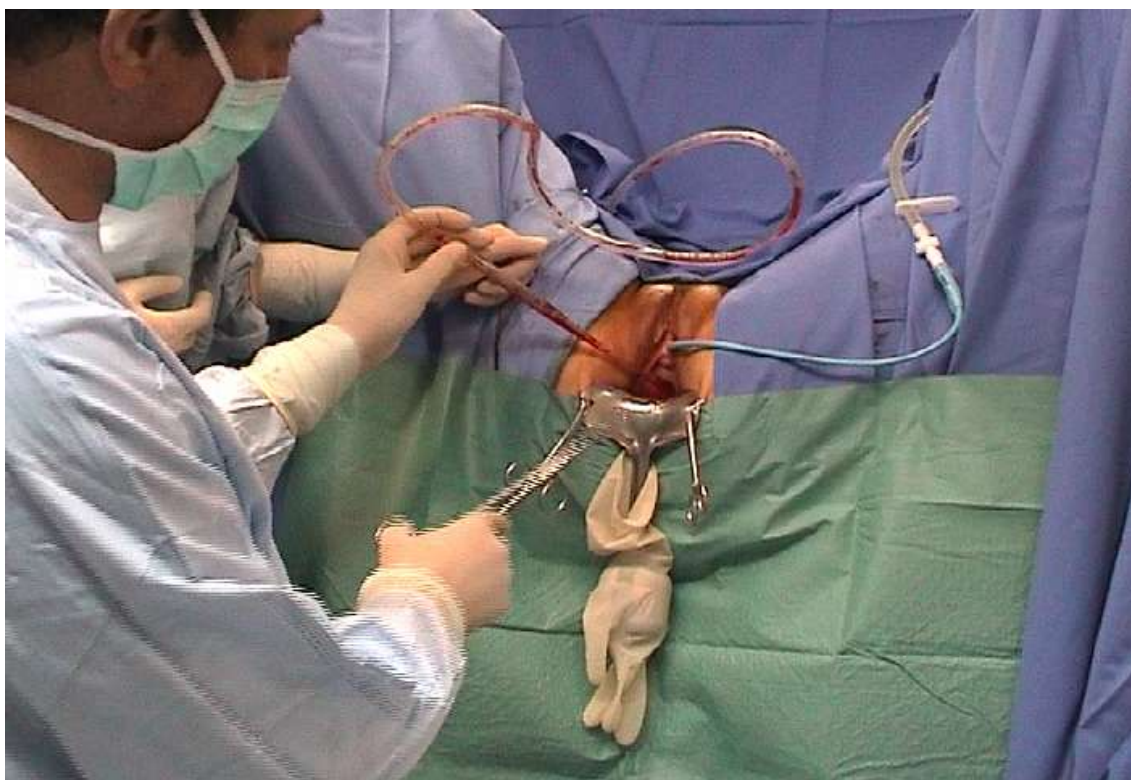


e-Archivos de Ginecología y Obstetricia

Año 2012, número 2.



[ISSN: 1697-1914](#)

Fundación Hospital Alcorcón

Fundació Hospital/Asíl de Granollers

Hospital de Torrejon

Editorial

Perspectives:

ALGUNOS CAMBIOS...que serán permanentes.

Dr. Felipe Ojeda

ORIGINALES

Gestaciones gemelares: estudio descriptivo. Pons N, Gómez C, Del Real G, Sarasa N. Ojeda F. Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Fundació Hospital Asil de Granollers. UIC.

Impacto de la formación en diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en la identificación y tratamiento correcto. Pons N, Pereda A, Gómez C, DelReal G, Sarasa N, Ojeda F. Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers. Universitat Internacional de Catalunya

Cirugía clásica vs. cirugía con malla: Comparación de resultados objetivos y subjetivos. Gómez C, Pereda A, Del Real G, Alvarez V, Ojeda F. Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers. Universitat Internacional de Granollers

Gestación ectópica evolutiva de 13 semanas (caso clínico). N. Sarasa Castelló; B. Mazano Burgos; S.Cortés Biedma; G. Del Real Xambrot; C.Gómez Segú; F. Ojeda Pérez. Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers, Barcelona – Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

Síndrome de Insensibilidad Androgénica (SIA). GÓMEZ C., REUS A., DEL REAL G., SARASA N., OJEDA F. Servei de Ginecologia i Obstetricia HOSPITAL GENERAL DE GRANOLLERS. Universitat Internacional de Catalunya

DOCUMENTOS

Guia didàctica de la menopausa. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) Granollers. Gascon E, Guix D, Relat J, Serra C, Vigil M. Vila MJ, (orden alfabético) (català). Institut Català de la Salut, 2012

Editorial 21

Volvemos y con mucho material novedoso.

