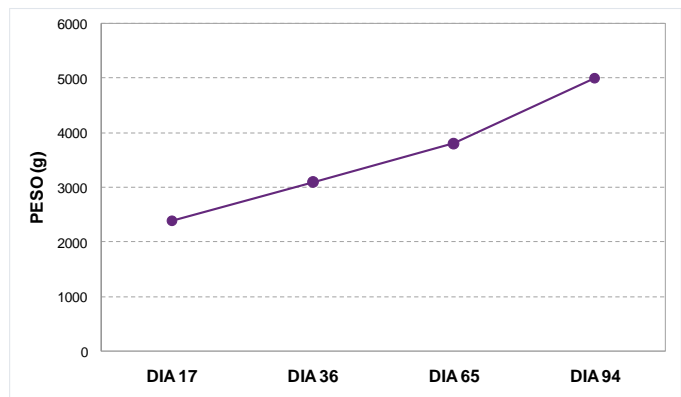
MATERIALES Y MÉTODOS: Se realizó un estudio a propósito de un caso, observacional, mixto, longitudinal durante el periodo 3 de Mayo al 4 de Agosto del 2016. Se utilizó la historia clínica perinatal y la historia clínica de lactancia del servicio.

Karen, 20 años de edad, GI P0. Derivada al establecimiento el 29 de Abril del 2016, con diagnóstico de RPM, EG 33 semanas. Parto eutócico el día 01/05/16. Su bebé, Braiton, nació con un capurro de 34 semanas y pesó 2370 g, Apgar 9/10. Por su prematurez tardía requirió internación neonatal para lograr aumentar su peso inicial. Karen comenzó a amamantar el día 03/05/16, desde entonces comenzamos su seguimiento.

RESULTADOS: Se observó un incremento de peso del recién nacido de manera exponencial. Durante la internación neonatal, de 10 días, incrementó su peso en 92 g (promedio 9,2 g/día). Durante el seguimiento en el consultorio de LM, incrementó 39 g/día en sus tres primeros meses. Un total de 2683 g.



Variación del peso de Braiton durante la internación.

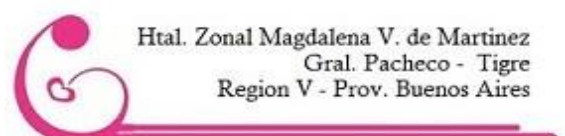


Seguimiento del peso de Braiton en el consultorio.

CONCLUSIONES: La capacitación, formación y crecimiento en consejería en LM es uno de los pilares más importantes en nuestra profesión y al cual se le dedica importancia desde el momento en que el RN es colocado en el pecho de la madre. Luego del presente caso, desempeñamos nuestras actividades de consejería y asesoramiento en el Servicio de Neonatología, apoyando y acompañando a las madres que se encuentran en la misma situación. Además los recursos que utilizamos como Licenciadas Obstétricas fueron eficaces para la instalación y continuidad de la LM superando las barreras que dificultaron el amamantamiento y fortaleciendo el vínculo en el binomio madre-hijo.

F	D
O	A

Residencia Lic. en Obstetricia



Abordaje Laparoscópico de Embarazo Ectópico Cornual posterior a salpingectomía. Reporte de Caso.

Autores: GUALLAN F; RATTO MC; VALENCIA JARAMILLO V; RAMILO TP; HABICH D; CASTAÑO RE; ILLIA R.
SERVICIO DE GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA. HOSPITAL ALEMAN DE BUENOS AIRES.

INTRODUCCION

El embarazo ectópico cornual (EEC) es una rara forma de embarazo ectópico y con riesgos potenciales. Muchos de estos casos aún hoy en día son convertidos a laparotomía debido a la preocupación por las dificultades técnicas y los riesgos de excesivo sangrado intraoperatorio.

Presentamos un inusual caso de un EEC en una paciente con diagnóstico de infertilidad y embarazo concebido por FIV, el cuál fue manejado por abordaje laparoscópico.

CASO CLINICO

Paciente de 40 años, nuligesta, con antecedentes de anexectomía en 2 oportunidades en la juventud por torsión de ovario por patología tumoral benigna en ambas ocasiones. Se realiza el 5/7/17 tratamiento de FIV. Concurre el 30/7/17 con cuadro de dolor pelviano y spotting.

Laboratorio al ingreso: hto 41% Hb 14 g/dl. GB 8500. Sub Beta: 3100.

Se realiza Eco TV que informa: Endometrio de 8 mm. En región cornual izquierda se observa saco gestacional que contiene embrión de 2,3 mm con actividad cardíaca positiva.



Se realizó abordaje Laparoscópico. Se efectuó una resección cornual desde la base de implantación con hemostasia minuciosa, con monopolar (Hook). Esto hizo que haya mínima hemorragia

sin complicaciones intraoperatorias. Posteriormente se realiza coagulación minuciosa de lecho con bipolar.

La paciente evolucionó favorablemente, se otorgó el alta a las 12 hs. del postoperatorio, sin requerimientos de tratamientos adicionales.



DISCUSION

Tradicionalmente los EEC eran tratados con laparotomía y resección en cuña del cuerno uterino o incluso histerectomía. Con el avance de la cirugía mínimamente invasiva, el abordaje laparoscópico ofrece una opción valiosa.

En la actualidad no existe consenso en cuanto a cuál es el tratamiento más aconsejable. Podemos dividirlos en quirúrgicos o no quirúrgicos. Entre los primeros se han descrito: cornuostomía, salpingostomía, Endoloop, incisión miometrial con aspiración del trofoblasto y la evacuación guiada por histeroscopia. Entre los tratamientos médicos el más difundido es la inyección intrasacular de metotrexato o cloruro de sodio.

CONCLUSION

El embarazo cornual es una localización muy poco frecuente, con alta morbimortalidad materna, por lo que debe realizarse un diagnóstico precoz para evitar complicaciones y en lo posible un abordaje mínimamente invasivo de ser factible.

Lactancia Materna Ineficaz: Prevalencia y Factores Asociados.

Dimeo, Yesica; Francisconi Maria F; Ghironi Marisa; Gorrochategui, Victoria; Sterkel, Yanela

INTRODUCCIÓN.

La evidencia sobre los beneficios de la lactancia materna ya está disponible. Sabemos que ayuda a la supervivencia y desarrollo del infante, tiene beneficios para la salud a largo plazo de las mujeres y sus hijos, ofrece beneficios económicos y medioambientales.

El tiempo óptimo de duración de la lactancia materna exclusiva (LME), es un punto importante de la salud pública. La OMS, la recomienda durante los primeros 6 meses de vida, seguida de la introducción de alimentos complementarios, manteniéndola hasta los dos años o más.

La duración promedio de la LME en Argentina es de 2 meses. Si bien un 95% de los RN reciben leche materna, solo un 54% lo prolonga hasta los 6 meses de vida y un 30% luego de este periodo.

OBJETIVOS.

- ✓ Determinar porcentaje de LME al alta médica transitoria y a los 10 días de puerperio.
- ✓ Principales causas de complementación o abandono de la LME.
- ✓ Determinar si la vía de finalización del embarazo influye en el comienzo de la LM dentro de la 1º hora de vida.

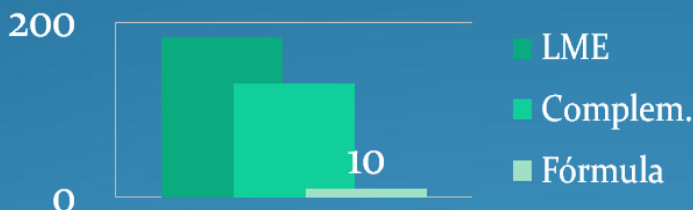
MATERIAL Y MÉTODOS.

El siguiente es un estudio de tipo observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo.

