

**Vol 5. Año 10. N° 1 // Agosto 2016**

ISSN 1851-250X

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



---

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

---

(A.A.C.O.G)-Asociación Civil

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

*vol 5 año 10 nº 1 // Agosto 2016*

**Comisión Directiva 2015-2016**

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

**Vocales Titulares**

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

**Vocales Suplentes**

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

**Revisor de Cuentas Titular** Dra. Victoria Fazio

**Revisor de Cuentas Suplente** Dra. Clara Gómez Lisarrague

**Comisión de Relaciones  
Institucionales** Dr. Héctor Pedro Couto  
Dr. Damián Serrano  
Dra. Marcela Triviño

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

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

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

Se prohíbe su reproducción total o parcial por cualquier medio.

Email: [info@aacog.org.ar](mailto:info@aacog.org.ar)

Web: [www.aacog.org.ar](http://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

**8º Congreso Internacional  
10º Congreso Argentino  
de Controversias en Obstetricia y Ginecología**

**24 al 26 de Agosto de 2016**

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
1	Actividad Física y Embarazo	Lic. Debora Vilchez	
2	Dermatosis en el Embarazo. Revisión a Propósito de un Caso	Labahui Vanina, Abalos Macarena, Allende Natalia, Ballivian Katherine, Burke Magali, Serrano Damian, Hakim Alejandro	Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejía
3	Colestasis Gravídica: Nuestra Casuística	Labahui Vanina, Abalos Macarena, Allende Natalia, Ballivian Katherine, Burke Magali, Serrano Damian, Hakim Alejandro	Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejía
4	Finalización Oportuna del Embarazo en Pacientes con Colestasis	Sinopoli, N. Catalini, A. Inacio, A.	Hospital General de Agudos Santojanni
5	Epidemiología de Nacimiento Prematuro en Embarazadas con Diagnostico de Amenazada de Parto Pretérmino	Lic. Ferreira Cortez F., Lic. Ghibaudo MY, Lic. Martinez N.	Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá. CABA
6	Maniobra de Hamilton. Método Inductor del Parto.	Mendez P; Malatesta D; Golabek L; Campopiano C; José A, Reinoso C	Hospital Dr. Prof. R. Carrillo (Ciudadela)
7	Cistoadenoma Mucinoso Borderlain y Embarazo - Reporte de un Caso	Rada G, Ciardullo M, Chirillano D, Tutor: Urrutia C.	Hospital Mariano y Luciano De La Vega
8	Síndrome HELLP y Rotura Hepática. Reporte de un Caso Clínico	Ana Paula Serres, Carla Gonzalez, Maria Agustina Benedetti	Hospital Militar Central
9	Sífilis en el Embarazo y Muerte Fetal	Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Krcmarik Noelia, De Jesus Leon Myriam, Tagliatori Antonela, Villar Priscila	Hospital General de Agudos Santojanni
10	Efectos Adversos del Estrés Materno: "Consecuencias durante la Gestación"	Arévalo Viviana, Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Krcmarik Noelia, De Jesus Leon Myriam, Ossola Andrea, Villar Priscila	Hospital General de Agudos Santojanni
11	Edad Materna Avanzada Resultados Perinatales	Lic. Charquero Catalina, Lic. Argüello Leila, Lic. Ortega Marta, Lic. Bruna Mónica, Dra. Chirillano Daniela	Hospital Mariano y Luciano De La Vega
12	Pentalogía de Cantrell	Corazza M.F, Iuliano V, Ponce G, Silva Y, Mendez V, Gonzalez C, Macchi S, Carbone J, Gresta C	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
13	Impacto del Control Prenatal en los Resultados Perinatales	Lic. Argüello Leila, Lic. Charquero Suhr Catalina, Lic. Agostena Silvina, Dra. Chirillano Daniela, Lic. Bruna Mónica, Dra. Urrutia Carina.	Hospital Mariano y Luciano De La Vega
14	Interculturalidad En La Atención Obstétrica - Una Herramienta Antropológica para Mejorar la Calidad de Atención	Lic. Obst. Mastrodonardo, A	
15	Embarazo Adolescente Impacto Biopsicosocial	Lic. Obstétrica Buccinna María Fernanda , Lic. Cantero Andrea	Cafys Carupá- Municipio de Tigre.

	<b>Título Poster</b>	<b>Autores</b>	<b>Institución</b>
16	Embarazo Adolescente en Conurbano Bonaerense	Lic. Obst. Miño P, Lic. Obst Alvear R, Lic. Obst. Andretta V	Hospital Materno Infantil Pedro Chutro S.A de Padua , Merlo. BsAs
17	Incidencia de Sífilis en Nuestra Población	Arce, Cuevas, Gómez, Pasta, Ramos, Rosso	
18	Prevalencia de Sífilis Materna e Incidencia de Sífilis Congénita	Lic. Gallardo Vanesa Lourdes, Lic. Galvez Fernanda, Lic Costagliola Leonela, Lic. López Martínez Mariela Rossana, Lic. Lorenzo Laura Alejandra, Lic. Negri Claudia, Dr Hakim Alejandro.	Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejía
19	Modelo de Robson: Experiencia en Nuestra Maternidad	Holub, P, García D, Cibeira L, Cabrera MS, Lobo Pernigiotti MD, Serrano López D, Hakim A, Bonafede L	Hospital General de Agudos J. M Ramos Mejía
20	Ictericia Clínica Neonatal Asociado al Uso de Oxitócicos, Durante el Primer Semestre del Año 2016 en el Hospital Materno Infantil de Azul.	Carrara J Brelis Herrera M ; Bocelo F; Francisoni F; Marini I; Preciado G; Tapia B; Sterkel Y;	Hospital Materno Infantil de Azul
21	Nuestra Experiencia en Anticoncepción Quirúrgica en el Posparto Inmediato	Dra. Corazza, Dra. Iuliano, Dra. Ponce, Dra. Cavanna, Dra. Tatti, Dra. Mendez, Dra. Gonzalez, Lic. Fain, Dra. Macchi, Dr. Carbone, Dr. Gresta	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
22	Macrosomía y Embarazo. Nuestra Experiencia.	Garcia del Carril, I; Iuliano, V; Ponce, G; Macchi, S; Carbone, JC; Gresta C.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
23	Incidencia de Enfermedad Trofoblástica Gestacional. Experiencia en Nuestro Hospital.	Iuliano, V; Ponce, G; Cavanna, M; Tatti, D; Bistrisky, D.; Justo, X.; Gonzalez C; Macchi, S; Carbone, J; Gresta C.	Hospital General de Agudos Dr. Ignacio Pirovano
24	Control Prenatal Precoz: "Un Compromiso, un Derecho"	Lic. Varcasia Vanesa, Lic. Cervellon Marcela, Lic. Di Palma Shirly ; Lic. Faruolo Florencia; Lic. Fernández Natacha; Lic. Galparoli Julieta; Lic. Zarate Florencia; Lic. Rodriguez Mirtha; Dra. Di Biase Lucia	Hospital General de Agudos "Parmenio T. Piñero"- CABA - Argentina.

## ✘ INTRODUCCION

En la antigüedad se consideraba el embarazo como una enfermedad y, en los casos en los que la economía familiar lo permitía, la mujer gestante realizaba un reposo casi absoluto. En la actualidad sabemos que el embarazo es un proceso fisiológico y que la actividad física va a aportar beneficios para la embarazada y su futuro bebe. Las recomendaciones durante el embarazo y posparto, excepto en los casos en que este contraindicado, se basan en actividades orientadas al mantenimiento o mejora de la actividad aeróbica y la fuerza y resistencia muscular. Se aconseja la práctica de un ejercicio aeróbico regular 30 min al día realizado con una intensidad moderada, entre 3 y 5 veces semanales.

Se recomiendan ejercicios de bajo impacto como caminar, natación, gimnasia e incluso aquagym.

El ejercicio físico practicado con regularidad, y siempre que no esté contraindicado por alguna patología o por un embarazo de alto riesgo obstétrico, proporciona a la embarazada una mejor condición física general mejorando la función física cardiovascular y muscular, evita el aumento excesivo de peso, mejora la tensión arterial y protege frente a la diabetes gestacional.

Además disminuye las molestias causadas por las modificaciones fisiológicas del embarazo como pueden ser las molestias digestivas, el insomnio, problemas psicológicos como ansiedad o depresión.

El trabajo de parto como su propio nombre indica requiere un esfuerzo físico muy intenso en la mayoría de los casos, por tanto una mujer físicamente activa tendrá una mayor facilidad para afrontarlo. El ejercicio físico ayuda a controlar el dolor y la respiración durante el parto, en el caso de un parto prolongado, la capacidad de resistencia al dolor juega un papel muy importante.

## ✘ OBJETIVOS

Proponer y promover la actividad física en las pacientes embarazadas.

## ✘ MATERIALES Y METODOS

Cualitativo, descriptivo y observacional.

## ✘ RESULTADO

La realización de actividad física moderada de manera constante mejora la salud y la calidad de vida. Según la OMS para cualquier adulto y, por tanto, para cualquier mujer, la actividad física es un factor determinante del equilibrio energético y del control del peso con propiedades para la salud como la reducción de la tensión arterial, la mejora en el nivel de colesterol y el control de la hiperglucemia, sobre todo en personas con exceso de peso.

Existe suficiente evidencia científica que indica que la práctica regular de actividad física moderada realizada durante el embarazo en una embarazada sana con un embarazo de evolución normal no tiene ningún riesgo para la salud de la gestante ni del feto.

Los beneficios no son sólo durante el embarazo sino también en el parto y postparto.

Los profesionales que trabajamos con embarazadas debemos informarles de los aspectos que rodean al ejercicio en este periodo y es importante individualizar siempre cada caso teniendo en cuenta la práctica de deporte anterior al embarazo.

Se debe informar a la embarazada sobre signos de alarma e indicarle que la actividad física debe basarse en actividades orientadas al mantenimiento o mejora de la actividad aeróbica y la fuerza y resistencia muscular.

## ✘ CONCLUSION

A pesar de los numerosos beneficios del ejercicio físico en el embarazo este estudio indica que la mayoría de las mujeres no realizan suficiente ejercicio durante el embarazo.

Debido a los múltiples beneficios de la realización de actividad física en el embarazo los profesionales de la salud y los profesionales de la actividad física y el deporte debemos informar y motivar a la embarazada para su realización siempre que no exista patología.

**AUTORES:**

Labauqui Vanina, Abalos Macarena, Allende Natalia, Ballivian Katherine, Burke Magali, Serrano Damian, Hakim Alejandro

**INTRODUCCION**

El penfigoide gestacional es una dermatosis ampollar subepidérmica autoinmune y polimorfa del embarazo, del segundo o tercer trimestre. Se ha observado en el puerperio, es autolimitada pero puede asociarse a Coriocarcinoma o Mola hidatiforme. Su incidencia comprende entre 1 de cada 3000/60000 embarazos. Se postula que se produce por autoanticuerpos IgG que aparecen en respuesta a antígenos vinculados al embarazo. El antígeno de la unión dermoepidérmica contra el cual se dirige la respuesta autoinmune es el colágeno XVII. Existiría una predisposición genética a desarrollar la enfermedad. Se da con mayor intensidad y de manera más precoz en embarazos posteriores. Desde el punto de vista clínico, se observan placas urticadas extremadamente pruríticas alrededor del ombligo que evolucionan hacia una erupción ampollosa generalizada. La enfermedad suele agudizarse tras el parto, y existe una tendencia a los partos prematuros y al desarrollo de fetos de bajo peso. Se estima que aproximadamente el 10% de los recién nacidos tendrán la enfermedad.

**OBJETIVO**

Presentar un caso de Penfigoide gestacional y una revisión bibliográfica del tema.

