



# Reunió de Ginecòlegs i Obstetres

## Reunió de Llevadores i Infermeres de les Comarques Catalanes

**Divendres, 20 de març de 2015**

**Organitza:** Serveis de Ginecologia i Obstetrícia  
Consorti Sanitari del Maresme  
Corporació de Salut del Maresme i la Selva

**Coordinadors:** M. Ángeles Añaños Betes  
Enric Genover Llimona  
Joan A. Mulà Rosias  
Anna Rosa Pujol Requena

**Lloc:** Parc TecnoCampus Mataró-Maresme  
Av. Ernest Lluch, 32  
08302 Mataró

**RECULL D'ABSTRACTS**



CONSORCI SANITARI  
DEL MARESME



Corporació de Salut  
del Maresme i la Selva



# Reunió de Ginecòlegs i Obstetres



## Reunió de Llevadores i Infermeres de les Comarques Catalanes

### Relació d'abstracts

---

- **Ginecòlegs/Obstetres:**

[Comunicacions orals](#) \_\_\_\_\_ pàgina 3

[Pòsters](#) \_\_\_\_\_ pàgina 32

- **Llevadores/Infermeres:**

[Comunicacions orals](#) \_\_\_\_\_ pàgina 34

[Pòsters](#) \_\_\_\_\_ pàgina 45

**GINECÒLEGS/OBSTETRES**  
Comunicacions Orals

## **O01 - Maneig del prolapse uteri durant la gestació**

Miriam Ruiz Batalla<sup>1</sup>; Cristina Capdet Santiago<sup>1</sup>; Maria Gómez Romero<sup>1,2</sup>; Maria José Miranda Lucas<sup>1,2</sup>; Miriam De La Flor López<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Joan XXIII; <sup>2</sup>Universitat Rovira i Virgili

### **Objectius:**

Presentar un cas recent al nostre hospital d'una dona gestant amb un prolapse uterí i definir els factors de risc per la seva presentació així com les complicacions.

### **Material i mètodes:**

Cas clínic descriptiu

### **Resultats:**

Es determinen factors de risc, complicacions i pla terapèutic posterior al part així com possibles mesures de prevenció

### **Conclusions:**

El prolapse uterí associat a la gestació es una entitat molt infreqüent pel que hi ha poca referència bibliogràfica. Encara es més infreqüent en l'actualitat amb el canvi en les tècniques obstètriques.

## **O02 – Repercussió de les tècniques de reproducció assistida en la prematuritat en el nostre centre**

Mireia Teixidor Noguer<sup>1</sup>; Montserrat Farré René<sup>1</sup>; Noemí Jover González<sup>1</sup>; Cristina Noguera Puig<sup>1</sup>; Josep Maria Ramos Maeso<sup>1</sup>; Elena Álvarez Castaño<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

### **INTRODUCCIÓ**

El 25 de juliol de 1978, a la ciutat anglesa d'Oldham, naixia Louis Brown, el primer "nadó proveta". Aquest primer èxit en la fecundació *in vitro* va impulsar l'estudi i la millora de les tècniques de reproducció assistida (TRA). Aquesta eina ha permès ajudar a més de 5 milions de parelles, arreu del món, a complir el seu desig gestacional.

Les millores realitzades en els últims anys han augmentat les taxes d'èxit i han permès ampliar les indicacions per a realitzar les TRA. No obstant, l'augment de gestacions aconseguides per reproducció assistida també ha comportat un augment de les complicacions obstètriques i perinatals. Aquestes complicacions són degudes, en gran part, a l'elevat nombre de gestacions múltiples que s'aconsegueixen amb la reproducció assistida. Per aquest motiu, calen més estudis sobre les complicacions obstètriques de les TRA en gestacions úniques. Això permetria distingir aquestes complicacions de les provocades pel simple fet de ser gestacions múltiples.

### **OBJECTIU**

Analitzar les conseqüències de les tècniques de reproducció assistida en la prematuritat a partir d'un estudi descriptiu retrospectiu de les gestacions úniques no espontànies del nostre centre, comparant-les amb les gestacions aconseguides espontàniament.

S'ha estudiat la freqüència de la prematuritat (nadons nascuts entre les 24<sup>0</sup> i les 36<sup>6</sup> setmanes de gestació); l'edat, l'índex de massa corporal i la paritat de les gestants; la via de finalització del part; i el pes dels nadons al néixer.

### **MATERIALS I MÈTODES**

S'han utilitzat les dades obtingudes dels parts de gestacions úniques que han tingut lloc a l'Hospital Universitari Josep Trueta de Girona durant el període comprès entre l'octubre de 2010 fins al desembre de 2014, que són en total 5914 parts.

D'aquest total, 5542 han estat gestacions espontànies (93%) i 372 són gestacions aconseguides per TRA (7%). Dins de les gestacions no espontànies, 244 (4,1%) han estat aconseguides per FIV, 56 (0,9%) per IAC, 30 (0,5%) per IAD, 16 (0,3%) per DOVOC, 16 (0,3%) per FIV-ICSI i 10 (0,2%) amb medicaments inductors de la ovulació.

S'han exclòs de l'estudi les gestacions múltiples.

### **RESULTATS**

Les gestacions aconseguides per TRA tenen una taxa de prematuritat del 56% (201 casos). En el cas de les gestacions espontànies, la taxa de parts preterme és del 16%. Això comporta un RR de 3.5 de prematuritat en les gestacions no espontànies.

Tanmateix, si tenim en compte el grau de prematuritat, les gestacions aconseguides

per tècniques de reproducció representen una taxa més alta de prematuritat extrema (<28 sg), essent el RR de 4,6 en aquest grup.

La mitjana d'edat de les gestants amb embarassos espontanis és de 30,7 anys, mentre que les dones amb gestacions no espontànies tenen una mitjana d'edat de 34,9 anys. En l'índex de massa corporal no es troben diferències entre els dos tipus de gestants, essent en les espontànies de 24,7 i en les no espontànies de 24,2. Pel que fa a la paritat, les dones amb gestacions aconseguides espontàniament tenen una mitjana de 0,9 fills i les gestants que han utilitzat TRA una mitjana de 0,1 fills.

La via de finalització del part en les gestacions espontànies va ser mitjançant cesària en 168 casos (45%), part vaginal en 110 casos ( 29,6%) i part vaginal instrumentat en 94 casos ( 21%). Per altra banda, les gestacions no espontànies el 21% van finalitzar mitjançant cesària, el 57% per part vaginal i el 22% per part vaginal instrumentat.

Pel que fa al pes dels nadons al néixer, els neonats de gestacions d'origen de TRA tenen un pes inferior als de les gestacions espontànies, essent de mitjana 2505 grams als primers i a 3141 grams als segons.

## **CONCLUSIONS**

Analitzant les dades estudiades podem concloure que les tècniques de reproducció assistida representen un factor de risc per la prematuritat en gestacions úniques. Excloure de l'estudi la població de gestacions múltiples ens permet descartar el factor de risc de prematuritat que representa l'embaràs múltiple per si sol.

Coneixent l'elevat risc de prematuritat en gestacions no espontànies, caldria aplicar a la pràctica assistencial mètodes de detecció precoç de part preterme. Per exemple, realitzant longituds cervicals sempre que aquestes gestants se'ls practiqui les ecografies programades de rutina.

## **O03 – Herpes gestationis**

Mireia Abellán Montero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Santa Caterina*

Presentació en powerpoint del cas d'una gestant que consulta per lesions cutànies pruriginoses. Es planteja el diagnòstic diferencial de les dermatosis de la gestació. Diagnòstic i tractament de la pacient i resolució del cas.

## **O04 - Hemorragia intracranial associada a malaltia de Moya Moya en l'embaràs**

Noemí Jover González<sup>1</sup>; Ester Vila Camps<sup>1</sup>; Elena Álvarez Castaño<sup>1</sup>; Mireia Teixidor Noguer<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital doctor Josep Trueta

### **INTRODUCCIÓ**

La malaltia de Moya Moya és una malaltia cerebrovascular crònica caracteritzada per l'estenosi bilateral de les artèries localitzades al voltant del polígon de Willis. L'etiologia i la patogènia són desconegudes. Existeix major incidència entre els japonesos i altres poblacions asiàtiques, sobretot en dones joves. En alguns casos es diagnostica durant l'embaràs. Només un 10% dels casos són d'herència familiar autosòmica dominant de penetrància incompleta. El primer símptoma és sovint un accident cerebrovascular isquèmic o hemorràgic. El diagnòstic es fa sobre troballes angiogràfiques i el tractament és quirúrgic o conservador.

### **CAS CLÍNIC**

Gestant de 36 setmanes, amb antecedent familiar de mare afectada de la malaltia de Moya Moya, s'inicia inducció per preeclàmpsia greu. En tractament amb labetalol endovenós per control tensional i amb sulfat de magnesi endovenós. Passades 18 hores, presenta cefalea intensa seguida de desorientació i pèrdua de la consciència, acompanyat de pic hipertensiu de 170/95mmHg. Immediatament, es produeix una bradicàrdia fetal mantinguda a 60bpm i es realitza cesària emergent per sospita de pèrdua del benestar fetal. En el TAC i arteriografia urgent de la puèrpera es demostra una hemorràgia intraventricular amb hipertensió intracranial i una malformació vascular cerebral compatible amb malaltia de Moya-Moya.

### **CONCLUSIONS**

L'hemorràgia intracranial durant l'embaràs per una malformació arteriovenosa és una complicació rara i molt greu. S'ha descrit associat a estats hipertensius de l'embaràs i com a una complicació de la preeclàmpsia. La morbimortalitat materna oscil·la entre el 13 i el 35%. El 92% succeeixen abans del part. Com a tractament preventiu es descriu l'aspirina per reduir el risc de microembòlies.



## **O05 - Hemorràgia intracranial fetal**

Anna Maroto<sup>1</sup>; Núria Haro<sup>1</sup>; Isabel Vila<sup>1</sup>; Adelina Prat<sup>1</sup>; Mireia Abellán<sup>1</sup>; Joan Meléndez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Santa Caterina, Salt

### **Introducció**

L'hemorràgia intracranial fetal pot ser causada per insults diversos com preeclàmpsia, traumatismes materns, consum de drogues, alteracions cromosòmiques, infeccions, trombofilies, trombopènia aloimmune, metabolopaties. La incidència s'estima al voltant de 1/10000 gestacions i d'aparició tardana, habitualment durant el tercer trimestre.

### **Cas Clínic**

Gestant de 35 setmanes, amb antecedent de fill previ afecte de trisomia 21. Durant el curs de gestació és diagnosticada de diabetis gestacional amb controls glicèmics correctes amb tractament amb insulina. Durant el control ecogràfic de creixement fetal es va objectivar hidrocefàlia per hemorràgia intracranial severa amb afectació de ventricles laterals, tercer ventricle i hemisferi cerebral esquerre. La pacient es va derivar a l'Hospital Universitari Vall d'Hebron on es va confirmar el diagnòstic i el mal pronòstic fetal, per aquest motiu va optar la interrupció de la gestació. L'hemograma fetal va mostrar plaquetopènia severa i en l'estudi matern es va objectivar la presència d'anticossos antiplaquetars HPA-1a, mostrant el diagnòstic de trombopènia aloimmune.

### **Dicussió**

La trombopènia aloimmune és la causa més important de trombopènia fetal i neonatal. És causada per la presència d'aloanticossos materns contra els antígens plaquetars fetals d'origen patern, resultant en la destrucció de plaquetes. El 80-90% dels casos afectes són deguts per la incompatibilitat fetomaterna de l'antigen antiplaquetar 1a (HPA-1a). La complicació més greu és l'hemorràgia intracranial que té lloc en 14-20% de les primeres gestacions i principalment a partir de finals del segon trimestre. La importància del diagnòstic roman en l'assessorament del futur reproductiu i la necessitat de maneig precoç davant una nova gestació.

## **O06 - Acretisme placentari: maneig conservador**

Gemma Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; Tamara Garcia Grandal<sup>1</sup>; Laia Pons Jimenez<sup>1</sup>; Neus Juanmartí<sup>1</sup>; Judit Martinez Canela<sup>1</sup>; Pere Brescó Torras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital de Igualada*

L'acretisme placentari es defineix com una implantació placentària anormal, amb implantació de les vellositats corials directes a miometri.

La seva etiologia es desconeix, tot i que els factors de riscs estan ben descrits, sent el més important la cirurgia uterina prèvia. La incidència és de 2 cada 1000 parts i la morbimortalitat actualment es troba per sota de l'1%.

El diagnòstic freqüentment és intrapart i el seu maneig variarà segons la clínica que presenti la pacient en el postpart immediat. En el cas d'un compromís hemodinàmic important per hemorràgia, es realitzarà una histerectomia postpart. En els casos en que la pacient es trobi estable i en aquelles pacients que vulguin conservar la fertilitat, s'intentarà un maneig conservador, que presenta taxes d'èxit que varien entorn al 78%.

Presentem el cas clínic d'una secundigesta, amb un part eutòcic en la gestació anterior, que va acudir al nostre centre per part extrahospitalari amb la placenta retinguda. Es va realitzar extracció manual parcial de placenta i posteriorment a la comprovació ecogràfica es va diagnosticar d'acretisme placentari. Va realitzar-se tractament uterotònic i davant la estabilitat de la pacient es va decidir conducta expectant.

El postpart immediat va cursar dins la normalitat i es va decidir controlar a la pacient ambulatoriament. Tant en la ecografia, com en la RMN de control postpart es van confirmar la presència de restes placentàries, i es va decidir histeroscòpia quirúrgica per intentar resecció de les mateixes.

La anatomia patològica va confirmar els resultats i la pacient es troba actualment asimptomàtica.

## **O07 – Sagnat vaginal durant l'embaràs: varius cervicals**

Laia Pons Jimenez<sup>1</sup>; Jennifer Rovira Pampalona<sup>1</sup>; Gemma Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; Neus Juanmartí Palacín<sup>1</sup>; Judit Martínez Canela<sup>1</sup>; Pere Brescó i Torras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital d'Igualada*

### **Introducció:**

El sagnat vaginal és una complicació que pot aparèixer durant tota la gestació, sent un factor de risc per a possibles resultats obstètrics desfavorables. Més enllà del segon trimestre, les causes més freqüents de metrorràgia en gestants són la placenta prèvia i el desprendiment de placenta. Les varius cervicals durant l'embaràs són una situació molt infreqüent i amb un alt potencial de complicacions moderades i severes tant pel fetus com per la mare.

