

# XXIII Reunión de Ginecólogos y Obstetras de las Comarcas Catalanas

## Cribado bioquímico del segundo trimestre. ¿Precisa la población magrebí un factor de corrección específico?

Adrados C, Torrent S, Vila E, Florensa A, Bach C, Sabriá J

Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta

### Introducción

Al realizar el cribado bioquímico de la trisomía 21 en el segundo trimestre (CB2T) hemos observado que las gestantes magrebíes (GM) presentan unos niveles séricos de beta hCG libre (BhCG) superiores a los de las embarazadas autóctonas (GA) y que ello condiciona, en las GM, una tasa de falsos positivos (TFP) superior. El objetivo de este estudio es averiguar la causa de estas diferencias y, si es posible, establecer un factor correcto con el fin de disminuir la TFP en las GM.

### Material y método

Estudio retrospectivo en 15.694 gestaciones únicas de las que disponemos del resultado perinatal. El 10,1% son GM. El 15,7% de las gestantes tiene una edad igual o superior a 35 años. Globalmente el CB2T presenta una sensibilidad del 68% para una TFP del 11,8% mientras que ésta última individualizada para la etnia es del 11,9% en las GA y el 16,5% en las GM. Como el peso materno es una variable que influye directamente en los niveles de 3hCG, hemos calculado el peso medio ambas poblaciones siendo 60,4 Kg. En las GA y de 66 KG en las GM.

### Resultados

Aplicando la corrección de peso descrita por Neveux, a ambas poblaciones, obtenemos dos curvas de re-

gresión lineales casi paralelas pero con una intersección diferente y superior en las GM. La mediana de los múltiplos de la mediana (MoM), en las GA, al aplicar corrección por el peso es 1,00. En las GM la mediana de los MoM sin corrección por el peso es de 1,19 y con corrección para el mismo es de 1,26, siendo éste el factor de corrección que hay que aplicar para equipar ambas poblaciones. Al aplicar dicho factor la TFP de las GM desciende al 11,3 %<sup>o</sup>

### Conclusiones

La corrección habitual del peso materno descrita por Neveux y aplicada a las GM no es suficiente. Se precisa un factor de corrección de la BhCG específico para las GM o unas medianas calculadas para dicha población.

## Patología obstétrica de alto riesgo en la población inmigrante atendida en el Hospital General de Granollers

Álvarez Cañadas V, Álvarez V, Monclús M, Pereda A, Cano S, Ojeda F

Hospital General de Granollers

### Introducción

La inmigración es un fenómeno demográfico que actualmente está teniendo relevancia sociocultural y sanitaria, ya que este subgrupo de población representa un tanto por ciento destacado en nuestro medio.

En nuestro centro representa un 17% del total. A partir del análisis de diferentes aspectos de esta población tenemos que definir los requisitos o necesidades para poder establecer una política sanitaria adecuada.

Tabla 1.  
Patologías encontradas  
clasificadas en función  
de su procedencia  
geográfica

	VIH	Colestasis	Talasemi menor	Diabetes gestacional	Lues	Amenaza Parto por debajo del Pretérmino	BPBpeg (peso por debajo del Percentil 10)	Trombopénias	Preeclámpsia	Anemia severa
Magrebies	0	0	5(71%)	17(41%)	3(37'5%)	3(42'8%)	5(41'6%)	9(47%)	9(42'8%)	10(47'6%)
Subsaharianes	3(50%)	1(50%)	2(28%)	8(19%)	2(25%)	1(14'3%)	3(25%)	4(21%)	3(14'2%)	8(38'1%)
Latinoamericanos	2(33%)	1(50%)	0	14(34%)	3(37'5%)	2(28'5%)	1(8'3%)	4(21%)	8(38%)	3(14'2%)
Asiàtiques	1 (16%)	0	0	0	0	1(14'1%)	1(8'3%)	1(5'2%)	0	0
Occidental	0	0	0	2(4'8%)	0	0	2(16'6%)	1(5'2%)	1(4'7%)	0
<b>Total</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>41</b>	<b>8</b>	<b>7</b>	<b>12</b>	<b>19</b>	<b>21</b>	<b>21</b>

Tabla 2.  
Comparación entre la  
población catalana y la  
inmigrante por las  
patologías estudiadas

	Inmigrante	Autòctona	Total
VIH	6 (37'5%)	10(62'5%)	16 casos
Colèstasi	2(33'3%)	4(66'6%)	6 casos
Talasemia menor	7(58'3%)	5(41'6%)	12 casos
Diabetes gestacional	41(17%)	200(82'9%)	241 casos
Lues	88(80%)	22(20%)	110 casos
Amenaza partopretérmino	77(17'5%)	333(82'5%)	440 casos
Anèmia severa	221(56'7%)	116(43'2%)	337 casos
Cir	112(26'6%)	333(73'3%)	445 casos
Trombopènias	119(22'1%)	667(77'9%)	886 casos
Ehe	21(33'8%)	41(66'1%)	62 casos

## Métodos

Hemos recogido retrospectivamente el tipo de patología obstétrica y materna asociada más frecuente de las gestantes inmigrantes en nuestro centro desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2004, con seguimiento a la Unidad de Alto Riesgo.

Se ha estratificado la población inmigrante en cinco grandes grupos: "Magrebies (norte de África); Subsaharianas (centro y sur de África); Latinoamericanas (centro y Sudamérica); Asiáticas y Occidentales". En el grupo de las occidentales sólo he englobado las que pertenecen a los países del Este.

## Resultados

En la Tabla 1 se presentan las patologías encontradas clasificadas en función de su procedencia geográfica.

La Tabla 2 muestra la comparación entre la población catalana y la inmigrante por las patologías estudiadas.

## Conclusión

La talasemia menor, anemia severa y la Lues, son más frecuentes en la población inmigrante, el resto de patologías se presenta de manera muy parecida en los dos grupos, aunque muchos casos de inmigrantes se pueden perder porque no siguen ningún tipo de control reglado.

Respecto a la agrupación geográfica no encontramos diferencias significativas. A pesar de todo, es necesario referir el control difícil de las gestaciones en los grupos más importantes de magrebies y mujeres subsaharianas.

## Enfermedad hipertensiva del embarazo. Nuestra experiencia

Álvarez Torrecilla V, Moros S, Lleberia J, Nogueiras R, Costa J, Grimau M, Canet Y, Prat N  
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

## Objetivo

Determinar la morbimortalidad materno-fetal y vía de parto en las gestaciones complicadas con Preeclampsia Grave.

## Material y métodos

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de los casos de Preeclampsia Grave registrados en nuestro centro en el período de 1998-2001. Se mantuvieron los criterios ya establecidos de Preeclampsia Grave. Se analizaron frecuencias de variables epidemiológicas, semiológicas, terapéuticas y evolutivas.

## Resultados

n=37 entre 26,2 y 41,5 SG. Su edad media fue de 30,7 años, sólo el 24,3% eran *multíparas* de las cuales el 44,4% tenían algún antecedente de preeclampsia previa. Una de las gestantes era de *origen subsahariano*. El 75% no presentaron ningún *factor de riesgo*.

- Clínica de ingreso: 16,2 % cefalea, 2,7% fotopsias, 10,8% epigastralgia y el 56,7% edemas.
- Datos analíticos: Ácido Úrico de 6,46 mg/dl y plaquetas 186,786.  
El 16,2% recibieron *tratamiento* hipotensor oral durante el curso de la gestación. Todas las pacientes recibieron intraparto hidralacina ev y el 91,9% SO3Mg. El 91,9% de las gestantes requirieron seguir con tratamiento hipotensor durante el ingreso postparto. La vía de parto fue en el 62,2% cesárea. El 73% de ellas requirieron ingreso en la unidad de *semicríticos*. En 2 casos apareció un Sd HELLP, y hubo 1 caso eclampsia.
- Resultados perinatales: El 63% eran gestaciones pretérmino, de ellas el 54% eran inferiores a 34 SA. ph AU < 7,10 el 10,8% y entre 7,10 y 7,20 el 27%. Sólo un neonato presentó un apgar inferior a 7 a los 5'. El 27% de los neonatos fueron RCIU, siendo el 73% de los recién nacidos ingresados en el servicio de neonatología de nuestro hospital.  
*La media de TA* al alta fue de 136 mmHg TAS y de 84 mmHg TAD.