**MATERIAL Y METODOS**

Paciente de 29 años, g3c1p1, sin antecedentes mórbidos de importancia. Cursando un embarazo de 20,1 semanas por FUM Y Eco(14) consultó por cuadro de 7 días de evolución de lesiones cutáneas máculo-papulares y vesiculares, bordes eritematosos, sobreelevados, algunas conformando placas. Se inició en extremidades inferiores, luego en forma centrípeta y hacia extremidades superiores. Con compromiso palmo-plantar y principalmente en caras extensoras de extremidades, tronco y abdomen. Con prurito, sin fiebre. Se solicita biopsia de piel y anticuerpos. Se inició tratamiento con metilprednisona mg/día



**RESULTADOS**

La inmunofluorescencia directa (IFD) se observó depósito de IgG y complemento en la unión dermo-epidérmica compatible con Pénfigo, Se controló a las 30 semanas de edad gestacional, con buena respuesta al tratamiento, y con lesiones principalmente costrosas en caras extenso-ras de extremidades, tronco y abdomen. Sin prurito, ni aparición de nuevas lesiones. Se mantuvo corticoterapia.

**CONCLUSION**

Dado su baja prevalencia en la casuística a nivel nacional, es importante tener en cuenta esta patología para su diagnóstico precoz y seguimiento, no solo de este embarazo sino también la posible recurrencia en embarazos posteriores. Los datos sobre la morbilidad fetal son controvertidos. En algunas publicaciones se reportan abortos, partos prematuros, fetos muertos y lesiones cutáneas en el neonato. Se describe mayor incidencia de recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional. Corresponde evaluar la función suprarrenal del recién nacido si la madre recibió corticoterapia durante varios meses.

### INTRODUCCION

La colestasis gravídica o colestasis intrahepática gestacional (CIG) es una patología que puede presentarse principalmente en el segundo o tercer trimestre del embarazo, y que se caracteriza por prurito intenso y una elevación en suero de la concentración de ácidos biliares (ABs) y transaminasas hepáticas. Se resuelve espontáneamente poco después del parto y recurre en el 45-70% de las gestantes. La CIG se define como una entidad de etiología desconocida, en la que parecen estar implicados múltiples factores: ambientales, hormonales y genéticos. A pesar de no conocer con exactitud el mecanismo por el que se desarrolla la enfermedad, sí que se acepta una asociación clara con distintos factores de riesgo: etnia, historia de enfermedad biliar, historia de CIG previa, embarazo múltiple, edad mayor de 35 años e infección con el virus de la hepatitis C.

### OBJETIVO

Analizar las variables epidemiológicas en nuestra población en un grupo de pacientes con colestasis.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo del análisis de las historias clínicas del servicio de obstetricia de todas las pacientes con diagnóstico de colestasis gravídica desde enero hasta diciembre del 2014. Las variables analizadas fueron: edad de la paciente, nacionalidad, grupo y factor, edad gestacional, peso del recién nacido y forma de finalización.

### RESULTADOS

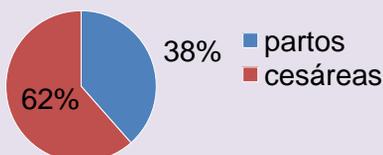
De los 1607 nacimientos registrados desde enero a diciembre del 2014, en 13 pacientes se diagnosticó colestasis gravídica. La edad media de presentación fue 25 años. 7 pacientes eran argentinas, 3 bolivianas, 2 paraguayas y 1 peruana. El grupo y factor mas prevalente fue A+. Durante el 2014 se realizaron 634 cesáreas de las cuales 8 fueron por colestasis gravídica. La media de edad gestacional de los recién nacido por esta patología fue de 36 semanas. El peso de estos recién nacidos se encontraba entre el percentilo 25 y 90.

### CONCLUSIONES

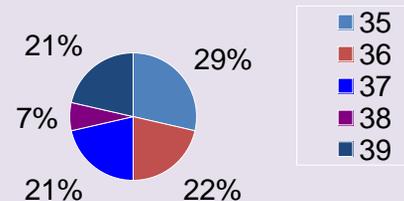
Si bien el número de pacientes estudiado y el periodo observado es escaso, la incidencia de colestasis gravídica en nuestra población arroja resultados similares a las publicados en Latinoamérica. Los resultados perinatales fueron favorables sin muertes fetales.

### Epidemiología

Via de finalización



EG por Capurro





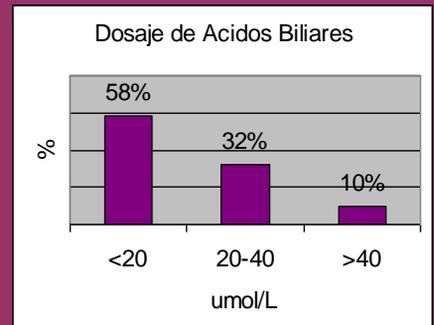
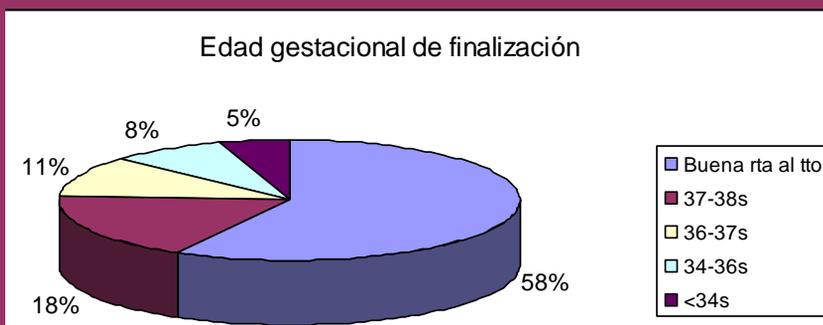
## FINALIZACION OPORTUNA DEL EMBARAZO EN PACIENTES CON COLESTASIS

**Autores:** Sinopoli, N. Catalini, A. Inacio, A.

**Introducción:** La colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es la hepatopatía más frecuente de la gestación, suele aparecer en el 2º o 3º trimestre y resolverse en el puerperio. Afecta al 0,1 al 1,5% de las embarazadas en Europa y la incidencia más alta se registra en Chile (13,8%). La morbimortalidad materna es baja, en oposición al riesgo fetal. Entre las complicaciones, la muerte súbita fetal intraútero es la más temida, ya que se presenta aún con óptimas evaluaciones de la salud fetal 24hs previas al óbito. No existe consenso a nivel mundial acerca de cuándo es el momento más oportuno para la finalización del embarazo y los criterios para decidir la extracción fetal son muy discordantes. The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists no respalda el manejo activo ya que no hay evidencia suficiente. Por el contrario, The American College of Obstetricians and Gynecologists recomienda establecer protocolos de manejo activo. El objetivo de este trabajo es determinar cuál es el momento apropiado para la finalización del embarazo en pacientes con colestasis, basados en nuestra experiencia en el Htal. Santojanni durante el año 2015, analizando cuáles fueron los criterios de finalización.

**Materiales y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, que consistió en el análisis de 90 casos de CIE de nuestra maternidad en el período de un año comprendido entre enero y diciembre de 2015. El diagnóstico se llevo a cabo mediante la sintomatología clínica característica y el dosaje de ácidos biliares. Se analiza cuáles embarazos debieron ser interrumpidos y a qué edad gestacional. Los criterios para la finalización fueron: refractariedad al tratamiento (ácidos biliares en ascenso o mayores a 20 y persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento médico según EG), líquido amniótico meconial y madurez pulmonar fetal comprobada.

**Resultados:** La incidencia de CIE fue de 2,73%. Se instauró tratamiento con ácido ursodesoxicólico y dosaje semanal de AB. De un total de 90 pacientes con colestasis el 58% no requirió manejo activo ya que la enfermedad evolucionó favorablemente, mientras que en el 42% restante (38 casos) se decidió la interrupción del embarazo. Los motivos que llevaron a la finalización fueron: en 27 casos AB > 20 (71%), en 19 casos persistencia de la sintomatología a pesar del tratamiento (50%), en 8 casos líquido amniótico meconial (21%) y en 34 casos con madurez fetal comprobada previo a la extracción (90%). La edad gestacional promedio de interrupción del embarazo fue de 35,1 semanas (entre 31,4 y 38 semanas). Con respecto a los resultados perinatales, no se registraron muertes fetales y 7 neonatos (8%) requirieron internación en unidad de cuidados intensivos, 4 por distress respiratorio y 3 por SALAM, todos con evolución favorable.



**Conclusión:** Si bien no existe un consenso a nivel mundial acerca de la finalización oportuna en gestaciones con diagnóstico de colestasis, es necesario establecer criterios al respecto para evitar la muerte fetal por colestasis sin aumentar los riesgos por prematuridad.

# Epidemiología de nacimiento prematuro en embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino

Lic. Ferreira Cortez F., Lic. Ghibaudo MY, Lic. Martinez N. Hospital Municipal Materno Infantil Ramón Sardá. CABA

**Objetivo:** Conocer la epidemiología de nacimientos prematuros en embarazadas con diagnóstico de amenaza de parto pretérmino (APP) en el Hospital Materno-infantil Ramón Sardá y sus resultados perinatales.

## Materiales y Métodos:

**Estudio observacional, corte transversal.**

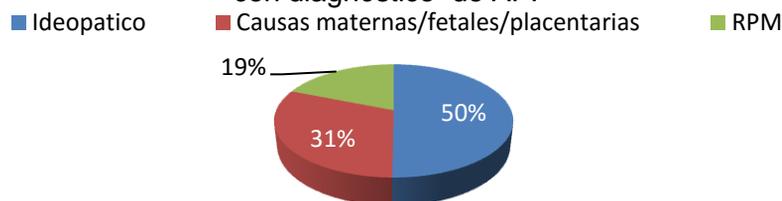
**Población:** Embarazadas que han tenido un nacimiento prematuro en el Hospital materno infantil Ramón Sardá en el periodo desde 1 de mayo de 2015 al 31 de diciembre 2015. (n=2530).

La muestra estuvo constituida por todas las embarazadas con diagnóstico de internación de APP (EG entre 22 sem. a 36.6 sem.) que desencadenaron un parto prematuro (n=357) en el periodo de estudio establecido.

## Resultados

Tuvimos un 50% (n=164) de pacientes que no cursaron patologías asociada al momento del nacimiento; un 31% (n=101) asociado a comorbilidades maternas-fetales-placentarias; y 19% (n=62) pacientes tuvieron rotura prematura de membranas. Fig.1

Fig.1 \_Causas relacionadas al nacimiento prematuro con diagnóstico de APP



Dentro de las patologías asociadas a la app las más predominante fue el embarazo múltiple 29 casos; y en segundo lugar los trastornos hipertensivos, 21 casos. Fig.2

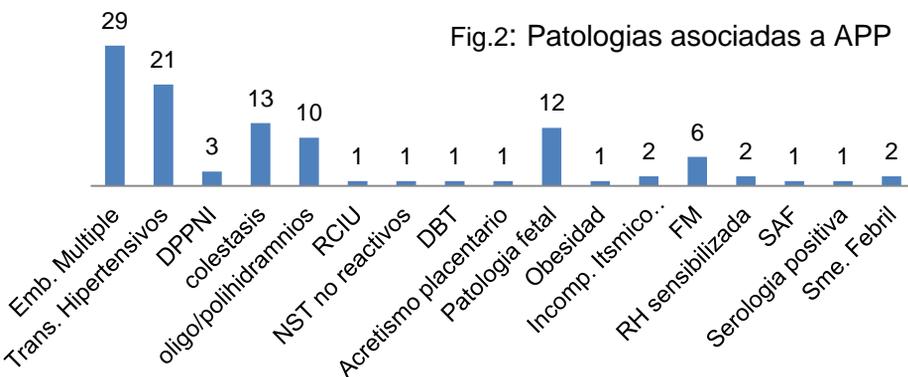
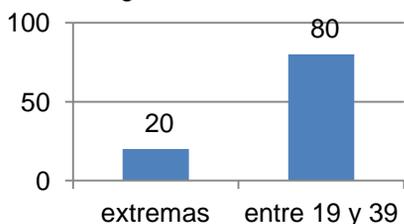


Fig.2: Patologías asociadas a APP

Dentro de los factores de riesgo hubo un 20 % de pacientes en edades extremas; y un 80% entre 19 y 39 años. Fig. 3

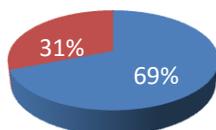
Fig.3Edades maternas



Comparando la edad gestacional por Capurro, podemos señalar que el 69% han nacido > o = a 32 semanas, un 31 % han nacido < de 32 semanas. Fig.4

Fig. 4 Edad Gestacional por Capurro

■ RN > o = 32 sem ■ RN < o = 32 sem



## Conclusión:

Este estudio nos revela el elevado porcentaje de nacimiento prematuro en embarazadas con diagnóstico de app.