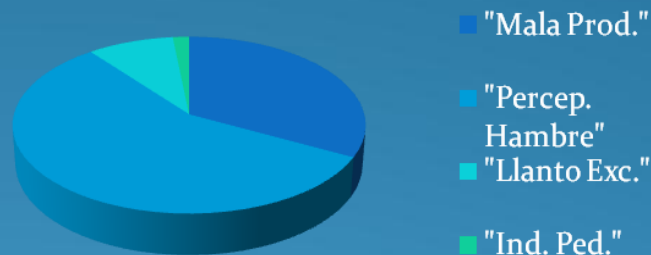
Se investigaron 323 pacientes de un total de 372 nacimientos en el periodo que va del 1 de Enero de 2017 al 30 de Junio de 2017 en el Hospital Materno – Infantil Argentina Diego de Azul. Se incluyeron RN de término, sin patología asociada, de madres sin contraindicaciones para amamantar. Se excluyeron RN prematuros (46), madres HIV + (1), labio leporino (1), SALAM (1). Se realizó la investigación a partir de la revisión de HC maternas en consultorio de puerperio y de las de los RN.

RESULTADOS.

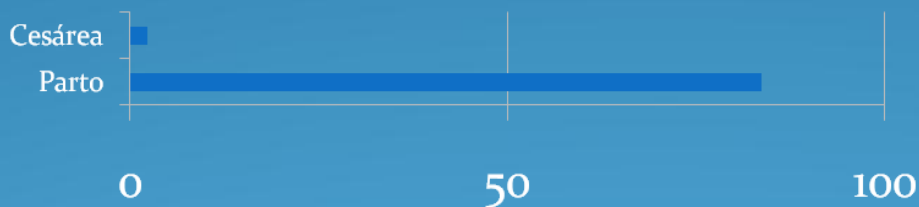
LM al alta: 100%. LM a los 10 días:



Causas Referidas Compl./Abandono



Comienzo LM 1º hora de vida



CONCLUSION.

Si bien hemos logrado una excelente adhesión a la LM al alta médica transitoria, los resultados no se han mantenido en el tiempo. Se ha evidenciado que parte significativa de la falla en la continuidad de la LM recae sobre los profesionales de salud, quienes no brindamos adecuado seguimiento y complementación injustificada.

Desde la Residencia de Obstétricas de nuestra institución, hemos inaugurado un consultorio de Lactancia, como consecuencia de los resultados obtenidos con este estudio, esperando encontrar mejoras estadísticas.



EMBARAZO 41 SEMANAS. NUESTROS RESULTADOS PERINATALES.

Autores: Rusman N, Santarella C, Baquerizo N, Iuliano V, Devalle S, Macchi S, Carbone J, Gresta C.

La definición de embarazo cronológicamente prolongado es discutido; y varía de las 41 a 43 semanas de gestación. La morbimortalidad perinatal y materna se incrementa a partir de las 41 semanas. Se ha asociado a mayor Incidencia de cesáreas, que es el doble respecto de las de término. Además, las lesiones cervicales, vaginales y perineales están aumentadas por la mayor incidencia de fetos macrosómicos y partos instrumentales. El 30% de los neonatos de posttérmino superan los 4.000 g, lo que lleva a partos más prolongados y dificultosos. Como consecuencia de ello, se incrementan la desproporción, la distocia de hombros y la asfixia. El hallazgo de meconio se asocia a estos embarazos en un 25 al 30% de los casos.

En nuestro servicio, tomamos como conducta la internación de las pacientes cuando cumplen las 41 semanas de embarazo, ya sea por fecha de última menstruación (FUM) o por ecografía precoz. Se realiza evaluación obstétrica y se define la vía de finalización y el eventual método de inducción al trabajo de parto.

Se realizó la revisión de historias clínicas de 160 pacientes entre el período 2014-2016, que ingresaron con diagnóstico de 41 semanas.

Entre las variables a analizar encontramos: edad promedio, antecedentes obstétricos, la vía de finalización, resultados neonatales, entre otros.

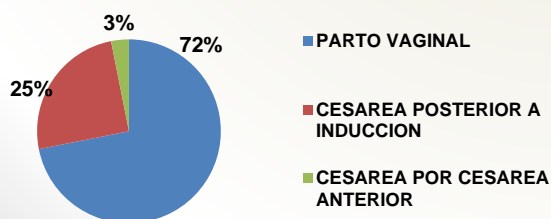
Durante este período, se internaron 160 pacientes con este diagnóstico. La edad promedio de las pacientes fue de 25,7 años, y sólo 2 de ellas, >40 años. Un 53,75% de ellas era nulípara (1).

La vía de finalización fue parto vaginal en un 72% (2), 1 sólo de ellas fue forcpal.

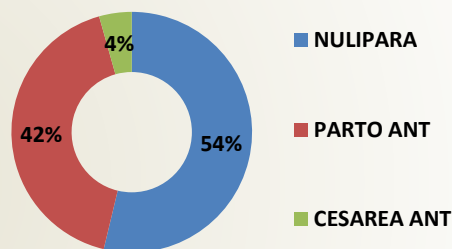
En cuanto a los resultados neonatales se encontró:

- En el 17% presencia de líquido amniótico meconial.
- El 54% fue sexo masculino.
- El 79%, puntaje Apgar 9/10. Sólo 2 requirieron reanimación.
- Peso Recién Nacido (RN) promedio: 3550 gr. Se constataron 18 (11,2%) RN \geq 4 kg, y sólo 4 \leq 2,7 kg.
- Capurro: promedio 40 semanas (3), sólo en 37,5% fue \geq 41 semanas .
- No se presentaron muertes neonatales.

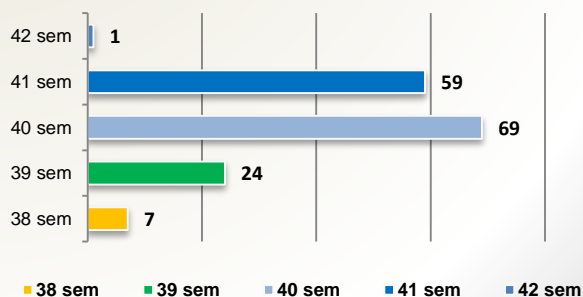
2. Vía de finalización



1. Antecedentes obstétricos



3. Capurro



Los embarazos de más de 41 semanas de gestación pueden presentar complicaciones tanto maternas como fetales. Es importante realizar una correcta confirmación de la edad gestacional, ya sea por FUM o bien por ultrasonido, con lo cual se requiere un control prenatal precoz. Creemos de crucial importancia realizar una vigilancia de la salud fetal desde las 41 semanas de embarazo, e intentar seleccionar adecuadamente la mejor vía de parto.

DIABETES GESTACIONAL: UN DEBATE PERMANENTE

Autores: Barbieri M. F., Ramborger C., Rodríguez K., Slonimsky E., Volpini A., Manau S., Cardoso M., Di Biase L.

Hospital de Agudos Parmenio Piñero, Servicio de Obstetricia.



OBJETIVOS

- Demostrar la falta de acuerdo en los valores de glucemia para establecer el diagnóstico de Diabetes Gestacional.
- Evidenciar discrepancias entre distintos consensos sobre el uso de la Hemoglobina Glicosilada como parámetro para el control glucémico.
- Evaluar el empleo de la medición ecográfica de la circunferencia abdominal fetal como guía para indicar insulino terapia y lograr disminuir el riesgo de macrosomía.

INTRODUCCIÓN

- La Diabetes Gestacional es una entidad que en los últimos años ha ido aumentando su prevalencia como consecuencia de un incremento en los casos de Obesidad y Diabetes Mellitus tipo 2, la aparición de esta patología a edades más tempranas, así como el aumento de embarazos a edades mayores.
- En la actualidad, el diagnóstico es un aspecto muy discutido sin un consenso unificado por las diferentes Sociedades Científicas. A raíz del aumento en la prevalencia y las complicaciones que genera tanto en la madre como en el recién nacido, es imperiosa la necesidad de un diagnóstico concreto, un tratamiento consensuado y eficaz, y un enfoque prioritario en su prevención.