### **Cas clínic:**

Es presenta cas de gestant de 29 setmanes que consulta per metrorràgia severa amb conseqüent xoc hipovolèmic. Es trasllada pacient a quiròfan descartant-se patologia obstètrica urgent. Durant l'exploració ginecològica s'objectiva sagnat procedent de plexe varicos pericervical. Es realitzen punts hemostàtics a nivell cervical, amb estabilitat hemodinàmica i fetal. Control obstètric posterior dins la normalitat. Ingress a les 37 setmanes per hidrorrea franca amb part eutòcic i deslliurament manual de placenta sense altres incidències.

### **Conclusions:**

Les varius cervicals són una condició infreqüent durant l'embaràs i estan íntimament relacionades amb les diferents formes de placenta prèvia. Tot i que el seu maneig i la conducta a seguir en el moment del part continua sense estar estandarditzada, cal tenir-les presents en el moment del diagnòstic diferencial de la metrorràgia de segon i tercer trimestre.

## **O08 - Revisió de les complicacions discordances superiors o iguals al 10% de Longitud Crano-caudal i diàmetre biparietal en gestacions gemel·lars durant el primer trimestre de l'embaràs.**

Noguera Puig, Cristina<sup>1</sup>; Cárdenas Puiggrós, Laura<sup>1</sup>; Farré Reñé, Montserrat<sup>1</sup>; Ramos Maeso, Josep Maria<sup>1</sup>; Bonmatí Santané, Alexandra<sup>1</sup>; Álvarez Castaño, Elena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Josep Trueta de Girona

### - INTRODUCCIÓ

Les gestacions gemel·lars són embarassos d'alt risc, presentant un increment de morbiditat i mortalitat respecte les gestacions úniques.

És important determinar ecogràficament la corionicitat el més precoçment possible ja que és una manera d'estratificar el risc, tenint en compte l'increment d'esdeveniments adversos que comporten les gestacions monocorials.

A la bibliografia mèdica hi ha revisions i metanàlisis sobre diferències de longitud crano-caudal (LCC) i/o diàmetre biparietal (DBP) durant diversos moments de l'embaràs i alguns d'ells mostren resultats significatius a favor de l'increment de complicacions durant la gestació i durant el període perinatal.

Cal esmentar la rellevància de la detecció de discordances de LCC ja que podria servir com a informació i/o consell per part de l'obstetra als progenitors, i fins i tot, en un futur, com un element de cribatge.

### - OBJECTIU:

L'objectiu de l'estudi és determinar si discordances de Longitud-craneocaudal (LCC) o diferències entre diàmetres biparietals (DBP) iguals o superiors al 10% a l'ecografia de I trimestre en gestacions gemel·lars estan associades a un increment de resultats adversos.

### - MATERIAL I MÈTODES

Revisió retrospectiva, de les històries clíniques de les gestacions gemel·lars diagnosticades al nostre centre a l'ecografia del 1r trimestre durant el període del Gener del 2009 al Setembre 2013.

Anàlisis de les dades amb el programa estadístic SPSS, mitjançant *Odds ratio*, analitzant si discordances superiors o iguals al 10% a de LCC o DBP a l'ecografia realitzada entre 11-13+6 setmanes de gestació s'associen de manera significativa a un increment de pèrdues fetals, d'alteracions cromosòmiques, naixements preterme (< 35sg), increment de patologia materna, complicacions maternes o increment de patologia fetal o si incrementen la taxa de cesàries.

### - RESULTATS:

Entre Gener del 2009 i Setembre 2013 es van realitzar en el nostre centre un total de 102 ecografies de gestacions gemel·lars, de les quals s'han utilitzat un total de 81 casos per aquest anàlisi. S'han exclòs 19 casos degut a la manca de dades per a la realització de l'estudi o perquè el control de gestació s'ha realitzat a altres centres.

Dels 81 casos, el 74,1% (N: 60) correspon a gestacions bicorials-biamniòtiques, un 22,2% a monocorials-biamniòtiques (N 18) i un 3,7% a monocorials-monoamniòtiques (N:3).

S'ha obtingut una diferència de CRL igual o superior al 10% en un 17,3% dels casos (N:14).

La diferència de LCC superior o igual al 10% s'ha associat significativament amb un increment de la possibilitat de pèrdua fetal d'un o ambdós fetus amb un OR: 5,65 (IC 95%: 1,4-22,4). La diferència de DBP > o igual al 10 % també s'ha associat de forma

significativa amb un OR: 17,1 (IC 95%: 1,61-181,65)

També hem obtingut una associació estadísticament significativa entre les discordàncies de LCC i l'augment de part preterme abans de les 35 setmanes de gestació amb un OR: 4,28 (IC 95%: 1,28-14,98). Aquesta associació no ha resultat significativa en el cas de les diferències en el DBP.

La taxa de cesàries en el grup de gestacions gemel·lars amb discordança de LCC ha resultat de 33%, mentre que en el grup sense discordances ha resultat de 42%, diferència no significativa estadísticament.

La taxa global de cesàries en les gestacions gemel·lars al nostre centre en el període estudiat ha resultat del 34,6% (N28), de les quals un 57% correspon a cesàries electives per presentació de natges o discrepància de pesos entre ambdós fetus, i un 43% són degudes a altres motius (no progressió de part, sospita de patiment fetal d'un dels fetus durant el part, o per patologia materna).

No s'han obtingut resultats estadísticament significatius alhora d'analitzar variables com les complicacions durant la gestació (amença de part preterme, ruptura prematura de membranes), les alteracions cromosòmiques en un o ambdós fetus, les complicacions fetals durant l'embaràs (ni globalment, ni estratificant en funció de la corionicitat), ni diferència de pes major o igual al 10% entre ambdós fetus al néixer.

L'estudi de diferències de DPB superiors al 10% entre els dos fetus a l'ecografia de primer trimestre no ha aportat resultats estadísticament significatius en cap de les variables esmentades anteriorment.

#### - CONCLUSIONS:

Tot i no ser un element de cribratge establert, diferències de LCC o de DBP superiors o iguals al 10% a l'ecografia realitzada entre 11-13+6sg permetrien informar als progenitors de l'increment del risc de pèrdua fetal d'un o ambdós fetus, sobretot durant el primer trimestre de l'embaràs, obtenint els mateixos resultats quan estratifiquem en funció de la corionicitat.

També es pot informar d'un increment de la probabilitat de part preterme (< 35 setmanes de gestació).

Les diferències de LCC superiors o iguals al 10% no sembla condicionar la via del part i no s'objectiva un increment de cesàries.

## **009 - Seguiment d'embaràs en patologia hepàtica crònica: a propòsit d'un cas**

J. Martínez Canela<sup>1</sup>; N. Pagès Campderrós<sup>1</sup>; G. Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; N. Juanmartí Palacín<sup>1</sup>; L. Pons Jiménez<sup>1</sup>; J.C. Mateu Pruñonosa<sup>1</sup>; P. Brescó Torras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Sanitari de l'Anoia (Hospital d'Igualada)*

Un 5% d'embarassos cursen amb anomalies en la funció hepàtica que poden ser degudes a patologia hepàtica induïda pel propi embaràs, al desenvolupament d'una nova malaltia durant l'embaràs o a malalties hepàtiques cròniques prèvies a la gestació.

Es presenta el cas d'una pacient primigesta de 23 anys amb antecedent patològic de colangitis autoimmune en fase de cirrosi compensada, tractada amb àcid ursodesoxicòlic 900 mg/dia. Previ a l'embaràs, la pacient seguia controls cada 6 mesos, amb bona evolució clínica i analítica i sense presència de varius esofàgiques. Durant la gestació, va presentar un empitjorament clínic amb augment de pruija que va millorar amb dosis de 1200 mg/dia d'àcid ursodesoxicòlic. Analíticament es va mantenir estable. Es va finalitzar l'embaràs amb una inducció a les 37 setmanes de gestació que va requerir una cesària urgent per sospita de pèrdua del benestar fetal en el context d'un part estacionat.

Les pacients amb patologia hepàtica crònica requereixen un bon consell preconcepcional per a avaluar el risc individualitzat que presenten. S'aconsella realitzar un cribatge de varius esofàgiques previ a l'embaràs i durant el 2n trimestre, ja que és quan augmenta més el risc d'hipertensió portal. En presència de varius, el tractament amb betabloquejants no està contraindicat. La via de part pot ser vaginal, amb escurçament de l'expulsiu mitjançant instrumentació per evitar una hemorràgia digestiva alta.

## **O10 - Calcificación hepática fetal aislada: a propósito de un caso**

Sara Iglesias; Josep Maria Ramos<sup>2</sup>; Cristina Noguera<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Josep Trueta; <sup>2</sup>Hospital de Palamós

### **Objetivo**

Búsqueda bibliográfica acerca de las calcificaciones hepáticas fetales detectadas en edad prenatal, a propósito de un caso clínico.

### **Material y métodos**

Búsqueda bibliográfica en Pubmed y en Up to date mediante las palabras: fetal hepatic calcification.

### **Resultados**

Se detecta una imagen ecorefriente en la ecografía morfológica de una gestante de 20 semanas. Es una imagen única, de 3x5mm, por debajo de la vena umbilical, sugiriendo que sea una calcificación intrahepática. El resto de estructuras morfológicas son normales y se realizan serologías TORCH, que son negativas.

### **Conclusiones**

Las calcificaciones hepáticas fetales aisladas son un hallazgo relativamente frecuente en la ecografía prenatal, con una incidencia, un significado clínico y un manejo desconocidos.

Es importante determinar su localización para poder determinar la causa. Si se presentan en la superficie peritoneal pueden ser debidas a una peritonitis meconial o asociarse a fibrosis quística. Las parenquimatosas son debidas a infecciones intrauterinas (citomegalovirus, la más frecuente) o a tumores primarios o metastáticos. Si la localización es vascular suelen ser insultos isquémicos o tromboembolismos de las venas hepática o portal. Por último, también pueden estar dentro de la vesícula y tratarse de cálculos biliares.

El hecho de ser aisladas se asocia a buen pronóstico. El pronóstico empeora si las calcificaciones son múltiples o se asocian a alteraciones morfológicas. El 16% presentan cariotipo anormal, (trisomía 13, la más frecuente).

La conclusión es que una calcificación hepática fetal aislada se asocia a buen pronóstico en ausencia de infección u otras anomalías morfológicas o en el cariotipo.

## O11 - Reacció cutània adversa a sinecatequines

Neus Juanmartí Palacín<sup>1</sup>; Tamara García Grandal<sup>1</sup>; Judit Martínez Canela<sup>1</sup>; Laia Pons Jiménez<sup>1</sup>; Gemma Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; Pere Brescó i Torras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital d'Igualada-Consorci Sanitari de l'Anoia

La infecció pel VPH és molt prevalent. Els serotips de baix risc oncogènic, com 6 i 11, causen els condilomes anogenitals. El tractament amb Sinecatequines o polifenol E (extracte estandaritzat de les fulles del te verd) és una alternativa eficaç i segura. Aquestes inhibeixen el cicle cel·lular, activen l'apoptosi, inhibeixen la transcripció del VPH i activen la resposta immune local mediada per citoquines proinflamatòries. Tot i que un alt percentatge de pacients presenta reaccions cutànies locals, aquestes solen ser ben tolerades i no impliquen la interrupció del tractament. Presentem el cas d'una pacient amb una reacció cutània adversa.

Pacient de 42 anys sense antecedents d'interès que consulta per lesions genitals condilomatoses perianals menors a 5mm tres mesos després d'haver-se realitzat una revisió ginecològica amb citologia negativa, sense altres troballes a l'exploració. Es pauta tractament amb Sinecatequina pomada al 10% cada 8 hores. La pacient reconsulta dues setmanes més tard de l'inici del tractament per lesions i dolor intens a la zona d'aplicació, observant-se diverses lesions hiperqueratòsiques circulars, de fins a 1 cm de diàmetre, amb important component inflamatori a la base, sobreelevades i molt doloroses al tacte. Es constata desaparició de la totalitat dels condilomes excepte un. Es pauta tractament amb crema Betametasona al 0,01% -Gentamicina al 0,5% cada 12 hores i AINE via oral.

Es realitza un control clínic als quatre dies, objectivant-se desaparició de les lesions i del dolor. El condiloma residual es tracta amb crioteràpia i la pacient es manté assintomàtica als sis mesos.



## O12 - Gestació heterotòpica accidentada

Gemma Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; Tamara Garcia Grandal<sup>1</sup>; Laia Pons Jimenez<sup>1</sup>; Neus Juanmartí<sup>1</sup>; Judit Martínez<sup>1</sup>; Pere Bresco Torras<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital de Igualada*

La gestació heterotòpica es defineix com a la coexistència d'una gestació intrauterina i una extrauterina. Aquesta és una circumstància rara i de difícil diagnòstic, donat que en cicles de concepció natural la seva incidència és molt baixa 1 de cada 30.000 gestacions. El seu diagnòstic es difícil i requereix d'un alt índex de sospita, per això és important descartar-lo en aquelles pacients amb una gestació intrauterina i dolor abdominal i hemoperitoneu, ja que està descrit que és la causa responsable del 80-90% de les morts maternes en el primer trimestre.

Presentem el cas clínic d'una primigesta de 35 anys, sense antecedents, amb gestació actual espontània, que va consultar per metrorràgia. Darrere la sospita de gestació heterotòpica, es va realitzar una salpingectomia laparoscòpica i un legrat evacuador de l'avortament en curs. L'anatomia patològica va confirmar el diagnòstic.

### **O13 - Malaltia inflamatoria pèlvica per *S.Pneumoniae*: a propòsit d'un cas.**

M. Genover Tena, Y. Romero Sierra, C. Gras Gispert, A. Serra Ripoll, I. Martínez Carrasco; P. Cavallé Buquets.

*Hospital Universitari San Joan de Reus*

La Malaltia Inflamatoria Pèlvica (MIP) és una infecció del tracte genital superior de la dona que pot comportar seriosos problemes posteriors si no es realitza tractament. *Neisseria Gonorrhoeae* i *Chlamydia Trachomatis* són els agents etiològics més freqüents. La clínica pot ser molt orientativa però hi han casos on aquesta no es defineix de manera clara.

Es presenta el cas de una dona de 35 anys portadora de DIU amb peritonitis secundària a MIP per *S.Pneumoniae* amb shock sèptic posterior. El quadre comença amb dolor abdominal i febre de 38.7°C amb ràpid deteriorament de l'estat general de la pacient amb PCR de 2,4 mg/dL, motiu pel qual es realitza una laparoscopia diagnòstica amb posterior reconversió a laparotomia infraumbilical per diagnosticar de MIP.