Mas de la mitad de los casos (80%) ocurrieron en edades no extremas.

La mitad de las pacientes no tuvieron ninguna patología asociada al momento el nacimiento.

Hubo un alto pocentaje de nacimientos (69 %) mayores a las 32 semanas.

La OMS publico una serie de nuevas directrices que incluyen, intervenciones destinadas a la madre (administrar esteroides antes del parto; antibióticos si se rompe aguas antes de tiempo; administrar sulfato de magnesio para prevenir futuros trastornos neurológicos en el niño) y intervenciones destinadas al recién nacido (cuidados para mantener una temperatura idónea, el método madre canguro, tratamientos que ayuden al lactante a respirar con mayor facilidad).

Creemos que es de suma importancia realizar una correcta anamnesis para detectar factores de riesgos y poder llevar acabo actividades para la prevención del nacimiento pretérmino.

Como obstétricas debemos tener en cuenta que la asistencia de las mujeres embarazadas debe abarcar su contexto biopsicosocial, educar en salud y detectar factores de riesgo para disminuir el riesgo de parto pretérmino.

# Maniobra de Hamilton. Método inductor del parto.

Autores: Mendez P; Malatesta D; Golabek L; Campopiano C; José A, Reinoso C

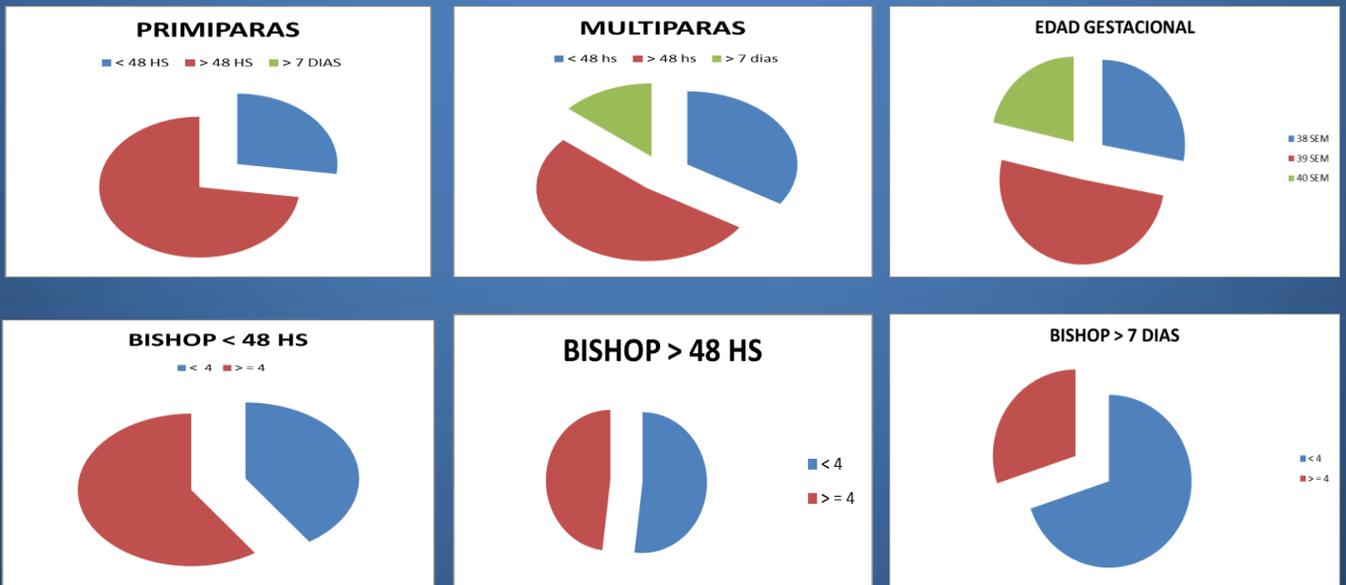
**Hipótesis** : La efectividad de la maniobra de Hamilton en embarazadas a término, como inductor del trabajo de parto, esta relacionada con la paridad, la edad gestacional y el Bishop.

**Población**: embarazadas de termino atendidas en el Servicio de Tocoginecología del Hospital Dr. Prof. R. Carrillo de Ciudadela en el periodo comprendido desde el 13/10/2015 al 16/05/2016.

**Material y métodos**: En la consulta obstétrica se coloca paciente en posición ginecológica, se realiza tacto vaginal, en aquellas pacientes en las cuales el cuello se encuentre permeable lo suficiente para permitir la introducción del dedo del obstetra, se realizaran movimientos en circulo intentando despegar membranas. Este procedimiento liberara prostaglandinas lo que induciría trabajo de parto en las horas o días posteriores al procedimiento. Criterios de inclusión: Mujeres de todas las edades, Gestación única, Embarazo > 38 semanas, Presentación cefálica, Membranas integra. Criterios de exclusión: Placenta previa, Presentación pelviana, Situación transversa, Cuello uterino cerrado, Doble cesárea anterior.

Estudio experimental, prospectivo, aleatorizado, no ciego.

**Resultados**:



**Conclusiones**: La multiparidad resulto relacionada con la mayor efectividad de la maniobra, al igual que la edad gestacional observando mayor éxito en las realizadas a las 39 sem, en cuanto al Bishop se obtuvo mayor rapidez en el inicio de trabajo de parto en las que tenían un valor >4

# CISTOADENOMA MUCINOSO BORDERLAIN Y EMBARAZO

## REPORTE DE UN CASO

AUTORES: Rada G, Ciardullo M, Chirillano D,  
Tutor: Urrutia C.



### INTRODUCCION.

Los tumores borderlain de ovario (TBO) representan el 10 a 15 % de los tumores de ovario; el 50 a 60% son serosos y 35% mucinosos, de los cuales un 3.8% se presentan en el embarazo.

### OBJETIVO.

Reportar el caso clínico de una paciente diagnosticada y tratada en nuestro servicio por un **CISTOADENOMA MUCINOSO BORDERLAIN CON MICROINVACION DEL ESTROMA y EMBARAZO.**



### REPORTE DEL CASO.

Paciente de 35 años que ingresa a nuestro servicio con diagnóstico de: G6 P5. FUM 5/4/15. embarazo de 16 semanas mas imagen quística de ovario a determinar de aproximadamente 171mm x 130mm de contenido líquido y tabicada en su interior. Asintomática para control y estudio, al examen físico abdomen globoso por útero grávido y masa anexial levemente doloroso a la palpación. AU 25 cm. FCF (+); Laboratorio: CA 125. 49; CA 19-9: 6. Se programa Laparotomía exploradora a las 20 semanas de gestación la cual informa: blastoma gigante de ovario de 30 x 25 cm de contenido sólido y quístico, útero aumentado de tamaño adecuado a la edad gestacional. Se realiza anexectomía izquierda. El resultado de patología reporta: **CISTOADENOMA MUCINOSO PAPILAR BORDERLAIN CON MICROINVACION DEL ESTROMA.**

Problemas familiares de la paciente dificultaron un seguimiento minucioso del C.P. de alto riesgo. Finalización del embarazo a las 36 semanas de gestación: CESAREA (RN Femenino 2500gr; 7/9; 37 semanas) + HISTERECTOMIA TOTAL + ANEXECTOMIA DERECHA + OMENTECTOMIA.

### RESULTADOS.

Placenta con imagen histológica vinculada con la edad gestacional.

Anexectomía derecha, Histerectomía y omentectomía: útero subinvolucionado, endocervitis crónica. Citología (-).

### CONCLUSIONES.

Los tumores anexiales borderlain y embarazo son poco frecuentes en la literatura, si bien son de bajo potencial maligno es poco frecuente que lleguen a término, es importante el diagnóstico y seguimiento precoz para determinar la conducta final que según la edad y el futuro obstétrico se debe tomar una conducta conservadora o quirúrgica total radical y posterior seguimiento evolutivo.





# SINDROME HELLP Y ROTURA HEPATICA. REPORTE DE UN CASO CLINICO

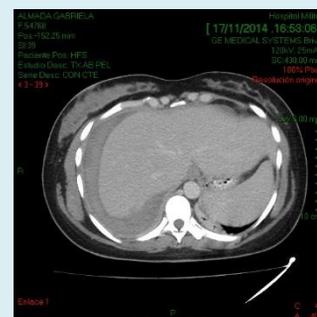
ANA PAULA SERRES, CARLA GONZALEZ, MARIA AGUSTINA BENEDETTI

## INTRODUCCION

El Sme. HELLP es una complicación de la pre eclampsia que se caracteriza por presentar anemia hemolítica, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia. La ruptura hepática por hematoma subcapsular hepático es una complicación rara del Sme. HELLP, que presenta una incidencia de 1 en 45.000 a 250.000 embarazos, con una mortalidad materna y perinatal del 59% y 62% respectivamente.

## CASO CLINICO

Paciente de 30 años G1 que concurre derivada de otro nosocomio con diagnóstico de embarazo de 35,3 semanas + feto muerto. Paciente ingresa con dolor en hipocondrio derecho, hipotensión, facies descompuesta, piel y mucosas pálidas, dolor abdominal generalizado con defensa y reacción peritoneal, múltiples hematomas en miembros superiores post punción acceso venoso. Se solicita laboratorio de guardia que informa: HTO 20, Plaquetas 40,000, GOT 595, GPT 644, LDH 1306, proteinuria por tiras positiva, se realiza ecografía obstétrica que informa liquido libre perihepático, periesplénico y espacio Morrison. Se diagnostica Sme HELLP + probable ruptura hepática. Se realiza cesárea abdominal + packing de hematoma hepático. Posteriormente paciente curso internación en servicio de UTI y se realiza relaparotomía exploradora a las 48 hs.



## RESULTADO

Durante el postoperatorio la paciente reingresa al servicio de UTI a causa de una IRA originada por una anemia hemolítica autoinmune secundaria a transfusión sanguínea, requiriendo diálisis un mes.

## DISCUSION

El hematoma subcapsular hepático roto constituye un cuadro de extremadamente grave como complicación del Sme HELLP. El diagnóstico debe sospecharse ante antecedentes clínicos y de laboratorio. El retraso de su diagnóstico conlleva alto riesgo. La resolución quirúrgica se realizó con packing hepática con posterior relaparotomía exploradora. La evolución posterior de la paciente fue dificultosa y lenta dadas las complicaciones que se desencadenan. 94 días luego del ingreso es dada de alta por el servicio.