MATERIALES

- Las guías de Diabetes utilizadas fueron las citadas a continuación:
 - Recomendaciones para gestantes con diabetes. Conclusiones del Consenso reunido por convocatoria del Comité de Diabetes y Embarazo de la SAD (2008).
 - Guía de manejo de la paciente con Diabetes Gestacional. SOGIBA 2010.
 - Consenso de Diabetes Gestacional. FASGO 9/2012.
 - Guía de diagnóstico y tratamiento de Diabetes Gestacional. ALAD 2016.
 - Programa de actualización en Ginecología y Obstetricia. PROAGO 1/2017.

Sociedad	P75	Glucemia en ayunas
SOGIBA	140	100
FASGO	153	92
ALAD	140	100

DISCUSIÓN

- Conociendo la falta de armonización entre las distintas Sociedades Científicas respecto a la definición y los puntos de corte utilizados en el diagnóstico de Diabetes Gestacional, así como la falta de criterios para la evaluación e inicio de tratamiento con insulina, en relación a la prevención de la incidencia de macrosomía fetal en gestantes diabéticas, surgen en la práctica cotidiana interrogantes que no encuentran respuesta en las guías anteriormente mencionadas.
- Es evidente que diferentes valores de corte de glucemia alteran la prevalencia de la enfermedad, no distinguiendo qué grupo de pacientes se beneficiarían con el seguimiento y cuáles generarían un gasto innecesario para la salud, por sobrediagnóstico.
- A pesar de las discrepancias, todas las sociedades promueven un objetivo final común que es la disminución de la macrosomía fetal, como marcador de éxito o fracaso en el seguimiento y tratamiento. Establecen para ello estrategias de prevención primaria preconcepcional y prevención secundaria para lograr un diagnóstico precoz de esta patología y evitar consecuencias para los recién nacidos y las generaciones sucesivas.
- Por muchos años y hasta la actualidad se ha utilizado el valor de la Hemoglobina Glicosilada como parámetro de control glucémico, sin embargo vemos que tampoco se llega a un consenso en este aspecto. A pesar de la existencia de trabajos que demuestran su inutilidad la mayoría de las guías mencionadas lo siguen utilizando.

CONCLUSIÓN

- A la luz de la diversidad étnica y regional en la prevalencia de Diabetes Gestacional y la necesidad de un mejor diagnóstico de esta entidad, no resulta práctico imponer estrategias y estándares universales para el diagnóstico, ya que cada país presenta su propia estadística y difiere de otros en cuanto a su tipo de población.
- A pesar de que el objetivo es compartido, el camino para lograrlo encuentra limitaciones y es por eso que vemos la obligación de lograr unificar criterios de diagnóstico, seguimiento y tratamiento a fin de que puedan ser utilizados por todas las maternidades de CABA, teniendo en cuenta que se maneja una población con similares características.

Autores: Justo M, Jordán S, Tatti D, Iuliano V, Fazio V, Gonzalez C, Macchi S, Gresta C.
Maternidad Htal. Gral. I. Pirovano.

INTRODUCCION

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) uterinas constituyen una patología infrecuente que da lugar a cuadros de metrorragia que pueden llegar a comprometer la vida de la paciente. Pueden ser congénitas o adquiridas. Estas últimas ocurren cuando un seno venoso queda incorporado en un proceso cicatrizal del miometrio después de la necrosis del vello coriónico en pacientes sometidas a cesárea o raspado uterino.

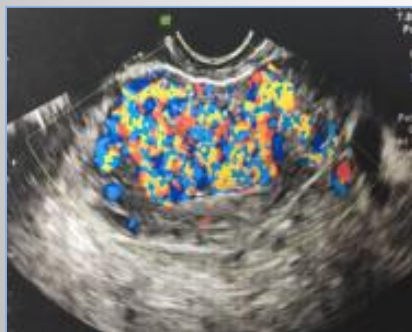
La causa permanece desconocida, aunque la existencia de una miometritis sincitial en el resultado del estudio anatomopatológico, nos hace pensar que existe cierto grado de invasión excesiva del tejido decidual, con reacción exagerada de la implantación placentaria.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta el caso de una paciente de 24 años, G2P1AB1, que consulta a nuestro servicio por presentar ginecorragia moderada e intermitente de 15 días de evolución, con falta de respuesta al tratamiento médico. Como antecedente de importancia, en diciembre de 2016 se le realizó aspiración manual endouterina en otro nosocomio por aborto incompleto, no adjuntando anatomía patológica. Se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

Eco TV (6/2/17): Útero de 79x46x68 mm, endometrio de 9 mm, heterogéneo. Interfase endometrio/miometrial no definida en concordancia con aumento de la vascularización a predominio de cara anterior de miometrio desde endometrio hasta serosa.



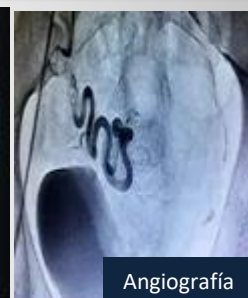
Eco-Doppler

SubB HCG: 12 UI/ml

RMN y Angiografía digital (8/02/17): Malformación vascular uterina con múltiples estructuras vasculares serpiginosas distribuidas en el miometrio, particularmente en cara anteroinferior aunque también en cara posterior. **Las estructuras vasculares dependen de arterias ilíacas.**



RMN



Angiografía



Pieza de HT

Se decide realización de **embolización y posterior histerectomía** por aumento de la intensidad de la metrorragia y descompensación hemodinámica de la paciente.

CONCLUSION

Las MAV uterinas, están asociadas a legrados uterinos, embarazos múltiples, trastornos de adhesión placentaria, afección corioplacentaria. La angioresonancia es un complemento ideal a la ecografía doppler ya que permite una mejor visualización de la anatomía y vasculatura genital y extragenital pelviana para poder así determinar la extensión de la fístula arteriovenosa. El tratamiento estándar consiste en el manejo expectante con o sin ergotónicos, la embolización o la histerectomía, estando el legrado uterino completamente contraindicado ya que puede desencadenar cuadros de sangrado profuso. El tratamiento debe evaluarse en cada caso en particular, teniendo en cuenta sintomatología, edad y deseo de paridad de la paciente.



PIELONEFRITIS Y EMBARAZO. NUESTRA CASUÍSTICA.

Autores: Rusman N, Bistritsky D, Juliano V, da Camara K, Gresta C.

La Pielonefritis (PNF) es una infección del tracto urinario acompañada de manifestaciones clínicas que sugieren afectación renal. Ocupa el primer lugar entre las causas no obstétricas de hospitalización en la gestante. Debe considerarse una complicación seria, puesto que es la principal causa de shock séptico y puede asociarse a trabajo de parto pretérmino y a retraso del crecimiento intrauterino (RCIU). La incidencia se sitúa entre el 1-2%. Es más común en el segundo (50%) y tercer trimestre (40%) que en el primero (10%). El riesgo de recurrencia durante la misma gestación es del 15%. Casi un tercio de las embarazadas que padecen PNF tendrán infecciones recurrentes y/o alteraciones renales estructurales en el futuro. Se conoce que E. coli es responsable de alrededor del 80% de los casos.

Se realizó una revisión de historias clínicas entre el período de abril 2015 a abril 2017; evaluando las características de las 41 pacientes ingresadas a la sala de Maternidad con diagnóstico de PNF.

