



- Resolución del examen único del 14/9/21
- Primeras 10 preguntas de Tocoginecología
- Resolución con explicación y fundamentación bibliográfica

Nota: Las preguntas surgen de los archivos que circularon en redes sociales y en algunos casos parecieran estar con enunciados incompletos. En caso de que el enunciado de las preguntas originales fuese distinto, existiría la posibilidad de que la respuesta correcta varíe.

- 1) 35 años, por presentar fiebre elevada, náuseas y vómitos. Se constata dolor abdominal bajo y secreción cervicovaginal purulenta. Tiene antecedente de dismenorrea, menstruaciones regulares y dispareunia. En el tacto vaginal manifiesta dolor en la exploración bimanual. La ecografía corrobora el dg de EPI. ¿Qué tto atb indica a la px?
- A. **Ceftriaxona 500mg IM única + doxiciclina 100mg/12hs 14 días + metronidazol 500 mg/12 hs durante 14 días**
 - B. Pipertazo 3g/8 hs por 7 días + azitromicina 1g 3 días + metronidazol 500 c/ 12h durante 7 días
 - C. Meropenem 3g 8h, 100 mg iniciales seguidos de 50-100 mg/12h + doxiciclina 100 mg/12 hs VO 14 días
 - D. Ertapenem 1h/8 hs, aztreonam 2g/8h, metronidazol, 500mg/12h durante 14 días

Opción A: En la mayoría de los casos debe utilizarse una asociación de antimicrobianos, útil para infecciones polimicrobianas.

Tratamiento sugerido en pacientes ambulatorias:

Cefalosporina de 3ª generación (Ceftriaxona 500 mg) parenteral, monodosis + antianaerobio (Metronidazol 500 mg/12hs) + Doxiciclina 100 mg/12 hs oral, durante 10 a 14 días.

En todos estos esquemas se incluye a la Doxiciclina para el tratamiento de la posible infección por Chlamydia trachomatis, el agente etiológico más frecuente ya que se encuentra ampliamente demostrada su eficacia en el tracto genital superior.

[Página 221 – Ginecología de Gori]

- 2) Recibís en consultorio a Cecilia 58 años, consulta por control ginecológico. Tiene antecedente de DBT 2. Anamnesis: el mes pasado tuvo sangrado vaginal escaso de 24 hs de evolución, por el que decidió no consultar. Su FUM fue hace 18 meses. ¿Cuál de los siguientes estudios complementarios realizaría?
- A. PAP exo y endocervical, mamografía bilateral, DMO
 - B. PAP endo y exocervical y mamografía bilateral
 - C. PAP endo y exocervical y mamografía bilateral, DMO, eco tv
 - D. **PAP endo y exocervical, mamografía bilateral, colposcopia, y ecotv**

Con la FUM que data de 18 meses estamos en condiciones de afirmar que se trata de una paciente menopáusica, por lo tanto el sangrado sería una hemorragia de la posmenopausia, siendo la manifestación clínica más importante y que habitualmente conduce al diagnóstico de cáncer de endometrio. Al comienzo suelen ser poco intensas e intermitentes, para hacerse luego progresivamente más abundantes y prolongadas. [PÁGINA 341 – GINECOLOGÍA DE GORI]

Dentro de los métodos diagnósticos es importante incluir:

- **Citología** (PAP endo y exocervical): no ofrece en estos casos el grado de exactitud que se logra cuando es aplicado al diagnóstico del carcinoma cervical. Tienen un porcentaje de falsos negativos que ronda los 8,5%, dependiendo de la técnica empleada. (*GINECOLOGÍA DE GORI, PAG. 343*)

- **EcoTV**: la medición del espesor endometrial de 4 mm o menos (5mm según Provenzano) descarta la presencia de un carcinoma en la mujer posmenopáusica. (*GINECOLOGÍA DE GORI, PAG. 343*)