## Comentarios

1. La mayoría de pacientes con preeclampsia grave no presentaban factores de riesgo y debutaron con algún síntoma clínico.
2. La vía de parto fue cesárea en un 62% de los casos y una cuarta parte de los RN eran retrasos de crecimiento.
3. Las pacientes fueron dadas de alta con tensiones arteriales normales aunque precisaron medicación hipotensora domiciliaria.

## Características obstétricas de la población inmigrante en el Hospital Joan XXIII

Aznar García I, Inglès M, Albaigés G, Miralles RM  
Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

### Introducción

En Cataluña el número de gestantes inmigrantes muestra una tendencia creciente. Por tanto, es importante conocer las características obstétricas de la población inmigrante en comparación a la población europea para poder planificar y mejorar el control gestacional y la asistencia al parto de estas pacientes.

### Material y métodos

Se realiza un estudio retrospectivo de un total de 4.963 partos donde 613 pertenecen a inmigración.

La información se obtuvo de la base de datos del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona de los años 2002, 2003 y 2004.

De las gestantes inmigrantes se han estudiado diferentes variables comparándolas a las gestantes europeas.

### Resultados

- La comparación del control gestacional en las dos poblaciones muestra diferencias estadísticamente significativas, observándose en la población inmigrante un 5,2% de gestaciones no controladas respecto un 1% de las gestaciones en población europea.
- Respecto a gestaciones de alto riesgo (riesgo 2 y 3) las dos poblaciones en estudio muestran datos similares (39,2% en inmigrantes respecto a un 39,9 % en europeas).
- La infección por *S. Agalactiae* es más frecuente en las gestantes inmigrantes que en las europeas, mostrando diferencias significativas (inmig-

rantes: 11,1%; europeas: 10,1%); existiendo también grandes diferencias entre la tasa de cultivos no realizados, siendo en europeas de 1,8% versus un 4,1% en inmigrantes, posiblemente por el mayor número de gestaciones no controladas que presenta la población inmigrante.

- El tipo de parto en las dos poblaciones no muestra diferencias respecto el número de partos vaginales y cesáreas como tampoco se encuentran diferencias importantes en los tipos de partos vaginales (eutócicos versus partos instrumentados)
- La tasa de prematuridad en las gestantes inmigrantes no muestra diferencias importantes respecto a las gestantes europeas (inmigrantes: 12,7%; europeas: 11,6%), aunque los antecedentes de prematuridad en inmigrantes sí que muestran diferencias estadísticamente significativas respecto a las europeas, siendo en inmigrantes de 4,4% respecto a un 2,3 % en europeas.
- En la comparación entre el peso de los bebés de las dos poblaciones se han podido observar diferencias significativas, obteniendo un resultado de un mayor peso en los bebés inmigrantes en todas las SG, a excepción de los prematuros extremos donde los bebés de las inmigrantes presentan un peso menor respecto a los bebés de las gestantes europeas.

### Conclusiones

En este estudio se ha realizado la comparación de las características obstétricas más importantes de la población inmigrante respecto a la europea, obteniendo diferencias importantes en la tasa de gestaciones no controladas, la infección por *S. Agalactiae* y el peso de los bebés. El resto de características, como gestaciones de alto riesgo, prematuridad, tipo de parto... no muestran diferencias estadísticamente significativas.

### Embolización de miomas uterinos. Resultados de nuestra experiencia

Cabañuz P, Costa J, Cos A, Nogueiras R, López-Muñiz A, Costa L, Falcó J, Prat N  
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.

#### Introducción

La embolización de miomas uterinos es un procedimiento indicado para el tratamiento de miomas

sintomáticos. Produce isquemia y necrosis de los miomas reduciendo su volumen y la desaparición de los síntomas. Se trata de una técnica mínimamente invasiva, con escasas complicaciones. Con este trabajo pretendemos evaluar la eficacia del tratamiento en el Hospital de Sabadell analizando la mejoría clínica y analítica y la disminución del volumen del mioma, así como la seguridad del tratamiento mediante análisis de las complicaciones surgidas.

### Material y métodos

Se trata de un estudio retrospectivo de una serie de 29 casos realizados durante el periodo comprendido entre diciembre del 2002 y enero de 2005. Se excluyeron las pacientes que no tenían cubierto su deseo genésico. Se creó una base de datos específica en Access y el análisis estadístico se ha realizado mediante SPSS.

### Resultados

La edad media de las pacientes es de 43 años con un rango comprendido entre los 33 y 49 años. La clínica dominante era de menorragia (76%), dolor abdominal (10%), y patología urinaria (14%). Presentaban un único mioma dominante el 57% tratándose de úteros polimiomatosos en el 43%. El mioma dominante era intramural en el 93%. Tras realizarse la embolización, la duración media del ingreso fue de 1,4 días y hubo un reingreso por dolor. 12 pacientes (41%) presentaron complicaciones, todas leves, siendo la más frecuente el dolor intenso en 8 casos (27%), 3 casos de síndrome postembolización (10%) y menos frecuente el hematoma en el punto de punción, amenorrea postembolización, expulsión vaginal del mioma y necrosis de labios menores. A los 6 meses 23 pacientes (96%) se encuentran asintomáticas o con clara mejoría de su sintomatología y solamente una (4%) decide realizarse una histerectomía. La reducción del volumen de los miomas es de 52% de media a los 6 meses. De las 12 pacientes que llevan un año de seguimiento el 100% están asintomáticas o han experimentado una mejoría importante, siendo la reducción del volumen de los miomas de un 69% de media (intervalo de 16 a 92%). Cuatro pacientes han alcanzado el control de los 2 años y han sido dadas de alta, manifestándose todas satisfechas.

### Comentarios

La embolización, en nuestra casuística, se ha demostrado como una técnica eficaz y segura con com-

plicaciones muy escasas. Por lo tanto, creemos que constituye una buena alternativa a la cirugía en el tratamiento de los miomas uterinos sintomáticos.

## Población inmigrante del Vallés Oriental que realiza el parto en el Hospital General de Granollers. Detección de poblaciones de riesgo

Cano S, Monclus M, Alvarez V, Pereda A, Ojeda F  
Fundación Hospital Asilo de Granollers

### Introducción

Describir la población inmigrante gestante del Vallés Oriental que tuvo el parto en el Hospital General de Granollers entre 2003-2004 y detectar las características que podrían determinar grupos de riesgo específicos.

### Material y método

Durante el período 2003-2004 han sido asistidas por porta un total de 749 pacientes inmigrantes (329 magrebíes, 143 del Centro de África, 187 de América Latina, 48 de Europa del Este, 25 asiáticas y 19 europeas y norteamericanas).

Se realizó un estudio descriptivo en la población inmigrante en general, analizando los siguientes parámetros: el año del parto, la procedencia de las gestantes, la edad de las pacientes, el control de la gestación y la paridad. En segundo lugar, se estratificó la muestra según el origen de las gestantes y se analizaron los mismos parámetros para ver si se encontraban diferencias por la procedencia de las pacientes.

### Resultados

Durante el período 2003-2004 hubieron 4.255 partos, de los cuales 749 eran pacientes inmigrantes, lo que representa un 17,6% del total de los partos.

En la Tabla 1 se expusieron los resultados de los principales parámetros analizados, teniendo en cuenta la muestra en general y la muestra estratificada según la procedencia de las gestantes.

### Conclusiones

El origen más frecuente de los partos de inmigrantes es magrebí (43,9%).

El mal control de la gestación se detecta casi en el 12% de la población de origen centroafricana.

Estas dos poblaciones serían las tributarias de políticas sanitarias específicas.