Conclusió: la MIP per *S. Pneumoniae* és una entitat poc freqüent a nivell de tracte genital femení. És important el diagnòstic ja que pot ser de ràpida evolució i progressar a shock sèptic. El cultiu, tant endocervical com del material purulent intraabdominal, és l'eina bàsica per a identificar aquest agent i prevenir el shock sèptic.

## **O14 - Perforació rectal distal en rectocele**

Laia Pons Jimenez<sup>1</sup>; Isabel Aznar García<sup>1</sup>; Gemma Escribano Montesdeoca<sup>1</sup>; Neus Juanmartí Palacín<sup>1</sup>; Judit Martínez Canela<sup>1</sup>; Pere Brescó i Torras

<sup>1</sup>*Hospital d'Igualada*

Es presenta cas clínic de pacient de 76 anys, pluripatològica, amb restrenyiment crònic i rectocele, que consulta per dolor abdominal intens i secreció purulenta abundant per via vaginal. A l'exploració física s'observa bultoma de teixit necròtic que protueix per introit compatible amb recte, perforació distal i sortida de contingut fecal a través d'aquesta. A la RNM es visualitza rectocele on la paret del recte propulsat presenta una senyal sospitosa de lesió neoforativa que posteriorment es descarta. Es realitza colostomia terminal, desbridament d'abscés de tabic recto-vaginal i col·locació de drenatge amb bona evolució posterior.

La impactació fecal en el restrenyiment crònic pot predisposar a l'aparició d'úlceres rectals i perforació rectal, en aquest cas a nivell de rectocele.

## **O15 - Xoc hipovolèmic secundari a coriocarcinoma**

Amparo Ramírez Pujadas; Sandra Medina Agremí; Maria Grimau Gallego; Rosa Nogueiras Pérez; Judith Jurado Seguer; Manuel Corona Martínez; Yolanda Canet Estévez

*Corporació sanitària parc taulí*

### **OBJECTIUS**

Conèixer presentació poc freqüent del coriocarcinoma a propòsit d'un cas que debutà amb xoc hipovolèmic.

### **CAS CLÍNIC**

Pacient de 46 anys consulta a urgències per dolor abdominal amb malestar, hipotensió i taquicàrdia.

A l'exploració presenta abdomen peritonític amb defensa a fossa ilíaca dreta.

A l'analítica destaca Hb de 8g/dL, i acidosi metabòlica. El TAC informa de lesió de 85x67x84mm heterogènia a terç superior d'úter amb imatges suggestives de sagnat actiu i hemoperitoneu sever de probable origen ginecològic.

Després de realitzar TAC la pacient presenta xoc hipovolèmic pel que es trasllada a ginecologia i es sol·licita B-hCG essent de 430.482 mUI/ml.

Es realitza laparotomia mitja infraumbilical objectivant-se hemoperitoneu d'uns 1500cc, abundants coalls i tumoració de 8cm a hemiúter superior dret, violàcia, amb sagnat actiu.

Es practica histerectomia subtotal amb annexectomia dreta. Durant la intervenció s'evidencia hemoglobina de 3.7 mg/dl i alteració de coagulació en el Rotem fent necessari transfusió de 5 concentrats d'hematies, fibrinogen i àcid tranexàmic.

El resultat de l'anatomia patològica informa de coriocarcinoma gestacional.

Posteriorment es realitza PET-TAC com estudi d'extensió trobant-se metàstasi pulmonars i es classifica la malaltia en estadi 3 i score modificat per l'OMS de mal pronòstic.

La pacient realitza quimioteràpia adjuvant amb 3 cicles de bleomicina, etopòsid i cisplatí presentant bona resposta i negativitzant la B-hCG als 3 mesos.

### **CONCLUSIONS**

El coriocarcinoma és una neoplàsia trofoblàstica agressiva poc prevalent que es sol presentar en forma de metrorràgia en una pacient amb l'antecedent d'amenorrea però té formes de presentació molt diverses que poden ser greus.

## O16 – Implantació de la tècnica de gangli sentinella en el càncer de mama a la Clínica de Ponent

Marta Canals<sup>1</sup>; Pere Deulofeu<sup>1</sup>; Jessica Marqués<sup>1</sup>; Istria Molinero<sup>1</sup>; Josep de Bergua<sup>2</sup>; Julio Garrido<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Clínica de Terres de Ponent. Lleida; <sup>2</sup>Servei de Radiodiagnòstic. Clínica de Terres de Ponent. Lleida

### INTRODUCCIÓ

La biòpsia selectiva del gangli sentinella (BSGS) és el procediment d'elecció per a l'estadificació axil·lar del càncer de mama.

A la província de Lleida, amb una població de 438.000 habitants, fins el 2014 només es realitzava aquesta tècnica en un centre públic, comptant la província amb 5 hospitals públics i 3 clíniques privades.

El nostre centre és privat i col·laborem en aquesta tècnica amb el Servei de Medicina Nuclear i amb el Servei d'Anatomia Patològica de l'Hospital Universitari Arnau de Vilanova (HUAV).

### MATERIAL I MÈTODES

En aquest treball presentem els resultats dels 6 primers casos realitzats al nostre centre. Inclou les pacients intervingudes entre gener de 2014 i gener de 2015 amb diagnòstic histològic de càncer de mama (carcinomes infiltrants menors a 3cm o carcinomes ductals in situ).

S'administra el traçador amb 99m-TC a l'HUAV el dia anterior a la intervenció. La localització intraoperatòria del gangli es realitza amb la presència d'un especialista en Medicina Nuclear de l'HUAV, qui ens guia amb la sonda gamma portàtil. L'estudi intraoperatori es realitza amb el mètode OSNA, enviant la peça al servei d'Anatomia Patològica de l'HUAV.

RESULTATS Cas	Edat	Diagnòstic	Mida	Intervenció quirúrgica	Nº ganglis detectats	Marges quirúrgics	TNM	Tractament posterior
1	46	CDI MD	12x12mm	TM+BSGS MD	2 GS Negatius	Lliures	pT1c pN0	HT + RT
2	55	CDI MD	10x9mm	CC amb arpó +BSGS MD	2 GS Negatius	Lliures	pT1c pNo	QT + RT
3	64	CDI MD	12x7mm	TM+BSGS MD	2 GS 1º: mic 2º Neg	Lliures	pT1c pN1mic	QT + RT
4	72	CDI ME	23x16mm	CCcentral + BSGS ME	2 GS Negatius	Lliures	pT2 pN0	HT + RT
5	46	CDI ME	21x15mm	TM + BSGS + BA ME	2 GS 1º Pos 2º Neg	Marge inf a menys d'1 mm. Ampliació: negativa	pT1c pN1a	QT + HT + RT

6	58	CL "in situ"MD	18x15mm	TM + BSGS MD	2 GS Negatius	Lliures	pTis pN0	RT
---	----	----------------	---------	--------------	---------------	---------	----------	----

#### CONCLUSIONS

La tècnica de BSGS és la tècnica d'elecció en els estadis inicials del càncer de mama, i per tant creiem que s'ha d'oferir a totes les pacients que ho requereixen. Per això hem volgut implantar-ho en el nostre centre d'àmbit privat, amb la col·laboració de l'HUAV com a hospital de referència que ja té validada aquesta tècnica.

## **O17 - Anomalia mülleriana complexa com a causa de piohematocolpos**

Judith Jurado Seguer<sup>1</sup>; Marina Martínez Mena<sup>1</sup>; Alexandra Medina Argemi<sup>1</sup>; Ramon Cos<sup>1</sup>; Yolanda Canet<sup>1</sup>; Sonia Maireles<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Sanitari Parc Taulí*

### **OBJECTIU**

Descriure un cas clínic de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich com a causa poc freqüent de dolor abdominal en adolescents

### **CAS CLÍNIC**

Pacient de 16 anys, menarquia als 12 anys, cicles regulars i tractament amb anticonceptius orals que acudeix a urgències per leucorrea i dolor abdominal a fossa ilíaca esquerra.

A l'exploració presentava febrícula de 37.1°C i abdomen dolorós a fossa ilíaca esquerra sense signes de peritonisme. S'apreciava sortida de secreció purulenta vaginal amb abombament a cara anterolateral esquerra, visualitzant-se un cèrvix normal desplaçat a la dreta. Es palpa massa elàstica a cara anterior de vagina de 5 cm.

A l'analítica presentava leucocitosi. A l'ecografia es visualitzava úter doble amb cavitats endometrials normals i tumoració heterogènia de 61x51 mm a cara anterior de vagina compatible amb piohematocolpos. Ovaris normals.

Amb el diagnòstic de sospita de malformació uterina complexa i piocolpos es realitza desbridament quirúrgic. Posteriorment, per filiar la malformació es va realitzar un estudi mitjançant histeroscopia i ressonància magnètica objectivant-se úter didelf associat a duplicació vaginal amb hemivagina cega esquerra i agenèsia renal homolateral, diagnosticant-se de síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich.

Posteriorment es va practicar la ressecció del tabic vaginal transversal aconseguint comunicació de cèrvix esquerra amb vagina.

### **CONCLUSIONS**

El síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich és una anomalia mülleriana on coexisteixen un úter didelf, una hemivagina cega i una agenèsia renal homolateral. S'ha de pensar en aquesta entitat davant les patologies obstructives del canal vaginal i la confirmació diagnòstica es fa per tècniques d'imatge. El tractament d'elecció consisteix en la ressecció del tabic vaginal

## **O18 - Metàstasi hipofisària com a única metàstasi de carcinoma de mama. A propòsit d'un cas.**

Cristina Capdet Santiago; Miriam Ruiz Batalla; Maria Gómez Romero; Ana Megía Colet; Patricia Herrera Quílez; Miriam De la Flor López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Universitari Joan XXIII*

Les metàstasis hipofisàries són poc comuns, representant únicament el 1% de les lesions pituïtàries i entre el 0.14 – 28% de les metàstasis cerebrals. Els tumors primaris que més freqüentment metastatitzen en aquesta localització són el de pulmó, mama i tracte gastrointestinal. Aquestes metàstasis són només simptomàtiques en un 8% dels casos i solen debutar amb clínica de diabetis insípida.

Dona de 46 anys amb antecedent fa 9 anys de carcinoma ductal infiltrant a mama dreta que consulta per quadre de poliúria, polidípsia, astènia i pèrdua de pes de 7 kg en els últims 4 mesos. El test de deprivació hídrica diagnòstica de diabetis insípida parcial. A la RMN cerebral s'observa lesió a hemiglàndula hipofisària esquerra, que en un inici s'orienta com a procés benigne. Davant la pèrdua de visió de la pacient es realitza ressecció urgent de la lesió. L'anatomia patològica informa com a metàstasi de carcinoma de mama, essent aquesta la única metàstasi diagnosticada fins al moment.

Les metàstasis hipofisàries úniques són excepcionals, sent més freqüent debutar amb metàstasis en altres localitzacions. Davant la sospita de metàstasi pituïtària està indicat realitzar una biòpsia transesfenoidal, tot i ser una mesura agressiva. El tractament ha de centrar-se en controlar el tumor primari i el maneig dels símptomes compressius. Se sol utilitzar cirurgia, radioteràpia i/ o quimioteràpia. La resecció del tumor pot ser difícil i la supervivència no augmenta, però sí millora la clínica. Cal realitzar també un bon control de la insuficiència hormonal per a millorar la qualitat de vida.



## **O19 - Disgerminoma: presentació d'un cas clínic.**

Lorena Serrano Martin<sup>1</sup>; Elisenda Bolivar Puigoriol<sup>1</sup>; Walter Nicolás Trusso<sup>1</sup>; Núria Estopiñà Cros<sup>1</sup>; Sonia Moros Weakner; Raimon Rovira Saperas; Assumpta Colomer Llach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Hospitalari de Vic*

El disgerminoma és un tipus de tumor ovàric infreqüent derivat de les cèl·lules germinals que comprèn el 2% del total i suposa el 32.8% dels tumors malignes d'aquest grup. La majoria es presenten en adolescents i dones joves.

Histològicament es caracteritzen per presentar un grau variable d'atípia i cèl·lules germinals indiferenciades. El 5% contenen cèl·lules sincitio-trofoblàstiques que poden secretar gonadotropina coriònica humana. Macroscòpicament apareixen com una massa lobulada pàl·lida de consistència dura.

En el 85% dels casos es diagnostiquen per l'aparició d'una massa abdominal que pot associar-se a dolor. Altres formes de presentació inclouen: alteracions menstruals, amenorrea primària o virilització.

Majoritàriament es diagnostiquen en un estadi inicial (I). La cirurgia es realitza en tots els casos per un diagnòstic definitiu, estadiatge i tractament. En alguns casos és necessari associar quimioteràpia.

Presentem un cas de disgerminoma ovàric en una pacient de 20 anys que consulta per massa abdominal i síndrome miccional. A l'exploració abdominal es palpa una tumoració pèlvica d'uns 10cm que ocupa flanc i fossa engonal dreta. A l'ecografia s'aprecia una massa sòlida a l'ovari dret de 12 x 9,5cm sense vascularització. La TAC pèlvica va revelar una tumoració compatible amb probable procés neoforlatiu annexial. Els marcadors tumorals van mostrar una elevació de la B-HCG (150,6), del Ca 125 (78.1) i la LDH (1417), amb AFP, CEA, i Ca 19.9 normals. La pacient va ser intervinguda de salpingo-ooforectomia dreta per laparotomia amb una anatomia patològica definitiva que informava de disgerminoma pur, en estadi pT1a (FIGO Ia).

## **O20 –Leiomioma del lligament rodó esquerra**

Farré Reñé, Montserrat<sup>1</sup>; Noguera Puig, Cristina<sup>1</sup>; Teixidor Noguera, Mireia<sup>1</sup>; Montero Muñoz, Fernando<sup>1</sup>; Torrent Bosch, Sara<sup>1</sup>; Alvarez Castaño, Elena<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Josep Trueta

### **INTRODUCCIÓ**

Els miomes són els tumors sòlids més freqüents de la pelvis femenina.

El 70% de les dones desenvoluparan miomes al llarg de la seva vida. Normalment solen ser asimptomàtics, tot i que un 25% poden causar símptomes en dones en edat fèrtil.

Els miomes del lligament rodó són poc freqüents. S'originen a partir del múscul llis i poden presentar-se simulant una hèrnia inguinal, però la majoria de vegades el seu diagnòstic es realitza en el moment de la cirurgia.