También permite evaluar su heterogeneidad, mayor ecogenicidad endocavitaria, presencia de mucometra o hematometra, además de aportar datos sobre la posibilidad del compromiso anexial (*PROVENZANO, PAG. 505*)

- **Colposcopia**: la lesión podría estar situada tanto en el conducto cervical como en la cavidad corporal, por lo tanto es útil para conocer con exactitud la propagación a vagina y ectocérvix cuando es incipiente y, en algunos casos, para realizar biopsias dirigidas, permitiendo su confirmación histológica. (*PROVENZANO, PAG. 504*)

3) Recibe derivación de paciente de 28 años, nulípara con deseos de fertilidad futura. Cono de cuello de útero información: pieza de conización HSIL extenso exo y endocervical, con foco de infiltración de 1 mm (T1 a1). Márgenes del cono libres. No presenta invasión linfovascular. Conducta más adecuada:

- A. HT radical con linfadenectomía pelviana
- B. Traquelectomía con linfadenectomía pelviana
- C. Conización
- D. Control**

Recomendación

- Realizar biopsia ampliada (LLETZ o conización), excepto en mujeres embarazadas.
- En mujeres embarazadas, realizar control colpo-citológico cada tres meses durante el embarazo y reevaluación posparto a partir de las seis-ocho semanas en el puerperio.

Nota: evaluar en casos particulares la posibilidad de llevar adelante un manejo conservador del CIN2 mediante seguimiento cito-colposcópico cada seis meses durante un periodo de dos años.

Fundamentación

El grupo colaborativo Cochrane en colposcopia y citopatología realizó una revisión bibliográfica y propone, como procedimiento de elección para los tratamientos, los escisionales o destructivos locales, aunque expresan que no existe acuerdo absoluto en el manejo de las pacientes con CIN2.⁷⁶



- 4) Control mujer 29, puérpera hace 20d, parto vaginal sin complicaciones, RN sano. LM libre demanda. Consulta por MAC. No espera tener más hijos. Conducta
- A. Dar información para que continúe LM, muy efectiva
 - B. Recomendar uso ACO combinado
 - C. AC de progestágeno de larga duración o DIU
 - D. Información para que decida con su pareja sobre las opciones

Opción A:

MELA (Metodo de Lactancia y Amenorrea):

Es el método que usa la **amenorrea asociada a la lactancia exclusiva** para evitar un nuevo embarazo.

Condiciones del amamantamiento para el uso de MELA:

- La frecuencia con que se amamanta debe ser de 10 veces cortas o 6 largas en 24 horas.
- No reemplazar la lactancia con otros alimentos, los cuales no deben superar el 10% del total ingerido por el/la bebe.
- La lactancia debe ser diurna y nocturna.
- El MELA se discontinua con un solo intervalo de 10 horas o intervalos frecuentes de mas de 6 horas entre los amamantamientos.

Eficacia: Si se cumplen todas las condiciones, la eficacia es de un 98% durante los primeros 6 meses post parto (2 embarazos cada 100 mujeres que usan el método correctamente en los primeros seis meses post parto).

Cuadro 15.1. Resumen de los métodos que pueden utilizarse durante el puerperio, y momento de inicio²