Detectamos una incidencia de 1,2% de PNF en las embarazadas. El 55%, resultaron en el tercer trimestre de gestación (1). El germen hallado en el 70 % de las pacientes fue E. coli. Como antibioticoterapia empírica se utilizó Ampicilina-Sulbactam o Ceftriaxona; ajustándose según urocultivo y antibiograma; resultando ineficaz sólo en 4 casos. En 4 pacientes se diagnosticó amenaza de parto pretérmino concomitantemente con la infección urinaria, sin embargo sólo una de ellas presentó parto prematuro. El 93% de las pacientes presentó anemia ferropénica (2); 2 de ellas requirieron transfusión sanguínea. Cuatro mujeres presentaron recurrencia de la patología durante la gestación, y una durante el puerperio, por lo que se requirió una nueva internación. Cabe destacar que de las pacientes que completaron el seguimiento en nuestro Servicio, se encontraron varios resultados obstétricos desfavorables (3): 3 partos pretérmino, 1 absceso renal, 2 abortos, 2 RCIU, 2 oligoamnios, entre otros.

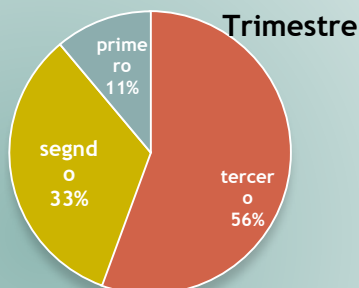


Gráfico 1. Incidencia según trimestre de gestación.

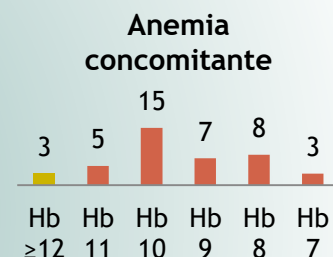


Gráfico 2. Incidencia de anemia, según severidad.

Comorbilidad

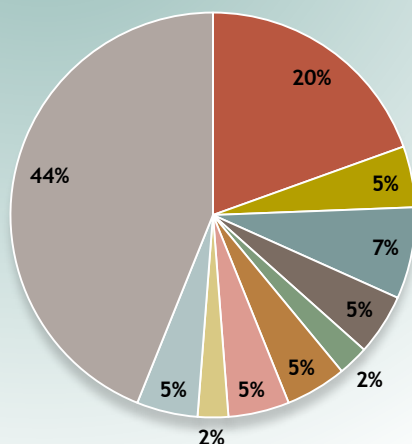


Gráfico 3. Complicaciones detectadas en nuestra casuística.

- Sin datos del parto: 8
- Abortos: 2
- Partos pretérmino: 3
- Transfusión: 2
- Absceso renal: 1
- RCIU: 2
- Oligoamnios: 2
- PNF en puerperio mediato: 1
- Recurrencia de PNF sin complicaciones obstétricas: 2
- Embarazo sin complicación: 20

Si bien el n de nuestra muestra no es amplio, cabe recalcar que la PNF puede mostrar una evolución variable y eventuales complicaciones. El diagnóstico precoz y el tratamiento instaurado en forma oportuna, pueden favorecer los resultados perinatales de nuestras pacientes.

INTRODUCCIÓN:

El implante subdérmico es un método anticonceptivo hormonal de larga duración solo de progestágenos, que se coloca debajo de la piel; en forma de pequeños cilindros de liberación prolongada. En Argentina se comercializa solo el que contiene etonorgestrel (68mg) con una duración de 3 años. Su principal mecanismo de acción es la inhibición de la ovulación, a demás del espesamiento del moco cervical, que impide el ascenso de los espermatozoides con un Índice de seguridad de 99,5% y recuperación de la fertilidad inmediata. En nuestro medio contamos con dicho método para aquellas pacientes entre 14 y 24 años, con o sin antecedentes obstétricos y/o mal medio social.

OBJETIVOS:

- * Describir el grupo etario y efectos adversos más frecuentes de las usuarias del implante subdérmico.
- * Determinar el grado de satisfacción con el método y causas de extracción.
- * Conocer el efecto adverso más frecuente en puerperas y no puerperas.

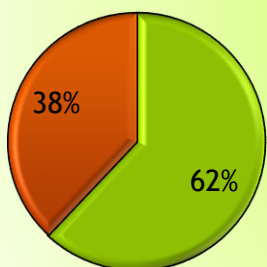
MATERIAL Y METODOS:

El siguiente es un trabajo analítico, descriptivo, transversal y retrospectivo. En el mismo se realizó revisión de historias clínicas y encuesta presencial o telefónica a 98 usuarias del implante subdérmico colocado en el HMI A. Diego de Azul del 1 de septiembre del 2015 al 30 abril 2017.

RESULTADOS:

Del total de las 98 usuarias de implantes colocados en estos 20 meses la edad media fue de 16 años, con un rango etario que oscilo entre 14 y 22 años. Acerca de los efectos adversos; se halló que la HUA fue el más frecuente en el 74% de los casos. Se determino que un 93% de las usuarias se encontraron satisfechas con el método y en aquellas que no; la principal causa de extracción fue el deseo genésico. En aquellas paciente puerperas (38%) el principal efecto adverso fue la amenorrea y para la las no puerperas (62%) el spotting.

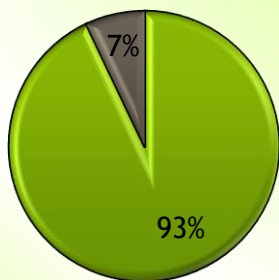
Población



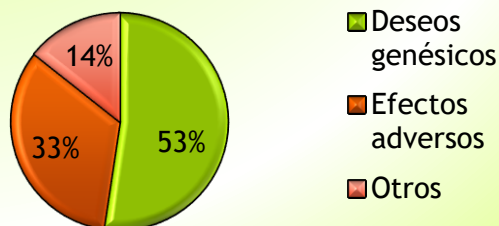
Efectos Adversos



Usuaris satisfechas



Causas de extracción



CONCLUSIÓN:

La mayoría de las usuarias con este método evaluadas en el presente estudio son adolescentes; de las cuales más de la mitad de ellas presentaban uno mas eventos obstétricos como antecedentes. Luego de una adecuada consejería en anticoncepción por el equipo de salud, resulto ser un método con un grado de satisfacción muy elevado. En cuanto a los efectos adversos el más frecuente fue la HUA con un 74%; no siendo esta la causa más frecuente de extracción, como así lo es el deseo genésico. Con el presente trabajo podemos concluir que las adolescentes son un grupo etario vulnerable y la anticoncepción de larga duración es una excelente herramienta para evitar los embarazos no deseados.



Zalazar LM¹, Vilas MA¹, Tardivo A¹, Damia AL¹, Rittler M², Aguirre MA¹

¹ Centro Nacional de Genética Médica "Dr. Eduardo E. Castilla", ANLIS, Argentina

² Hospital Materno-Infantil "Dr. Ramón Sardá"

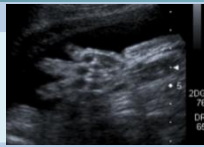
Las displasias esqueléticas (DE) constituyen un grupo heterogéneo de trastornos del crecimiento óseo y dan lugar a un esqueleto de forma y tamaño anormales. Presentan diferentes formas de herencia que condicionan riesgos de recurrencia distintos. El diagnóstico prenatal de estas patologías constituye un desafío por el escaso conocimiento de la historia natural de cada DE y su baja frecuencia, no obstante son responsables del 1 % de las muertes perinatales. Es importante llegar a un diagnóstico de sospecha prenatal, pronosticar la viabilidad fetal, hacer un primer asesoramiento y establecer una conducta. obstétrica.

OBJETIVO:

Discutir la importancia del diagnóstico prenatal de las DE para la toma de conducta y el asesoramiento genético, partiendo de tres casos evaluados por el Equipo de Diagnóstico Prenatal.

CASOS CLÍNICOS

PACIENTE 1: EG: 33,4 s. 3° embarazo de una pareja sana, no consanguínea. EM 36, EP 45 años.
Ecografía CNGM: EG: 33,4 s.