### **CAS CLÍNIC**

Pacient de 47 anys consulta per dolor abdominal. A l'exploració abdominal es palpa una massa que arriba fins a nivell umbilical. Es realitza una ecografia transvaginal amb el que s'evidencia una massa a nivell anterior de l'úter de 12 cm aproximadament compatible amb un mioma uterí. Es sol·licita una RNM que confirma el diagnòstic de massa anterior uterina i es programa per cirurgia (Histerectomia laparotòmica).

Ingressa per cirurgia, es realitza una incisió tipus Pfannestiel, a l'arribar a la cavitat abdominal s'observa un mioma de 15 cm. Inicialment es realitza una miomectomia, a l'alliberar el mioma, s'observa l'úter íntegre i que el mioma prové del lligament rodó esquerra. L'anatomia patològica confirma el diagnòstic.

### **CONCLUSIONS**

Els tumors del lligament rodó són molt rars, sent els més freqüents els leiomiomes, seguit de l'endometriosi. Aproximadament 2/3 s'originen a nivell la porció extraperitoneal del lligament rodó i són més freqüents al costat dret. La majoria es diagnostiquen en el moment de la cirurgia, la qual havia estat indicada per alguna altra causa.

## **O21 –Tumor gegant d'ovari Borderine. A propòsit d'un cas**

Anna Lillo Paredes<sup>1</sup>; Sandra Tudela Santos<sup>1</sup>; Ana Martinez Ayerza<sup>1</sup>; Beatriz Moya Martinez<sup>1</sup>;  
Manel De Peray Baiges<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital D'Olot i comarcal de la Garrotxa*

Els tumors borderlines d'ovari (TBO) són un grup de tumors ovàrics amb característiques intermitges entre les formes benignes i malignes.

Són tumors que manifesten característiques epitelials pròpies dels carcinomes però sense invasió de l'estroma. La microinvasió de l'estroma, que es dona en un 5,5% dels casos, no exclou el diagnòstic, tot i que no hi ha consens en la definició precisa de microinvasió.

La majoria es diagnostiquen en estadi I, La supervivència global és propera al 100%, només hi ha un 10% de TBO amb pronòstic desfavorable.

Els TBO mucinosos sovint es presenten com masses voluminoses quístiques multiloculars de superfície externa llisa. Us presentem un cas clínic de tumor d'ovari gegant (40cm i 17Kg) Mucinós. Les proves complementàries, el tractament quirúrgic (imatges i disponibilitat de video).

## **O22 –Fibrotecoma luteïntzant i hiperplàsia d'endometri: presentació d'un cas**

Lorena Serrano Martin<sup>1</sup>; Elisenda Bolívar Puigoriol<sup>1</sup>; Walter Nicolás Trusso<sup>1</sup>; Sonia Moros Weakner<sup>1</sup>; Núria Estopiñà Cros<sup>1</sup>; Assumpta Colomer Llach<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Hospitalari de Vic*

El fibrotecoma és un tipus de tumor dels cordons sexuals que representa l' 1'2% de tots els tumors ovàrics. Generalment cursa de manera asimptomàtica però pot associar-se a dolor abdominal, metrorràgia o amenorrea. Aquestes pacients poden arribar a desenvolupar una hiperplàsia endometrial i un carcinoma d'endometri degut a l'alliberació d'estrògens del tumor. El diagnòstic diferencial s'estableix principalment amb els miomes subserosos.

Presentem el cas d'una pacient de 28 anys sense antecedents patològics d'interès que consulta per amenorrea de dos anys d'evolució. En l'ecografia es visualitza una imatge sòlida paraannexial dreta de 110x118mm que es confirma a la TAC i s'orienta com un fibroma versus teratoma ovàric. Analíticament destaca una FSH indetectable.

Es va programar una laparoscòpia a la que la pacient no es va presentar fins que un any després és derivada de primària. Es repeteix l'ecografia on s'objectiva la mateixa tumoració i un endometri heterogeni de 15mm pel que es realitza un aspirat endometrial amb el resultat d'hiperplàsia amb atípia. L'histeroscòpia diagnòstica mostra un endometri d'aspecte hiperplàsic. Una RMN pèlvica objectiva la mateixa massa ovàrica i un endometri que no infiltra miometri. Donada l'edat i el desig genèsic s'indica tractament amb Megestrol 160mg al dia durant 3 mesos i es practica annexectomia dreta, l'anatomia patològica de la qual és compatible amb fibrotecoma luteïntzant. L'histeroscòpia posterior i la biòpsia van ser normals.

El cas es presenta com a mostra de la possible evolució a patologia endometrial en pacients que presenten aquests tipus de tumors ovàrics.

## **O23 – Tractament prequirúrgic dels miomes amb acetat d'ulipristal: revisió d'una sèrie de casos**

Laura Costa<sup>1</sup>; Raquel Ruiz<sup>1</sup>; Manuel Corona<sup>1</sup>; Jordi Costa<sup>1</sup>; Francisco Mellado<sup>1</sup>; Yolanda Canet<sup>1</sup>; Olga Aguiló<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Corporació Sanitària Parc Taulí*

**Objectiu:** Determinar la utilitat de l'acetat d'ulipristal (AUP) en el tractament prequirúrgic dels miomes en les nostres pacients.

**Material i mètode:** Estudi prospectiu observacional de les pacients tractades amb AUP 5 mg entre 3 i 6 mesos.

**Resultats:** Durant l'any 2014, s'han tractat 12 casos amb AUP abans de ser intervingudes.

El 50% presentaven un mioma únic, sent 3 casos (25%) submucosos. La indicació més freqüent ha estat l'anèmia per hipermenorràgies (83%). Un 16% havien realitzat embolització d'artèries uterines prèviament.

El volum uterí mitjà pre-quirúrgic era de 454cc (83-852) sent el diàmetre màxim dels miomes 73mm (23-126mm).

El 75% de les pacients ha realitzat un cicle (3 mesos) de tractament i el 25% 2 cicles.

Durant el tractament, el 83.3% ha presentat amenorrea, corregint-se l'anèmia, mentre que en un 16.7% han persistit les metrorràgies. Un cas ha presentat metrorràgia abundant durant la deprivació. No s'han observat efectes secundaris ni canvis endometrials amb atípies.

No s'ha observat una disminució significativa del volum uterí, però hi ha hagut una reducció de 24mm (IC 95%, 5-43mm) estadísticament significativa del diàmetre màxim del mioma.

S'ha realitzat histerectomia laparoscòpica en un 16.6%, abdominal (33.3%) i vaginal (8.3%), i miomectomia abdominal (16.6%). Dels 3 miomes submucosos en 2 s'ha realitzat miomectomia histeroscòpica incompleta i en l'altre cas no es va visualitzar el mioma.

**Conclusions:** L'AUP és un tractament pre-quirúrgic útil en pacients amb miomes i clínica d'hipermenorràgies, que permet la recuperació de l'anèmia a més de reduir la mida del mioma sense observar-se efectes secundaris.

## **O24 - Tumoració vulvar pigmentada després de càncer de mama. Primari o metastàtic?**

Laia Sànchez Paniagua<sup>1</sup>; M<sup>o</sup>Teresa Martin-Urda Diaz-Canseco<sup>2</sup>; Julio Garrido Corchon<sup>2</sup>; Pere Deulofeu Quintana<sup>2</sup>; Rafael Ibeas Rollan<sup>2</sup>; Cristian Tapià<sup>2</sup>; Araceli Moreno<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Sanitari de Terrassa;* <sup>2</sup>*Hospital Municipal de Badalona*

Pacient de 63anys, antecedent carcinoma ductal infiltrant de mama dreta al 1994, acut per aparició de lesió vulvar indurada. Antecedent de carcinoma ductal infiltrant grau 2 amb afectació retroareolar i QSE, estadi tumoral pT2N1MO. Es va realitzar mastectomia radical modificada i tractament adjuvant amb quimioteràpia (QT) i hormonoteràpia (HT) durant 5 anys. Controlada pel servei d'Oncologia, va tenir diverses recaigudes. La primera va ser al 2001 amb afectació subcutània pectoral i després al 2008 en forma de recidiva pulmonar, la qual va requerir de nou QT 8 cicles i reinici de la HT.

Al maig del 2014, progressió de la malaltia en forma de lesions cutànies a paret abdominal amb RE i RP positius. S'inicia de nou QT.

A l'exploració s'observa lesió pigmentada pròxima al llavi major esquerre de 2 cm, indurada i adherida a plans profunds amb necrosis central. Els diagnòstics diferencials que es plantegen són: metastasi cutània, carcinoma basocel·lular pigmentat i melanoma maligne. Es realitza exèresi de la lesió i l'estudi anatomopatològic presenta immunofenotip queratina 7 i 20 negativa, RE+ 90%, RP + 60%, HER2 negatiu, mamoglobulina positiu GATA 3 positiu i HMB45 negatiu, compatible amb carcinoma de mama.

### **DISCUSSIÓ**

La localització vulvar de la metastasi cutània és infreqüent en el càncer de mama. El nostre cas, presentava un patró immunofenotípic idèntic a les altres lesions metastàsiques, l'antecedent de neoplàsia de mama junt amb l'absència de cèl·lules mamaríes normals a la lesió van permetre diagnosticar una metastasi vulvar 20 anys després de l'aparició del primari mamarí.

## **O25 - Evolució natural d'un càncer d'endometri no tractat**

Cristina Gras<sup>1</sup>; Teresa Gavaldà<sup>1</sup>; Juan Salinas<sup>1</sup>; Jose De La Cruz<sup>1</sup>; Sabina Bel<sup>1</sup>; Carme Reyero<sup>1</sup>; Marc Genover<sup>1</sup>; Pere Cavallé<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Sant Joan de Reus*

Es presenta el cas clínic d'una dona postmenopàusica que va iniciar una metrorràgia sobtada a finals de l'any 2011. Després de les proves pertinents es va diagnosticar la pacient d'un adenocarcinoma d'endometri tipus endometriode estadi IA. Davant la troballa se li va oferir un tractament quirúrgic potencialment curatiu, però la pacient el va rebutjar, així com altres alternatives no invasives. La seva voluntat era seguir tractament homeopàtic de manera exclusiva.

La resta del cas tracta com va anar evolucionant la neoplàsia d'aquesta pacient fins a dia d'avui, en els àmbits d'estadiatge (estadi IVB en menys de tres anys), histologia (evolució parcial del tumor a carcinoma de cèl·lula clara) i simptomatologia. I també dels tractaments que finalment va requerir.

El propòsit de la revisió d'aquest cas va ser la possibilitat de seguir l'història natural d'un càncer d'endometri que va ser diagnosticat precoçment i que no va desitjar tractament mèdic. Actualment degut al ventall terapèutic, no tenim manera d'estudiar aquesta evolució des de fases tan inicials, no seria ètic, i aquí rau l'interés d'aquest cas clínic.

**GINECÒLEGS/OBSTETRES**  
Pòsters



## **P0 – Validació del programa de cribratge prenatal d'anomalies congènites en les comarques de l'Alt Camp i la Conca de Barberà**

Ramon Armengol; Maria Àngels Naranjo; Joan Vilà; Blanca Doménech; Walkiria Wong; Benjamín Cobo; Juan José Ruda; Luís Andrés Verrier; Joaquim Boj

<sup>1</sup>*Pius Hospital de Valls (Alt Camp);* <sup>2</sup>*ABS Montblanc (Conca de Barberà)*

**Objectiu:** Validar el programa de cribratge prenatal d'anomalies congènites en la població de l'Alt Camp i la Conca de Barberà per tal d'avaluar la seva efectivitat.

**Material i mètodes:** Estudi observacional de cohorts que inclou la població de gestants controlada en la Unitat Territorial d'ASSIR-MI de l'Alt Camp i la Conca de Barberà durant l'any 2014. El protocol que s'avalua és el del Departament de Salut que inclou el cribratge combinat del primer trimestre (CC1T) o el cribratge bioquímic del segon trimestre (CB2T) i la realització de l'ecografia morfològica per al cribratge d'anomalies estructurals i la valoració de marcadors de cromosomopatia. En cas de risc, s'ofereixen proves invasives (PI).

**Resultats:** De les 484 gestants incloses, 459 van voler cribratge prenatal. D'aquestes 444 va ser CC1T i 15 CB2T. Es van informar 23 resultats d'alt risc (AR) i 436 de baix risc (BR). Es van practicar 42 PI de les que 23 van ser en gestacions d'AR (20 amniocentesi i 3 biòpsies corials) 19 van ser en gestacions de BR (18 amniocentesi i 1 biòpsia corial). Es van detectar 6 aneuploidies i 3 alteracions estructurals o anatòmiques greus. Es van realitzar 10 ILE, 1 intervenció quirúrgica intraúter i 1 intervenció quirúrgica postnatal.

**Conclusions:** La capacitat predictiva del programa de cribratge en la nostra població es troba dins els límits establerts pel Departament de Salut amb una Especificitat del 96% i un VPN del 99,8%. Cal destacar que el 45% de les PI es van fer amb un cribratge de baix risc.

**LLEVADORES/INFIRMERS**  
Comunicacions Orals

## **O26 - Manejo del dolor en el expulsivo**

Concepción Manzano Ramírez

*Corporació Sanitaria Parc Taulí*

### **Manejo del dolor en el expulsivo**

Durante la expulsión del bebe el dolor es de difícil manejo, el apremio del tiempo en esta fase es un inconveniente.

A veces la mujer afronta este momento sin utilizar analgesia farmacológica de forma voluntaria, pero hay mujeres que lo han de afrontar de manera involuntaria, en el caso de partos precipitados o que acuden al hospital en este periodo.

Las matronas tendríamos que liderar el acompañamiento y favorecer que la mujer pueda cumplir con sus expectativas. Aunque el grado de dolor sea el máximo nuestro objetivo ha de ser procurar que la mujer lo afronte con la actitud adecuada, tenga una vivencia satisfactoria y se puede beneficiar de las diferentes opciones.

Evitar manipulaciones innecesarias, procurar un ambiente íntimo, calido y seguro, tener la libertad de escoger la posición, el acompañamiento y el inicio y ritmo de los pujos. También sería beneficioso que las mujeres estuvieran informadas y se implicaran en la responsabilidad de su proceso.

Queremos valorar la vivencia del dolor de las mujeres y si puede variar en función del tipo de atención que se les presta.