## Evolución de la inmigración en un hospital comarcal

Carratalà P, Cusine L, González N, Prades A, Pla F, Rubio M, Colomé N  
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta. Tortosa

### Introducción

Es un hecho, por todos conocidos, que la inmigración ha sido el fenómeno social más importante en los últimos años.

Por este motivo, hemos decidido iniciar un estudio comparativo entre las dos poblaciones; la autóctona y la inmigrante.

Origen	Nº pacientes 2003-2004	Edad media paridad (años)	Mal control gestación	Edad media nuliparidad (años)
Inmigrantes	749	27,15	6,27	24,79
Magrebies	329 (43,9%)	27,59	8,81	24,72
Centro de África	143 (19,09%)	26,27	11,9	22,72
América Latina	187 (24,98 %)	26,74	6,95	25
Europa del Este	46 (6,14%)	27,04	6,52	25,5
Asiaticos	26 (3,33%)	27,62	8	26,76
Europeos y Norte americanos	19 (2,13)	30,16	-	28,58

Tabla 1.  
Principales parámetros que se han analizado en el estudio

### **Material y método**

Hemos revisado la evolución del número de inmigrantes en nuestro centro en los últimos 4 años.

En el último año hemos analizado el tipo de parto, el número de fetos < de 2.500 g y los macrosomas; así como la media de edad entre los dos.

Dentro de los mismos inmigrantes hemos revisado la vía de finalización del parto entre las diferentes etnias.

### **Resultados**

- En el año 2001, de un total de 965 partos, 12,02 inmigrantes, 89,98 nacionales. La incidencia fue: Países del Este 3,3%, Magreb 5,70, Sud América 2,69, Países Orientales 0,31%.
- En el año 2002, de un total de 967 partos: 14,3% inmigrantes, 85% nacionales. La incidencia fue: Países del Este 5,89%, Magreb 4,76%, Sud América 3,41%, Países Orientales 0,31%.
- En el año 2003, de un total de 1.013 partos: 20,13% inmigrantes, 79,87% nacionales. La incidencia fue: Países del Este 8,19%, Magreb 7,11, Sud América 4,34%, Países Orientales 0,49% Sudamérica.
- En el año 2004, de un total de 1.083 partos: 22% inmigrantes, 78% nacionales. La incidencia fue: Países del Este 8,40%, Magreb 8,31%, Sud América 4,24%, Países Orientales 0,96%.

En la vía de finalización del parto no se observaron diferencias entre las inmigrantes y las gestantes autóctonas; 20% de cesáreas en las inmigrantes frente al 22% en el otro grupo. La media de edad en el momento del parto fue inferior en las inmigrantes 27 años frente 30 años.

Se observa más incidencia de fetos macrosomas en la población inmigrante 10%, frente las no inmigrantes 6%.

### **Conclusiones**

En el período analizado existe un aumento progresivo de la natalidad, debido a un aumento de la inmigración.

La incidencia de inmigrantes de los Países del Este ha ido en aumento en los últimos años, frente a las gestantes del Magreb que se han mantenido estables.

En la vía de finalización del parto no se ven diferencias entre los dos grupos.

## **¿Ha modificado los resultados perinatológicos el incremento de la inmigración?**

**Castañer MA, Cavallé BP, Cubo M, Guri L, Cavallé VP**

Hospital Universitario San Joan de Reus

### **Introducción**

En los últimos años se ha producido un aumento significativo de la inmigración y como consecuencia en el número de embarazos. Queremos valorar la incidencia que este grupo de gestantes tiene en los resultados obstétricos y perinatológicos.

### **Material y métodos**

Análisis retrospectivo observacional de los datos obstétricos y perinatológicos recogidos en la base de datos del HUSJR durante el año 2004 diferenciándolas por etnias. Los aspectos valorados han sido: inicio y vía de parto, paridad, cesárea anterior, nivel de riesgo, ingresos anteriores, serologías maternas (VRDL, VIH, Hep. B), streptococ Bhemolítico, muerte y malformación fetal, Apgar a los 5 min. y tipo de lactancia.

### **Resultados**

El inicio espontáneo de parto es mayor entre las magrebíes (M) (88,4%) que en los caucásicos (C) (80,8%) o sudamericanas (SA) (73,3%). Los partos vaginales suponen un 87,9% entre M vs. C y SA entre los que la proporción es inferior (83,1 y 73,3%), esto no es debido a una menor incidencia de nuliparidad que es parecida entre etnias, destacando entre los M un mayor número de grandes múltiparas (>= 4 hijos).

Si observamos el número de ingresos durante el embarazo y el nivel de riesgo, estos son más elevados, entre M que entre C o SA.

Los resultados perinatológicos en cuanto a muerte fetal y Apgar a los 5 minutos son ligeramente mejores para el colectivo M vs. el C o SA.

Finalmente destacar la prevalencia superior de lactancia materna entre los M (95,7%) vs. C (80,2%).

## Comentarios

El incremento de la inmigración no parece haber influido en nuestros resultados perinatológicos.

## Guía de conducta obstétrica ante una hemorragia postparto

Cubo M, Guri L, Castañer MA, Gavalda T, Cavallé BP, Cavallé VP

Servicio de obstetricia y ginecología.  
Hospital Universitario Sant Joan de Reus

### Introducción

Se entiende como hemorragia postparto aquella en que supera los 500cc en un parto vaginal o los 1000cc en una cesárea, o si el hematocrito desciende un 10% del inicial. La hemorragia precoz es aquella que ocurre en las primeras 24 horas postparto. La importancia de esta patología por su repercusión clínica sobre las pacientes y por la rapidez de actuación que, del obstetra, es requerida, es lo que nos ha impulsado a diseñar una guía de manejo médico-quirúrgico de la hemorragia postparto.

### Objetivo

Diseñar una secuencia preventiva, diagnóstica y terapéutica que sirva de guía de manejo médico-quirúrgico ante la hemorragia postparto.

### Material y métodos

Revisión bibliográfica de la hemorragia postparto y revisión de los casos clínicos quirúrgicos de nuestro hospital desde el uno de enero de 2003 hasta el treinta y uno de diciembre de 2004.

### Resultados

La guía de actuación debe ir encaminada a prevenir y buscar la etiología de la hemorragia y manejarla precozmente. Las causas de atonía uterina pueden dividirse en: alteraciones de la contracción miometrial, retención de productos de la concepción, traumatismos del canal del parto y alteraciones de la coagulación. Por lo tanto, las pacientes que deben poner en alerta al equipo obstétrico son aquellas que tienen riesgo de presentarlas. La bibliografía revisada, aconseja, como medidas preventivas, la administración rutinaria profiláctica de

oxitocina tras la salida del primer hombro fetal durante el expulsivo, la interrupción precoz de la circulación del cordón umbilical, el alumbramiento espontáneo o con tracción controlada por palpación uterina y la revisión sistemática de la placenta. Es importante el reconocimiento precoz de la hemorragia postparto. Los pasos a seguir ante una hemorragia postparto son:

1. estabilización hemodinámica de la paciente, monitorizando los signos vitales y administración de oxígeno, la extracción de un hemograma, pruebas de coagulación, PDF y D-Dímero, pruebas cruzadas y reserva de sangre. Al mismo tiempo, se procede a la revisión el canal del parto, a la exploración de la tonicidad uterina y se descartan los antecedentes patológicos de coagulopatía que puedan existir.
2. Valorar etiología uterina. Administración de fármacos uterotónicos (oxitocina, Methylergonovina, Carbaprost) junto con el masaje uterino y el legrado evacuador si precisa. Reducción del útero si está invertido.
3. Compresión manual y taponamiento uterino y perfundir sueros cristaloides para mantener la tensión arterial, sangre y derivados para mantener la estabilidad hemodinámica y el equilibrio del sistema de la coagulación.
4. Cirugía abdominal: Descartar laceraciones uterinas, sutura de Lynch, ligadura de arterias Uterinas, Hipogástricas o histerectomía si continúa el sangrado.
5. El sangrado posthisterectomía debe manejarse con compresión del lecho sangrante a la vez que se intenta controlar hemodinámicamente a la paciente y estabilizar la coagulación. Se ha descrito, en última instancia, dejar un pack de gasas en la pelvis y retirarlas a las 24 horas, en una intervención posterior. El manejo de esta patología debe ser multidisciplinario.