# «SIFILIS EN EL EMBARAZO Y MUERTE FETAL»

**Autores:** Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Krcmarik Noelia, De Jesus Leon Myriam, Tagliatori Antonela, Villar Priscila

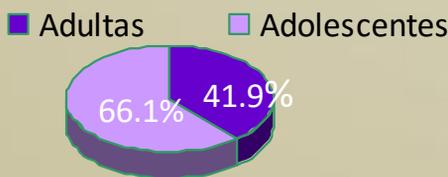
**Hospital Santojanni**

## Introducción

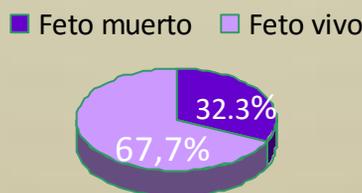
Una de las enfermedades de transmisión sexual que se nos presenta con mayor frecuencia en nuestra práctica como obstétricas es la sífilis, y teniendo en cuenta los resultados adversos que ésta puede generar tanto para el embarazo como para el niño hemos decidido realizar este trabajo, con la finalidad de obtener una descripción de la población mas susceptible de contraer dicha enfermedad y de esta forma mejorar la calidad de la atención planificando nuevas estrategias sanitarias que permitan la prevención del contagio , el tratamiento correcto y oportuno así como también la disminución de los resultados perinatales adversos, entre los cuales prima la muerte fetal intrauterina.

**Población, Material y Métodos.** Estudio de tipo descriptivo, retrospectivo y observacional de corte transversal. Se utilizó como herramienta fundamental el Sistema Informático Perinatal, del cual se recolectaron datos de 124 pacientes con diagnóstico de sífilis desde el mes de Abril de 2015 hasta Marzo de 2016 en el Hospital D F Santojanni. Los datos recogidos fueron trasladados a tablas y gráficos para su mayor comprensión.

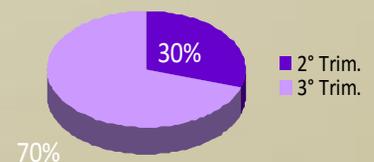
### Edad materna



### Total de pacientes con Sífilis



### Edad gestacional de la muerte Fetal.



### Ptes. Con Tratamiento completo



### Ptes. Con 5 CPN o mas



### Ptes. Con menos de 5 CPN



### Ptes. Sin Tratamiento



## Conclusión.

Este trabajo resalta la importancia del tamizaje y tratamiento oportuno de la sífilis, así como también de la educación sexual, como una de las intervenciones de salud de mayor costo-beneficio para prevenir la sífilis congénita y lograr mejores resultados perinatales.

## EFFECTOS ADVERSOS DEL ESTRÉS MATERNO: “CONSECUENCIAS DURANTE LA GESTACION”

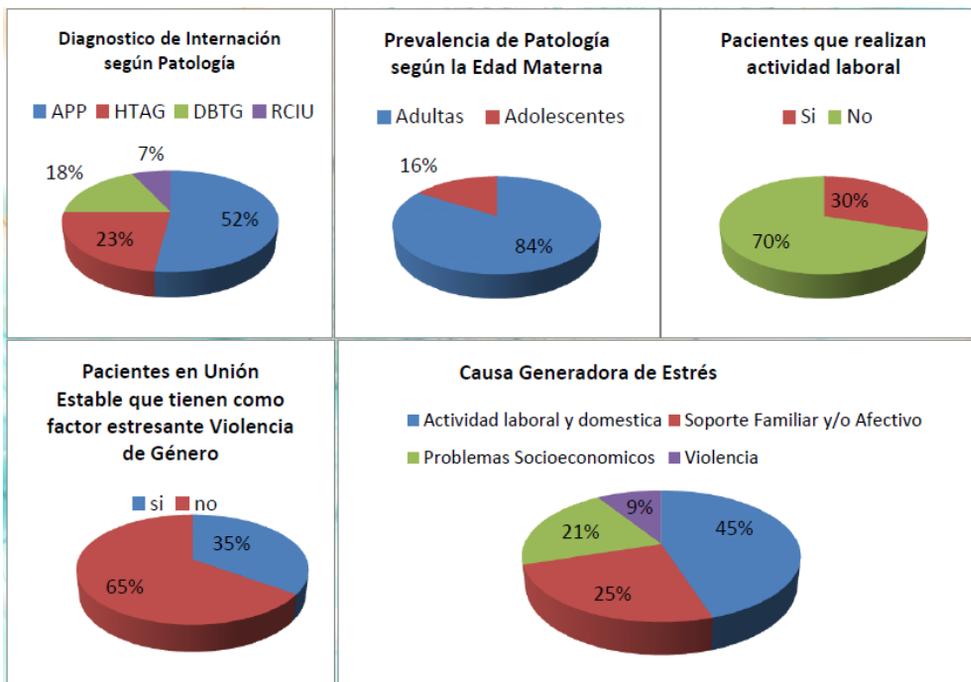
Autores: Arévalo Viviana, Carulli Luciana, Carbajal Luciana, Krcmarik Noelia, De Jesus Leon Myriam, Ossola Andrea, Villar Priscila  
Hospital D. F. Santojanni

**Introducción:** El embarazo es un acontecimiento de fuerte impacto donde la mujer afronta cambios psicológicos, físicos y sociales. Si a ese estado de cambios e inestabilidades se le suma una o varias situaciones negativas generadoras de estrés se pueden provocar situaciones patológicas en el normal desarrollo de la gestación teniendo resultados perinatales desfavorables.

**Objetivos:** Evaluar el impacto del estrés materno sobre el desarrollo de la gestación.

**Diseño, Material y Métodos:** Estudio descriptivo, observacional de corte transversal.

### Resultados:



**Conclusión:** Concluimos que es necesario un mayor compromiso por parte de los profesionales de la salud a lo largo del control prenatal, para poder considerar al embarazo como una situación no solo biológica en la vida de la mujer, sino también psicosocial, ya que el desinterés por estos aspectos pueden afectar de manera negativa la normal evolución de un embarazo que no presenta riesgo biológico.

# EDAD MATERNA AVANZADA RESULTADOS PERINATALES

Autores: Lic. Charquero Catalina, Lic. Argüello Leila, Lic. Ortega Marta, Lic. Bruna Mónica, Dra. Chirillano Daniela

## INTRODUCCION

No hay una definición universal de edad materna avanzada.

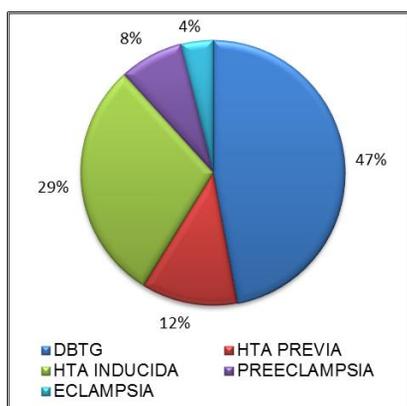
La mayoría de los países europeos y Cuba la consideran cuando la edad supera los 35 años.

Prevalencia 14%

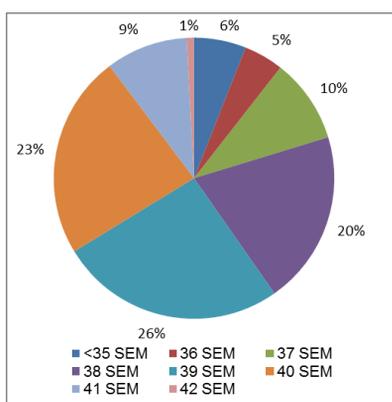
## OBJETIVO

Evaluar los resultados perinatales en mujeres que finalizaron su embarazo durante el año 2015 con edad materna avanzada y analizar factores de riesgo.

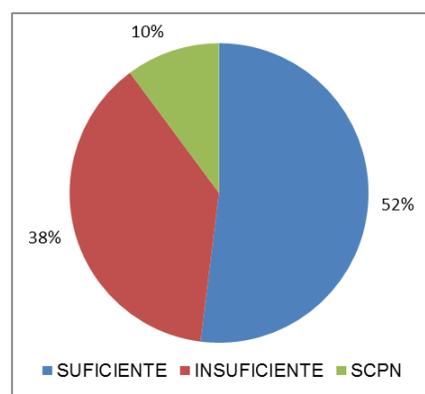
### PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS



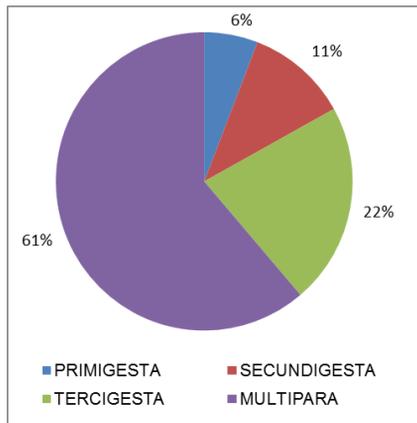
### EG AL NACIMIENTO



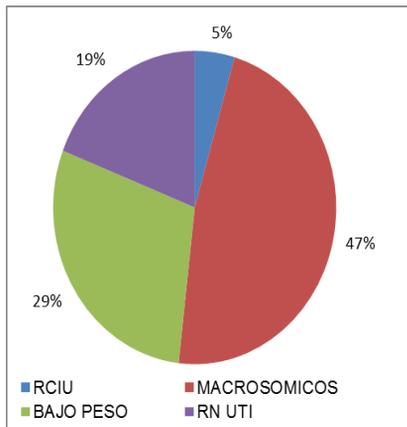
### CONTROL PRENATAL



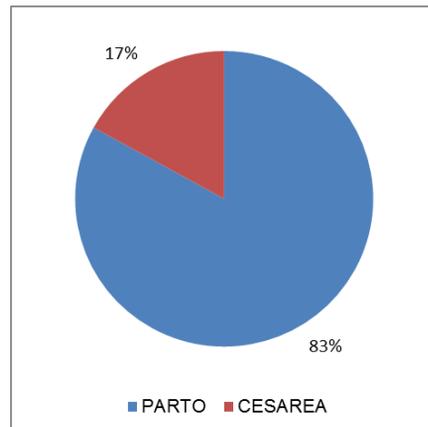
### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS



### CARACTERÍSTICAS DEL RN



### VIA DE FINALIZACIÓN



## CONCLUSIÓN

La edad materna avanzada por si sola involucra un riesgo para el embarazo, considerar que durante el mismo la posibilidad de desarrollar patologías aumenta, por lo tanto es de vital importancia el adecuado control prenatal para la prevención, detección y seguimiento de enfermedades maternas y posibles malformaciones fetales.

### INTRODUCCION

La pentalogía de Cantrell es un síndrome poco frecuente, su incidencia se estima en 0.079 de cada 100.000 nacidos vivos, caracterizado por disrupción del segmento inferior del esternón, defectos de la pared abdominal anterior supraumbilical, del diafragma y del corazón. Se desconoce su principal etiología, sin embargo podría estar asociado a teratógenos, cromosomopatías y síndromes genéticos.

### MATERIAL Y METODOS

Se presenta el caso de una paciente de 32 años G2Ab1 cursando embarazo de 22,2 semanas, quien realiza su primera consulta en nuestro servicio, adjuntando ecografía estructural con diagnóstico de gastrosquisis.

Se decide realizar nueva ecografía al momento de la consulta visualizándose:

- Feto único, vital, de 22 semanas,
- a nivel supraumbilical se observan asas intestinales envueltas por fina membrana, compatible con peritomeo (onfalocele)
- superior a dicha imagen, estructura cardíaca ectópica, con cuatro cámaras,
- no se observa con claridad la idemnidad del diafragma,
- estructuras intracraneales conservadas, columna sin disrafismos, riñones conservados, vejiga visualizada, tres vasos de cordón, miembros superiores e inferiores de aspecto normal.

Se explica a los padres la posibilidad de asesoramiento genético y se los contacta con centro de genética nacional.

### DISCUSION

El diagnóstico prenatal de la pentalogía, se puede realizar tempranamente, con la utilización de ecografía bi y tridimensional; por lo cual se remarca la importancia del screening del 1° trimestre.

Dentro de las anomalías cardíacas, las más frecuentes son los defectos ventriculares y atriales.

El estudio citogenético permite conocer el cariotipo fetal, y por tanto, la probable asociación a aneuploidías cromosómicas.