Hemos realizado un estudio prospectivo con mujeres que han tenido un parto eutocico en nuestro hospital durante los meses de enero y febrero de 2015. Para valorar el dolor utilizamos la escala EVA

Valoramos diferentes variables descriptivas y clinicas

## **O27 - Com ha influenciat la nova sala de parts de l'Hospital Universitari de Vic en el treball de part.**

Anna Vancells Prat<sup>1</sup>; Laura Aznar Lopez<sup>1</sup>; Ruth Marchena Miranda<sup>1</sup>; Rosa Rosean Vila<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Vic

### **Introducció**

El Novembre de 2012 l'Hospital Universitari de Vic va inaugurar la nova Sala de Parts. Aquestes noves instal·lacions han canviat l'antic sistema de sala de parts en què es disposava de sales de dilatació i sala d'expulsiu paral·lelament per sales on la dilatació i el naixement del nou-nat té lloc al mateix espai, com recomanen diferents estudis i guies clíniques sobre l'assistència al part normal.

### **Objectius**

Comparar com influencien els diferents sistemes de sales de parts sobre el treball de part.

### **Material i mètodes**

Es tracta d'un estudi observacional, descriptiu, de tipus transversal. S'han utilitzat les fulles de recollida de dades estadístiques del servei d'obstetrícia de l'hospital on es registra el tipus de finalització del part, dels anys 2011, 2012, 2013 i 2014 per tal de poder comparar dos anys per a cada una de les diferents infraestructures. Es disposa d'un total de 5624 parts.

### **Resultats**

En els resultats obtinguts s'ha vist un augment dels parts eutòcics d'entre un 2 i un 5% favorable a la sala de parts nova amb la disminució del 4-5% dels parts instrumentats. El número de cesàries no ha patit modificacions rellevants.

### **Conclusions**

Amb el canvi d'infraestructures hem pogut observar una millora en els resultats obstètrics, sobretot amb els relacionats amb la fase d'expulsiu que és quan es realitza el canvi d'ubicació.

Per a futures investigacions seria interessant desglossar els motius pels que es van indicar les cesàries i l'ús d'instruments.

## **O28 - Què saben les gestants sobre l'Anestèsia peridural? Coneixements previs a la preparació al naixement**

Yolanda Florensa Cabré<sup>1</sup>; Maria Jounou Llobera<sup>3</sup>; M. Dolors Creus Pujol<sup>2</sup>; Mireia Pascual Rebollo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAP Bordeta-Magraners; <sup>2</sup>CAP Balàfia-Pardinyes; <sup>3</sup>CAP Ponts

### **INTRODUCCIÓ:**

L'anestèsia peridural en el nostre àmbit de treball, és habitual en la majoria dels parts. Molts estudis relacionen la tècnica amb un augment dels parts instrumentats i cesàries, per distòcies de rotació, escurçament de l'expulsiu i per sufriment fetal agut.

### **OBJETIUS:**

- Conèixer la informació que tenen les gestants sobre l'anestèsia peridural.
- Conèixer l'intenció d'anestèsia de les gestants en el seu part.
- Conèixer com s'imagina les contraccions.

### **MÈTODE:**

Estudi observacional descriptiu trasversal.

L'instrument utilitzat per a la recollida de dades, ha estat un qüestionari autocumplimentat de 10 preguntes.

Mostra: 50 gestants que assisteixen a les classes de preparació al part durant el mes de maig de 2013 en 3 Centres d'Atenció Primària de Lleida.

### **RESULTATS:**

De les gestants que assisteixen a les sessions de preparació al part un 64% desitgen el part amb anestèsia peridural i un 36 % el desitgen sense l'anestèsia.

El 95% pensa que l'anestèsia peridural no té efectes importants sobre el part, la dona, ni el nounat. L'efecte més conegut de l'anestèsia peridural és que pot retardar el part en temps però res més.

A la pregunta: com creus que seran les contraccions? Un 50% creu que seran doloroses, un 28% molt doloroses, un 18% més que una regla i un 4% com una regla.

### **CONCLUSIONS:**

Les gestants coneixen que l'anestèsia peridural retarda el procés de part però no coneixen les possibles conseqüències sobre el procés de part, el nadó, en el postpart i en el sòl pelvià.

Un 64% desitgen un part amb Anestèsia peridural.

## **O29 - El parto, ¿una técnica quirúrgica o un acontecimiento fisiológico?**

Amparo Viña Martínez; Ana Isabel Mejías Moreno; Beatriz Bragado Quirós; Jessica Cifre Fabra; Silvia Rebollo Manzanares

<sup>1</sup>Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia; <sup>2</sup>Hospital Sant Joan de Déu. ALTHAIA, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa.

### **Introducción:**

Hoy en día en nuestro ámbito, la asistencia al parto en la atención hospitalaria se rige por unos protocolos que cuidan estrictamente la esterilidad. Esto conlleva un uso de material y coste elevado y una medicalización innecesaria del parto alejándolo del proceso fisiológico que en realidad es. La evidencia científica disponible no sustenta que estos procedimientos sean beneficiosos para prevenir infecciones materno-fetales, lo cual empuja a realizar una revisión bibliográfica y estudio para poder establecer unos protocolos basados en la evidencia.

### **Objetivo:**

Evaluar la efectividad del uso de un equipo estéril parcial en la prevención de infecciones puerperales y neonatales frente a un equipo estéril completo.

### **Metodología:**

Se propone realizar un ensayo clínico, prospectivo, multicéntrico con asignación aleatoria en dos grupos y técnica de ciego simple. La población de estudio serán las mujeres en edad fértil y sus hijos neonatos pertenecientes al área de influencia del Hospital de Igualada y del Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. A las mujeres del grupo experimental se les atenderá con un equipo estéril parcial y a las del grupo control con un equipo estéril completo, comparando después las tasas de infección puerperal y neonatal entre ambos grupos.

## **O30 - Higiene postural de la llevadora als parts naturals**

Martín Martínez ricardo<sup>2</sup>; Vidal alaba meritxell<sup>1</sup>; Dominguez carrecero Gero<sup>1</sup>; Da Silva Gomez francisca<sup>3</sup>; Carro Oubiña Sara

<sup>1</sup>*hospital de palamos*; <sup>2</sup>*hospital josep trueta*; <sup>3</sup>*Hospital universitario Torrecardenas*

### **OBJECTIUS:**

Conscienciar per disminuir les postures forçades en les activitats del personal sanitari durant l'assistència a la segona fase del part natural.

Donar unes pautes bàsiques per prevenir molèsties musculoesquelètiques en les diferents postures del part normal.

Incentivar una aptitud activa per desenvolupar mecanismes de prevenció en el desenvolupament de l'activitat professional.

### **METODOLOGIA:**

Estudi Descriptiu: plasmem les postures que utilitzen les llevadores en la segona fase del part, anàlisi posterior (NPT452), recomanacions per part Servei de Prevenció, amb l'objectiu de prevenir, eliminar i / o disminuir els danys de les postures forçades.

### **RESULTATS:**

Durant la segona fase del part tenim posicions poc ergonòmiques que poden comportar a molèsties musculoesquelètiques especialment a la regió lumbar, sacra, genolls i malucs, que poden ser més o menys greus segons el temps d'exposició i susceptibilitat personal (envelliment).

### **DISCUSSIÓ - CONCLUSIONS:**

Fomentar postures adequades mitjançant un pla de formació dels treballadors. Proporcionar un entorn adequat amb elements útils per poder disminuir el risc de trastorns musculoesquelètics.

## **O31 - Recuperació postpart amb gimnàstica abdominal hipopressiva en atenció primària. Aplicació i metodologia**

YOLANDA FLORENÇA CABRE<sup>2</sup>; MARIA JOUNOU LLOBERA<sup>3</sup>

<sup>1</sup>CAP BALAFIA PARDINYES I SECÀ DE SANT PERE; <sup>2</sup>CAP LA BORDETA; <sup>3</sup>CAP ARTESA DE SEGRE

### **INTRODUCCIÓ**

Un cop realitzada la valoració abdomino-perineal per la llevadora durant la revisió de la quarantena, les mares que ho desitgen poden participar en els grups de reeducació i recuperació del sòl pelvià. L'activitat es va iniciar al setembre del 2011 i presentem en aquests treball les dades fins a febrer de 2015.

### **OBJECTIUS**

Oferir eines per a la prevenció i la recuperació postpart. Ensenyar i practicar exercicis per a tonificar la faixa abdominal i el sòl pelvià i millorar l'estàtica lumbopélvica. Pràctica de gimnàstica hipopressiva adaptada a les fases de recuperació postpart. Motivar a les dones per a la pràctica regular dels exercicis apresos. Reduir o eliminar símptomes relacionats amb els canvis de l'embaràs i el part i que poden ocasionar una incompetència de la faixa abdominal i del sòl pelvià. Facilitar la recuperació postpart.

### **METODOLOGIA**

Formació de la llevadora en la tècnica hipopressiva i obtenció dels diplomes acreditatius per realitzar el treball individual i en grup. Formació dels grups de dones de postpart (màxim 6 per grup). L'activitat consta de 5 sessions de 50' de durada.

S'ofereix valoració personalitzada en la consulta després de tres mesos d' exercicis en cas de: test ICQ-SF o Jorge patològic, i altres alteracions .

### **RESULTATS**

Han assistit 302 dones de les quals el 80% presenten símptomes. Incontinència urinària: el 25% d'esforç, el 12% d'urgència i el 5% mixta. Incontinència anal: el 45 % de gasos, el 9 % fecal i de gasos i el 4% d'urgència en la defecació.



## **O32 - Actualització i unificació de les dinàmiques de grups emprades en la Preparació al Naixement al Assir Sabadell**

Azahara Reyes Lacalle<sup>1</sup>; Carolina Alós Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Assir Sabadell*

Tot i que les llevadores del ASSIR per realitzar la Preparació al Naixement (PN) ens basem en el Protocol de Educació Maternal: Preparació al Naixement del Departament de Salut Pública del desembre del 2009, vam objectivar la diversitat en quant a la metodologia emprada depenent de la llevadora. Ens vam proposar actualitzar i unificar les diferents dinàmiques utilitzades per les llevadores del nostre Assir, per tal de poder compartir i enriquir-nos deixant de costat les classes teòriques en vers la maternitat, per oferir una presa de consciència del cos i del procés de maternitat i paternitat més vivencial. I d'aquesta manera poder arribar més i amb més recursos a les demandes actuals de les gestants que busquen en la llevadora una acompanyant facilitadora i no tant una docent.

Presentem en aquest treball una quincena de dinàmiques treballades, algunes conegudes com l'esferodinàmia o la relaxació-sofronització, i altres més novedoses com l'introducció de materials per fer conscient la respiració amb espiració forçada, exploració de la pelvis i consciència del moviment, o dinàmiques per facilitar l'apropament a la maternitat i paternitat real com l'exercici de la silueta. S'exposarà en cada una de les dinàmiques o exercicis la seva funcionalitat i objectiu.

Revisant aquestes dinàmiques entre les llevadores es conclou, que és bàsic l'actualització i motivació continua per tal de renovar metodologies que pot ser queden obsoletes. També es important l'adequació dels espais físics i materials per dur a terme els programes de PN, així com millorar l'oferta horaria d'aquesta activitat comunitària.

### **O33 - Experiència dels Probiòtics en les Mastitis a la consulta de la llevadora**

Maria Jounou Llobera<sup>1</sup>; Yolanda Florensa Cabré<sup>2</sup>; M<sup>a</sup> Dolors Creus Pujol<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Centre d'Atenció Primària d'Artesa de Segre; <sup>2</sup>Centre d'Atenció Primària de la Bordeta; <sup>3</sup>Centre d'Atenció Primària de Balàfia- Pardinyes; <sup>4</sup>Centre d'Atenció Primària de Balaguer

#### **INTRODUCCIÓ:**

La llet materna és el millor aliment pel recent nascut tot i que sorgeixen problemes. La majoria són de fàcil prevenció i solució amb una correcta intervenció.

#### **OBJECTIUS:**

- Conèixer en la pràctica diària de la consulta de la llevadora quants casos de mastitis aguda i subaguda no precisen tractament d'antibiòtic en primera instància.

#### **MÈTODE:**

Estudi transversal d'una mostra de 35 dones que acudeixen a la consulta de la llevadora amb símptomes de mastitis subaguda i aguda durant l'any 2014 en 4 centres d'Atenció Primària de Lleida. En la valoració dels símptomes s'ofereixen en les dones mesures preventives, antiinflamatori i l'administració d'un probiòtic 2 cops al dia durant la primera setmana i 1 al dia durant les 3 setmanes següents. I en les de mastitis aguda també es facilita contacte directe amb la llevadora per poder revalorar la situació.

#### **RESULTATS :**

Un 85% de la mostra va consultar per problemes de mastitis subaguda i el 100% es va solucionar amb mesures preventives i l'administració del probiòtic.

I de les 5 dones afectades de mastitis aguda en 3 es reverteixen els símptomes sense necessitat d'antibiòtic i en les altres 2 s'inicia pauta d' ATB per empitjorament dels símptomes i en acabar-la continuar amb el probiòtic per restabliment de la flora.

#### **CONCLUSIONS:**

Les mastitis amb el recolzament i seguiment del cas per part de la llevadora i amb l'administració d'un probiòtic es resolen el 94% dels nostres casos sense la necessitat d'un antibiòtic.

### **O34 - Importancia de la educación sanitaria para reforzar la seguridad de los padres en el cuidado del neonato**

Irene Fernández<sup>1</sup>; Duna Subirana<sup>1</sup>; Alba Calderer<sup>1</sup>; Salut Puig<sup>1</sup>; Gloria Rebollo<sup>1</sup>; Noemí Obregón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell*

**Introducción:** La llegada del neonato a casa suele generar en los padres sentimientos ambivalentes a causa del temor y la inseguridad ante la responsabilidad de tener que cuidar del recién nacido. La información recibida por parte de los profesionales puede influir positivamente en la percepción de seguridad.

**Objetivos:** Conocer qué aspectos sobre el cuidado del neonato son los que más preocupan a las puérperas y parejas que han tenido a su hijo entre enero y abril del 2015 en el Hospital Parc Taulí de Sabadell.

**Metodología:** Diseño descriptivo transversal de una muestra de conveniencia de 50 usuarios que han tenido a su hijo entre enero y marzo del 2015 en el Hospital Parc Taulí de Sabadell. En el estudio se contemplan las variables sociodemográficas y las relacionadas con la información recibida. El grupo de investigación administra una encuesta de 14 preguntas en el momento del alta hospitalaria. Los datos obtenidos se analizan mediante el programa SPSS21.

**Resultados:** A la vista de los resultados obtenidos se detectan posibles áreas de mejora tales como: signos de alarma, controles del niño por parte del pediatra, ritmo deposicional o alimentación del recién nacido.