Durante los años 2003-2004, se han practicado, en nuestro hospital, once tratamientos quirúrgicos de la atonía uterina por fracaso del tratamiento médico conservador de la hemorragia: tres histerectomías, una histerectomía más ligadura de las arterias Hipogástricas, una ligadura de las arterias Hipogástricas sin histerectomía y seis hemorragias que se controlaron con legrado evacuador. El 68% de ellas eran primíparas y el 18% eran gestaciones gemelares.

### Comentarios

La gravedad de esta complicación obstétrica y la rapidez de actuación que exige su manejo, convier-

ten en imprescindible el tener protocolizada y aprendida una guía de conducta obstétrica de la hemorragia postparto.

## Malaria y gestación

**García E, Cos A, Grimau M, Robot L, Font B, Prat N**  
Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

El incremento de la inmigración en nuestro país supone un aumento de las enfermedades infecciosas de importación. El enfoque diagnóstico ha de contemplar esta posibilidad, especialmente en aquellos casos procedentes de áreas endémicas de determinados procesos infecto-contagiosos.

En nuestro servicio se han detectado tres casos de mujeres gestantes con malaria. Dos de ellos fueron tratados previamente al parto y uno se detectó a posteriori. Una de las pacientes presentaba una infección por *P. Vivax* y recibió tratamiento con Resochin® a razón de dos comprimidos semanales. Las otras dos sufrieron una infección por *P. Falciparum* y recibieron un tratamiento combinado de quinina y clindamicina. En dos de estos tres casos el parto se produjo de forma prematura y en uno de ellos, con afectación placentaria demostrada, hubo además un retraso en el crecimiento uterino.

La malaria es una enfermedad parasitaria que puede provocar complicaciones durante el embarazo, tanto por parte de la madre como por el feto: fiebre, anemia, hipoglucemia, aborto, RCIU, bajo peso al nacer, parto prematuro, muerte fetal... por lo cual es importante la prevención, la detección precoz y el tratamiento eficaz.

## Evolución de los partos de inmigrantes en el Hospital Joan XXIII. Período 2001-2004

**Inglès M, Aznar García I, Albaigés G, Miralles RM**  
Hospital Universitario Joan XXIII de Tarragona

### Introducción

La población inmigrante de Cataluña ha ido aumentando rápidamente en los últimos años, pasando a ser de un 1,3% en 1993 a un 5,7% en 2003<sup>1</sup>. Se trata de un colectivo joven, ya que un 53% tienen entre 16 y 34 años y por tanto son potencialmente población obstétrica.

El objetivo del estudio es evaluar qué características y qué influencia puede tener la inmigración en nuestro ámbito, en concreto, en el Hospital Joan XXIII de Tarragona.

### Material y métodos

Se trata de un estudio descriptivo, longitudinal y retrospectivo, sobre una muestra de 6.335 pacientes.

Los datos para realizar el estudio provienen del registro informatizado de partos del hospital Joan XXIII de Tarragona entre los años 2001- 04.

Para el análisis de resultados se han utilizado los programas Excel y SPSS para Windows.

### Resultados

- En el hospital Joan XXIII el porcentaje de partos de inmigrantes representa un 11,2% de media. De éstos, un 42,6% provienen de los países del Magreb, 22,6% de Latinoamérica, 19% de países de la Europa del Este, 8,1% subsaharianos y 7,3% de otros países, básicamente la China.
- En el período estudiado se ha producido un aumento del 31,9% en el número de partos, a expensas mayoritariamente de la inmigración, con un aumento del 211% respecto un 18% de los europeos.
- En general, en el período 2001-04, los partos han aumentado en todos los grupos, menos alguna excepción, sobre todo en los latinoamericanos, subsaharianos y otros países (principalmente chinos).
- La pirámide de edad de las gestantes inmigrantes está claramente desplazada a la izquierda respecto a las europeas, lo que significa que se trata de una población más joven.
- Aunque es una población más joven, el número de gestaciones es considerablemente más elevado, es decir, tienen hijos más precozmente.

### Conclusiones

En el hospital Joan XXIII el número de partos de mujeres inmigrantes se ha multiplicado por tres en los últimos 3 años. Por otro lado, se trata de una población joven y por tanto con posibilidades de tener más hijos y hacer que se incremente la cifra total de partos.

<sup>1</sup>Font: Institut Català d'estadística. IDESCAT

## Cribado bioquímico II trimestre como predictor de resultados perinatales

Lleberia J, Costa J, Grau C, Cabañuz P, Regueiro P, Prat N  
Hospital Parc Taulí. Sabadell

### Objetivo

Evaluar los resultados de  $\beta$ -HCG y alfafetoproteína (AFP) y las combinaciones de éste como predictores de los resultados perinatales.

### Material y método

Recogida de datos de aquellas gestantes que tuvieron su parto en nuestro centro desde el 1 de febrero de 2002 hasta el 31 de enero de 2003, descartando aquellas que presentaban defectos de tubo neural o cromosopatías. Se consideraron como variables los valores de  $\beta$ -HCG y alfafetoproteína siendo anómalos si eran inferiores a 0.5 MoM o superiores a 2 MoM. Como resultados perinatales se tuvieron en cuenta: estados hipertensivos del embarazo (EHE), oligoamnios, DPPNI y RCIU. Se procesaron los datos con SPSS obteniendo  $\chi^2$ -cuadrados considerándose diferencias significativas si  $p < 0.05$ .

### Resultados

Se obtuvieron datos de 2.150 gestaciones únicas, de ellas, 1.721 (80%) habían realizado TS. El 3.2% tenían AFP inferior a 0,5, 2,4% AFP superior a 2, 15,1% tenían  $\beta$ -HCG inferior a 0,5 y 11,6% superior a 2 (Tabla 1).

### Conclusiones

La alteración del TS sin defectos de tubo neural ni cromosopatías, en forma de elevación de AFP o disminución de  $\beta$ -HCG, se asocia a crecimiento intrauterino retrasado. No hemos observado un aumento de la

incidencia de EHE, oligoamnios o DPPNI en nuestra serie, posiblemente debida al tamaño muestral.

## Tuberculosis diseminada como causa de aborto en el 2º trimestre. A propósito de un caso

Martínez Ayerza A, Morales M, De Peray M, Boubnane A, Zabarel MC, Fulquet J  
Hospital Sant Jaume. Olot

Primigesta de 25 años de edad, natural de China. Vive en Olot hace unos 3 años, pero los últimos meses los ha pasado en su país de origen, de donde acaba de llegar embarazada.

- *Antecedentes personales*: Sin interés. Comunicación muy difícil debido al problema idiomático.
- *Historia actual*: Ingresa el 14/8/04 por dolor abdominal hipogástrico, cólico, de varios días de evolución, acompañado de febrícula y sangrado vaginal escaso.
- *Ecografía vaginal*: gestación evolutiva de 12-13 semanas y discreta cantidad de líquido libre en Douglas y FID. No patología anexial.
- *Análítica*: anemia leve y PCR positiva. No hay leucocitosis.
- *Urinocultivo*: positivo para E. Coli.
- *Diagnóstico inicial*: Amenaza de aborto, infección del tracto urinario y posible corioamnionitis.
- *Tratamiento*: Antibiótico oral, hierro oral, y reposo.
- *Evolución*: Afebril, sin cambios analíticos ni ecográficos. Persiste el dolor hipogástrico moderado y el sangrado vaginal leve. La paciente es dada de alta el 28/8/04 recomendándose continuar tratamiento domiciliario con reposo, antibiótico y hierro vía oral.