En primer lugar una nueva sección de documentos que incluirá en las lenguas originales los documentos, protocolos, etc que deseéis publicar en nuestra revista.

Muchos originales y una perspectiva sobre la crisis en la sanidad española o mejor dicho la crisis española.

Esperamos que disfrutéis este nuevo número como siempre.

ALGUNOS CAMBIOS...que serán permanentes.

Dr. Felipe Ojeda

La grave crisis económica y moral que esta sufriendo nuestra sociedad, ha desvelado alguna de las trampas que se han ido planteando durante años en el sistema sanitario, aunque en muchos casos es extrapolable a otros ámbitos de los servicios públicos.

Veamos algunas:

1. "para que quieres una plaza de funcionario, es igual mientras trabajes bien en la administración da igual si eres laboral". La crisis ha barrido este paradigma, si eres eventual o contratado y no tienes la plaza en "propiedad" eres de los primeros despedidos aunque tu trabajo sea tan bueno o más que el del resto del personal de un departamento.
2. "es muy bueno que una parte sustancial del sueldo este ligado a objetivos". Si excepto por el hecho de que la partida para objetivos es lo primero que desaparece o se "recorta" cuando hay una crisis.

Así las cosas, la crisis ha barrido con estos paradigmas de la "modernidad"; ya nadie, por lo menos en su sano juicio, se creerá que es lo mismo estar contratado por la administración que ser funcionario de carrera. Se clarifica de manera notable el mercado laboral, o sale tu plaza o no existe y eres un "paria". Los sindicatos dejaran de apoyar medidas de contratación laboral en el ámbito de la administración o al menos esto seria lo lógico.

El segundo punto significa un golpe radical al concepto de premiar al que más o mejor trabaja y que el dispositivo para esto fueran los objetivos, como en el mercado privado. En el ámbito de la cosa pública debería ser difícil que los sindicatos estuvieran dispuestos a seguir trabajando en base a partidas de objetivos o complementos si estos son los primeros en ser eliminados. Volvemos al sistema clásico cobra más el que más años lleva en la empresa ya que tiene unos complementos consolidados. Bien es cierto que los gobiernos además de tocar estos complementos han entrado a destajo en lo que es el sueldo base llevando a los funcionarios a sueldos relacionados con los años 90. Esto ocasionará graves problemas en el futuro, ya que durante muchos años han entrado al seno de la administración pública mucha gente con poco sentido de la público y esto se ira notando poco a poco.

Es cierto que la mayoría de los funcionarios de alto nivel no huirán del servicio, por que el panorama fuera es todavía más desolador, pero el

precio en productividad (que no se pagará) será notable, sólo hay que observar el entorno en países vecinos.

Es cierto que la fiesta acabó para muchos, en algunos casos afectando a los que más habían disfrutado de ella, pero todavía hay un exceso de fiesta en muchos ámbitos que siguen planteando una elevada rentabilidad y esto poco a poco se ira regularizando. La imagen del país es deletérea fuera de nuestras fronteras, y esta imagen contamina hasta los ámbitos de excelencia, que los hay. El cambio de paradigma que debe afrontar este país es incompatible con cosas tan arraigadas como los horarios, los festivos, vacaciones o la manera grotesca de divertirse en el país. La productividad de nuestras empresas es mantenida por algunos de sus trabajadores pero no por todos y algunos sectores gozan de una impunidad en sus actuaciones que no se permiten en ningún país civilizado, el ejemplo más patético es el mal llamado "ocio nocturno" (horarios libres, ruido libre, alcohol y drogas), es difícil pensar que alguien que disfrute de la "noche española" este rindiendo a las 8 de la mañana y durante 7 horas después. Pero ante la disyuntiva entre trabajo y fiesta, ya se observó en un reciente referéndum en una localidad extremeña...fiesta!!!.

GESTACIONES GEMELARES: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Pons N, Gómez C, Del Real G, Sarasa N, Ojeda F.

Servei d'Obstetrícia i Ginecologia. Fundació Hospital Asil de Granollers. UIC.

OBJETIVO: Evaluar los resultados perinatales en las gestaciones gemelares atendidas en el Hospital General de Granollers.