El pronóstico es muy pobre, y depende principalmente de la severidad de la malformación cardíaca.

Debe realizarse diagnóstico diferencial con onfalocele puro, bandas amnióticas cordón corto.



### RESULTADOS

Nace niño vivo, por parto vaginal a las 23 semanas de gestación, en Htal. de Derqui, quien fallece a los pocos minutos de vida.

Se recibe anatomía patológica de informa: feto de 500 gr, defecto del diafragma, ectopia cordis (CIV), onfalocele, defecto inferior del esternón, resto sin particularidades. Se envían muestras para estudio genético.

### CONCLUSION

El pronóstico de esta patología es muy desfavorable. Su sospecha diagnóstica puede realizarse en forma temprana. La exteriorización cardíaca, promueve el desarrollo de infecciones severas e inestabilidad hemodinámica, que conllevan a la muerte en los primeros días de la vida neonatal. Por ello, se requiere un adecuado asesoramiento a la familia, consejo genético, derivación a centros de alta complejidad neonatológica.

# IMPACTO DEL CONTROL PRENATAL EN LOS RESULTADOS PERINATALES

AUTORES:

Lic. Argüello Leila, Lic. Charquero Suhr Catalina, Lic. Agostena Silvina, Dra. Chirillano Daniela, Lic. Bruna Mónica, Dra. Urrutia Carina.

## INTRODUCCIÓN

En Argentina, alrededor del 7% de las embarazadas llegan al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud y un 33,5% con control prenatal insuficiente (1 a 4 controles). Esta situación lleva a la pérdida de oportunidades para la detección precoz de patologías y el tratamiento oportuno de las mismas, incidiendo negativamente sobre la salud fetal y materna.

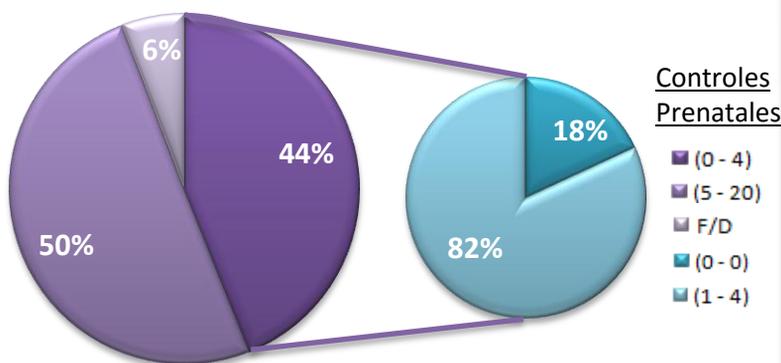
### OBJETIVO:

Comparar los resultados perinatales adversos en mujeres que realizaron un control prenatal insuficiente y/o nulo vs. las que realizaron un control prenatal adecuado, que finalizaron su embarazo en el Hospital "Mariano y Luciano de la Vega" durante el año 2015.

### MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio de tipo observacional, analítico, transversal realizado de manera retrospectiva. La muestra comprende los nacimientos acontecidos entre el 1 de enero y 31 de diciembre del 2015 en el Servicio de Tocoginecología del HMLV del partido de Moreno.

### CPN ADECUADO VS CPN INSUFICIENTE Y/O NULO

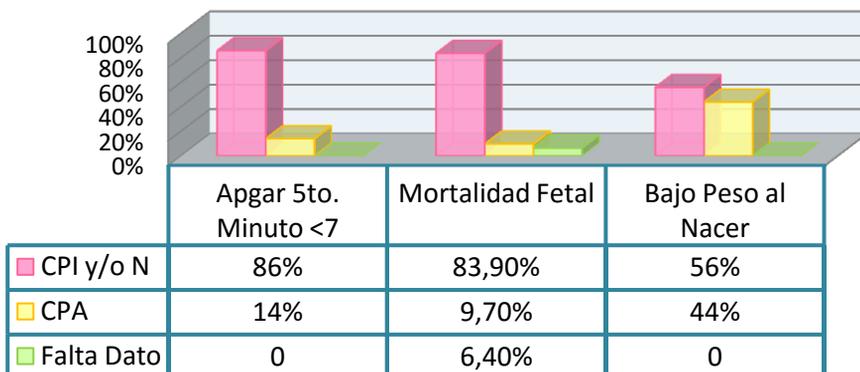


	CPI y/o N		CPA	
	n	%	n	%
<b>Paridad</b>				
SD	19	1,15%	28	1,5%
NULIPARA	427	26%	624	33,00%
PRIMIPARA	461	28%	524	27,60%
SECUNDIPARA	309	19%	355	19,00%
MULTIPARA	440	27%	321	17,00%
<b>Embarazo Planificado</b>				
SI	875	53%	912	48,10%
NO	675	41%	837	44,10%
SD	106	6,40%	147	7,80%

### CONCLUSIÓN

Observamos un aumento significativo de la mortalidad fetal, puntuación de Apgar menor a 7 a los 5 minutos de vida y bajo peso al nacer en las pacientes con control prenatal insuficiente y/o nulo. Generar estrategias para la captación y seguimiento de las embarazadas desde el equipo de salud, disminuiría la incidencia de resultados perinatales adversos.

### VARIABLES DE RESULTADO



# Interculturalidad en la Atención Obstétrica

## *Una herramienta antropológica para mejorar la calidad de atención*

Autor: Lic. Obst. Mastrolonardo, A

**INTRODUCCION:** El embarazo, parto y puerperio es un hecho biológico que se da en el cuerpo de las mujeres, pero también es un acontecimiento cargado de significado cultural.

• **OBJETIVO** Demostrar la importancia del concepto de interculturalidad y su aplicación en la atención obstétrica

• **MATERIALES Y MÉTODOS:** Cualitativo. Revisión bibliográfica y análisis de la evidencia en torno al tema de investigación específico.

• **RESULTADOS:**

• La Organización Panamericana de la Salud define a la interculturalidad como: "...la relación entre varias culturas diferentes que se realiza con respeto y horizontalidad"...

• El enfoque intercultural en salud promueve el intento por reconocer la coexistencia de distintas cosmovisiones de lo humano en el ámbito de la salud.

• Las mujeres no deben adaptarse a los servicios de salud, los servicios de salud deben adaptarse a las diversas mujeres que los necesitan.

• Ahondar en las creencias que las mujeres tienen sobre el proceso de gestación significa escuchar la creencia

• Se debe intentar reconocer otras formas de comprensión, de la maternidad y de los cuidados que llevan a cabo las gestantes, a partir de sus cosmovisiones

• El proceso de embarazo, parto y puerperio se inscriben en la cultura, y se construye desde todo un conjunto de representaciones y saberes que lo sustentan y en interrelación con el resto de procesos sociales.

• La atención de la embarazada desde la perspectiva intercultural no es un enfoque más, sino un tema que apunta a la equidad y a la disminución de la morbimortalidad materna-infantil

**CONCLUSION:** El fortalecimiento de modelos de atención intercultural en salud requiere de su incorporación en los programas de capacitación al personal de salud, contribuyendo a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del trabajo del equipo de salud en situación intercultural. Las políticas de salud deben evolucionar hacia políticas interculturales que promuevan el diálogo de saberes y prácticas desde una posición de respeto a la diferencia.

### **BIBLIOGRAFÍA**

• Las culturas del nacimiento. Representaciones y prácticas de las mujeres gestantes, comadronas y médicos. María Jesús Montes Muñoz isbn: 978-84-690-7782-5 / dl: t.1237-2007/ Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. OPS-OMS/ Salud intercultural y costumbres de pueblos originarios en obstetricia. AOA. Lic. Idiart/Aproximación a la Antropología de la Reproducción. AIBR. Blazquez Rodríguez, 2005/ La interculturalidad como espejo Ineke Dibbits REBOHUPAN/ Munoz Bravo, Sandra Felisa et al. Interculturalidad y percepciones en salud materno-perinatal, Toribio Cauca 2008-2009. Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [online]. 2012, vol.44, n.1 [cited 2016-06-24], pp.39-44/Atención prenatal: ¿tensiones o rutas de posibilidad entre la cultura y el sistema de salud? Patricia Lasso Toro Universidad de San Buenaventura, Cali (Colombia) Pensamiento Psicológico, Volumen 10, No. 2, 2012, pp. 123-13

# EMBARAZO ADOLESCENTE IMPACTO BIOPSICOSOCIAL

Autores: Lic. Obstétrica Buccinna María Fernanda , Lic. Cantero Andrea  
Cafys Carupá-Municipio de Tigre.

**Objetivo:** Conocer las repercusiones biopsicosociales en el embarazo adolescente.

**Introducción:** En el Centro de Salud Carupá el embarazo adolescente represento el 29% de los embarazos, siendo el 11% adolescentes menores de 15 años. Un alto porcentaje no fueron planificados y mas de la mitad de los embarazos no planificados no usaban métodos anticonceptivos. El 70% desertaron del sistema escolar, una de las principales causas fue la confirmación del embarazo. El control prenatal precoz representó mas del 50 % de los controles, favorecido por el test de embarazo a demanda y la accesibilidad a turnos para un control prenatal oportuno.

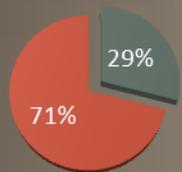
El mayor numero de nacimientos fue a través de partos normales; una de las indicaciones mas relevantes para finalización mediante operación cesárea fue la desproporción feto-pélvica y presentación en pelviana.

**Población y Métodos:** Se realizo un estudio observacional, longitudinal retrospectivo. Todas las pacientes adolescentes (según OMS 10 a 19 años) que realizaron control prenatal en Cafys Carupá y pertenecientes al área programática en el periodo comprendido desde 01/01/2015 al 31/12/2015.

## RESULTADOS

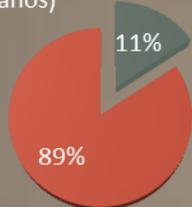
### Porcentaje de embarazo según edad materna

Adolescentes Adultas



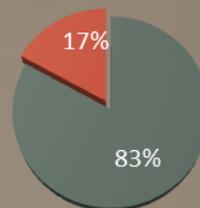
### Embarazo adolescente

Emb. edad precoz ( 10 a 14 años)  
Emb. edad tardia ( 15 a 19 años)



### Embarazo planificado

Emb. No planificado  
Emb. Planificado



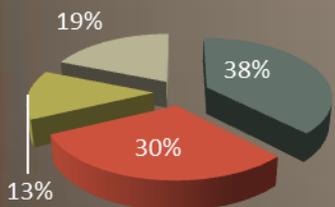
### E G Primer control Prenatal

C Prenatal 1º trimestre  
C Prenatal 2º trimestre  
C Prenatal 3º trimestre



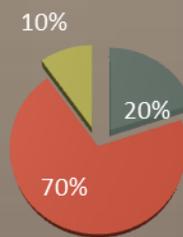
### Uso de MAC

No usaba  
Preservativo  
ACO/ACI  
Coito interrumpido



### Nivel educativo alcanzado

Primaria completa  
Secundario Incompleto  
Secundario Completo



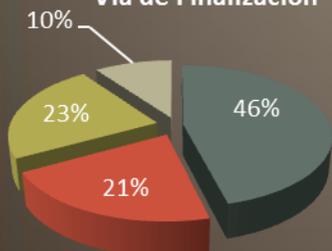
### Causas de deserción escolar

Por confirmacion de embarazo  
Previo al embarazo



### Via de Finalizacion

Parto Normal  
Cesarea  
Sin dato  
Aborto espontaneo



## Resultados Perinatales

### Parto

Media EG	40	Rango	37-41
Peso	3455		2200-4050

### Cesárea

Media	39	Rango	37-41
Peso	3580		2080-4430

**Conclusión:** El embarazo adolescente como un emergente social y de la salud pública representa un gran desafío para la APS que dependiendo de los factores biológicos, culturales y sociales pueden constituirse o no en una situación de mayor vulnerabilidad; su abordaje requiere una mirada integral desde el equipo de salud; que contemple información oportuna, clara, actualizada y validada científicamente sobre ESI, acceso a MAC, asistencia sanitaria universal e inclusión o reinserción en el sistema escolar.