Reingresa el mismo día por incremento del dolor y del sangrado, sin fiebre ni cambios en las pruebas complementarias. A las 36 horas del reingreso se produce aborto espontáneo (15 semanas) con expulsión del feto y anejos ovulares íntegros. Estudio A.P. compatible con corioamnionitis y feto sin malformaciones. Es dada de alta tras mejora de la sintomatología. Serologías: no se evidencia infección aguda del grupo TORCH. VIH y RPR (-). Un mes después, 3/9/04 vuelve a ingresar por dolor abdominal difuso, mas intenso en hipocondrio derecho, fiebre de 38.6°C y vómitos de varios días de evolución. Análítica: normal, sin leucocitosis y con PCR negativa. Explora-

	EHE	Oligoamnios	DPPNI	peso < 2500	<p10	<p3
Global	3,3%	4%	0,7%	6,6%	4,9%	1,2%
AFP<0.5	2%	1,8%	0%	3,6%	1,8%	1,8%
AFP>2	2,4%	2,4%	0%	<b>14,6%</b>	9,8%	<b>7,3%</b>
$\beta$ -HCG<0.5	3,5%	3,8%	0,8%	5,4%	<b>7,7%</b>	1,2%
$\beta$ -HCG>2	3%	5%	0,7%	6%	2,5%	1%

Tabla 1

ción ginecológica: leucorrea de aspecto purulento, abundante y útero blando, doloroso a la palpación. Ecografía vaginal: imagen compatible con edema miometrial y líquido libre en Douglas.

Ante la sospecha de pelviperitonitis de posible origen ginecológico se decide realizar laparoscopia exploradora con los siguientes hallazgos: lesiones peritoneales "en grano de arroz" sugerentes de peritonitis granulomatosa crónica; adherencias perihepáticas (síndrome de Fitz-Hugh-Curtis); líquido libre en Douglas en cantidad moderada, seroso amarillento; adherencias intestinales firmes, intensa afectación inflamatoria del aparato genital interno, sobre todo a nivel tubárico derecho.

Los cultivos del líquido libre fueron negativos, y la citología del líquido negativa para malignidad, observándose una inflamación crónica de predominio linfocitario. La biopsia de endometrio y de peritoneo mostraba inflamación granulomatosa de proceso tuberculoso.

A las 24 horas post-laparoscopia, la paciente comienza con agitación, cambio del comportamiento y rigidez de nuca, sin focalidad neurológica. TAC craneal: hidrocefalia incipiente. En el cultivo del LCR se aísla *Mycobacterium tuberculosis complex*.

El diagnóstico final es de *tuberculosis diseminada con afección peritoneal y meningoencefálica*.

Inicia tratamiento con cuatro fármacos antituberculosos y corticoides, con desaparición progresiva de la fiebre y la clínica neurológica, así como mejoría del estado general.

Es dada de alta el 26/11/04, debiendo continuar el tratamiento por un año.

### Conclusiones

La peritonitis tuberculosa es una entidad poco frecuente en nuestro país, y se manifiesta con sintomatología inespecífica, por lo que su diagnóstico diferencial con otros procesos abdominales puede ser difícil. Tenemos que pensar en otras posibilidades diagnósticas poco frecuentes en nuestro medio, cuando tratamos con pacientes procedentes de otros países, donde este tipo de enfermedades tienen mayor prevalencia.

Debemos reflexionar acerca del uso apropiado de la laparoscopia exploratoria ante casos de dolor abdominal no filiado y de curso atípico. En nuestro caso la difícil comunicación con la paciente supuso un problema añadido al diagnóstico correcto de su patología.

## Población inmigrante gestante del Baix Llobregat: evolución del parto y postparto. Resultados perinatales

Martínez Franco E, Porta de la Riva N, Rodríguez Morante D, Salvador C, Boguñà J, Cabré S, Borràs M, Lailla JM  
Obstetricia i Ginecologia Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona

### Introducción

Consideramos nuestra población como representativa del Baix Llobregat. Esta comarca cuenta con aproximadamente 700.000 habitantes, de los cuales un 4% son inmigrantes.

### Objetivo

Conocer desde el punto de vista obstétrico la población inmigrante de nuestro ámbito con la finalidad de poder tomar medidas correctoras si fuera necesario en el control gestacional y el proceso del parto de las mismas.

### Material y método

De los 3.634 partos (de enero hasta noviembre de 2004) incluidos en el estudio, un 12,9% son de mujeres inmigrantes. Se trata de un estudio descriptivo para valorar la evolución del parto, el puerperio y los resultados perinatales. Las variables estudiadas engloban las áreas geográficas de origen, la edad materna al parto, las semanas de gestación al parto, el tipo de parto, los pesos al nacer y los resultados perinatales.

### Resultados

Se ha clasificado la población del estudio según la procedencia; de un total de 472 pacientes los dos grupos más mayoritarios son las pacientes de Marruecos, un 28,8% como grupo aislado y las pacientes Sudamericanas sin especificar país de origen que forman un 45% del total.

La edad materna al parto es de 28,06 años (6DS).

La edad gestacional media al parto es de 38,5 semanas (26-42s) con un índice de prematuridad de 7,7 % entre 33 y 36 semanas y 2,6% entre 26 y 32 semanas

El parto se inicia de forma espontánea en un 76,05%, de forma inducida en un 12,9% y se realizan 7,4% de cesáreas electivas, de las cuales un 37,1% fueron por cesárea iterativa.

El tipo de parto fue eutócico en un 53,2% de las mujeres, instrumentado en un 21,2% y cesárea en un 25,3%.

De las 45 pacientes con antecedentes de cesárea anterior que iniciaron trabajo de parto, el 46,6% pudo finalizar el parto por vía vaginal.

Referente a los resultados neonatales, el peso medio al nacer es de 3307,7 gr (1185-4790 gr) sin encontrar importantes variaciones según el país de origen.

Requirieron ingreso en la Unidad de Neonatología un 1% de los bebés: 21 por prematuridad, 4 por malformación, 2 por bajo peso y 11 por otras causas.

Como era de esperar la lactancia materna fue prácticamente mayoritaria en la población de estudio, 92,3%. Factores culturales y económicos juegan un papel importante en esta decisión.

Como complicaciones puerperales destacar 27,5% de transfusiones por anemia grave post parto, posiblemente más graves por la anemia que algunas de ellas presentaban ya durante el embarazo.

## Conclusiones

En los últimos años estamos viviendo un cambio espectacular en nuestra población obstétrica. Creemos que es nuestro deber estudiar las características diferenciales de esta población con la finalidad de poder detectar posibles patologías importadas o factores de riesgo diferentes que debamos tener en cuenta en la práctica médica diaria.

El índice de prematuridad se parece a la de la población autóctona.

En general la incidencia de cesáreas es superior en la población inmigrante, a expensas de las cesáreas iterativas. Este incremento está muy manifiesto en el grupo geográfico de Sur y Centroamérica.

Los resultados neonatales en madres inmigrantes son parecidos a los estándares.

Se observa una alta incidencia de anemia puerperal probablemente empeorada por la anemia en el curso de la gestación de estas mujeres.

## Partos de inmigrantes en el Hospital General de Granollers y gestación

**Monclús M, Pereda A, Álvarez V, Cano S, Ojeda F**  
Servei de Ginecologia i Obstetrícia. Hospital General de Granollers (HGG)

### Introducción y objetivo

El estudio de la población inmigrante nos ayudará a identificar las diferencias y necesidades respecto a la población autóctona para adecuar y proporcionar un buen control sanitario.

Es por este motivo que se describen diferentes aspectos de la población inmigrante (tipo de parto, edad materna, país de origen y patología materna asociada al embarazo) en relación a la edad gestacional atendida en nuestro centro.

### Pacientes y método

Se estudia de forma descriptiva la población inmigrante asistida en el HGG en el período desde enero de 2003 hasta diciembre de 2004, en relación a la edad gestacional, fraccionada en *grandes prematuros* (<34), *prematuro leve* (34-<37), *gestaciones a término* (37-41 5/7) y *gestaciones cronológicamente prolongadas (GCP)* (>41 6/7) (fecha límite para inducción en nuestro centro).