MÉTODO:

Estudio descriptivo de las gestaciones gemelares asistidas en el Hospital General de Granollers en el periodo que comprende de enero de 2009 a diciembre de 2011, (n = 80).

Las variables estudiadas han sido:

Edad Materna,

Paridad (nulíparas / multíparas),

Corionicidad (monocorial / bicorial),

Tipo de Gestación (inducida por técnicas de reproducción asistida o espontánea), Complicaciones (CIR, Preeclampsia, Prematuridad),

Tipo de Parto (vaginal vs. cesárea / Espontáneo vs. Inducido),

Resultados neonatales (Peso fetal / tiempo entre el 1^o y el 2^o gemelo).

RESULTADOS:

La edad media materna fue de 32,84 años (rango de 20 a 42) y la edad

gestacional de 35 semanas y 6 días (rango de 30,1 a 40).

Un 22.5% de gestaciones fueron obtenidas por técnicas de reproducción asistida, el resto fueron gestaciones espontáneas.

En cuanto a la paridad, un 36.8% fueron multíparas y un 27,2% nulíparas.

El 85% de los casos eran gestaciones bicorial-Biamniótiques, las monocorial representaron el 15% (n = 12).

Como complicaciones destacan:

Un 10% de CIR; de los cuales el 62.5% se dio en madres con edad > 35 años.

Un 53.7% de gestaciones pretérmino y una media de edad gestacional de 35.3 semanas (rango 30.1 -36.6), de los cuales un 42.8% fueron inducciones al parto por preeclampsia.

Los casos de Preeclampsia (n = 9) representaban un 64% de las inducciones (n = 15) y de estos el 66.6% se dieron en edades > a los 35 años.

En cuanto al tipo de parto destacar:

- vaginal un 31.2%;
- eutócicos un 25.6%
- distócicos un 5.6%.

De los eutócicos (n = 41) un 68.3% de pacientes eran multíparas (n = 28) y un 46,2% nulíparas (n = 19).

El parto se resolvió mediante Cesárea en un 68.7%; de los cuales un 44.5% lo fueron de pacientes nulíparas y un 55.4% de multíparas, de estas últimas un 18% presentaban cesárea anterior.

En el 2,5% de los casos el 1 ° gemelo fue parto vaginal y el 2 ° gemelo por vía alta.

El motivo de cesárea más frecuente fue la cesárea por presentación anómala del 2 ° feto con un 22.7% (n = 25), aunque la presentación anómala del 1 ° y / o del 2 ° feto representaba el 41,8%.

Del total de cesáreas el 11.8% de casos presentaban cesárea anterior y un 6:36% de los casos lo fueron por SBPF.

El Peso medio fetal obtenido fue 2.417,1 gr (obtenido del 1 ° gemelo: 2428.2 gramos - 2 ° gemelo: 2405.8 gramos).

El tiempo medio entre el 1 ° y el 2 ° gemelo en partos vaginales fue de 7.1 minutos.

CONCLUSIONES:

El tipo de gestación más frecuente en nuestro centro es la gestación gemelar espontánea.

La complicación de la gestación más frecuente es la prematuridad.

El Tipo de parto más frecuente es la Cesárea, los partos eutócicos son más frecuentes en multíparas.

El motivo de inducción más frecuente al parto es la Enfermedad Hipertensiva del Embarazo.

El embarazo gemelar representa una gestación de alto riesgo por las múltiples complicaciones que se dan tanto en el control gestacional como en el tipo de parto. En nuestro centro la edad materna supone un riesgo para CIR y Preeclampsia.

Impacto de la formación en diagnóstico y tratamiento de desgarros perineales en la identificación y tratamiento correcto.

Pons N, Pereda A, Gómez C, Del Real G, Sarasa N, Ojeda F.
Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers.
Universitat Internacional de Catalunya

OBJETIVO: Verificar que tras un programa de formación específica, aumenta la detección de los desgarros de alto grado perineales en el parto eutócico.

PACIENTES Y METODOLOGIA:

Durante el año 2010 se realizaron cuatro cursos teórico-prácticos de diagnóstico y tratamiento de desgarros de alto grado (III-IV Classif.), en el que participaron profesionales, tanto médicos como matronas, que atienden partos eutócicos, incluyendo los que estaban en periodo formativo. Hemos cuantificado los desgarros de alto grado en los años previos a la formación y en el año posterior a la misma.