**Conclusiones:** La percepción de los padres es que la información recibida es insuficiente y no siempre adecuada a sus necesidades. Las primeras 48 horas de vida son claves para que los profesionales de sala de partos y maternidad refuercen la información demandada.

## **O35 - Efectos beneficiosos del inicio espontáneo de la lactancia materna frente al inicio**

Mireia Monllau Ros<sup>1</sup>; Rubén Morallón Rodríguez<sup>1</sup>; Lucía Paredes Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Mataró

Objetivos:

Conocer los beneficios del inicio espontáneo de la lactancia materna (LM) frente al inicio dirigido.

Conocer las intervenciones más eficientes para llevarlo a cabo.

Método:

Revisión de la bibliografía en bases de datos científicas

Resultados:

- Es imprescindible colocar al bebé en contacto piel con piel (CPP), para el inicio espontáneo de la LM.
- Se evidencia una posición de la madre y el recién nacido para conseguir el agarre espontáneo, muestran la posición de nutrición biológica como la óptima para alcanzar el éxito.
- La existencia de los reflejos neonatales primitivos (RNP) sugiere que la LM en el recién nacido es una conducta aprendida innata, permitir la presencia de estos reflejos facilita en inicio de la LM.
- Forzar la primera toma puede abolir los reflejos de arraigo y favorece a una mala colocación y una técnica de succión incorrecta.
- La demora en el inicio del CPP dificulta este proceso y el éxito de la lactancia materna
- La limitación del CPP y las interrupciones disminuyen el inicio espontáneo a la lactancia.

Conclusiones:

Debe implementarse sistemáticamente el contacto piel con piel de manera precoz y favorecer el entorno y la posición de nutrición biológica para que el recién nacido desarrolle los RNP y pueda alcanzar el pecho de manera espontánea, beneficiando a madre hijo /a de una mejor colocación, succión y aumentar las tasas de éxito en la lactancia materna.

**LLEVADORES/INFIRMERS**  
Pòsters

## **P01 - La Llevadora en el Servei D Urgències d'un hospital de Tercer Nivell**

Raquel Márquez<sup>1</sup>; Margarita Mendoza<sup>1</sup>; Lidia Martínez<sup>1</sup>; Consol Sanchez<sup>1</sup>; Rosa Navarro Martínez

<sup>1</sup>Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron

### **INTRODUCCIÓ.**

L'any 2014 l'Hospital Universitari Materno-Infantil de la Vall d'Hebron va iniciar la implementació per part de les Llevadores del Sistema de Triatge Avançat en el servei d' Urgències de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron en aplicació del RD 1837/2008 de 8 de novembre que inclou la Directiva Europea de 2005, que determinava que les Llevadores tenen la facultat, entre d'altres d'atendre la gestació i el part normals amb autonomia.

Aquesta atenció ja la contempla la OMS en la seva Guia per les cures del Part normal en definir la Llevadora com la professional més adient per a ser assignada a la cura de l'embaràs i el part normals, i està avalada per nombrosos estudis que fan patent que l'atenció per part d'aquesta professional dona lloc a molts beneficis tant per a les gestants com pels seus nadons, evitant intervencions innecessàries.

#### **Objectiu general:**

Donar a conèixer l'activitat assistencial en 2014 de la Llevadora en el Servei d'Urgències de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron

#### **Objectius específics:**

Mostrar l'activitat que la Llevadora ha realitzat en el Triatge Avançat en el Servei d'Urgències de l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron

Identificar els ingressos de les gestants de baix risc realitzats per la Llevadora, la durada del treball de part i el percentatge de parts eutòcics de les gestants esmentades

#### **METODOLOGIA.**

Estudi observacional, descriptiu, transversal de les Urgències obstètriques-ginecològiques ateses a l'Hospital Materno-infantil Vall d'Hebron l'any 2014, amb el recolzament dels òrgans de gestió del centre hospitalari, així com la consulta en les bases de dades CUIDEN, CUIDATGE, PubMed, Medline i la Biblioteca Cochrane Plus.

#### **RESULTATS/CONCLUSIONS.**

Amb l'elaboració de l'estudi, es pretén oferir, d'una banda, quins són els resultats de l'atenció en l'Àrea de Triatge del Servei d'Urgències de l'Hospital Materno-Infantil de la Vall d'Hebron. D'altra banda, es vol justificar que la Llevadora, com a part integrant de l'equip de professionals del Servei de Ginecologia i Obstetrícia del Centre, està capacitada per a realitzar de manera acurada els ingressos de les gestants de baix risc.

Paraules clau: Llevadora. Urgències Obstètriques. Part de baix risc.

## **P02 – Abordaje de la actividad física en el embarazo: Hacia el fomento de la salud**

Francisca Da silva Gomez<sup>3</sup>; Ricardo Martín Martínez<sup>2</sup>; Sara Carro Oubiña<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Centro Medico Cataluña Costa Brava; <sup>2</sup>hospital Universitario Josep trueta; <sup>3</sup>Hospital Universitario Torrecardenas; <sup>4</sup>Hospital ferrol Arquitecto Marcide

*La inactividad física* constituye el cuarto factor de riesgo de más importante de mortalidad en todo el mundo. Dicha inactividad repercute considerablemente en la salud general de la población mundial, en la prevalencia de enfermedades no transmisibles. La realización de actividad física durante el embarazo ha cambiado a lo largo de los años, adaptándose con el paso del tiempo. Actualmente existen datos basados en la evidencia científica que permite fundamentar y establecer protocolos y guías de actuación para la prescripción de ejercicio en la mujer gestante, asegurando unos mínimos riesgos y máximos beneficios. Por lo tanto el objetivo de la presente revisión ha sido recopilar información científica que aborda dicho aspecto.

Para ello se ha realizado una meticulosa búsqueda de los trabajos que abordan dicho tema. Tras analizar los datos podemos concluir que si el embarazo ha transcurrido sin problemas y sin contraindicaciones médicas; la actividad física individualizada junto con un programa de acondicionamiento neuromuscular y otro cardiovascular resulta altamente recomendado en mujeres embarazadas ya fueran activas o sedentarias, previamente.

## **P03 - Estudi descriptiu sobre l'activitat assistencial i paper de la Llevadora a Sala de Parts de l'Hospital Sanitas CIMA de Barcelona durant els sis primers mesos des de la inauguració del servei**

Isabel M. Sánchez<sup>1</sup>; M. Lucía Espinosa<sup>1</sup>; Elisabet Garsaball<sup>1</sup>; Sara Fonseca<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Sanitas CIMA de Barcelona*

### **INTRODUCCIÓ.**

El mes de juny de 2014 el Centre Hospitalari Sanitas CIMA de Barcelona va inaugurar el Servei d'Obstetrícia i Sala de Parts, ampliant la seva cartera de serveis a l'àmbit de la maternitat, en la direcció cap a l'excel·lència en l'atenció als usuaris dels seus serveis, fruit de la missió empresarial de tenir cura de la salut i la qualitat de vida de la persona durant tots els seus processos de vida. L'Hospital Sanitas CIMA de Barcelona pertany a la xarxa hospitalària privada del Grup Sanitas, que compta amb el reconeixement EFQM (excel·lència europea 500+) de la Fundació Europea per a la Gestió de la Qualitat.

### **OBJECTIU.**

Descriure l'activitat assistencial realitzada en els sis primers mesos des de l'inici de l'obertura del servei, en la Sala de Parts de l'Hospital Sanitas CIMA de Barcelona.

### **METODOLOGIA.**

Estudi descriptiu retrospectiu de les dades d'activitat assistencial realitzada a la Sala de Parts de l'Hospital Sanitas CIMA de Barcelona, amb el recolçament dels òrgans de gestió i la consulta bibliogràfica en diverses bases PubMed, Medline , CUIDEN, CUIDATGE, y la Biblioteca Cochrane Plus.

### **RESULTATS.**

A partir dels resultats es pot manifestar la bona organització del servei i la bona gestió de l'activitat assistencial per part de les Llevadores, que s'està traduïnt en l'augment en els parts de manera arribant a augmentar en més d'un 100% sobre les previsions. Les dades obtingudes són rellevants per a la realització de futurs treballs d'investigació relacionats amb les competències de les llevadores.



## **P04 - Llevadores tradicionales a Guinea Ecuatorial.**

Rosa Navarro Martinez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Llevadora Doctoranda Universitat de Vic*

### **INTRODUCCION:**

Guinea Ecuatorial es un país pequeño que fue colonia española hasta 1968 y además de ser conocida porque es uno de los primeros países africanos exportadores de petróleo, también lo es por sus cifras en mortalidad materno-infantil que están directamente relacionadas con un inadecuado, aunque existente, e ineficaz Programa de Salud Sexual y Reproductiva que debería facilitar el acceso a unos servicios básicos, incluidos la atención prenatal y postnatal, teniendo en cuenta que la mujer guineana tiene una media de 5,9 hijos. Al margen de las políticas sanitarias del país, en los poblados existen la figura del curandero y de la partera tradicional, la cual todavía conserva el conocimiento de las costumbres ancestrales que ya tenía efectos positivos

### **OBJETIVO:**

Describir algunas de las costumbres en relación al embarazo y el parto de la partera tradicional de Guinea Ecuatorial

### **METODOLOGIA:**

Estudio descriptivo cualitativo, a partir de la observación directa de parteras tradicionales en terreno durante la estancia en el país como Cooperante Internacional, así como de la consulta bibliográfica en el Centro Cultural Español en Bata (Guinea Ecuatorial), en colecciones privadas de expatriados en la zona durante los últimos 60 años, y en las bases de datos CUIDEN y Biblioteca Cochrane.

### **RESULTADO:**

La realización de este estudio muestra indicios en el deterioro en la atención a las mujeres durante el periodo de embarazo y parto por parte de las parteras tradicionales, en la zona, debido a los cambios de política sanitaria de los diferentes gobiernos del país tras la colonización española.

## **P05 - Control de la temperatura materna durant el procés perioperatori de la cesària electiva a l'Hospital Par Taulí de Sabadell**

EVA NICOLÁS FLORES<sup>1</sup>; ANA DE LA PAZ GARCÍA<sup>1</sup>; IRENE RODRIGO ABAD<sup>1</sup>; ANA KATRIB KATRIB<sup>1</sup>; NOEMÍ OBREGÓN GUTIÉRREZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL PARC TAULI DE SABADELL

La **hipotèrmia perioperatòria imprevista** es produeix per la pèrdua de calor, és inherent a l'ambient quirúrgic i es produeix mentre es realitza el procediment quirúrgic, amb el pacient nu i sovint en un ambient fred.

El terme **hipotèrmia** s'aplica a les pacients que la seva temperatura disminueix de 36°C.

L'objectiu del nostre estudi és identificar si es produeix una disminució de la temperatura corporal en el procés perioperatori en les dones que se'ls realitza una cesària electiva, així com determinar si el control de la temperatura corporal de la dona influeix en el seu confort i explorar quines àrees de cures són susceptibles de millora en base a les dades obtingudes.

L'escalfament de la superfície corporal de la pacient sotmesa a una cesària, aconseguix mantenir la normotèrmia disminuint els efectes adversos en el període postoperatori (disconfort, dificultat de control del dolor o prolongació de l'estada a la unitat de recuperació postanestésica).

Considerem que si la dona es troba amb benestar tèrmic es poden obtenir uns resultats doblement beneficiosos ja que no només aconseguim els resultats positius descrits amb anterioritat per a la mare, sinó que també aconseguirem resultats beneficiosos per al nadó com el fet de poder col·locarlo amb la seva mare en **contacte pell a pell tot just neix**, afavorint el vincle mare-nadó i ajudant a regular la temperatura del nadó de manera natural.

## **P06 – Publicidad y lactancia**

E. Planell, P. Amado, N. Hernández, S. Nieto, S. Puig, N. Obregón<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Corporació Sanitària Parc Tauli Sabadell*

**Objetivo:** Explorar las técnicas publicitarias relacionadas con la lactancia en las revistas sobre maternidad y crianza de nuestro medio.

**Justificación:** Desde sus orígenes, la publicidad no ha cesado en la búsqueda de estrategias y técnicas para influir en los hábitos de consumo de la población a la que dirigen sus campañas. La vivencia de la maternidad, puerperio y lactancia, son etapas de la vida de la mujer que no escapan a la influencia marcada por los medios de comunicación puestos al alcance de la mujer.

**Tipo de Estudio:** estudio cualitativo-descriptivo.

**Metodología:** Exploración de las revistas más divulgadas en relación a la maternidad y crianza, analizando las diferentes técnicas publicitarias relacionadas con la lactancia.

En una segunda fase, se categorizan las variables encontradas, en función de los principios que rigen el marketing y el impacto visual transmitido.

**Resultados:** El análisis de los contenidos pone de manifiesto que la lactancia materna no está protegida de la influencia de la publicidad, evidenciándose informaciones contradictorias.

**Discusión:** A pesar de las diferentes estrategias y las recomendaciones emitidas por los distintos agentes implicados, seguimos sin disponer de un marco legal que regule la publicidad y que promueva la lactancia natural.

El análisis realizado, pone de manifiesto la necesidad de reflexión por parte de los profesionales, en cuanto a la distribución de revistas y materiales de promoción facilitados por los diversos fabricantes.

## **P07 - Inducció del part amb Medicina Tradicional Xinesa**

Rosa navarro martinez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Centre Titània Tascó de Barcelona*

### **INTRODUCCIO**

La Medicina Tradicional Xinesa inclou un conjunt de tècniques orientals mil·lenàries que pretenen assolir la salut prevenint la malaltia. Des de fa gairebé dos segles s ha introduït en Europa i és utilitzada com a eina de treball per les Llevadores europees en l'àmbit de les seves competències, éssent eficaç durant el procés d'embaràs, part i postpart.

### **OBJECTIUS**

Donar a conèixer resultats de les induccions realitzades amb Medicina Tradicional Xinesa durant l'any 2014 en consulta privada de Llevadora a Barcelona.

### **METODOLOGIA**

Estudi descriptiu prospectiu a partir dels resultats obtinguts en tractaments d induccio al part en 30embarassades a terme de baix risc que van acudir a la consulta durant l any 2014. Complementada amb la bibliografia i l'evidencia científica recollida en bases de dades mèdiques d'ambit internacional.

### **RESULTATS/CONCLUSIONS**

Els resultats mostren que les tècniques de Medicina Tradicional Xinesa són eficaces per induir el part en gestants de baix risc a terme, tot i que la mostra és petita: el 75% de les gestants van començar treball de part actiu en les 24 hrs següents al tractament requerint només una visita.