Se estudian los siguientes parámetros: tipo de parto, motivo de la cesárea, región geográfica de origen, edad materna y patología materna asociada.

El total de pacientes inmigrantes atendidos en este período fue de 749, que sobre el total de 4.255 partos representa un 17,6%.

### Resultados y discusión

En gestaciones a término y no en prematuridad leve, el índice de cesáreas se sitúa alrededor del 20%, aumentando en edades gestacionales extremas: hasta un 50% en grandes prematuros y en GCP a un 28 % (Tabla 1).

Este incremento en el porcentaje de cesáreas, de acuerdo con la tabla de evaluación de la indicación de la cesárea según la amenorrea, se podría explicar en el caso de las GCP por el incremento de desproporciones pélvico-fetales y en el caso de grandes prematuros por la patología obstétrica emergente asociada que requiere una extracción fetal inmediata independientemente de la edad gestacional (Tabla 2).

Tabla 1.  
Tipo de parto en función  
de la edad gestacional,  
expresado en %

Tipo de parto	Edad gestacional			
	<34	>34 - <36 <sup>6/7</sup>	>37 - <41 <sup>5/7</sup>	>41 <sup>6/7</sup>
Cesárea (*)	50%	24,14%	20,15%	28%
Eutócico	35%	58,62%	62,07%	56%
Espátulas	15%	17,24%	9,04%	4%
Fórceps	-	-	8,74%	12%
<b>Total partos por edad gestacional</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>675</b>	<b>25</b>

\*Ver Tabla 2

Tabla 2.  
Motivo de indicación  
de cesárea según  
amenorrea,  
expresado en números  
absolutos

Motivo cesárea	Edad gestacional			
	<34	>34 - <36 <sup>6/7</sup>	>37 - <41 <sup>5/7</sup>	>41 <sup>6/7</sup>
DPPNI	2	1	1	0
Prolapso Cordón	1	0	1	0
SPBF	1	3	32	0
Metrorragia 3r trimestre	1	1	2	0
RPM + Gemelar (1r en podálica)	4	0	2	0
Trabajo de parto + presentación anómala	1	1	16	0
DPF	0	0	27	5
Parto estacionado	0	1	32	2
> 2 cesáreas anteriores	0	0	16	0
Preclampsia grave	0	0	3	0
VIH +	0	0	4	0
<b>Total cesárea</b>	<b>10</b>	<b>7</b>	<b>136</b>	<b>7</b>

Tabla 3.  
Patología materna  
asociada en relación con  
la edad gestacional

Patología asociada	Edad gestacional			
	<34	>34 - <36 <sup>6/7</sup>	>37 - <41 <sup>5/7</sup>	>41 <sup>6/7</sup>
APP	10	6	3	0
Endocrinopatía (diabetes)	1	0	27	0
EHE	0	2	10	0
RCIU	0	2	19	0
Colastasi3n	0	0	2	0
VIH +	0	0	4	0
Alteraciones Hemograma (Anemia severa o trombopenia)	0	0	47	0
Gestaci3n de gemelos	4	0	5	0
Patología infecciosa (Toxo, lues, varicela)	1	1	5	0
RPM	2	5	8	0
Muerte fetal antes del parto	2	0	0	0
Sin antecedentes destacados	0	13	545	25
<b>Total partos</b>	<b>20</b>	<b>29</b>	<b>675</b>	<b>25</b>

Tabla 4.  
Relaci3n entre Zona de  
origen y edad gestacional

Zona de origen	Edad gestacional				Poblaci3n total por zona de origen
	<34	>34 - <36 <sup>6/7</sup>	>37 - <41 <sup>5/7</sup>	>41 <sup>6/7</sup>	
Magreb3s	2,42%	3,64%	90,91%	3,03%	330
Am3rica Llatina	2,66%	2,13%	92,02%	3,19%	188
África Subsahariana	2,11%	7,04%	87,32%	3,52%	142
Europa del Este (*)	4,55%	4,55%	86,36%	4,55%	44
Asia (*)	7,69%	3,85%	84,62%	3,85%	26
Europa Oc. y EEUU (*)	0%	0%	94,74%	5,26%	19

\*Valores desestimados por muestra reducida

Se observa que la población subsahariana presenta un porcentaje más elevado de prematuridad leve respecto a las otras zonas de origen, por lo que se considera un grupo poblacional candidato a posibles estrategias de control y seguimiento específico (Tabla 3).

En los partos prematuros (<37) la patología más frecuentemente asociada es la gestación de gemelos, la ruptura prematura de membranas y las amenazas de parto pretérmino reales. Las gestaciones a término engloban gran variedad de patologías, en muchos casos responsable de la inducción del parto. En las gestaciones alargadas prácticamente no encontramos patología materna asociada, debido a que frente a la presencia de esta se realizan inducciones a término (Tabla 4).

## Malformaciones fetales detectadas ecográficamente en inmigrantes

Pereda AM, Cano S, Monclús M, Alvarez V, Palau J, Ojeda F  
Hospital General Granollers

### Introducción

El incremento de la población inmigrante es una de las causas del aumento de la natalidad en nuestro país. La atención de la gestante inmigrante plantea retos idiomáticos y culturales que podemos interferir en la aplicación de los protocolos estandarizados para el seguimiento del embarazo.

### Objetivo

Verificar si el control ecográfico para el diagnóstico prenatal de malformaciones fetales es igual-

mente eficaz en la población de gestantes inmigrantes.

### Material y método

Hemos estudiado retrospectivamente desde el 1 de enero de 2002 hasta el 30 de septiembre de 2004, las ecografías practicadas con diagnóstico prenatal de malformaciones fetales e interrupciones legales del embarazo (ILEs) realizadas en nuestro hospital. Las hemos clasificado conforme al Registro de Malformaciones de Cataluña y del País Vasco. Comparamos las malformaciones encontradas en las dos poblaciones (la inmigrante y la catalana).

### Resultados

Los datos generales del estudio se resumen en la Tabla 1. Del total de malformaciones revisadas sólo hemos encontrado diferencias en los grupos señalados.

Se encontraron un total de 30 malformaciones severas:

- 25 correspondían a catalanas y
- el resto a inmigrantes.

### Conclusiones

No encontramos diferencias en nuestra capacidad de diagnóstico entre las dos poblaciones. El control ecográfico actual, según el protocolo de seguimiento de gestación según el diagnóstico prenatal de malformaciones mediante la ecografía, demuestra ser igual de útil para la población inmigrante, a pesar de los problemas idiomáticos y culturales que podemos encontrarlos.

	Catalana	%	Inmigrante	%	Totales
Partos	4.893	85,10	857	14,90	5.750
Mujeres con Malformaciones	244	4,98	58	6,76	302
Malformaciones	287	82,24	62	17,76	349
Malformaciones	% Catalana	% Inmigrante			
Malf. Cardíacas	6,27	16,13			
Labio leporino	0,70	3,26			
Art. Umbilical única	13,59	3,22			
Persistencia umbil. derecha	11,50	6,61			

Tabla 1.  
Datos generales

## Planificación Familiar en mujeres inmigrantes en Lérida

Perez R, Vilana C, García Alfaro P, Tarazona J, Andrés Muñoz Y

Planificación Familiar y Orientación Sexual

### Introducción

En los últimos años hemos objetivado un incremento progresivo de visitas de mujeres inmigrantes de otros países en el Centro de Planificación Familiar de Lérida. En este estudio comparamos las demandas de estas usuarias con respecto a las de las mujeres españolas.

### Material y métodos

Estudio prospectivo de 500 primeras visitas consecutivas de usuarias que han acudido al centro de Planificación Familiar de Lleida en los últimos tres meses. Recogemos la edad, país de procedencia, localidad, pareja, ocupación, paridad, motivo de consulta y método anticonceptivo prescrito en esa visita.