Cesárea. Apgar 9/10. RNT/PAEG.
P:3640 gr (p75) T:45.5 cm (p25)
PC:39 cm (p90)



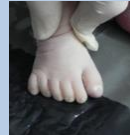
Diagnóstico de sospecha: **Acondroplasia**

Diagnóstico clínico radiológico postnatal:
Acondroplasia (MIM100800)

PACIENTE 2: EG: 31 s. Primer embarazo de una pareja sana, no consanguínea. EM 21, EP 21 años.
Ecografía CNGM: EG: 30.6 s.



Cesárea.
Apgar 4/6. RNT/PAEG. 39 semanas. P:4230 gr (p97).



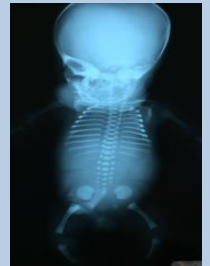
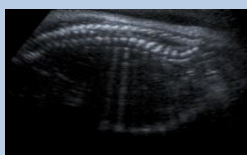
Diagnóstico de sospecha:
Displasia de costillas cortas/ polidactilia

Diagnóstico clínico radiológico postnatal:
Displasia ósea de costillas cortas/ polidactilia (MIM613091)

PACIENTE 3: EG: 26,2 s. Primer embarazo de una pareja sana, no consanguínea. EM 27, EP 35 años.
Ecografía CNGM: EG: 26,4 s.



Parto vaginal. Apgar 1/0. RNPT (35s)/PAEG
P:2kg (p10) T:30cm (-8DS) PC:30 cm (p25)



Diagnóstico de sospecha:
Displasia ósea no especificada

Diagnóstico clínico radiológico postnatal:
Hipocondrogénesis (MIM200610)

DISCUSIÓN

Existe un grupo de DE que puede ser sospechado prenatalmente y algunas de ellas condicionan la viabilidad fetal. Ciertos hallazgos ecográficos permiten suponer que se trata de una entidad de este grupo, pero el diagnóstico de certeza debe ser establecido al nacimiento. La escasa experiencia de los ecografistas en estas patologías hace necesaria la derivación oportuna a un servicio especializado. En todos los casos es imprescindible la evaluación clínico-radiológica postnatal por un médico genetista a fin de establecer el diagnóstico definitivo y completar el asesoramiento genético.

DIABETES GESTACIONAL. ESTUDIO POBLACIONAL. HOSPITAL INTERZONAL ESPECIALIZADO MATERNO INFANTIL VICTORIO TETAMANTI

AUTORES: Racciatti, L; Moscardi, N; Ugarte, M; Gazzoni, C; Arrue, M; Vismara, J.

INTRODUCCION

La diabetes gestacional se define como la intolerancia a los carbohidratos 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, restricción del crecimiento intrauterino, mayor trauma posparto, entre otros. Por falta de datos en nuestro medio, el objetivo de nuestro trabajo fue estimar la prevalencia de DG y describir las características clínicas de las pacientes con diagnóstico de DG que concurren a nuestro servicio, así como los resultados perinatales.

POBLACION

Mujeres embarazadas con diagnóstico de DG controladas en el servicio de obstetricia del hospital Interzonal Especializado Materno Infantil Victorio Tetamanti de la ciudad de Mar del Plata.

MATERIALES Y METODOS

Estudio retrospectivo de corte transversal. Se analizaron 89 historias clínicas de pacientes embarazadas con diagnóstico de DG controladas en nuestro servicio en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2016 al 1 de enero de 2017. Los criterios diagnósticos se basaron en los utilizados por ALAD y ADA. Las variables analizadas fueron: prevalencia, tipos de diabetes, edad materna, edad gestacional a la que se realizó el diagnóstico, factores de riesgo, entre otros.

RESULTADOS

En el año 2016 la prevalencia de DG en nuestro hospital fue del 1,85%. Del total de nuestras pacientes el 79% (70) resultaron ser diabéticas gestacionales y el 21% (19) diabéticas pregestacionales.

La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 31,81. El 49,25% fueron múltiparas mientras que el 23,88% y 26,86% fueron secundigestas y primigestas, respectivamente. El diagnóstico de diabetes se realizó a una edad promedio de 23,99 semanas de edad gestacional.

El 58% de las pacientes tenían diagnóstico de obesidad y el 18% presentaban sobrepeso, solo el 24% tenía un peso adecuado al comienzo del embarazo.

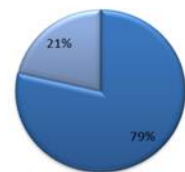
Al evaluar la vía de finalización observamos que tuvimos un 40,29% de partos y una 59,7% de cesáreas.

Con respecto a los resultados perinatales encontramos que la edad promedio de finalización fue de 37,69 semanas. El 82,08% eran de término, mientras que el 17,9% (12/67) eran pretérmino. El Apgar al minuto de vida de los recién nacidos se encontraba por encima de 8 en el 100% de los casos. Hubo 3 pacientes con diagnóstico de polihidramnios.

En relación al peso al nacer en el 80,59% de los recién nacidos presentaron un peso adecuado para la edad gestacional. Hubo 13 casos de macrosomía fetal, de los cuales en 4, las pacientes no realizaban el tratamiento correspondiente.

Cuadro 1. Diagnóstico

■ Gestacional ■ Pregestacional



Cuadro 2. IMC



CONCLUSIONES

La diabetes gestacional es una enfermedad con gran impacto en la salud materno-fetal cuya prevalencia se encuentra en aumento.

La obesidad presenta una prevalencia elevada y ésta junto con los trastornos hipertensivos están fuertemente asociados a la DG. Nuestros hallazgos fueron similares a los descritos en la literatura.

El abordaje de esta patología coloca a los equipos de trabajo multidisciplinario frente a un importante desafío que incluye dieta, educación, ejercicio y nuevas herramientas terapéuticas.



FACTORES DE RIESGO E INCIDENCIA DE PARTO PREMATURO EN NUESTRA MATERNIDAD.

Hospital D. F. Santojanni. 2017
CONGRESO A.A.C.O.G.

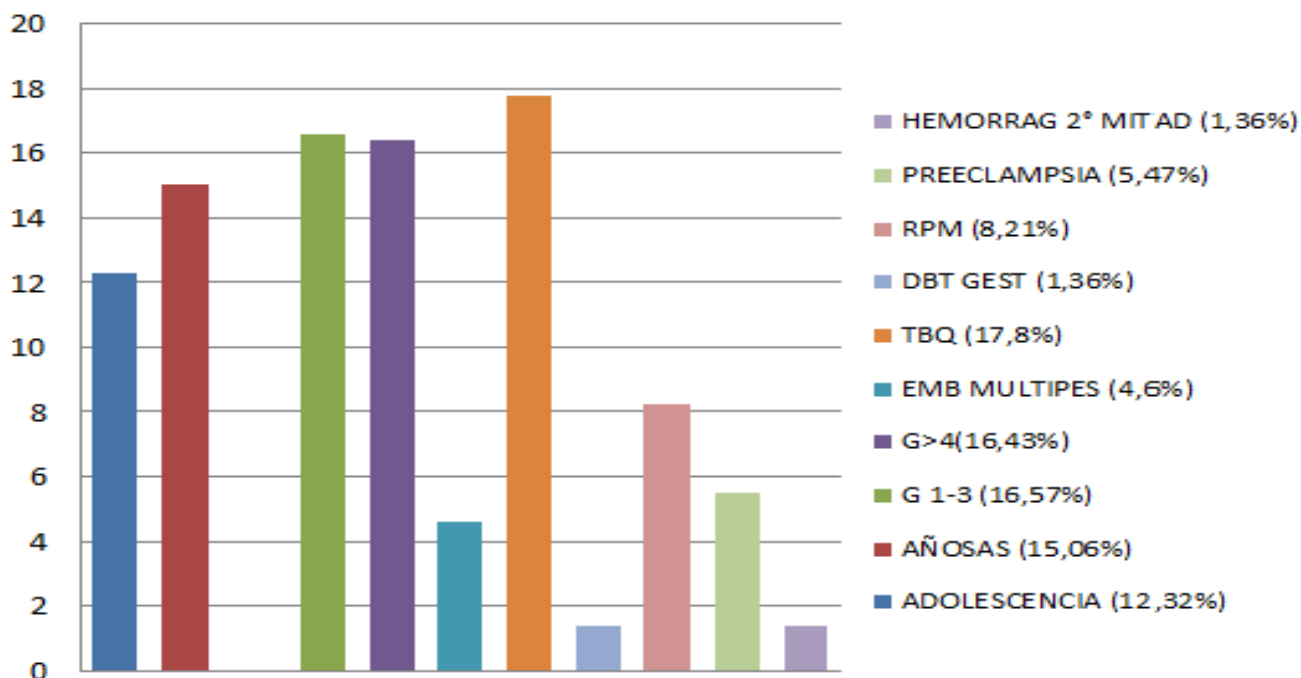
Autores: Speranza, Nicolas; Ricco, Gisele; Bressan Farina, Gustavo; Mazzeo, Silvina; Catalini, Ana