Método	Momento de inicio del método	
	Con lactancia exclusiva o casi exclusiva	Con lactancia parcial o no amamanta
Método de amenorrea de lactancia (MELA) ²	Inmediatamente	No corresponde
Preservativos	Inmediatamente	Inmediatamente
Espemicidas	Inmediatamente	Inmediatamente
Anticonceptivos sólo de progestágenos:		
AOPS (levonorgestrel, linestrenol, desogestrel)	Inmediatamente (Categoría 2 OMS)	Inmediatamente (Categoría 2 con amamantamiento parcial y Categoría 1 sin amamantar)
Implante	Inmediatamente (Categoría 2 OMS)	Inmediatamente (Categoría 2 con amamantamiento parcial y categoría 1 sin amamantar)
AMPD (inyectable trimestral)	A partir de las 6 semanas después del parto (Categoría 3 OMS antes de las 6 semanas)	Inmediatamente.
Anticoncepción hormonal de emergencia	Puede utilizarse en cualquier momento.	
Anticonceptivos combinados:		
Anticonceptivos orales (ACO), parches, anillos vaginales:	A partir de los 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días o 6 semanas post parto, según la condición clínica de la persona. **
Inyectables mensuales (ACI)	A partir de 6 meses después del parto.	Lactancia parcial: a partir de 6 meses después del parto. No amamanta: a partir de los 21 días después del parto. **
DIU-Cu	Dentro de las 48 horas post parto o a partir de la cuarta semana post parto o cesárea*.	
DIU-LNG	Dentro de las 48 horas post parto o a partir de la cuarta semana post parto o cesárea*.	
Ligadura tubaria	Dentro de los 7 días. Caso contrario, esperar 6 semanas.	
Vasectomía	En cualquier momento. Si se realiza dentro de los primeros 6 meses de embarazo, será eficaz para el momento del parto.	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan tenido tres ciclos menstruales regulares. Esto es más sencillo para quienes no amamantan.	

[Página 260 – Guía de MAC 2019]

Descartada la opción B: ACO son categoría 3 de elegibilidad de la OMS (no se recomienda el uso de este método a menos que no se dispongan de otros métodos más apropiados o no sean aceptados) durante la lactancia, **entre las 6 semanas y los 6 meses post parto.**

[Página 110 – Guía de MAC 2019]

Descartada la opción C:

El DIU es categoría 3 de elegibilidad de la OMS: No se recomienda **entre 48 horas y cuatro semanas despues del parto**, porque hay evidencia de que aumenta el índice de expulsión.

[Página 177 – Guía de MAC 2019]

Descartada la opción D: La consejería requiere de un ambiente privado, íntimo y confidencial donde se considere la opinión y puntos de vista individuales de la mujer propiciando que tome sus propias decisiones en forma autónoma, consciente e informada.

[Página 256 – Guía de MAC 2019]

5) 35 años, G2P1, 37 semanas sin antecedentes. Consulta por prurito intenso palmo plantar, nocturno. Laboratorio: hto 37, hb 11, got 67, gpt 70, Acidos biliares 15. Diagnóstico y conducta

- A. Colestasis gravídica, internacional y finalización embarazo
- B. Dermatitis atópica
- C. Colestasis gravídica, ambulatorio con ácido ursodesoxicólico 300 c/8h**
- D. Hígado graso agudo del embarazo

Manejo clínico. El tratamiento más eficaz para tratar esta enfermedad es la interrupción oportuna del embarazo no bien se alcance la madurez pulmonar fetal. En la gran mayoría de los casos, las pacientes con CIE pueden ser controladas en el nivel primario de atención; confirmado el diagnóstico, se recomienda realizar controles semanales para evaluar: percepción materna de movimientos fetales, aparición de coluria e ictericia, evolución del prurito y aparición de enfermedades asociadas.

En presencia de ictericia, prurito invalidante u otras enfermedades asociadas, la paciente debe ser referida a un nivel especializado de atención, para realizar una evaluación materna y fetal en busca de elementos que hagan necesaria la interrupción de la gestación, sea por causa fetal o materna. En presencia de ictericia, luego del diagnóstico diferencial con otras condiciones, se recomienda la interrupción a partir de las 36

semanas, previa comprobación de la madurez pulmonar fetal.

El tratamiento hospitalario se reserva sólo para casos de prurito invalidante, o cuando hay asociación con otra condición patológica que requiera manejo intrahospitalario (p. ej. preeclampsia, infección urinaria severa).