## **P08 – Evidències i recomanacions en les primeres 24 hores del puerperi hospitalari**

Soler Curto, Vinyet; Alegre Cantón, Ana Cecilia<sup>1</sup>; Salgado Poveda, Isabel<sup>1</sup>; Cerdán Jiménez, Maria Dolores<sup>1</sup>; Tuono, Mayara Katlyn<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital General del Hospitalet CSI*

### **EVIDÈNCIES I RECOMANACIONS EN LES PRIMERES 24 HORES DEL PUERPERI HOSPITALARI**

AUTORS: Soler Curto, Vinyet; Alegre Cantón, Ana-Cecilia; Salgado Poveda, Isabel; Cerdán Jiménez, Maria Dolores; Tuono, Mayara Katlyn.

#### **ABSTRACT:**

El puerperi és un període on la dona necessita un bon suport professional i una educació sanitària de qualitat per tal d'establir un sentiment de confiança respecte la maternitat.

El puerperi hospitalari compren el període des del final del part fins l'alta hospitalària, la duració del qual habitualment és de 2-3 dies. Engloba el puerperi immediat i part del precoç.

L'objectiu d'aquest treball és unificar i actualitzar actuacions en el puerperi per tal de proporcionar una atenció de qualitat a la dona-nadó.

La metodologia consta d'una revisió bibliogràfica de les últimes actualitzacions de les principals guies clíniques d'atenció a l'embaràs, part i puerperi.

Els resultats mostren noves recomanacions i evidències en l'atenció de la mare-nadó explicades en el póster presentat.

La implementació de l'evidència i la unificació de criteris en les pràctiques habituals ens ajuda a optimitzar el temps que els professionals dediquen a les cures en la pràctica diària així com augmentar la satisfacció de la dona envers l'educació sanitària i les cures al alta.

Es recomana que durant el puerperi hospitalari l'atenció i cures a les dones i als seus nadons siguin coordinats i realitzats per un llevadora. Son necessàries més línies d'investigació per arribar a la unificació de criteris en l'atenció a la dona/nadó durant el puerperi hospitalari.

## **P09 - Importància del contacte precoç pell amb pell mare-nado**

Rebollo Garriga, Glòria<sup>1</sup>; Escalé Besa, Meritxell<sup>1</sup>; Martínez Juan, Josefina<sup>1</sup>; Obregón Gutiérrez, Noemí<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Parc Taulí Sabadell*

La GUIA D'ACTUACIÓ del contacte precoç pell amb pell mare-nadó(CPP)de l'hospital Taulí de Sabadell consta de:

Infomar als pares, resoldre dubtes i respectar la seva decisió. Mantenir la temperatura de la sala de parts entre 22-24°C. Escalfar el bressol tèrmic la gorra i una manta.Proporcionar un ambient agradable que afavoreixi la confiança, tranquil·litat i la privacitat de la dona.

Actuació:

Part vaginal:

En el moment de la sortida del nadó convidar i ajudar a la mare a descobrir el seu abdomen/pit, informar a la parella/acompanyant de la importància de l'acompanyament continu durant el post part immediat, col·locar al nadó en contacte pell amb pell amb la seva mare afavorint el contacte visual,mantenir la temperatura corporal del nadó (eixugar, col·locar gorret i tapar amb una manta preescalfada),vetllar pel benestar de la mare i el nadó (control de constants vitals, alçada uterina, pèrdua hemàtica, nivell de dolor),col·locar a la mare semiincorporada, abraçant el seu fill, en un angle pròxim als 45°, amb el nadó en posició prona entre els seus pits.

Cesària:

Col·locar els elèctrodes pel control de constants vitals a l'esquena de la mare. Un cop el neonatòleg hagi valorat el nadó, aquest estigui vigorós i l'estat de la mare ho permeti, el col·locarem a sobre del pit de la mare vetllant pel manteniment de la temperatura i seguretat amb l'acompanyament i suport continu per part de la llevadora

Facilitar el CPP amb el pare si l'estat de la mare no ho permet.

## **P10 - Reducció del dolor en la tècnica d'injecció al Rombo de Michaelis**

Maria Cerdán Jimenez<sup>1</sup>; Maria Dolores Carballo Aliseda<sup>1</sup>; M.Carmen Deiros Garcia<sup>1</sup>; Federico Heredia Prim<sup>1</sup>; Isabel Salgado Poveda<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de l'Hospitalet

### **INTRODUCCIÓ**

L'experiència clínica demostra que la injecció d'aigua estèril al Rombe de Michaelis disminueix el dolor lumbar en les fases latents del part.

El gran inconvenient d'aquesta tècnica és que és molt dolorosa.

### **OBJECTIU**

Demostrar l'eficàcia de la infiltració prèvia d'anestèsic local per a reduir el dolor de la injecció d'aigua estèril en el RM

### **MÈTODE**

El RM és l'espai anatòmic comprès entre l'apòfisi espinosa de la 5ena vèrtebra lumbar, les espines ilíaqües posterosuperiores i el punt d'unió dels glutis.

Realització de la tècnica:

Localització del RM i punts punció (articulacions sacroilíaqües); desinfecció d'aquests.

Infiltració *subcutània* de 0.5 ml de lidocaïna al 2%. Esperar 30-60 seg. per a la seva absorció.

Realitzar Zona infiltració, *intradèrmica*, als mateixos punts amb 0'5 ml d'aigua estèril, formant pàpules que estimulin els receptors de pressió.

Aquesta tècnica es va efectuar a 50 gestants dividides en 2 grups de 25

Grup 1: injecció d'aigua estèril

Grup 2: injecció prèvia de lidocaïna

A totes elles se les va passar una escala de valoració analògica (EVA)

### **RESULTATS**

El nivell de dolor del grup 1 va obtenir una valoració mitjana de 8,56

El nivell de dolor del grup 2 va obtenir una valoració mitjana de 1,36

### **CONCLUSIONS**

La injecció d'anestèsic prèvia a la infiltració d'aigua estèril a les foses del RM és altament efectiva per a la reducció del dolor i això permet la utilització d'aquesta tècnica evitant el seu principal inconvenient, el dolor, augmentant així la satisfacció de la gestant.

## **P11 – Implantació de la consulta del terra pèlvic a l'Assir de Mollet**

LUCIA BURGOS CUBERO; MERCE CUERDA CUSSINE; ELISA PEREZ SANCHEZ;  
ENCARNA LOPEZ GIMENO; ANNA TORRENT ESPAÑOL; EVA ADARVE HIDALGO<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASSIR MOLLET DEL VALLES

### **INTRODUCCIÓ:**

Les disfuncions del Sòl Pèlvic ( SP), tenen una alta prevalença que augmenta amb l'edat.

Malgrat això, són trastorns poc abordats des de l'Atenció Primària.

Per aquest motiu, al març del 2014 es va instaurar una consulta del SP a l'ASSIR de Mollet format per una ginecòloga, una llevadora i una auxiliar.

La 1<sup>a</sup> visita la realitza el Ginecòleg :

- Anamnesis
- Exploració Física Detallada, Test d'Oxford ( TM)
- Qüestionaris: ICIQ i CACV
- Diari Miccional
- Sol·licitud d'exploracions complementàries

La 2<sup>o</sup> Visita si requereix Rehabilitació del SP, és amb la Llevadora:

- Canvis d'estil de vida ; Canvis en la dieta ; Reeduació vesical; Teràpia Física: Valoració TM iKegel.

### **OBJECTIU:**

- Millorar l'atenció de les dones afectes d'IU a través de la consulta del SP.
- Descripció del procediment i dels circuits assistencials.

### **METODOLOGIA:**

Estudi descriptiu de les HC.

### **RESULTATS:**

S'han realitzat un total 500 visites de dones amb IU; 153 primeres visites amb ginecòleg i 60 primeres amb llevadora. D'aquestes 80 (52,2 %) eren IUE, 35 (22,8 %) IUU i 38 (24,8 %) IUMixta.

La mitjana d'edat va ser de 54,4 anys (20-84a). Van iniciar tractament conservador amb llevadora el 81 % amb IUE, el 28 % de les IUU i el 42 % de les IUM.

### **CONCLUSIONS:**

La patologia del SP és una patologia prevalent . Per aquest motiu està justificada l'existència d'una consulta especialitzada per oferir una millor atenció a la demanda de la població.



## **P12 – Colonització per l'estreptococ del grup B del primer al tercer trimestre de gestació**

LIDIA FRANCÉS RIBERA<sup>1</sup>; ÀNGELS PAULÍ CABEZAS<sup>2</sup>; MONTSERRAT VILLANUEVA GUEVARA<sup>3</sup>; RAQUEL MARTÍNEZ MONDEJAR<sup>2</sup>; MONTSERRAT BARTRA CHORRO<sup>3</sup>; AVELINA TORTOSA MORENO<sup>1</sup>; HELENA VIÑAS LLEBOT<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Infermeria de la Universitat de Barcelona; <sup>2</sup>Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva La Riera de Badalona; <sup>3</sup>Centre d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Sabadell

### **Objectiu**

Valorar l'evolució del resultat del cultiu vagino-rectal per EGB del primer al tercer trimestre de la gestació.

### **Metodologia**

*Disseny:* Observacional, descriptiu i longitudinal.

*Àmbit:* ASSIR la Riera de Badalona i ASSIR de Sabadell de l'ICS.

*Subjectes d'estudi:*

432 gestants ateses a la consulta de la llevadora entre gener i desembre de 2014. El cultiu de primer trimestre es va realitzar fins la setmana 9,6 i a la setmana 35-37 es va realitzar el cultiu que es fa de manera sistemàtica durant la gestació.

### **Resultats**

El 13% (57) dels cultius realitzats al primer trimestre van ser positius per EGB i el 87% (375) negatius. Dels cultius positius del primer trimestre, es van mantenir positius en el tercer el 58% (33) i es van negativitzar el 42% (24). Dels cultius negatius en el primer trimestre, es van mantenir negatius el 94% (353) i es van positivitzar el 6% (22). Del 58% (33) de cultius que es van mantenir positius en el tercer trimestre en el 21% (7) es va realitzar tractament amb antibiòtic. Del 42% (24) dels cultius que es van negativitzar en el 54% (13) va rebre tractament antibiòtic.

### **Conclusions**

1. La taxa de colonització del primer i tercer trimestre es similar (13%) i coincideix en les taxes publicades a Catalunya i a Espanya.
2. La realització de tractament antibiòtic durant la gestació no garanteix un resultat negatiu en el cultiu del tercer trimestre.
3. L'antibiòtic més utilitzat en els cultius que s'han negativitzat en el tercer trimestre es la Fosfomicina.

## **P13 – Terapias no farmacológicas para el alivio del dolor durante el trabajo de parto**

Raquel Sanchez Prada<sup>1</sup>; Júlia Villar Gabernet<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital d'Igualada*

### **TERAPIAS NO FARMACOLÓGICAS PARA EL ALIVIO DEL DOLOR DURANTE EL TRABAJO DE PARTO**

#### **INTRODUCCIÓN**

El dolor durante el trabajo de parto puede ser experimentado de múltiples maneras, teniendo en cuenta las influencias culturales, personales, emocionales y sociales que engloban a la mujer.

En los últimos años, se ha ido observando una tendencia por parte de las mujeres a buscar alivio en el dolor de parto mediante terapias alternativas a los métodos farmacológicos, y las matronas debemos tener unos conocimientos adecuados al respecto para poder responder a ésta demanda.

#### **OBJETIVOS**

Descubrir, mediante una revisión bibliográfica, cuáles son las terapias no farmacológicas más frecuentemente usadas en nuestro medio.

#### **METODOLOGIA**

Búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed (Medline), Biblioteca Cochrane, Cuiden y artículos publicados en revistas científicas como Matronas Profesión.

#### **RESULTADOS**

Métodos no farmacológicos considerados más efectivos: Libertad de movimientos, inmersión en agua templada, técnicas de relajación, masaje, inyecciones de agua estéril en el rombo de Michaelis, acupuntura e hipnosis. Otros considerados menos efectivos: TENS, musicoterapia, aromaterapia y homeopatía.

#### **CONCLUSIONES**

La mayoría de métodos no farmacológicos para el manejo del dolor son no invasivos y se consideran seguros tanto para la madre como para el feto. No obstante, su eficacia no está clara, debido a que hay poca evidencia científica al respecto.

Concluimos la necesidad de una mayor investigación al respecto para formular un marco científico, basado en la evidencia y clínicamente útil para la gestión de la analgesia y el uso de terapias no farmacológicas durante el trabajo de parto.

## P14 - Obesidad y Parto. Resultados Perinatales en la Población de Sabadell.

Alba Calderer<sup>1</sup>; Paloma Amado; Irene Fernández; Noemí Hernández; Sara Nieto; Ester Planell; Duna Subirana; Noemí Obregón; Salut Puig

<sup>1</sup>*Corporació Sanitària Parc Taulí de Sabadell*

- **Introducción:** La obesidad y el sobrepeso han alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial. Las mujeres en edad fértil también muestran un exceso de peso periconcepcional, que se asocia a resultados obstétricos y perinatales adversos.
- **Objetivo:** Conocer la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las gestantes de nuestro medio y sus resultados perinatales comparado con el resto de gestantes que acudieron al Hospital Parc Taulí.
- **Métodos:** Diseño descriptivo longitudinal, con una muestra de 2035 gestantes, cuyo parto tuvo lugar en el Hospital Parc Taulí en un año. Los datos se obtuvieron de la base de datos del hospital y fueron analizados mediante el programa SPSS.
- **Resultados:** En primer lugar se presentan las prevalencias de normopeso, sobrepeso, obesidad y obesidad mórbida en la muestra. A continuación analizamos los diferentes grupos según IMC: inicio de parto, tipo de parto, distocia de hombros y peso del RN al nacer. Finalmente se explora si las diferencias en las variables: inicio de parto y tipo de parto, son estadísticamente significativas entre la población con normopeso y las mujeres con IMC igual o superior a 25 y 30.
- **Discusión:** Sobrepeso y obesidad predisponen a complicaciones obstétricas. Coincidiendo con la bibliografía, observamos en nuestra muestra un aumento de la prevalencia de cada una de las variables estudiadas según el IMC.
- **Conclusión:** Los resultados obtenidos muestran la necesidad de actuar ante el exceso de peso periconcepcional. Una estrategia sólida con este objetivo puede reducir las complicaciones obstétricas derivadas del sobrepeso y la obesidad.

## **P15 - Habilidades comunicacionales**

Esther Maria Berenguer Cambra<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*CST Terrassa*

Poster con la temática de habilidades comunicativas.

En nuestra profesión es de vital importancia las habilidades comunicativas en cuanto a la relación matrona-paciente.