INTRODUCCION: El parto prematuro es aquel que ocurre antes que se completen las 37 semanas de gestación. Es el principal determinante de morbi-mortalidad neonatal y post neonatal, especialmente a edades gestacionales menores de 32 semanas. Representa 72.000 nacimientos al año y el 46% de la mortalidad infantil en menores de 1 año. Corresponde al 8.3% de los partos en nuestro país.

OBJETIVO : Analizar la incidencia de factores de riesgo en pacientes que tuvieron partos prematuros en nuestra Maternidad.

POBLACIÓN Y MÉTODOS: El estudio fue de tipo observacional, analítico, retrospectivo. En embarazadas de entre 24 y 36.6 semanas asistidas en el Hospital desde Junio 2016 a Junio 2017 que tuvieron partos prematuros en la Institución en el período estudiado. Se utilizó el Sistema Informático Perinatal (S. I. P.) para la obtención de datos. Las variables analizadas fueron Edad materna, paridad, presencia de Embarazo múltiple, Tabaquismo, patologías maternas asociadas, Rotura prematura de membranas (RPM), Hemorragias del 2º mitad.

RESULTADOS: De un total de 73 embarazadas que tuvieron Parto Prematuro período estudiado, se encontró la prevalencia de:



CONCLUSIONES

Concluimos como principales factores de riesgo de parto prematuro en nuestra población, la adolescencia y la edad materna mayor a 35 años, el hábito tabáquico y la rpm. Por lo que creemos de gran importancia reforzar las medidas de control prenatal en nuestra población de riesgo a fin de disminuir la incidencia de esta patología en nuestra institución.

Prevalencia e incidencia de toxoplasmosis

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA

Autores: Lic.Fernandez Salgueiro Julieta Mariel; Lic.Gallardo, Vanesa Lourdes;

 Lic.Gálvez, María Fernanda; Lic.Salazar, Wanda Lia; Lic.Varela, Luciana Noelia;

 Lic. Negri Claudia, Dr Hakim Alejandro

Introducción: La toxoplasmosis es una zoonosis transmitida por el parásito toxoplasma Gondii. Según la Guía de Prevención y Tratamiento de las Infecciones Congénitas y Perinatales del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2010, la prevalencia de infección es variable según la región de la que se trate, en CABA representa un 20%. Según el consenso argentino de prevención de toxoplasmosis congénita publicado en el año 2005, en la Argentina la incidencia de toxoplasmosis congénita se encuentra entre un 4,5 y 6,5 %, pero que al ofrecer tratamiento, esta cifra se reduce.

Justificación: Observando las estadísticas citadas y ante la falta de datos con respecto al abordaje y prevención de esta enfermedad, se vio la necesidad de estudiar en nuestra población la prevalencia e incidencia de toxoplasmosis e identificar el grupo susceptible de enfermedad.

Materiales y métodos: Estudio tipo observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Los datos fueron recopilados en planillas, a partir de la revisión de historias clínicas.

Población: Pacientes que finalizaron su embarazo en el Hospital J.M. Ramos Mejía, durante el periodo comprendido entre el 10 de enero de 2017 y el 30 de junio del mismo año.

Objetivos

General: Determinar la prevalencia e incidencia de toxoplasmosis en la población estudiada.

Específicos: Identificar características socio-demográficas. Porcentaje de pacientes con 5 o más controles. Dentro del grupo de pacientes con serología negativa o sin serología durante el control del embarazo, determinar el porcentaje que recibió pautas higiénico-dietéticas. Determinar el momento en el cual fue realizada la primer rutina para toxoplasmosis. Identificar el porcentaje de pacientes que realizaron más de una rutina para toxoplasmosis.

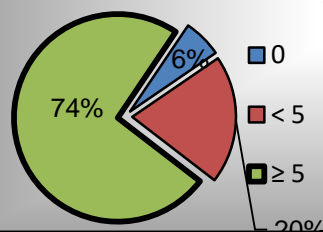
Resultados: Dentro del periodo estudiado se registraron 634 pacientes. Se presentaron dos casos de seroconversión durante el embarazo que fueron detectados durante el puerperio.

PREVALENCIA:
37,38% (IC95% 33,59-41,29)

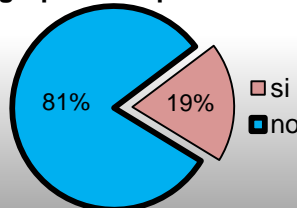
INCIDENCIA:
0.31% (IC95%0.035-1.13)

		VARIABLE	N: 634
CARACTERÍSTICAS SOCIDEMOGRÁFICAS	EDAD	19 o MENOS	68 10,73% (IC95% 8,42-13,41)
		20 A 34	493 77,76% (IC95% 74,31-80,95)
		35 o MAS	73 11,51% (IC95% 9,13-14,26)
	NACIONALIDAD	ARGENTINA	293 46,21% (IC95% 42,27-50,19)
		EXTRANJERA	341 53,78% (IC95% 49,80-57,73)
	EDUCACION	PRIMARIA INCOMPLETA	36 5,68% (IC95% 4-7,78)
		PRIMARIA COMPLETA	93 14,67% (IC95% 11,99-17,67)
		SECUNDARIA INCOMPLETA	233 36,75% (IC95% 32,98-40,65)
		SECUNDARIA COMPLETA	221 34,86% (IC95% 31,14-38,72)
	ESTADO CIVIL	UNIVERSITARIO	51 8,04% (IC95% 6,04-10,45)
		UNION ESTABLE	494 77,92% (IC95% 74,47-81,1)
		CASADA	47 7,41% (IC95% 5,49-9,74)
	GESTIPARIDAD	SOLTERA	93 14,67% (IC95% 11,99-17,67)
		SIN PARTO O CESAREA PREVIA	207 32,65% (IC95% 29-36,46)
		PARTO O CESAREA PREVIA	427 67,35% (IC95% 63,54-71)
	LUGAR DE CONTROL PRENATAL	HTAL RAMOS MEJIA	516 81,39% (IC95% 78,13-84,35)
		OTROS CABA	46 7,26% (IC95% 5,36-9,57)
		PROVINCIA	22 3,46% (IC95% 2,18-5,21)
OTROS		14 2,21% (IC95% 1,21-3,68)	
SIN CONTROL		36 5,68% (IC95% 4-7,78)	

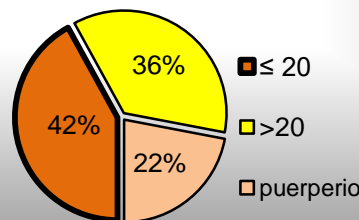
Nº de controles



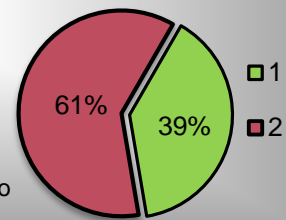
Pautas higiénico dietéticas en grupo susceptible n424



1º rutina



Nº de rutinas



Conclusión: Teniendo un porcentaje bajo (6,4%) de pacientes sin control, un 21,45% llego al puerperio con serología para toxoplasmosis desconocida, frente a esto consideramos necesaria la identificación, en futuros trabajos, de las barreras que dificultan o postergan la realización del estudio. Como ya sabemos, la única forma de prevención de contagio de la enfermedad es la aplicación de medidas higiénico- dietéticas que deberían ser brindadas a toda paciente cuya serología para toxoplasmosis sea negativa o desconocida en el momento del control prenatal, este grupo en nuestra muestra poblacional representa un 81,13% pero solo un 18,87% fue informada de dichas medidas, lo que refleja un vacío durante el control prenatal.