En general, el tratamiento medicamentoso de la CIE se indica sólo para un alivio sintomático del prurito, con éxito variable; las drogas utilizadas —colestiramina, fenobarbital, s-adenil metionina, epomediol— pueden producir escasa o nula mejoría de los parámetros bioquímicos hepáticos y ningún cambio en el pronóstico fetal. En años recientes se han reportado resultados alentadores —alivio sintomático del prurito y mejoría bioquímica (menor inflamación del hepatocito)— con el uso de ácido ursodeoxicólico, por vía oral, en dosis de hasta 1 g/día; su uso podría ser de utilidad en casos con prurito invalidante en pacientes con una edad gestacional menor de 32 semanas de gestación. No hay evidencias de una reducción en la morbimortalidad perinatal con este tratamiento.

Se utiliza tocólisis sólo en los casos de amenaza de parto prematuro, bajo las 36 semanas de gestación; la tocólisis profiláctica es ineficaz (véase, en cap. 8, Parto prematuro).

Si no se detectan otras patologías asociadas, se puede manejar en forma expectante hasta las 40 semanas de gestación, sin mayores riesgos perinatales: muerte fetal, parto prematuro, sufrimiento fetal, líquido amniótico teñido con meconio; presenta una mayor tasa de cesáreas. En presencia de patologías asociadas, el momento de la interrupción se decide de acuerdo al tipo y severidad del cuadro coexistente. Para la interrupción del embarazo, el método de elección es la inducción con oxitocina con monitorización electrónica continua de la frecuencia cardíaca fetal; la operación cesárea se reserva para aquellos casos en que la vía vaginal está contraindicada o cuando fracasa la inducción.

[Página 391 – Obstetricia - Schwarcz]

- 6) 31, embarazo 16 sem, trae estudios: Hb 12, glucemia 78, Grupo 0+, VRDL 1/ 8 ttpa reactivo, VIH -.
Conducta
- Solicitar muestra confirmatoria para diagnóstico de sífilis gestacional y pedir serología a la pareja
 - Indicar penicilina benzatínica 2.400.000 UI IM 1 dosis a ella y a la pareja, control VDRL en un mes
 - Penicilina benzatínica 2400000 UI IM 3 dosis separadas por semana a ella y a la pareja, control con VDRL mensual hasta el parto**
 - Penicilina benzatínica 240000 ui im, 1 dosis a ella, testear a la pareja y control VDRL cada 1 mes hasta el parto

7. ¿Qué se recomienda realizar cuando la mujer embarazada tiene sífilis?

La detección precoz de la sífilis en la mujer embarazada y/o de su pareja y el adecuado y oportuno tratamiento son estrategias fundamentales para la prevención de la sífilis congénita.

Recomendamos tener en cuenta:

- Confirmar toda PNT (+), aunque los títulos sean bajos, con una prueba treponémica (FTA- Abs, TP-PA, etcétera).
- Realizar el tratamiento con tres dosis de penicilina benzatínica de 2,4 millones I.M (una por semana).
- Indicar la primera dosis de penicilina mientras se espera el resultado de la prueba confirmatoria. Si la confirmación no estuviera disponible se realizará el tratamiento completo con 3 dosis.
- Considerar alérgicas a la penicilina solo a aquellas mujeres que hayan tenido un fenómeno alérgico mayor (edema de glotis o broncoespasmo severo). En ellas se intentará la desensibilización (ver especificaciones).
- Confirmar que la pareja haya recibido tratamiento. Es importante que quede consignado en la historia clínica del seguimiento prenatal.
- Los títulos de PNT pueden tardar en descender y recién evidenciarse en el control de los 6 meses posteriores al tratamiento. Las mujeres con VIH pueden tardar hasta 12 meses.
- El control de PNT cada 2 meses en la embarazada se hará para pesquisa precoz de una reinfección.
- Es necesario recordar que si se interrumpe el tratamiento por más de una semana, cuando no se cumple con una dosis semanal, se debe recomenzar el tratamiento y aplicar una vez por semana el número total de dosis correspondientes.