Quiero mostrar la importancia de estas variables que influyen en la comunicación, de la comunicación verbal y no verbal. Diferentes tipos de relaciones profesionales. la relación de ayuda y la reactividad del profesional.

## **P16 - El yodo en la lactancia también imprescindible**

Eva Maria Artieda Oseñalde<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Consorti Sanitari de Terrassa*

**Introducción:** La adaptación a la vida extrauterina del recién nacido implica una serie de mecanismos fisiológicos, entre ellos la glándula tiroidea que tendrá que sintetizar y secretar por sí misma la totalidad de las hormonas tiroideas que necesita. Para ello, es imprescindible el Yodo.

**Justificación:** Aunque los daños más graves por déficit de yodo se producen durante los dos primeros trimestres de embarazo, el recién nacido está todavía en una etapa crucial para la maduración de su sistema nervioso central, que puede verse afectada por un trastorno funcional de su glándula tiroidea.

El yodo es a través de la alimentación y se recomienda al recién nacido una ingestión mínima de 90 mcg/día, cantidad proporcionalmente más alta que la del adulto si tenemos en cuenta el peso corporal.

**Metodología:** Queremos presentar en una póster la evidencia científica actual respecto a la necesidad de suplementación de yodo a la madre durante la lactancia y sus peculiaridades en casos de gestación, lactancia materna exclusiva, lactancia mixta o cuando ya se introduce la alimentación complementaria.

Expondremos unas conclusiones finales de la búsqueda bibliográfica realizada.

## **P17 – Cura Mèlic: Creamada després del tractament del granuloma umbilical**

ROSA ROGÉ TORRA<sup>1</sup>; MARIA ROSA SERRET PUIGPELAT<sup>2</sup>; LAURA CASTELLARNAU BERTRAN<sup>1</sup>; SERGIO GARCIA PERDOMO<sup>1</sup>; PABLO JAVIER ERCOLI<sup>3</sup>; OSCAR ROSELL NEBREDÀ<sup>3</sup>

<sup>1</sup>FUNDACIÓ SANT HOSPITAL LA SEU D'URGELL; <sup>2</sup>ABS ALT URGELL; <sup>3</sup>PEDIATRIA DELS PIRINEUS

### **Introducció**

El granuloma umbilical és un petit nòdul de teixit friable freqüentment pedunculat que es localitza a la base del melic després de la caiguda del cordó umbilical. El diagnòstic és clínic. El nitrat de plata té propietats antisèptiques i cauteritzants quan s'aplica de manera tòpica.

### **Cas clínic**

Nounada de 9 dies de vida que consulta per lesió cutània a la zona umbilical després de l'aplicació local d'un producte tòpic fa 24 hores.

A l'exploració física destaca una lesió cutània macular periumbilical de color negre de 3x2 cm de grandària amb una zona més central encetada de 0.3x0.4 cm junt amb màcules satèl·lits marronoses. Amb l'orientació diagnòstica de cremada cutània com conseqüència del tractament del granuloma umbilical amb nitrat de plata es realitzen cures locals amb sulfadiazina argèntica tòpica durant 5 dies, resolent-se la lesió als 10 dies.

### **Discussió**

Les característiques de la cremada suggereixen que el granuloma umbilical i la pell del voltant van ser exposats al nitrat de plata durant un temps més llarg del recomanat. L'obertura de l'envàs a sobre de l'abdomen de la nounada podria explicar les petites màcules satèl·lit.

### **Conclusió**

La cura del granuloma umbilical amb nitrat de plata hauria de ser realitzada per un professional sanitari amb experiència. Es recomana la manipulació de l'envàs de nitrat de plata amb guants i allunyat del pacient, aplicant-se amb cura i de forma precisa amb petits tocs sobre la lesió. La no resposta a la cauterització ens ha de fer replantejar el diagnòstic.

## **P18 – Educació maternal: Preparació al naixement. Què fem? Cap a on anem?**

AZAHARA REYES LACALLE<sup>1</sup>; CAROLINA ALOS RODRIGUEZ<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASSIR CEDANYOLA-SABADELL

La Preparació al Naixement (PN) s'ofereix a tots els ASSIRs de Catalunya amb l'objectiu que dicta la OMS pel 2015, que és empoderar la dona per la salut maternoinfantil. Cada dia trobem gestants que recorren a l'oferta externa a l'ASSIR per la seva PN en diferents àmbits, realitzada per diferents professionals, amb diferents noms de programa. Volíem conèixer quina era aquesta oferta externa i quin professional la lideraven, alhora que ens proposaven conèixer l'eficàcia del programa actual de PN. Per arribar aquí es va fer una revisió dels antecedents i evolució dels actuals programes de PN.

La metodologia emprada va ser una revisió bibliogràfica en diferents bases de dades i societats científiques amb les paraules claus *Educació maternal*, *Preparació al part*, *Preparació al naixement*. També s'ha fet una cerca a diferents buscadors per trobar l'oferta externa de PN al nostre territori.

Els resultats trobats van ser la comprovació en diferents estudis dels beneficis com són la funcionalitat del cos, la reducció de l'ansietat, por i el dolor, la preparació per part de la parella del moment del part d'una manera més positiva, el reconeixement del moment del part, així com afavorir l'inici precoç i manteniment de l'alactància materna, entre d'altres. Tot i així les Guies de Pràctica Clínica no permeten extreure conclusions fermes envers l'eficàcia dels programes degut a la variabilitat dels estudis.

Valorant l'oferta externa al ASSIR, es proposen millores al nostre programa de PN per actualitzar-nos i arribar a totes les demandes.

## **P19 - Incarceración uterina. Caso clínico**

Esther Berenguer Cambra<sup>1</sup>; Andrea Pérez López<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CST ( *Consorti Sanitari de Terrassa*)

La incarceration uterina se define como el atrapamiento del útero grávido entre la sínfisis del púbis y el promontorio del sacro. Son pocos los casos descritos en la literatura. Es una entidad muy infrecuente pero se trata de una complicación potencialmente grave durante la gestación cuyo desenlace, si no es detectado y corregido a tiempo, puede derivar en una rotura uterina o de vejiga, isquemia uterina o muerte fetal entre otros. El manejo inicial pasa por una recolocación del útero posicionado en retroveroflexión mediante un tacto vaginal.



## **P20 - Transición a la paternidad: necesidades y expectativas**

Elena Fernández Barriga<sup>1</sup>; Isabel Velasco Gómez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Lluís Alcanyis*

### **OBJETIVO:**

Conocer las necesidades y expectativas de los hombres en relación a la paternidad.

### **METODOLOGIA:**

Revisión bibliográfica en las bases de datos: PudMed, IBECS, Trip database, Chocrane.

Palabras clave: fathers, paternity, child rearing, perinatology, health services, gender identity.

### **RESULTADOS**

Los resultados indican que los hombres demandan información sobre el proceso de paternidad, para involucrarse activamente y formar parte del proceso de crianza. Se han encontrado dos programas de salud sexual y reproductiva dirigidos específicamente a los padres, que propiciaron un mayor conocimiento y confianza sobre la transición a la paternidad. Sin embargo, la experiencia de los hombres en los servicios sanitarios se caracteriza por la exclusión, el temor y un protagonismo limitado.

Por otro lado, otros estudios informan que la intención inicial de participación de los hombres se contradice con la actitud pasiva mostrada en el proceso del embarazo, parto y postparto. Existiendo una clara variación socio demográfica en relación al compromiso. También se describe la dificultad de implicar a los hombres en los programas y de organizar la atención sanitaria con el fin de incluir a los padres en intervenciones sobre paternidad.

### **DISCUSIÓN:**

El nacimiento de un hijo supone un proceso lleno de cambios, donde los nuevos padres tienen que renegociar roles y corresponsabilidad paterna. La figura del hombre como usuario de los servicios de salud sexual y reproductiva está poco definida. Surge la necesidad de crear programas de salud en materia reproductiva y de crianza, que incluyan al hombre no sólo como un invitado, sino como elemento central.

## **P21 – Relación entre apoyo social y fatiga durante el puerperio en padres y madres**

MARÍA LUCÍA ESPINOSA LÓPEZ<sup>1</sup>; ELENA FERNÁNDEZ BARRIGA<sup>2</sup>; ALICIA HERNANDO GONZÁLEZ<sup>1</sup>; GLORIA PUCHOL LÓPEZ<sup>1</sup>; ALBERTO RODRIGUEZ GÓMEZ<sup>2</sup>; ISABEL VELASCO GÓMEZ<sup>2</sup>; ANTONI CANO CLIMENT<sup>2</sup>

<sup>1</sup>HOSPITAL FRANCISCO DE BORJA DE GANDÍA; <sup>2</sup>HOSPITAL LLUIS ALCANYIS DE XÀTIVA

**Objetivo:** estudiar la relación que existe entre el apoyo social y la fatiga postparto en los padres y madres al alta hospitalaria y entre las 6-12 primeras semanas de vida del recién nacido.

**Metodología:** estudio observacional de cohortes prospectivo de una muestra representativa recogida de manera accidental en los hospitales Francisco de Borja de Gandía, Lluís Alcanyis de Xàtiva y General de Ontinyent durante los meses de noviembre de 2013 a marzo de 2014. La población de estudio fue constituida por 218 parejas.

**Resultados:** se obtuvo una correlación negativa ( $r = -0,505$ ,  $p = 0,0001$ ) entre la fatiga percibida por los padres y madres y el apoyo social recibido durante las primeras 12 semanas después del nacimiento de su hijo. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de fatiga entre padres y madres. No se encontraron diferencias entre la fatiga y el resto de variables (edad, número de hijos, ingresos, tipo parto, tipo de lactancia y país de origen).

**Conclusiones:** El apoyo social tiene un impacto en la fatiga percibida por los padres y madres en las primeras semanas después del nacimiento de un hijo. Detectar las parejas con déficit de apoyo social será un objetivo para los profesionales que atiendan a parejas en el postparto lo que permitirá identificar parejas con niveles altos de fatiga. Desarrollar estrategias para aumentar el apoyo social debería ser una prioridad del sistema de atención a las parejas en su transición a la maternidad/paternidad.

## **P22 - Anàlisi de les dones que participen al taller postpart de recuperació del sol pelvià a l' ASSIR de Mataró**

Anna Estruch Riu<sup>1</sup>; Miriam Gomez Masvidal<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASSIR Mataró

### Objectius

Analitzar les diferències que hi ha entre les dones que presenten incontinència i les que no en relació al tipus de part, paritat, pes del nadó i presència o no de disparèunia.

### Mètode

Recull de dades de les dones que han assistit al taller post part per recuperació del sol pelvià a l'ASSIR de Mataró analitzant els resultats obtinguts en els dos grups diferents, les dones incontinents vs les dones continents.

### Resultat

El 30,43% de les dones que va realitzar el taller post part va manifestar pèrdues d'orina després del part.

El 57% de les dones que va tenir un part instrumentat (fórceps), va patir incontinència post part.

El 42% de dones amb incontinència va tenir un nadó amb un pes igual o superior als 4 kg.

La majoria de dones continents ha iniciat les relacions sexuals sense dificultat. De les dones incontinents un 43% refereixen disparèunia i un altre 43% manifesta no haver iniciat les relacions sexuals.

### Discussió

Pel que fa a l'anàlisi de les dades obtingudes, un 30,43% refereixen incontinència i en un 57% dels casos està relacionat amb un part instrumentat tipus fórceps.

No hem trobat relació entre paritat i incontinència.

Les dones amb incontinència tenen major dificultat en iniciar les relacions sexuals i presenten un major percentatge de disparèunia.

Analitzant el tant per cent de dones que presenten incontinència post part creiem que és necessari oferir la possibilitat d'assistir al taller de recuperació del sol pelvià.

## **P23 - Mutilació Genital Femenina: nous reptes en l'atenció obstètrica**

Julia Hermida González<sup>1</sup>; María Teresa Barroso Rodríguez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>*Hospital Sant Joan de Déu de Martorell*

La Mutilació Genital Femenina (MGF) comprén tots els procediments que de forma intencionada i per motius no mèdics alteren i/o lesionen els òrgans genitals femenins.

La MGF és una pràctica tradicional de determinades comunitats i/o grups étnics d'un alt simbolisme que és transmesa de mares a filles i que es considera un ritual d'acceptació i pertinença a la comunitat d'origen; en moltes ocasions també és considerada un imprescindible per "mantenir la honorabilitat de la família" i poder assegurar el matrimoni.

En l'actualitat s'estima que 140 milions de dones han patit aquesta pràctica i que uns 30 milions de nenes es troben en risc de patir-la en els propers 10 anys.

La pràctica de la MGF es concentra majoritàriament al continent africà però a causa de les migracions aquesta pràctica ha deixat de ser un problema local per convertir-se en un problema global sent cada vegada més freqüent l'arribada de dones que han patit aquesta pràctica a les nostres maternitats.

Amb aquest treball es pretenen identificar els diferents tipus de mutilació genital femenina i com les seves peculiaritats poden condicionar la nostra tasca assistencial a l'àmbit hospitalari per poder obtenir els millors resultats obstètrics i perinatals possibles.

## **P24 - Consens i actualització de coneixements en Lactància Materna. Projecte de prova pilot.**

Laura Montero Pons<sup>1</sup>; Núria Sitjà Begué<sup>1</sup>; MPilar Blasco Zapater<sup>1</sup>; Cristina Canal Martínez<sup>1</sup>; Virginia Díez García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ICS. ASSIR SANTA COLOMA DE GRAMANET

### **Abstract:**

Moltes dones manifesten en la consulta la dificultat de fer front als seus problemes de lactància, donada la divergència de respostes que reben dels diferents professionals implicats: infermeres, pediatres, llevadores,...

Es planteja la realització d'una prova pilot multidisciplinària per consensuar els diferents temes relacionats amb l'assessorament en lactància materna. Dins l'àmbit de l'atenció primària.

### **Projecte:**

1. Creació d'un equip de treball constituït per membres de les diferents categories disciplinàries, juntament amb professionals experts en el camp de l'assessorament en lactància materna. Aquest equip serà l'encarregat d'implementar quatre sessions amb l'objectiu d'actualitzar i consensuar l'assessorament en lactància materna. Elaborarà un qüestionari per avaluar el nivell de coneixements previs a tots els professionals que realitzin les sessions.
2. Realització del qüestionari previ.
3. Sessions d'actualització de coneixements en lactància materna.
4. Realització de nou del qüestionari previ, per valorar l'efectivitat de les sessions.
5. Avaluació de la prova pilot per part de l'equip de treball.