# Embarazo Adolescente en Conurbano Bonaerense

Autores: Lic. Obst. Miño P, Lic. Obst Alvear R, Lic. Obst. Andretta V.  
Hospital Materno Infantil Pedro Chutro S.A de Padua , Merlo. BsAs

## Introducción

El embarazo adolescente es un problema complejo, que afecta la salud física y psicológica de las madres, quienes tienen un riesgo de defunción materna 4 veces más alto y mayores probabilidades de efectos adversos, así como sus infantes. Según la OMS, el embarazo adolescente representa el 11% de los nacimientos en el mundo, 95% se producen en países en desarrollo. En Argentina, el porcentaje de recién nacidos de madres adolescentes se mantuvo cercano 15% en los últimos 20 años, pero con variaciones regionales. Con motivo de evaluar la situación de nuestro trabajo diario, surge la necesidad de realizar este trabajo con el objetivo de determinar el porcentaje de nacimientos de madres adolescentes asistidas en el Hospital Materno infantil Pedro Chutro del Partido de Merlo, Provincia de Buenos Aires.

## Población y Muestra

Madres adolescentes cuyo parto fue asistido en el Hospital Pedro Chutro, historia clínica ingresada al SIP.

## Diseño, Materiales y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo. Los datos fueron obtenidos a partir de la revisión de 384 historias clínicas ingresadas al Sistema Informático Perinatal de nacimientos de madres adolescentes ocurridos entre el 17 de febrero de 2014 y el 06 de abril del 2015, en el Htal Pedro Chutro de San Antonio de Padua Merlo.

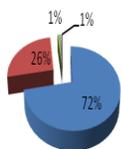


**1 de cada 4 adolescentes que se embaraza volverá a hacerlo durante su adolescencia**

## Resultados

De 1693 historias clínicas ingresadas al SIP, un 22,68 % (n: 384 IC95% 20.7-24.76) resultó corresponder a mujeres de entre 13 y 19 años, con una mediana de 18 años. La población blanco, se dividió en dos grupos: Grupo A madres adolescentes primigestas (71,87%, n: 276 IC95% 67-76.32 ), y Grupo B, madres adolescentes no primigestas. El grupo B correspondía al 28,12 % (n:108 IC95% 23.67-32.92) de adolescentes de entre 15 y 19 años que tenían gestas previas. De este subgrupo, un 82,40 % (n : 89 IC95% 73.89-89) no planificó su embarazo, y solo el 27.77% (n:30 IC95% 5.32- 10.97) utilizaban MAC ( barrera u hormonal). Un 75% (n:207 IC95%69.44-80) de las usuarias del grupo A, tampoco planificó su embarazo, y de estas el 61,83 % (n:128 IC95%54.82-68.49) no utilizaba MAC alguno. El intervalo intergenésico del Grupo B era menor a los dos años en el 58,33 % (n: 63 IC95% 48.42-67.77). Al egreso hospitalario el método anticonceptivo de mayor elección fue de barrera.

### ANTECEDENTES OBSTETRICOS



■ PRIMIGESTAS  
■ SECUNDIGESTAS  
■ TERCIGESTAS  
■ CUARTIGESTAS

Control prenatal	Grupo A	Grupo B
Sin Control	N: 12( 4,34 % IC95%2.26-7.48)	N: 13 (12,03% IC95%6.55-19.72)
Control Deficiente	N: 56 (20,29% IC95%15.69-25.53)	N: 31 (28,70% IC95%20.38-38.23)
Control Adecuado	N: 208 (75,36% IC95%69.82-80.34)	N: 64 (59,25% IC95%49.35-68.63)

## Conclusión

El porcentaje de embarazadas adolescentes asistidas en el Hospital Pedro Chutro es significativamente mayor al porcentaje global de la Argentina. El dato más llamativo es que 1 de cada 4 adolescentes, volverá a embarazarse durante su adolescencia, y de estas últimas, casi el 60% lo hará con un intervalo intergenésico corto. Que más del 75% de las adolescentes no planifiquen su embarazo, y que el método anticonceptivo más elegido sea el preservativo, es un dato no menor que pone luz en nuestras debilidades, abriendo camino a nuevas estrategias para una mejor adhesión, elección y uso correcto del método anticonceptivo y planificación de la gestación, permitiendo que nuestras usuarias gocen plenamente de sus derechos en salud sexual y reproductiva.

# Incidencia de Sífilis en Nuestra Población

**Autores:** Arce, Cuevas, Gómez, Pasta, Ramos, Rosso

## INTRODUCCIÓN

La infección por sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema Pallidum*. La sífilis se transmite de la madre al feto y puede conducir hasta en un 80% de los casos al aborto, muerte fetal, parto pretérmino e infección del recién nacido o sífilis congénita, que puede ir acompañada de diferentes grados de discapacidad e inclusive la muerte. En la Argentina, según el boletín de Epidemiología de Enfermedades de Notificación Obligatoria del Ministerio de Salud de la Nación, la prevalencia de sífilis entre las embarazadas en el país varía entre el 1 y el 3%. Se la ha considerado como una de las enfermedades más importantes que afecta el embarazo, y a pesar del avance en el tratamiento y seguimiento de esta infección durante el transcurso de los años se han visto aumentos de su incidencia debido a parejas no estables, inicio de relación sexual precoz, prácticas sexuales sin protección, drogadicción, adolescencia, presencia de otras ETS, embarazos no controlados

## OBJETIVO

Determinar la incidencia de pacientes con diagnóstico de VDRL + en nuestra población.

## POBLACIÓN

Todas las embarazadas con diagnóstico de VDRL + en el periodo comprendido entre junio de 2013 a junio de 2015, que concurren al Hospital Vicente López y Planes de General Rodríguez.

## CONCLUSIÓN

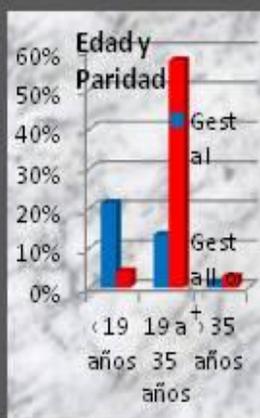
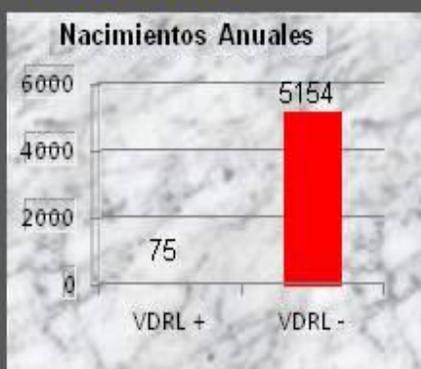
Luego del análisis realizado, es alarmante la incidencia de sífilis en las mujeres embarazadas de nuestra población, debido a una falta de autocuidado, desinformación y desinterés por el propio cuerpo y la salud. Ante los resultados hallados en cuanto a la edad que poseen estas pacientes en su mayoría <19 años y entre 19-35 años para adquirir esta infección consideramos oportuno, recalcar la importancia de informar de forma correcta y adecuada los métodos anticonceptivos que existen para evitar las infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados. Y, **resaltamos la importancia de nuestro rol profesional en el control prenatal** y captación precoz de la embarazada, para un diagnóstico y seguimiento oportuno, con el fin de disminuir la incidencia de sífilis en las embarazadas, y los resultados perinatales que se pueden evitar como recién nacidos con sífilis congénita y las muertes fetales.

## MATERIAL Y METODOS

es un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Como método estadístico se utilizó la estimación de porcentajes.

**Criterios de inclusión:** Pacientes controladas en el Hospital Vicente López y Planes. Pacientes con diagnóstico de VDRL +.

## RESULTADOS



# PREVALENCIA DE SIFILIS MATERNA E INCIDENCIA DE SIFILIS CONGENITA

## Hospital de Agudos J.M Ramos Mejía

Autores: Lic. Gallardo Vanesa Lourdes, Lic. Galvez Fernanda, Lic Costagliola Leonela, Lic. López Martínez Mariela Rossana, Lic. Lorenzo Laura Alejandra, Lic. Negri Claudia, Dr Hakim Alejandro.

**Introducción:** La sífilis es un grave problema de la salud pública, se calcula que cada año hay más de 12 millones de nuevas infecciones por *Treponema pallidum*, de las cuales más de 2 millones se producen en mujeres embarazadas (OPS 2010). La sífilis gestacional sin tratamiento puede producir aborto, muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, bajo peso al nacer e infección congénita con diversos grados de afectación.. Se estima que en 2007 en América Latina y el Caribe más de 164.000 niños nacieron con sífilis congénita.

**Objetivo General:** Estimar la incidencia de sífilis congénita y la prevalencia de sífilis materna en aquellas mujeres que hayan finalizado su embarazo en el Hospital J.M Ramos Mejía.

**Objetivos Específicos:** Describir las características socio-demográficas de las pacientes. Establecer la proporción de embarazadas con sífilis materna que fueron diagnosticadas y tratadas. Determinar la proporción de las parejas sexuales de las madres con sífilis que realizó el diagnóstico y tratamiento. Determinar en que momento del embarazo se realizó el diagnóstico.

**Población y muestra:** Criterios de inclusión: Historias Clínicas de 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. Criterio de exclusión: se excluyeron las embarazadas que finalizaron su embarazo antes de las 20 semanas

**Diseño-Materiales y Métodos:** Se realizó un estudio de tipo descriptivo, observacional, transversal y prospectivo. Los datos fueron recopilados a partir de la revisión de las Historias Clínicas de aquellas pacientes que finalizaron su gestación en el Servicio de Maternidad del Hospital de Agudos J.M Ramos Mejía durante el período de Julio del 2015 a Abril del 2016.

**Resultados:** De los 1191 nacimientos se obtuvo una prevalencia de 50 casos de sífilis materna 4.19% (IC95 3.12- 5.50). Mientras que la Incidencia de sífilis congénita fue de 36 casos 3.02 % (IC95 2.12- 4.16), de los cuales 3 corresponden a fetos muertos. El 0.84 % (IC95 0.40- 1.54) corresponde a recién nacidos sanos cuya madre realizaron el tratamiento en forma adecuada. Finalmente, un 0.33 % (IC95 0.09- 0.85), representa a aquellas pacientes con vdrl positiva tratadas en un embarazo anterior.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS			
VARIABLE	N = 50	PORCENTAJE	
<b>EDAD</b>			
=20	42	84%	(IC95 70.85- 92.86)
<20	8	16%	(7.13- 29.14)
<b>NACIONALIDAD</b>			
ARGENTINA	27	54%	(IC95 39.28- 68.22)
EXTRANJERA	23	46%	(IC95 31.77- 60.71)
<b>GESTAS</b>			
PRIMIGESTA	14	28%	(IC95 16.19- 42.52)
SECUNDIGESTA	11	22%	(IC95 11.49- 35.99)
MULTIGESTAS(3-5)	22	44%	(IC95 29.95- 58.78)
GRAN MULTIPARA(>6)	3	6%	(IC95 1.21- 16.57)
<b>ESTADO CIVIL</b>			
CASADA	2	4%	(IC95 0.45- 13.73)
SOLTERA	15	30%	(IC95 17.82- 44.64)
UNION ESTABLE	33	66%	(IC95 51.19- 78.82)
<b>ESCOLARIDAD</b>			
PRIMARIA COMPLETA	8	16%	(IC95 7.13- 29.14)
PRIMARIA INCOMPLETA	4	8%	(IC95 2.18- 19.26)
SECUNDARIA COMPLETA	22	44%	(IC95 29.95- 58.78)
SECUNDARIA INCOMPLETA	16	32%	(IC95 19.48- 46.73)
<b>LUGAR DE CONTROL</b>			
RAMOS MEJIA	40	80%	(IC95 66.24- 90)
OTRO HTAL	7	14%	(IC95 5.78- 26.77)
SIN CONTROL	3	6%	(IC95 1.218- 16.57)
<b>N° CONTROLES</b>			
=5	26	52%	(IC95 37.37- 66.37)
<5	24	48%	(IC95 33.62- 62.62)

Con respecto a la pareja sexual de las madres con sífilis, el 30 % (IC95 17.82-44.64) recibió tratamiento. Del 70 % (IC95 55.3- 82.1) restante, un 25 % (IC95 12.44 -43.30) obtuvo un resultado negativo, mientras que un 75 % (IC95 56.70- 87.55) no concurrió al control.