RESULTADOS:

En la siguiente tabla se resumen los partos eutócicos atendidos en nuestro centro y los desgarros diagnosticados en cada periodo

PERÍODO	TOTAL de PARTOS	DESGARROS de ALTO GRADO	INCIDENCIA %
2009	1402	5	0,36
2010	1333	8	0.60
2011	1138	11	0.97

Comparando la incidencia de desgarros en los años 2009-10 con el año 2011 (postcurso) se observa que existe un aumento de la incidencia que no alcanza nivel de significación estadística ($\chi^2 = 3.8$, $p > 0.005$ ($p = 0.053$)). Se observa un incremento en la incidencia que entendemos relacionado con una mayor tasa de diagnóstico.

CONCLUSIONES:

La realización de formación específica en el diagnóstico y tratamiento de los desgarros perineales de alto grado, permite un diagnóstico más preciso de los mismos y su tratamiento correcto.

Seguimos verificando la incidencia de esta complicación en aras de que en un futuro obtengamos significación estadística.

CIRUGÍA CLÁSICA VS. CIRUGÍA CON MALLA: Comparación de resultados objetivos y subjetivos.

Gómez C, Pereda A, Del Real G, Alvarez V, Ojeda F.

Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers.
Universitat Internacional de Granollers

OBJETIVO

Analizar las diferencias en los resultados funcionales descritos por la paciente y anatómicos tras la reparación de un prolapso genital mediante técnica clásica o con malla.

MÉTODO

Estudio prospectivo de los resultados en las cirugías de reparación del prolapso genital por técnica clásica (n=30) o con malla (n=30), en el periodo que comprende: enero de 2009 a junio de 2011. Los datos se aparearon según compartimento afectado y edad de la paciente y los resultados se evaluaron tras 6 meses post cirugía. Se valoraron la recidiva anatómica (celes de segundo o mayor grado según escala POP-Q) y la funcional (sensación subjetiva de bulto).

RESULTADO

En la cirugía clásica se objetivaron un 6.9 % de celes de primer grado, un 58% de segundo y un 10% de tercero. El 38% de éstos fueron sintomáticos.

En la cirugía con malla encontramos un 14% de celes de primer grado, un 24% de segundo y un 10% de tercero. De éstos, el 24% fueron percibidos subjetivamente.

Del total de las cirugías con malla, el 35% recidivó anatómicamente y la sensación de bulto la percibió un 21 % de pacientes. En la cirugía clásica recidivaron objetivamente un 69% y de éstas, sólo el 38% fueron sintomáticas.

Los datos se analizaron mediante una T de Student de resultados independientes y se demostró que no existen diferencias significativas entre el resultado funcional de la cirugía clásica y la conservadora (p=0.0264). En cuanto a los resultados anatómicos, la

colocación de malla parece ofrecer mejores resultados con una significación estadística de $p=0.031$ ($T(g) = t$ $p < 0.05$),

CONCLUSIONES

No hemos encontrado diferencias significativas en los resultados funcionales de la cirugía clásica versus la colocación de malla. La cirugía clásica sigue siendo una buena alternativa en la cirugía correctora del prolapso de suelo pélvico.

GESTACIÓN ECTÓPICA EVOLUTIVA DE 13 SEMANAS

(Caso clínico)

N. Sarasa Castelló; B. Mazano Burgos; S. Cortés Biedma; G. Del Real Xambrot; C. Gómez Segú; F. Ojeda Pérez.

Servei de Ginecologia i Obstetricia. Hospital General de Granollers, Barcelona – Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

Introducción: se presenta un caso de gestación ectópica tubárica evolutiva de 13 semanas.

CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: Gestante de 31 años y 13 semanas de gestación, acude derivada de otro centro hospitalario por gestación extrauterina. Dolor en fosa ilíaca izquierda (FII) de 3 días de evolución, junto a metrorragia escasa.

Antecedentes personales: Sin interés. Menarquia 15 años; TM 5/28; TPAL 3003

Exploración física:

Buen estado general, estable hemodinámicamente.

Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación profunda en FII, sin signos de peritonismo.

No metrorragia.

Tacto vaginal: cérvix cerrado y formado, dolor a la palpación de zona anexial izquierda.

Exploraciones complementarias:

Análisis de sangre: sin signos de anemia.