### Resultados

La cuarta parte de las primeras visitas de la consulta de ginecología del centro de planificación familiar de Lérida son de mujeres inmigradas de otros países, fundamentalmente iberoamericanas; la edad media no difiere de la de las usuarias españolas ni la localidad en la que viven (fundamentalmente el la capital). La mayor parte conviven con su pareja. Casi la mitad de ellas trabajan fuera de su hogar, son trabajos que no necesitan cualificación, y solamente el 2% estudian. La media de hijos y el porcentaje de mujeres con antecedente de IVE y de IVE de repetición es superior en el grupo de las inmigrantes.

El principal motivo de consulta en orden de frecuencia en los dos grupos es la demanda de método anticonceptivo (40% de las españolas y 39% de las inmigrantes); en las españolas el segundo motivo de consulta es la revisión ginecológica (37%) y el tercero el embarazo no deseado (15%); en las inmigrantes el segundo motivo de consulta es el embarazo no deseado (37%) y el tercero la revisión ginecológica (16%).

Los métodos prescritos en las inmigrantes en un 60% han sido el DIU, implante, Depo-progevera, o esterilización, métodos de fácil cumplimiento, alta eficacia de uso y baratos para la usuaria (podemos disponer de ellos de forma gratuita y sin lista de espera para las ligaduras de trompas en la actualidad); las

españolas optaron en un 64% por métodos cuya eficacia de uso es más baja y que resultan más caros, pero que no necesitan administración médica y con patrón de sangrado regular, como las pastillas, el parche transdérmico el anillo vaginal o el preservativo.

### Conclusiones

La cuarta parte de las primeras visitas de la consulta de Ginecología son de inmigrantes de otros países. Este grupo tiene un nivel sociocultural más bajo, más hijos y más antecedentes de IVE. El embarazo no deseado es un motivo de consulta más frecuente. En este colectivo prescribimos métodos más sencillos de utilizar, más baratos y con alta eficacia de uso.

## Saturnismo en el embarazo: a propósito de un caso

Porta de la Riva N, Martínez Franco E, Rodríguez Morante D, Salvador C, Estrada O, Borràs M, Laïlla JM

Obstetricia i Ginecologia Hospital de Sant Joan de Déu. Barcelona

### Introducción

El saturnismo puede causar desde una anemia moderada hasta importantes cuadros neurológicos. Los niños y las embarazadas son más sensibles a la exposición al plomo y en el caso de estas últimas existe la posibilidad que el metal atraviese la placenta y llegue al feto. Actualmente nos enfrentamos a un cambio en las características sociodemográficas de la población, con un aumento de la inmigración, situación que en otros países ha supuesto un aumento de la incidencia de saturnismo. Por tanto consideramos que es necesario tener en cuenta esta entidad en la práctica de la obstetricia en nuestro medio.

### Caso

Mujer natural de Marruecos, gestante de 34 semanas, sin antecedentes de interés. Ama de casa sin historia laboral previa. En la primera consulta a urgencias presenta dolor abdominal, vómitos, odinofagia y alteraciones gingivales. Todas las pruebas realizadas (analíticas, radiología, serologías) fueron normales y se dio de alta con mejora y diagnóstico de vómitos autolimitados en gestante. Después de una semana volvió a acudir a urgencias con el mismo

cuadro. Esta vez la analítica mostraba leve anemia y transaminasemia. La actuación fue la misma que en el ingreso anterior. Nuevamente consulta después de una semana por los mismos síntomas. La anemia había empeorado y los eritrocitos mostraban un puntado basófilo. La paciente se puso de parto en la semana 35 y, con parto eutócico, tuvo un niño de 3320 g, aparentemente sano. Se practicó una plumbemia frente a la sospecha de saturnismo y salieron valores de 45mcg/dl (N< 10mcg/dl). Se instauró tratamiento con EDTA y la paciente mejoró.

### Discusión

La intoxicación por plomo en las gestantes puede ser causada básicamente por la ingesta del tóxico, de agua de cañerías plomadas o pinturas y cerámicas. Tampoco se ha de descartar la movilización a partir del esqueleto propiciada por la reabsorción ósea. Los niveles de plomo que se consideran aceptables son < 10mcg/dl. La clínica depende de estos niveles. Las manifestaciones clínicas abarcan desde una intoxicación subclínica con aumento de la tensión arterial, nefritis intersticial o anemia hasta la clásica clínica digestiva con vómitos y astenia, y si la plumbemia supera los 80mcg/dl se puede producir afectación neurológica. En las gestantes, a parte de la clínica anterior, el saturnismo se manifiesta como amenaza de aborto, estados hipertensivos del embarazo, parto pretérmino y hasta exitus fetal. En el recién nacido se producen básicamente alteraciones neurológicas como retraso psicomotor. El tratamiento de la intoxicación por plomo se con quelantes como EDTA, dimercaptol o Dpenicilamina.

### Conclusión

El saturnismo es una entidad con graves repercusiones en el embarazo. Si añadimos el hecho que actualmente está aumentando la población inmigrante, puede ser más expuesta a las fuentes de esta intoxicación, tendríamos que plantearnos la necesidad de introducir el saturnismo en el diagnóstico diferencial de un cuadro digestivo, anémico y con hipertensión como el que describimos.

### Bibliografía

- Klein M, Kaminsky P, Barbe F, Duc M. Saturnisme au cours de la grossesse. *Presse Med* 1994;23:576-80
- Hackley B, Katz-Jacobson A. Lead poisoning in pregnancy: a case study with implications for midwives. *J Midwifery Womens Health* 2003;48(1):30-8.

## Resultados de la técnica de banda libre de tensión para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo en el Hospital Sant Bernabé de Berga

**Quesada E, Almenara L, Amat LI**  
Hospital Sant Bernabé. Berga

### Introducción

La técnica de banda libre de tensión para tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) ha demostrado una tasa de éxitos >90% con una baja morbilidad. En nuestro centro la hemos introducido en marzo de 2003.

### Material y método

Realizamos un estudio retrospectivo descriptivo de la totalidad de pacientes tratadas por IUE (31 casos). Todas las pacientes han seguido un estudio preoperatorio con historia clínica y exploración uroginecológica, así como urodinámicas (UD). La técnica de banda libre de tensión se ha realizado con una malla de polipropileno (TVT). En 23 caso se realizaron retropúbico (74,2%) y en 8 transobturador (25,8%).

### Resultados

La edad media es de 64 años (47-77 años), la paridad tiene una media de dos hijos (0-5 hijos), la mediana también corresponde a 2 hijos.

La clínica que hace que la paciente acuda a la consulta del ginecólogo por ser la incontinencia de orina en un 74,2% de las pacientes operadas (23/31), que la hemos dividido en graves leves (10,34%) y moderada-grave (62,06%); o bien una IUE oculta con un prolapso 25,8% (8/31).

La UD demostró: IUE genuina en un 46,42% de casos (13/31), IUE potencial u oculta por cele obstructivo en 32,14% (9/31), IUE grave con urgencia secundaria en 17,85% (5/31) y detrusor hiperactivo con IUE potencial grave 3,6% (1/31).

En 10 casos se realizó como técnica aislada. El resto (22) se asociaron a: histerectomía vaginal (9 casos), plastia vaginal anterior (8 casos), histerectomía abdominal (2 casos) y 1 caso de plastia vaginal posterior.

Las complicaciones intra-operatorias es un caso de perforación vesical que se resolvió con sonda vesical; 6 casos (19,35%) de complicaciones menores post-operatorias (retención de orina, infección orina o sangrado de zona de la plastia). Más a largo plazo 8 casos (25,80) presentan: 1 ITU por retención, 1 urgencia, 2 casos de vulvitis, 2 casos de recidiva de incontinencia. Un 93,5 de pacientes son continentes y no presentan clínica urinaria al seguimiento.

### **Conclusiones**

Podemos concluir que los resultados del TVT para la incontinencia de orina en nuestro centro son superponibles a los de la literatura, con pocas complicaciones y de escasa gravedad. Es una técnica, que después de un período de aprendizaje del cirujano y aplicados en los casos seleccionados adecuadamente pueden ser muy útiles, con buenos resultados y pocas complicaciones en una población como la nuestra y en un centro como el Hospital Sant Bernabé.