Interrupción Legal del Embarazo

¿Hasta que edad gestacional?

Autores: Souza Surdo A., Maciá H., Slonimsky E., Volpini Crespo A., Dra. Di Biase L.



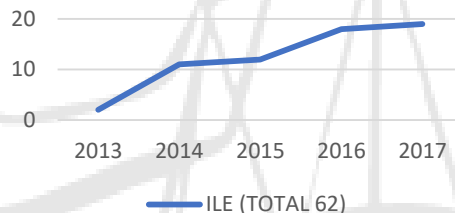
1. Objetivo

Plantear la dificultad que genera, en el accionar médico, la aplicación del Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo.

2. Introducción

En el servicio de Obstetricia del Hospital de Agudos Parmenio Piñero contamos con una estadística que evidencia el ascenso anual en el número de pacientes que solicitan el acceso a una interrupción legal del embarazo. Como consecuencia de este incremento surgen nuevos interrogantes en la práctica diaria que lindan entre el marco legal y ético, extendiendo los plazos de resolución de cada caso en particular.

Estadística de ILE
Servicio de Obstetricia Hospital Piñero



3. Materiales

3.1-Definición de Aborto

La OMS define el aborto como la interrupción del embarazo cuando el feto todavía no es viable fuera del vientre materno. La viabilidad extrauterina es un concepto cambiante que depende del progreso médico y tecnológico, estando actualmente entorno a las 22-24 semanas de gestación.

3.2-Artículo 86 del Código Penal

El aborto practicado por un médico diplomado con el consentimiento de la mujer encinta no es punible:

1º Si se ha hecho con el fin de evitar un peligro para la vida o la salud de la madre y si este peligro no puede ser evitado por otros medios.

2º Si el embarazo proviene de una violación o de un atentado al pudor cometido sobre una mujer idiota o demente. En este caso, el consentimiento de su representante legal deberá ser requerido para el aborto.

3.3-“Fallo FAL s/Medida autosatisfactiva”(Corte Suprema de Justicia de la Nación) año 2012

“...corresponde exhortar a las autoridades nacionales y provinciales a implementar y hacer operativos, mediante normas del más alto nivel, **protocolos hospitalarios para la concreta atención de los abortos no punibles a los efectos de remover todas las barreras administrativas o fácticas al acceso a los servicios médicos.**” (CSJN, “Fallo FAL s/Medida autosatisfactiva”, 2012: considerando 28).

3.4-Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo (MSAL Nación) año 2016

“**Si bien se debe intentar realizar las interrupciones durante el primer trimestre del embarazo, una variedad de situaciones pueden hacer surgir la necesidad de realizar la práctica en etapas más avanzadas; por ejemplo, cuando se presenta una enfermedad grave en una edad gestacional avanzada. También puede tratarse de un caso de abuso o violación en el que la mujer consulte tardíamente por lo dificultoso que suele ser develar estas situaciones o por miedo, vergüenza o algún otro motivo.**”(Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo. 2.Entrevista Inicial, Pag 27)

4. Discusión

En la bibliografía utilizada para desarrollar el Protocolo Nacional de Atención Integral de la Interrupción Legal del Embarazo (léase Artículo 86 del Código Penal y fallo FAL CSJN) se utilizan dos terminologías que si bien pueden estar emparentadas generan dificultades a la hora de establecer, si existe o no, una edad gestacional límite para la interrupción del embarazo. Entendemos que la definición de aborto establece una edad gestacional, definida por la viabilidad del producto de la gestación, mientras que la interrupción del embarazo no discrimina una edad gestacional en particular. **Entonces, todo aborto es una interrupción del embarazo pero no podemos afirmar que toda interrupción del embarazo se incluya en la definición de aborto,**

El protocolo de accionar médico vigente se titula Protocolo para la Atención Integral de las Personas con Derecho a la Interrupción Legal del Embarazo, no indicando edades gestacionales límite. Por otra parte protocoliza el procedimiento medico solo hasta la semana 22 de gestación pero no establece una guía práctica de procedimientos a mayor edad gestacional, como tampoco no indica realizarlos. La *Real Academia Española* define PROTOCOLO como “Secuencia detallada de un proceso de actuación científica, técnica, medica, etc.”, por lo que debería detallar los pasos a seguir en edades gestacionales mayores a 22 semanas.

Con respecto a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, no hallamos protocolos de atención de la interrupción legal del embarazo, pero como se detalla en la publicación del Boletín Oficial del 2012, el Ministerio de Salud de la ciudad de Buenos Aires adhiere a la jurisprudencia sentada por el fallo Fal de la CSJN.

5. Conclusiones

La discrepancia entre aborto e interrupción del embarazo, terminología utilizada en la base teórica para desarrollar el protocolo nacional, genera un vacío teórico-legal en la practica medica que podría traducirse en la dilación, retardo o impedimento para el acceso de las personas a su correspondiente derecho.

Consideramos necesario que en materia legal se especifique si, para esta práctica, existe un límite en la edad gestacional. De lo contrario, llevar a cabo las medidas necesarias para suplantar la palabra aborto por “interrupción no punible del embarazo” en el artículo 86 del código penal.



Autores: Justo M, Jordán S, Tatti D, Iuliano V, Fazio V, Gonzalez C, Macchi S, Gresta C.
Maternidad Htal. Gral. I. Pirovano.

INTRODUCCION

Las malformaciones arteriovenosas (MAV) uterinas constituyen una patología infrecuente que da lugar a cuadros de metrorragia que pueden llegar a comprometer la vida de la paciente. Pueden ser congénitas o adquiridas. Estas últimas ocurren cuando un seno venoso queda incorporado en un proceso cicatrizal del miometrio después de la necrosis del vello coriónico en pacientes sometidas a cesárea o raspado uterino.

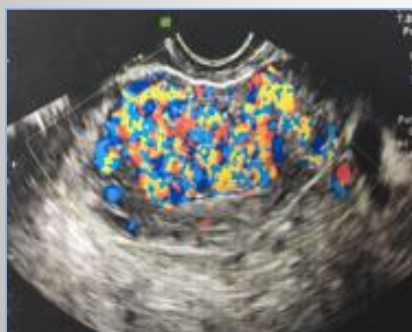
La causa permanece desconocida, aunque la existencia de una miometritis sincitial en el resultado del estudio anatomopatológico, nos hace pensar que existe cierto grado de invasión excesiva del tejido decidual, con reacción exagerada de la implantación placentaria.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta el caso de una paciente de 24 años, G2P1AB1, que consulta a nuestro servicio por presentar ginecorragia moderada e intermitente de 15 días de evolución, con falta de respuesta al tratamiento médico. Como antecedente de importancia, en diciembre de 2016 se le realizó aspiración manual endouterina en otro nosocomio por aborto incompleto, no adjuntando anatomía patológica. Se decide internación para diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

Eco TV (6/2/17): Útero de 79x46x68 mm, endometrio de 9 mm, heterogéneo. Interfase endometrio/miometrial no definida en concordancia con aumento de la vascularización a predominio de cara anterior de miometrio desde endometrio hasta serosa.