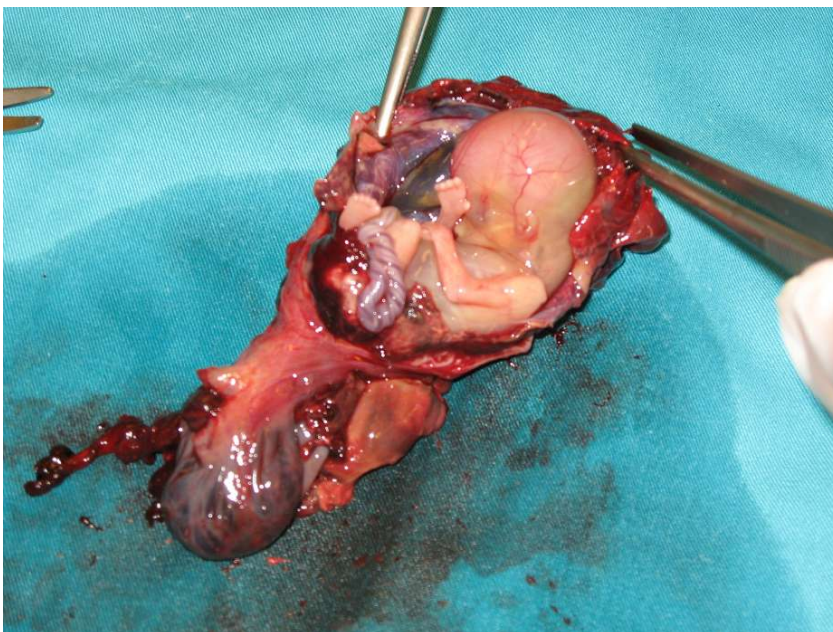
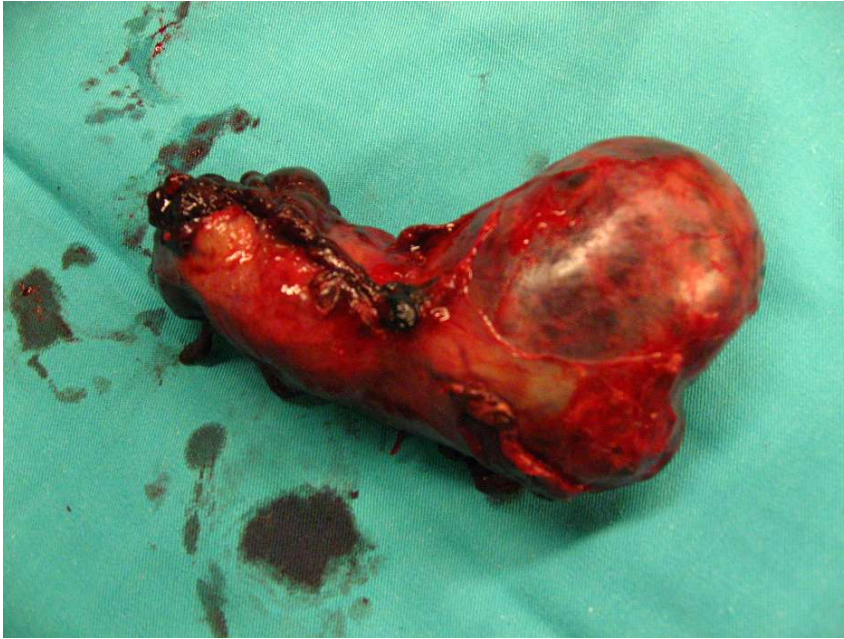
Ecografía TV: ver imágenes

Ecografía TV: útero en anteversión de tamaño normal, endometrio homogéneo de 7'5mm, ovarios normales. Saco gestacional con embrión de CRL de 70mm y embriocardio positivo y MFA+ , en zona paraovárica izquierda. Escasa cantidad de líquido en Douglas.



Orientación diagnóstica: Gestación ectópica (GE) evolutiva.

Manejo terapéutico: Se informa a ambos miembros de la pareja y se decide laparotomía exploradora. Se confirma la localización tubárica izquierda del saco y se procede a salpinguectomía izquierda, sin incidencias.



Anatomía patológica: trompa de Falopio de 10x3,5cm con serosa congestiva, paredes íntegras y dilatación de la luz; feto de 7,5mm, sin malformaciones.

Evolución: La paciente es dada de alta el 3º día postoperatorio, siendo éste normal.

Discusión:

La localización tubárica es la más habitual (98%) en las gestaciones ectópicas.

