



RESÚMENES DE TRABAJOS GANADORES

TRABAJOS GANADORES PRESENTADOS EN EL XXVII CONGRESO NACIONAL DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA REALIZADO DEL 18 AL 22 DE MAYO DE 2010 EN CALI (COLOMBIA)

Prize-winning work presented at the 27th National Obstetrics and Gynecology Congress held between the 18th and 22nd of May 2010 in Cali, Colombia

CATEGORÍA PRESENTACIÓN ORAL:

INFLUENCIA DEL EJERCICIO FÍSICO AERÓBICO SOBRE LA FUNCIÓN ENDOTELIAL, LA CAPACIDAD FÍSICA Y EL PARTO DE MUJERES PRIMIGESTANTES SALUDABLES. ENSAYO CLÍNICO CONTROLADO, ALEATORIZADO

Ana C. Aguilar de Plata, Isabella Echeverry, Wilmar Saldarriaga, Blanca Salazar, José Guillermo Ortega, Róbinson Ramírez Vélez. Grupo de Nutrición de la Universidad del Valle. Cali (Colombia).

RESUMEN

Introducción: la disfunción endotelial en la embarazada ha sido relacionada como agente causal de patologías que complican el embarazo, entre estas la preeclampsia y la restricción de crecimiento intrauterino. No se dispone de estudios del efecto del ejercicio físico sobre la función endotelial en la embarazada. Por esto, el objetivo principal de este estudio es evaluar el efecto del ejercicio físico aeróbico (EFA) durante

la gestación sobre la función endotelial, la capacidad física y el parto.

Metodología: ensayo clínico controlado, enmascarado para el investigador principal y los evaluadores, con aleatorización por bloques en 51 primigestantes saludables con edad promedio de $19,5 \pm 3,4$ años, quienes estaban en el segundo o tercer trimestre de embarazo y asistían a control prenatal (Empresa Social del Estado [ESE], Ladera de Cali). Las pacientes se asignaron en 2 grupos: **1)** grupo experimental (n=25): EFA entre el 55% y 75% de la FC_{max} por 60 min, 3 veces por semana, durante 16 semanas. **2)** Grupo control (n=26): actividad física cotidiana y control prenatal habitual. En las maternas se registró: función endotelial evaluada como vasodilatación mediada por flujo (VMF) en arteria braquial, consumo de oxígeno por VO_{2max} , medido con la prueba de caminata de 6 min, peso, talla, ganancia relativa de peso, presión arterial, semanas de gestación, tipo de parto (cesárea programada o de emergencia, parto espontáneo o único inducido), complicaciones maternas (episiotomía, desgarro grado I ó II). En el recién nacido se registró: género, perímetro cefálico y abdominal (cm), peso (g), talla (cm), *score* Apgar a 1 min y 5 min y complicaciones como meconio y cianosis. Se realizó análisis descriptivo univariado, normalidad: prueba de Kolmogorov-Smirnov, diferencias pre y

posintervención: prueba t de Student, en SPSS® 15.0. Todas las gestantes que aceptaron firmaron consentimiento informado, previo aval del comité de ética institucional.

Resultados: las participantes que realizaron EFA presentaron una mayor capacidad física expresada como VO_{2max} ($p=0,023$), menor frecuencia cardíaca en reposo y mayor VMF que el grupo control ($p<0,05$). Ambos grupos presentaron aumento de la frecuencia cardíaca en reposo, aumento del diámetro basal y del diámetro poshiperemia al final de la intervención ($p<0,05$). No se encontraron diferencias respecto al tipo de parto, ni complicaciones tanto en la madre como en el recién nacido ($p>0,05$). Tampoco se encontraron diferencias en las variables antropométricas del recién nacido, ni en las variables maternas: peso, talla, ganancia relativa de peso, presión arterial o en semanas de gestación, ni en el *score* Apgar ($p>0,05$).

Conclusión: la práctica regular de EFA mejora la función endotelial y la capacidad física en las gestantes y no tiene efecto en el tipo de parto o en la edad gestacional al nacimiento. Por esta razón, intervenciones como el ejercicio podrían ser una alternativa temprana y efectiva para fortalecer la prevención de patologías durante el embarazo asociadas a disfunción endotelial.

Palabras clave: embarazo, ejercicio aeróbico, función endotelial, capacidad física, edad gestacional.

Correo electrónico: wsaldarriaga0608@yahoo.com

CATEGORÍA PÓSTER:

ESTUDIO DE COSTO ATRIBUIBLE A LA ENDOMETRITIS POSPARTO VAGINAL EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE BOGOTÁ

Adriana Jiménez, Édgar Acuña. Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá (Colombia).