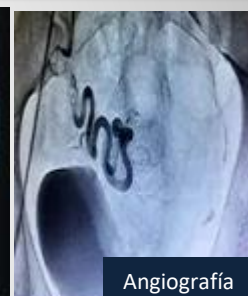
Eco-Doppler

SubB HCG: 12 UI/ml

RMN y Angiografía digital (8/02/17): Malformación vascular uterina con múltiples estructuras vasculares serpiginosas distribuidas en el miometrio, particularmente en cara anteroinferior aunque también en cara posterior. **Las estructuras vasculares dependen de arterias ilíacas.**



RMN



Angiografía



Pieza de HT

Se decide realización de **embolización y posterior histerectomía** por aumento de la intensidad de la metrorragia y descompensación hemodinámica de la paciente.

CONCLUSION

Las MAV uterinas, están asociadas a legrados uterinos, embarazos múltiples, trastornos de adhesión placentaria, afección corioplacentaria. La angioresonancia es un complemento ideal a la ecografía doppler ya que permite una mejor visualización de la anatomía y vasculatura genital y extragenital pelviana para poder así determinar la extensión de la fístula arteriovenosa. El tratamiento estándar consiste en el manejo expectante con o sin ergotónicos, la embolización o la histerectomía, estando el legrado uterino completamente contraindicado ya que puede desencadenar cuadros de sangrado profuso. El tratamiento debe evaluarse en cada caso en particular, teniendo en cuenta sintomatología, edad y deseo de paridad de la paciente.



INTRODUCCION

El abordaje integral de la atención de la mujer embarazada debe incluir estrategias preventivas y de salud en sus parejas sexuales. Establecer el diagnóstico precoz y el manejo temprano de patologías transmisibles de madre a hijo, debería incluir la evaluación serológica de las parejas sexuales de la madre. Hasta la fecha, ya sea la norma nacional como las guías de manejo para la prevención de la transmisión vertical del VIH, no establecen ni enfatizan las bondades de una estrategia diagnóstica en hombres cuya pareja esté embarazada. Se han registrado transmisiones periparto y a través de la lactancia en el contexto de serologías negativas durante el embarazo, tales infecciones pediátricas podrían haber sido evitadas si se conociera el estado serológico de la pareja sexual de las madres.

OBJETIVO

Realizar test rápido de HIV a las parejas sexuales de las puérperas con serología negativa, con el objeto de evaluar el riesgo de transmisión horizontal al momento del alta hospitalaria postparto. En caso de resultar positivo el test, hacer seguimiento y prevención de la transmisión horizontal y control de la transmisión postnatal.

MATERIAL Y METODOS

Estudio prospectivo del resultado del test rápido de hiv y el análisis de las encuestas realizadas a las parejas sexuales de las puérperas con serología negativa internadas en el servicio de obstetricia del Hospital Ramos Mejía durante el período de Enero hasta Abril del 2017 durante el horario de visita los días martes y jueves. Las variables analizadas en la encuesta fueron: edad, nacionalidad, domicilio, factores de riesgo de enfermedad de transmisión sexual y antecedentes de test rápidos previos.

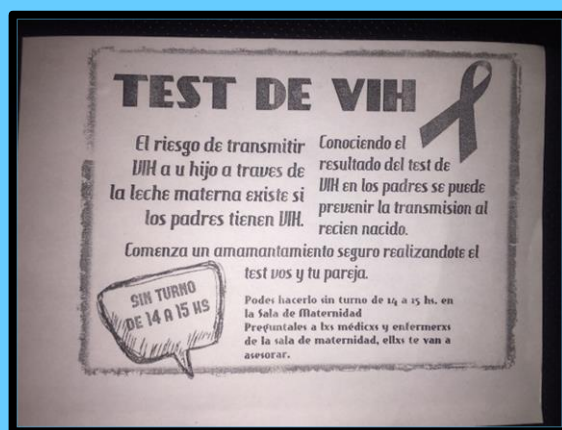
RESULTADOS

Del total de 300 test rápidos de hiv y encuestas ofrecidas a las parejas sexuales de las puérperas, 135 accedieron a realizarlo, de los cuales se obtuvo un solo resultado positivo. En relación a la nacionalidad: 50% argentinos y 13,7 % peruano. El 78% completó estudios primarios y 8 % estudios universitarios. El 78% es oriundo de Capital Federal.

El 60 % no realizaron test previo de HIV. En relación a los factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual: 15 % presentaron antecedentes de Sífilis, 78 % no usaban método de barrera en ninguna relación sexual previa, 10 % refirieron consumo de drogas ilícitas y 1% refiero relaciones bisexuales.

CONCLUSION

El objetivo de ofrecer el test a las parejas sexuales de puérperas con serologías negativas, puede ser tomada como una estrategia tardía en el contexto de la prevención perinatal del VIH. Sin embargo, no por establecerse un diagnóstico positivo en esta instancia, las implicancias no sean valiosas desde el punto de vista preventivo de la medida. Acorde a nuestro trabajo, aunque se registró un sólo caso positivo representa gran implicancia epidemiológica tanto para la madre como para el neonato.





COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL. NUESTRA EXPERIENCIA

Autores: Casas, M; Corazza, M; Justo, M ; Iuliano, V; Macchi S.; Carbone J; Gresta C.

INTRODUCCIÓN

La colestasis intrahepática gestacional (CIG), es la afección hepática más frecuente del embarazo, presentándose habitualmente en el segundo o tercer trimestre. Se la considera un síndrome clínico y bioquímico que se caracteriza por presentar prurito a predominio palmoplantar con elevación de ácidos biliares y/o enzimas hepáticas. Su etiología es desconocida siendo de origen multifactorial y las recidivas son frecuentes en los sucesivos embarazos.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional, analizando las historias clínicas de 31 pacientes del servicio de Obstetricia del Hospital Pirovano con diagnóstico de colestasis gravídica entre enero de 2014 y enero de 2017.

Las variables analizadas fueron: edad de la paciente, antecedente de CIG, edad gestacional al diagnóstico, peso y sexo del recién nacido y forma de finalización del embarazo.

RESULTADOS

- Edad media materna: 26 años.
- EG promedio al diagnóstico: 32,5 semanas.

- ✓ ATC CIG: 23%.
- ✓ Nulíparas: 29%.
- ✓ Sin ATC: 48%

Vía de finalización:

- 52% vaginal
- 22,5% cesárea por inducción fallida
- 25,5% cesárea por otra causa

Resultados perinatales:

Peso promedio: 2,800kg

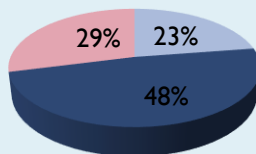
EG: 25,4-40 semanas

Sexo:



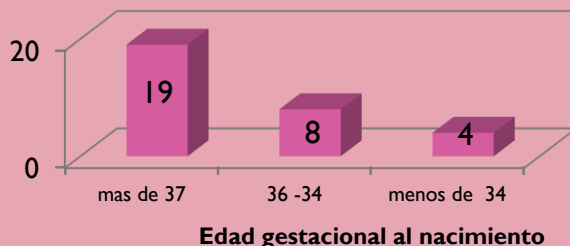
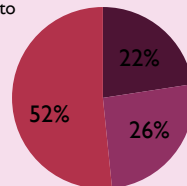
Antecedente de Colestasis

- Con ATC CIG
- Sin ATC CIG
- Nulíparas



Finalización

- Cesarea por inducción fallida
- Cesarea por Cesarea anterior
- Parto



CONCLUSION

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) requiere de un diagnóstico pertinente. Esto permite iniciar un tratamiento y seguimiento adecuados, así como la interrupción del embarazo de manera oportuna, ya que es la única medida que hasta el momento ha demostrado disminución en la tasa de muerte fetal secundaria a esta patología.