## **Estudio de la población inmigrante magrebina atendida en nuestro centro durante los años 2003 y 2004**

**Rigau C, Lain JM, Castell C, Sáez J**  
Servicio de Obstetricia y Ginecología. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa.

### **Introducción**

España, en los últimos años se ha convertido en un país receptor de inmigrantes, debido a su mejora económica y social. Dado que en la mayoría de los casos se trata de población joven en edad fértil, esto ha dado lugar a un aumento en la asistencia al parto de mujeres inmigrantes.

La incidencia de mujeres parturientas magrebíes en nuestro centro era casi nula en los años 80-90 (1980 0,4%; 1985 0%; 1990 0,3%; 1995 0,6%) y empezó a aumentar a partir del 2000 (2000 3,3%; 2001 4,7%; 2002 4,2%; 2003 5,9%). En la actualidad es del 8%.

### **Objetivo**

Conocer las características de las mujeres magrebíes atendidas en nuestro centro durante los años 2003-2004 en cuanto a gestación, parto y recién nacidos.

Comparar los datos con la totalidad de las mujeres atendidas en nuestro centro durante estos años.

### **Material y métodos**

Estudio observacional, retrospectivo a partir de nuestra base de datos, desde el 1/1/03 hasta el 31/12/04. Se analizaron los resultados perinatológicos en relación al control gestacional, parto y bebé y se compararon con la de mujeres atendidas en este período.

## **Población inmigrante gestante del Baix Llobregat: control gestacional. Revisión de casos atendidos al HSJD durante el año 2004**

**Rodríguez Morante D, Martínez Franco E, Porta de la Riva N, Salvador C, Marimón E, Campos JM, Lailla Vicens JM**  
Obstetricia y Ginecología. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona

### **Objetivos**

Conocer el control gestacional de la población inmigrante de nuestro ámbito en Cataluña con la finalidad de hacer una comparación con la población catalana autóctona.

### **Material y método**

De la totalidad de partos atendidos durante el año 2004 en el Hospital Universitari de Sant Joan de Déu (4005 partos), un 12,8% son de población inmigrante. En éstos se han registrado los datos de filiación, así como las variables que definen un control gestacional adecuado según la SEGO y se han sometido a un análisis estadístico descriptivo.

### **Resultados**

Del total de 472 gestantes inmigrantes atendidas en el hospital a lo largo del año 2004, el área geográfica de origen más numerosa es la sur-americana seguida de la de Marruecos que como país aislado sería el grupo más numeroso.

La mayor parte no desarrolla un trabajo cualificado (80,8%), el 69,2% no tiene ningún antecedente familiar destacado y el 69% no tiene antecedentes personales de interés.

La paridad es muy dispersa (0-7 hijos), y de las que tienen hijos, la mayoría optaron por la lactancia materna (92,1%), hay un 8,9% de cesáreas anteriores. La edad materna media es de 28,6 años (6DS). Sólo un 2,7% de las pacientes que ingresaron en curso de parto no había seguido ningún control obstétrico.

En cuanto al curso de la gestación destacaremos que un 17% son positivas por el estreptococ  $\beta$ -agalactiae frente vagino-rectal y/o urocultivo, un 30,1% teniendo un 4,9% cifras de hemoglobina menores que 9 mg/dl.

El 76,3% tiene un control ecográfico normal, el resto presenta algún tipo de alteración ecográfica, ya sea RCIU (2,8%), malformaciones (3,6%), patología LA (3%) o placentaria. Tuvimos un total de 12 gestaciones gemelares (2,4%).

Como patología gestacional se ha detectado un 2,2% de pre-eclampsias, un 0,2% de lúes, un 0,6% de pielonefritis aguda, un 0,6% de serologías positivas a VHC, un 0,8% a VHB, y un 0,2% VIH.

## Conclusiones

Según los datos, las pacientes inmigrantes de nuestra área de influencia en general siguen un buen control obstétrico. A pesar de todo hay diversos datos que discrepan con los de la población catalana autóctona: el grado de anemia es más alto, la incidencia de mujeres portadoras de SBAG está dentro de la normalidad (15%-40%) a pesar de que esta incidencia depende mucho de la zona geográfica y presentan un índice de prematuridad de un 22,1% que se parece más al de la población de destino (país desarrollado 25%) que a la de origen 5% (país no desarrollado). Factores culturales, religiosos y nutricionales pueden jugar un papel importante en estas discrepancias.

## Embarazo no deseado en Planificación Familiar de Lérida en 2004

Vilana Puig C, Pérez Sanz R

Asistente Social. Planificación Familiar i Orientación Sexual

### Introducción

En los últimos años se ha doblado el número de mujeres que acuden a Planificación Familiar de Lérida

por embarazo no deseado, y cada día visitamos a más mujeres inmigradas de otros países.

### Material y métodos

Estudio prospectivo comparativo de las usuarias españolas e inmigrantes que acudieron a la consulta de la Asistente Social de Planificación Familiar de Lérida por embarazo no deseado durante el año 2004.

### Resultados

86 mujeres (50,6%) eran españolas, 84 (49,4%) eran inmigrantes. La edad media de las españolas era de 25 años (15-44) y de las inmigrantes era de 27 años (16-41).

Tenían menos de 20 años un 27% de las españolas y sólo un 9,5% de la inmigrantes. No tenían pareja un 13% de las españolas y un 14% de las inmigrantes; como consecuencia del embarazo rompieron su relación un 10% de las españolas y un 11% de las inmigrantes. Eran activas laboralmente el 42% de las españolas y el 49% de las inmigrantes, con trabajos que no requieren cualificación en el 69% de las trabajadoras españolas y en el 100% de las inmigrantes; 6% de las mujeres inmigrantes se dedicaban a la prostitución frente a 0% de las españolas; estudiaban el 19% de las españolas y el 6% de las inmigrantes. En los dos grupos una cuarta parte de ellas habían tenido al menos una interrupción voluntaria de embarazo.

Las españolas tenían una media de 0,8 hijos (0-5) y las inmigrantes de 1,2 hijos (0-5).

Estas mujeres aludían a problemas económicos en el 37% de las españolas y 48% de las inmigrantes, problemas de relación con su pareja en el 34% de las españolas y en el 21% de las inmigrantes; para ellas la edad no era conveniente en el 24% de las españolas y en el 5% de las inmigrantes; no querían hijos o más hijos el 8% de las españolas y el 6% de las inmigrantes, y refieren problemas de salud de ellas, las sus hijos o pareja el 6% de españolas y el 8% de inmigrantes.

En cuanto al método anticonceptivo referían no haber usado ninguno el 9% de españolas frente al 23% de inmigrantes, métodos naturales (fundamentalmente el coito interrumpido) el 36% de españolas y el 37% de inmigrantes, preservativo el 34% de españolas y el 23% de inmigrantes. 23% de las españolas habían tomado al menos alguna vez la pastilla del día siguiente, y tan sólo el 6% de las inmigrantes.

Después del aborto acudieron al centro un 48% del grupo de las españolas y un 55% del grupo de las inmigrantes. En esta visita se prescribieron como anticonceptivos estroprogestágenos, fundamentalmente pastillas, en el 61 % de las españolas y en el 33% de las inmigrantes, Depo-progevera, implante, DIU o ET en el 19% de las españolas y en el 39% de las inmigrantes.

### **Conclusiones**

La mitad de las usuarias que consultan por embarazo no deseado son de otros países. Hay más emba-

razos no deseados en adolescentes en el grupo de las españolas. El nivel socioeconómico es más bajo entre las inmigrantes y tienen más hijos. Las españolas argumentan con más frecuencia problemas de relación de pareja y de no tener una edad conveniente para ser madres. Las españolas usaban con más frecuencia métodos anticonceptivos y después del aborto eligen con más frecuencia estroprogestágenos, fundamentalmente pastillas.

Entre las inmigrantes prescribimos métodos más baratos (disponemos de DIUs, implantes, inyectables y esterilizaciones gratuitos) y de fácil cumplimiento.