Los principales síntomas son: dolor abdominal, sangrado vaginal y amenorrea.

Algunos de los factores de riesgo de rotura son los niveles de BHCG; edad gestacional; antecedentes de GE; uso de contraceptivos...

Las gestaciones ectópicas representan la mayor causa de mortalidad materna en el primer trimestre. El actual desarrollo y avance de la medicina; las técnicas diagnóstico-terapéuticas han permitido disminuir la morbi/mortalidad en estas pacientes.

El caso expuesto lo consideramos de interés por: la avanzada edad gestacional (13s); ser una gestación evolutiva (embriocardio positivo); sin accidentar, y presentar la gestante un estado general conservado.

SÍNDROME DE INSENSIBILIDAD ANDROGÉNICA (SIA)
GÓMEZ C., REUS A., DEL REAL G., SARASA N., OJEDA F.
Servei de Ginecologia i Obstetria HOSPITAL GENERAL DE
GRANOLLERS. Universitat Internacional de Catalunya

Introducción

El Síndrome de Morris es la forma más frecuente de pseudohermafroditismo masculino.

Es un trastorno de origen recesivo ligado al cromosoma X que altera la afinidad del receptor por el andrógeno.

Los individuos son fenotípicamente femeninos pero genéticamente masculinos.

Las mutaciones del receptor puede presentarse como insensibilidad androgénica completa (genitales externos femeninos) o parcial (genitales externos ambiguos). Su incidencia es del 1/20000.

Caso Clínico

Paciente de 44 años que consulta para extirpación de "cintillas".

Diagnosticada en la adolescencia de cariotipo XY, a raíz de amenorrea primaria, sin ampliación de estudios. Su hermana tampoco ha menstruado nunca.

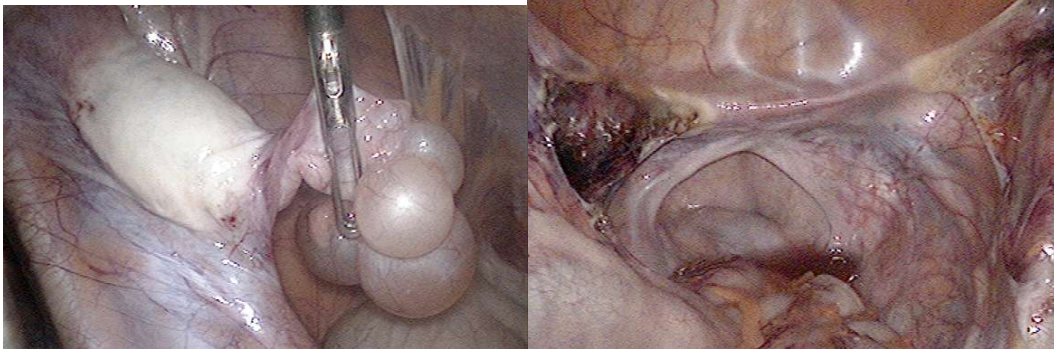
Exploración física: desarrollo mamario normal, vello de distribución y cantidad normal, genitales externos femeninos con vagina ciega, sin masas ni herniaciones en trayectos inguinales.

Eco TV: imágenes nodulares en zonas anexiales, ausencia de útero.

RMN: ausencia de genitales internos y mismas imágenes nodulares, compatibles con anejos.

Analítica: Testosterona (15 ng/ml), FSH, LH, estradiol y PRL normal. Cariotipo 46XY con mutación (P892L) del gen receptor androgénico.

Se realiza gonadectomía, con resultados histológicos de: hiperplasia nodular de células de Leydig y atrofia de túbulos seminíferos.



Actualmente en terapia estrogénica sustitutiva.

Discusión

En el S.I.A. completo la diferenciación testicular normal permite la producción de hormona antimülleriana, que produce ausencia de trompas, útero y una vagina ciega. El fallo de la acción androgénica produce regresión de las estructuras wolffianas y testes mal descendidos.

La feminización mamaria se debe a niveles elevados de estrógenos producidos por la aromatización periférica de la testosterona y la producción testicular de estrógenos.

El potencial neoplásico de las gónadas disgenéticas (25%) obliga a su exéresis, retrasándola tras la pubertad para permitir una correcta feminización.

Conclusión

El S.I.A. completo debe tenerse en cuenta en pacientes con amenorrea primaria o lactantes con hernias inguinales.

El diagnóstico precoz es importante tanto por el manejo psicológico como por el control gonadal.