Introducción: producto de un riguroso programa de control de infecciones, la tasa de endometritis en

el Hospital San José es baja (0,5%). En la mayoría de instituciones de tercer nivel de Bogotá, incluyendo el Hospital San José, el tipo de infección intrahospitalaria (IIH) más frecuente en conjunto es la asociada a procedimientos quirúrgicos de diferente naturaleza. Sin embargo, debido al gran número de partos atendidos anualmente, en cifras absolutas, la endometritis es una de las IIH más frecuentemente registradas. Un programa de vigilancia, prevención y control de infecciones debe incluir estudios de costos de los eventos trazadores en cada institución con el fin de aportar a la determinación de la magnitud de este tipo de eventos adversos y contribuir a la toma de decisiones gerenciales sobre la destinación de recursos a los programas de prevención de IIH. El objetivo de este estudio es determinar el exceso de costo directo atribuible a endometritis posparto.

Metodología: siguiendo la metodología de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para el estudio de costos asociados a infecciones asociadas al cuidado de la salud, se diseñó un estudio de casos y controles. Se revisó la base de datos del comité de infecciones del año 2009 y se eligieron 10 casos que cumplieron con la definición de endometritis posparto vaginal. Para cada caso se seleccionó de manera aleatoria un control del total de pacientes que recibieron la atención de parto vaginal en el mismo período de tiempo. Los controles fueron pareados por edad, diagnóstico principal y número total de diagnósticos. Se aplicó la prueba no paramétrica de Mann Whitney para la diferencia entre los costos de la atención de las pacientes infectadas y no infectadas.

Resultados: el costo promedio de la atención a las pacientes infectadas frente a las no infectadas fue de US\$ 896 y US\$ 438 respectivamente, con un exceso de costo atribuible a la infección de US\$ 458 ($p<0,0001$). El 56% del costo se genera por la hospitalización y en segundo lugar por los costos de los honorarios médicos.

Conclusión: cada caso de endometritis que se logre prevenir significa un ahorro mínimo de US\$ 458, con los cuales se podría comprar: 46 litros de alcohol glicerinado, que es la cantidad que se consume durante 6

meses en la sala de partos. También se podría invertir en 1500 pares de guantes estériles, en 30 interconsultas con un médico especialista o en la mitad del salario mensual de una enfermera jefe para el comité de infecciones. Por consiguiente, los datos derivados de los estudios de costos de IIH deben ser considerados en la planeación de la asignación de recursos para los programas de prevención y control.

Palabras clave: endometritis, control de infecciones.

Correo electrónico: ajimenez@hospitaldesanjose.org.co

CATEGORÍA VIDEO:

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA

Carlos Buitrago y René Pareja. Clínica Universitaria Bolivariana, Clínica SOMA, Clínica de las Américas, Instituto de Cancerología. Medellín (Colombia).

Introducción: presentamos la propuesta de una técnica quirúrgica para la histerectomía radical laparoscópica; esta cirugía se utiliza principalmente en el manejo del cáncer de cérvix en estadios IA2, IB1, con una técnica que se ha venido depurando y utilizamos actualmente; tiene 7 pasos claramente diferenciables y reproducibles.

Metodología: se trata de una paciente de 53 años con diagnóstico de cáncer de cuello uterino estado IB1 del tipo escamocelular. Se inicia con la colocación de un manipulador uterino tipo V-care; se colocan cinco puertos, uno supraumbilical de 10 mm y cuatro de 5 mm en flancos y fosas iliacas de cada

lado. Se realiza el procedimiento ordenadamente en 7 pasos así:

1. Apertura del fondo de saco de Douglas.
2. Disección de los espacios laterales, en donde se desarrolla el espacio paravesical y el pararectal, tanto interno como externo, para poder realizar la histerectomía radical de manera adecuada.
3. Disección del repliegue vesico uterino y rechazo de vejiga.
4. Sellamiento y corte de la arteria uterina en su origen en la hipogástrica y el “destechamiento” del uréter, proceso que por supuesto se realiza de manera bilateral.
5. Sección de los pedículos vasculares de los anexos, el ligamento ancho, el ligamento uterosacro y el parametrio.
6. Sección de vagina con un mango de 3 a 4 cm de longitud y sutura de la cúpula vaginal con nudos intracorpóreos
7. Linfadenectomía pélvica bilateral habitual.

Resultados: la cirugía tomó 235 minutos, el sangrado fue de 46 cm³ y fueron reportados 26 ganglios todos negativos para compromiso metastásico. No se presentaron complicaciones intraquirúrgicas ni en el posoperatorio. La paciente fue dada de alta al día siguiente de la cirugía.

Conclusiones: la histerectomía radical laparoscópica es un procedimiento técnicamente posible como se referencia en más de 20 reportes en la literatura. Existe un menor sangrado cuando se compara con la técnica abdominal estándar, además de una recuperación más rápida.

Palabras clave: histerectomía, radical, laparoscopia, cáncer de cervix.

Correo electrónico: buitragobach@une.net.co