**Conclusión:** Los resultados arrojan que la mayoría de las pacientes conocen su diagnóstico con una gestación avanzada, a esto se suma la demora en el inicio el tratamiento. Gran porcentaje de nuestras embarazadas fueron diagnosticadas en el puerperio. Consideramos que el diagnóstico temprano junto al tratamiento correcto, constituyen las premisas indispensables para la reducción de la incidencia de sífilis congénita.

# MODELO DE ROBSON: EXPERIENCIA EN NUESTRA MATERNIDAD

## HOSPITAL RAMOS MEJÍA- SERVICIO DE OBSTETRICIA

Autores: Holub P, García D, Cibeira L, Cabrera MS, Lobo Pernigotti MD, Serrano Lopez D, Hakim A, Bonafede L

### Introducción

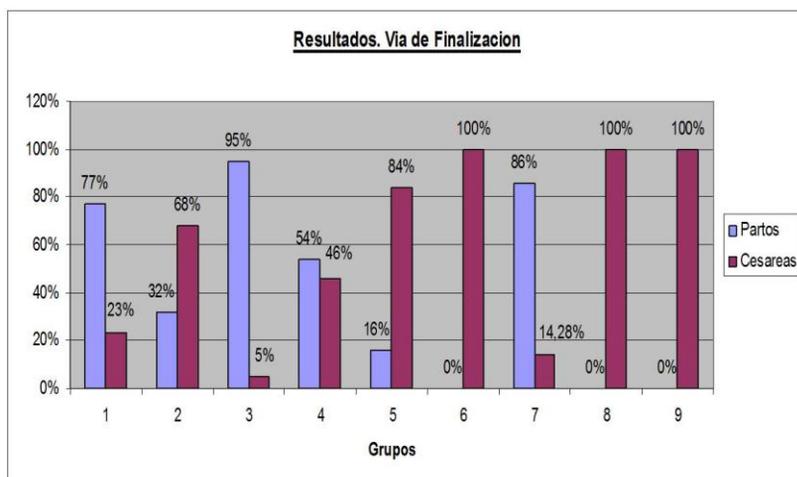
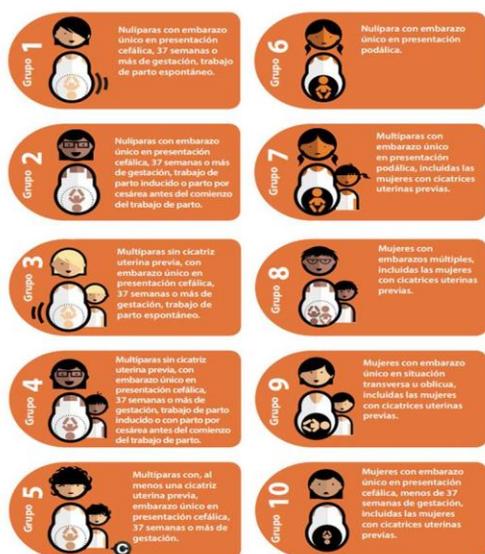
A partir de la década del 70 la tasa mundial de cesárea sufrió un aumento exponencial. Desde 1985 la OMS sostiene que una tasa de cesárea del 10 al 15% tendría un rol protector sobre la morbilidad materno fetal, superado ese valor este rol protector se perdería. Por lo cual surgió la necesidad de implementar un sistema de clasificación para monitorear y comparar las tasas de cesáreas de forma homogénea y orientada hacia la acción. Esta carencia de información es uno de los factores que ha dificultado una mejor comprensión de esta tendencia, por lo cual la OMS propone la adopción del modelo de Robson como sistema de clasificación de las cesáreas en respuesta a esta necesidad. Las proporciones específicas dentro de cada grupo de Robson son independientes de su tamaño y permiten hacer comparaciones entre instituciones o dentro de una misma institución en el tiempo.

### Objetivo

Caracterizar las condiciones obstétricas de la población atendida para disminuir la tasa de cesáreas en nuestra institución utilizando el modelo de Robson como herramienta para identificar los grupos prioritarios de intervención.

### Material y Métodos

Estudio descriptivo retrospectivo donde se incluyeron las pacientes que finalizaron el embarazo en el Hospital Ramos Mejía (CABA) en el período comprendido desde enero a diciembre de 2015. Se las clasificó según el modelo de Robson.



**Discusión:** Nuestra institución presentó en el período analizado un alto porcentaje de cesáreas en los grupos 2 y 4.

Diferente con lo descrito en trabajos publicados donde hubo exceso de cesáreas en grupos 1 y 3.

Observamos alto índice de cesáreas en grupo 5 en el cual la mayoría de las pacientes presentaba una cesárea anterior.

En el resto, en donde es difícil disminuir de manera segura la tasa de cesáreas, el aporte a la cifra global es inferior a la de otros grupos con menos riesgo inherente de requerir parto operatorio.

**Conclusión:** La aplicación del modelo permitió identificar que grupos están aportando al elevado número de cesáreas, mostrando la utilidad para identificar los grupos que requieren de manera prioritaria un análisis más detallado. También es útil para estimar una meta adaptada a la realidad del hospital.

El paso siguiente de este trabajo será recabar información que permita identificar las condiciones médicas y obstétricas por las cuales se indicó cesárea en los grupos con mayor tasa de la misma.

# Ictericia clínica neonatal asociado al uso de oxitócicos, durante el primer semestre del año 2016 en el Hospital Materno Infantil de Azul.

Autores: Carrara J Brelis Herrera M ;Bocelo F; Francisconi F; Marini I; Preciado G; Tapia B; Sterkel Y;

**Introducción:** La ictericia neonatal es una de las patologías con mayor incidencia entre los servicios de neonatología, por lo que es de gran importancia la determinación de los factores de riesgo asociados a la misma.

La ictericia se define como la coloración amarillenta de la piel y mucosas debido a la concentración elevada de bilirrubina en sangre. El exceso de bilirrubina sérica por encima de valores normales se define como hiperbilirrubinemia.

Se ha implicado el uso de oxitócicos durante la inducción o la conducción del trabajo de parto como un factor de riesgo para la hiperbilirrubinemia neonatal. Los mecanismos fisiopatológicos no se describen con exactitud, pero hay hipótesis como es el hecho de la transfusión materno-fetal producida por la estimulación de las contracciones uterinas asociado al uso de oxitocina; con el consecuente aumento de la masa eritrocitaria y mayor fragilidad de la membrana de los mismos en neonatos en cuyas madres se hizo uso de esta droga.

**Objetivos:** A) establecer asociación entre la ictericia clínica neonatal y el uso de oxitocina en la conducción o inducción del trabajo de parto.

B) Determinar si la ictericia neonatal se asocia a la dosis o al tiempo de exposición a oxitócicos .

C) Promover el uso racional de la oxitocina durante el trabajo de parto.

**Material y métodos:** trabajo descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo.

**Inclusión:** neonatos con ictericia clínica, de ambos sexos, de madres que tuvieron conducción o inducción al trabajo de parto; sin patología materna ni fetal asociada.

**Exclusión:** neonatos que presentaron ictericia clínica después de las 48hs de nacidos, prematuros, bajo peso al nacer, con enfermedad autoinmune hemolítica, con cefalohematoma o traumas obstétricos, con diagnóstico de sepsis y con incompatibilidad RH o ABO.

**Resultados:** se incluyeron un total de 90 neonatos que presentaron ictericia clínica en las primeras 48hs de vida . De los cuales: 60 (66.66%) fueron expuestos al uso de oxitocina en el trabajo de parto y 30 (33.33%) tuvieron ictericia no asociado al uso de oxitócicos.

De los 60 neonatos expuestos a oxitocina, el 70% nacieron de madres que recibieron más de 5UI de oxitocina durante la conducción o inducción al trabajo de parto, en contraste con un 30% de embarazadas que recibieron menos de 5UI en total.

Con respecto al tiempo de exposición se ha observado que los neonatos expuestos a oxitócicos por más de 4hs han presentado mayor incidencia de ictericia, siendo un total un 73.33%.

Uso de oxitocina



Dosis



Exposición



**Conclusión:** si bien el uso de oxitocina es un factor de riesgo para el desarrollo de ictericia en los recién nacidos, estadísticamente se evidenció que a mayor cantidad de horas de exposición, resulta mayor la afectación neonatal; no así en relación con la dosis utilizada.

De esta forma pretendemos promover el uso racional de oxitocina en los servicios de obstetricia.

# NUESTRA EXPERIENCIA EN ANTICONCEPCION QUIRURGICA EN EL POSPARTO INMEDIATO

Autores: Dra. Corazza, Dra. Iuliano, Dra. Ponce, Dra. Cavanna, Dra. Tatti, Dra. Mendez,  
Dra. Gonzalez, Lic. Fain, Dra. Macchi, Dr. Carbone, Dr. Gresta

## INTRODUCCION

En nuestro servicio, entendemos que debemos atender las necesidades de las mujeres durante cualquier evento obstétrico, promoviendo y ofreciendo consejería en anticoncepción tanto en el control prenatal como posparto. La OMS define a la ligadura tubaria bilateral como un método ideal de anticoncepción, que consiste en un procedimiento sencillo, de fácil aprendizaje, y en general, irreversible.

Debido a que cerca del 40% de nuestras pacientes encuentra dificultades para reinternación para realizar el procedimiento luego del puerperio inmediato, decidimos comenzar a realizarlas durante la internación pos parto.

## MATERIAL Y METODOS

Se realizó un trabajo retrospectivo, observacional, durante el período comprendido desde Agosto 2015 - Mayo 2016.

Durante el mismo, se realizaron un total de 112 ligaduras tubarias bilaterales:

- 17% de intervalo (vía laparoscópica)
- 53% durante la operación cesárea.
- 30% realizadas con incisión periumbilical durante el puerperio.

Se realizó revisión de historias clínicas y una encuesta de satisfacción a las LT periumbilicales.

## RESULTADOS

- Promedio de edad :32,7 años.
- La media de hijos : 4,9.
- De 31 pacientes: 70% fue asesorada acerca de la LT periumbilical, previo al momento de internación.
  - Anestesia: 50% raquídea, y 50% general.
  - Tiempo quirúrgico promedio : 25 minutos.
  - Dolor posoperatorio: 81% leve o muy leve, sólo 2 pacientes refirieron dolor intenso, y una paciente encontró dificultad en la atención al RN.
  - En 4 púerperas, la incisión periumbilical debió ser ampliada; eran pacientes obesas y 1 de ellas fue intervenida a las 96 hs posparto.
  - Sin embargo, el total de las pacientes refiere satisfacción con respecto a este método, y recomendaría el procedimiento.



Procedimiento



Resultados

## CONCLUSION

La ligadura tubaria bilateral con incisión periumbilical, es un método altamente sencillo, de fácil aprendizaje, alta aceptación y que produce una cicatriz mínima y estética. El embarazo y el puerperio son momentos de oportunidad para realizar una consejería de anticoncepción adecuada y esta técnica debe tenerse en cuenta en pacientes que deseen anticoncepción permanente. Permite que la mujer sea externada con la contracepción quirúrgica resuelta sin necesidad de nueva hospitalización.



# MACROSOMIA Y EMBARAZO. NUESTRA EXPERIENCIA.



AUTORES: Garcia del Carril, I; Iuliano, V; Ponce, G; Macchi, S; Carbone, JC; Gresta C.

## INTRODUCCION

La macrosomía fetal, afecta del 3 al 15% de todos los embarazos y se asocia a: distocia de hombros, lesión del plexo braquial, asfisia perinatal, hipoglucemia, muerte fetal, mayor incidencia de cesárea, hemorragia postparto, entre otros.

Si bien no existe aún total acuerdo, la mayoría lo define como peso neonatal >4000g o en percentilo >90.

Como factores de riesgo podemos enumerar: obesidad materna, diabetes, excesiva ganancia de peso, macrosomía en embarazo previo y sexo fetal masculino.

### OBJETIVO

Describir y analizar factores de riesgo y resultados obstétricos de neonatos macrosómicos.

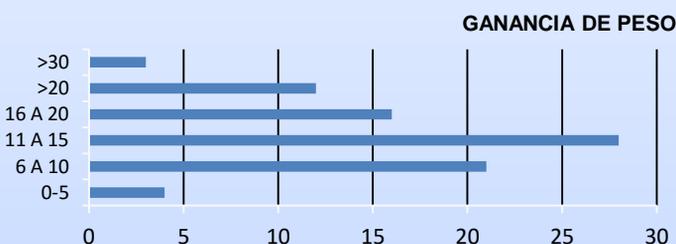
### MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y observacional de los nacimientos con diagnóstico de macrosomía ocurridos en la maternidad de nuestro hospital, desde enero del 2015 hasta enero del 2016.

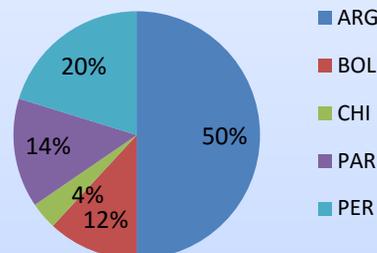
## RESULTADOS

De los 1192 nacimientos ocurridos en dicho periodo de tiempo, el 8,7% de los embarazos de término, presentaron macrosomía. La edad promedio materna fue de 28 años (rango 16-41).

El 35 % de las gestantes eran obesas, sin embargo de las pacientes que presentaban IMC<30, el 74% aumentaron >10 kg. durante el embarazo.

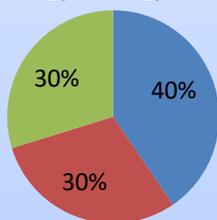


### NACIONALIDAD



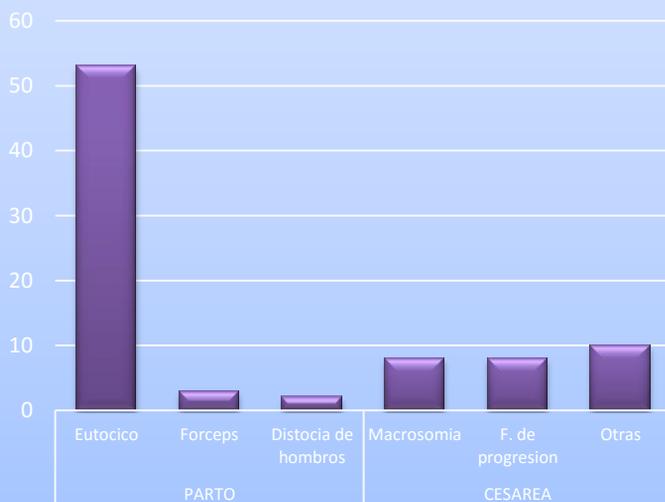
### ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Nulipara
- Atc macrosomía
- Sin antec de macrosomía



El 16% presentaba diagnóstico actual o previo de diabetes; sin embargo 1 de cada 4 pacientes no realizó control obstétrico adecuado.

El 69% de los nacimientos fueron por parto vaginal. En cuanto al sexo de los recién nacidos no hubo diferencias significativas. El 90% presentaron APGAR al minuto de nacimiento > 7.



## CONCLUSION

La incidencia de macrosomía en nuestro hospital fue del 8,7%. Coincidiendo con la bibliografía, la obesidad materna y la diabetes fueron factores de riesgo de gran importancia; y, en nuestro estudio, la ganancia de peso materna > 10 kg, así como el antecedente de embarazos con fetos macrosómicos presentaron alta incidencia. No hubo diferencia en cuanto al sexo fetal. A pesar de la incidencia de macrosomía en nuestro centro, el 69% de los nacimientos ocurrió por parto vaginal con tan solo 3 casos de distocia de hombros, y no aumentando la tasa de cesáreas en comparación con el resto de la población de nuestra maternidad. Es indispensable recalcar la importancia de un adecuado seguimiento obstétrico para reducir la tasa de complicaciones perinatales.

## INTRODUCCIÓN

El término enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) se refiere a un amplio espectro de patologías que se originan ante el crecimiento descontrolado del trofoblasto. Abarca desde la mola hidatiforme benigna hasta la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG).

Se define NTG a la evidencia histológica de mola invasora, coriocarcinoma o tumor del sitio de implantación; presencia de metástasis; o bien niveles de sub $\beta$ -HCG en aumento o meseta. Afortunadamente su incidencia es baja y presentan alta tasa de curación, aún en presencia de metástasis.

## OBJETIVOS

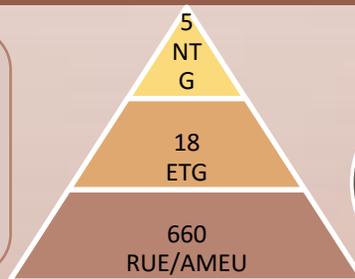
Presentar la incidencia de la Enfermedad Trofoblástica Gestacional en nuestro Hospital a partir de la revisión de casos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

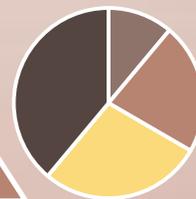
Se realizó estudio retrospectivo observacional, con revisión de historias clínicas desde Marzo 2013 a Marzo 2016 con diagnóstico de ETG, evaluando edad, etnicidad, antecedentes obstétricos; métodos diagnósticos, presencia de complicaciones y tratamiento.

## RESULTADOS

- Rango de edades: 14 - 49 años, media de 27,7 años.
- Ecografía de sospecha: en 7 pacientes
- Anatomía patológica: MHC= 13.  
MHP= 3.  
NC= 2.



### Motivo de Consulta



- HMyR
- Anembrionado
- Metrorragia
- Ecografía sospecha

### Neoplasia trofoblástica gestacional

Total: 5 pacientes

Sub $\beta$ HCG en meseta o ascenso

2 pacientes con evidencia de invasión a distancia.

1 presentó SHEO

Todas en plan de QMT (Servicio Oncología)

3 fueron sometidas a HT (2 por hemorragia incoercible, 1 por focos con perforación uterina)



## CONCLUSION

La incidencia de la ETG en nuestra Institución coincide con los valores de prevalencia descriptos en la literatura. La histerectomía es excepcional en casos de hemorragia incoercible o perforación uterina habiéndose presentado en 3 pacientes.

# Control prenatal precoz: “Un compromiso, un derecho”

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

**Autores:** Lic. Varcasia Vanesa, Lic. Cervellon Marcela, Lic. Di Palma Shirly ; Lic. Faruolo Florencia; Lic. Fernández Natacha; Lic. Galparoli Julieta; Lic. Zarate Florencia; Lic. Rodriguez Mirtha; Dra. Di Biase Lucia

## INTRODUCCIÓN

El control prenatal es un conjunto de entrevistas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación para el parto y crianza del recién nacido. Un control prenatal eficiente deber ser precoz, periódico, completo y de amplia cobertura. En Argentina, el 10% llega al parto sin haber tenido contacto alguno con el sistema de salud. De las que se controlan apenas una cuarta parte, el 24,3% inician los controles durante el primer trimestre.

## OBJETIVOS

- Determinar la prevalencia de patologías detectadas en mujeres que comenzaron su control prenatal en el primer trimestre del embarazo en el primer nivel de atención.
- Establecer las características de la población.
- Determinar factores de riesgo asociados.
- Estimar porcentaje de pacientes que iniciaron precozmente su control prenatal.
- Determinar los resultados perinatales.

## MATERIALES Y METODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal. Los datos se recopilaron a partir de la revisión de historias clínicas de los Cesacs n° 14,18 y 19. Se seleccionaron aquellas pacientes que comenzaron su control prenatal en el primer trimestre de la gestación entre Enero y Diciembre del 2015. El análisis de datos se realizó según método estadístico a través del programa VCCstat 2.01.

## RESULTADOS

| Año 2015 → 597 pacientes → 33% inicio precoz del CP (N=197)

VARIABLE N=197 PORCENTAJE con IC

### EDAD MATERNA

15 – 18 años	24	12,18% (IC 95 07,95-17,60)
19 - 35 años	160	81,21% (IC 95 75,03-86,43)
> 36 años	13	06,60% (IC 95 03,55-11,03)

### NACIONALIDAD

Argentina	80	40,61% (IC 95 33,67-47,84)
Boliviana	93	47,20% (IC 95 40,05-54,45)
Paraguay	15	07,61% (IC 95 04,31-12,26)
Peruana	8	04,06% (IC 95 01,67-07,85)
China	1	00,50% (IC 95 00,01-02,79)

### RESIDENCIA

CABA Villa	138	70,05% (IC 95 63,11-76,37)
CABA Barrio	57	28,93% (IC 95 22,69-35,82)
GRAN BA Barrio	2	01,01% (IC 95 00,11-03,62)

### ESCOLARIDAD

Primaria Completa	21	10,66% (IC 95 06,71-15,84)
Primaria Incompleta	25	12,69% (IC 95 08,37-18,17)
Secundaria Completa	63	24,55% (IC 95 18,21-31,81)
Secundaria Incompleta	84	31,98% (IC 95 25,51-39,00)
Universitario Incompleto	3	01,52% (IC 95 00,30-04,39)
Ninguno	1	00,60% (IC 95 00,50-02,79)

### GESTACIONES

Primigesta	60	30,45% (IC 95 24,10-37,41)
Multigesta	137	69,54 % (IC 95 62,58-75,90)

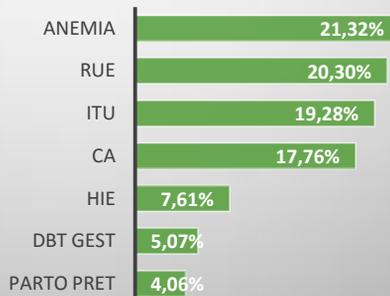
### INICIO DEL CP



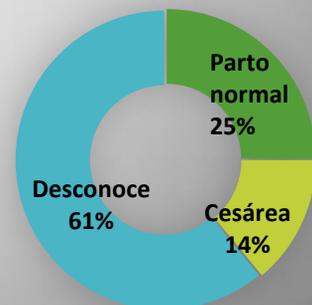
### PATOLOGIAS PREVALENTES



### ANTECEDENTES PERSONALES



### VIA DE FINALIZACIÓN



## CONCLUSIÓN

De acuerdo a los resultados obtenidos, nos alerta que el 67% de nuestra población no inicia de manera temprana el control prenatal. Desde el primer nivel de atención entendemos que es fundamental el inicio precoz del mismo como herramienta para la prevención y detección oportuna de factores de riesgo que puedan comprometer los resultados perinatales. Hay que seguir avanzando en la concientización de la población en relación a los cuidados de su salud..

La mejor herramienta para revertir esta situación es a través de la APS.