[Página 46 –Guía de prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH]

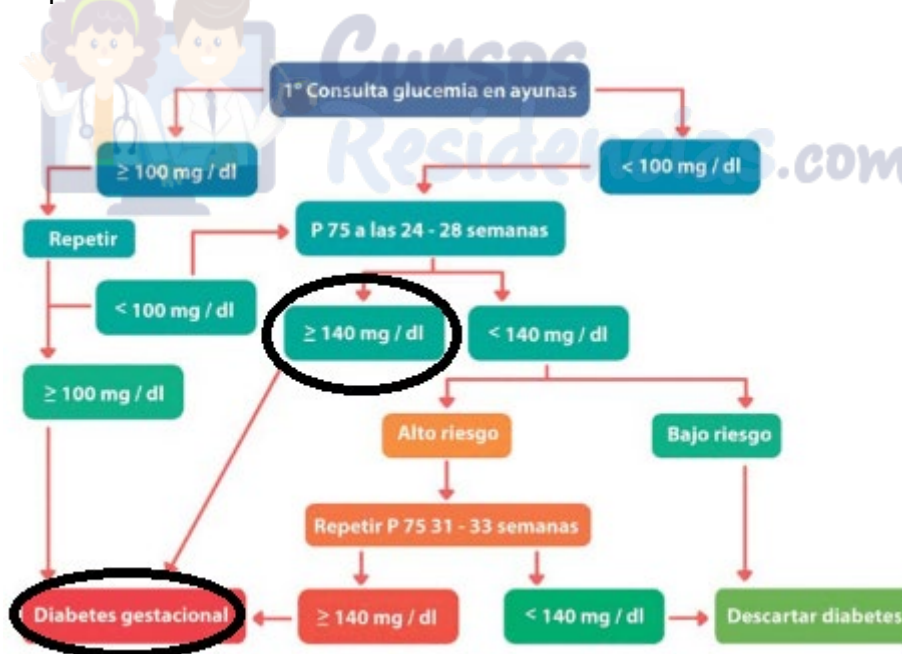
- 7) Embarazo 15 semanas. UC al acecho, con E. coli 10-5 ufc. Asintomática. Según Guía de recomendaciones para la práctica del control preconcepcional... conducta:
- Tto vo con cefalexina 500 c 6hs x 7d
 - Internación con tto parenteral con ceftriaxona 1g c 24h x 10 d
 - Solicitar segundo urocultivo tomado al acecho**
 - Solicitar segundo urocultivo con sonda vesical

La paciente del caso clínico se encuentra sin síntomas al interrogatorio, por lo que en este caso para establecer el diagnóstico de *bacteriuria asintomática* se necesitan 2 (dos) urocultivos con un recuento $>10^5$ UFC/ml del mismo germen ó 1 (un) urocultivo con un recuento $>10^2$ UFC/ml de una muestra tomada por cateterismo vesical.

Bacteriuria asintomática	
Diagnóstico	<p>Urocultivo</p> <ul style="list-style-type: none"> En mujeres asintomáticas: presencia de dos urocultivos positivos consecutivos que desarrollan $> 10^5$ UFC/ml, del mismo germen. Una única muestra tomada con $>10^2$ UFC/ml, de un único germen tomada por cateterismo vesical.
Tratamiento	<p>Se recomiendan cursos de tratamiento de 3 a 7 días.</p> <p>Cefalexina 500 mg (2 -4 veces/día)</p> <p>Nitrofurantoina 100 mg (4 veces/día)</p> <p>Amoxicilina-clavulanico 500 mg (2-3 veces/día)</p> <p>Fosfomicina 3 g única dosis</p>
Seguimiento	<p>Repetir urocultivo luego de finalizado el tto antibiotico.</p>

[Página 88 – Recomendaciones para la practica del control preconcepcional]

- 8) Embarazo 26 semanas, resultado de PTOG: 145, considera:
- Solicita hb glicosilada para confirmar
 - Refuerza medida no fcológica y repite en 30 días
 - Comunica dbt gestacional e inicia control**
 - Repite prueba a las 30-33 semanas

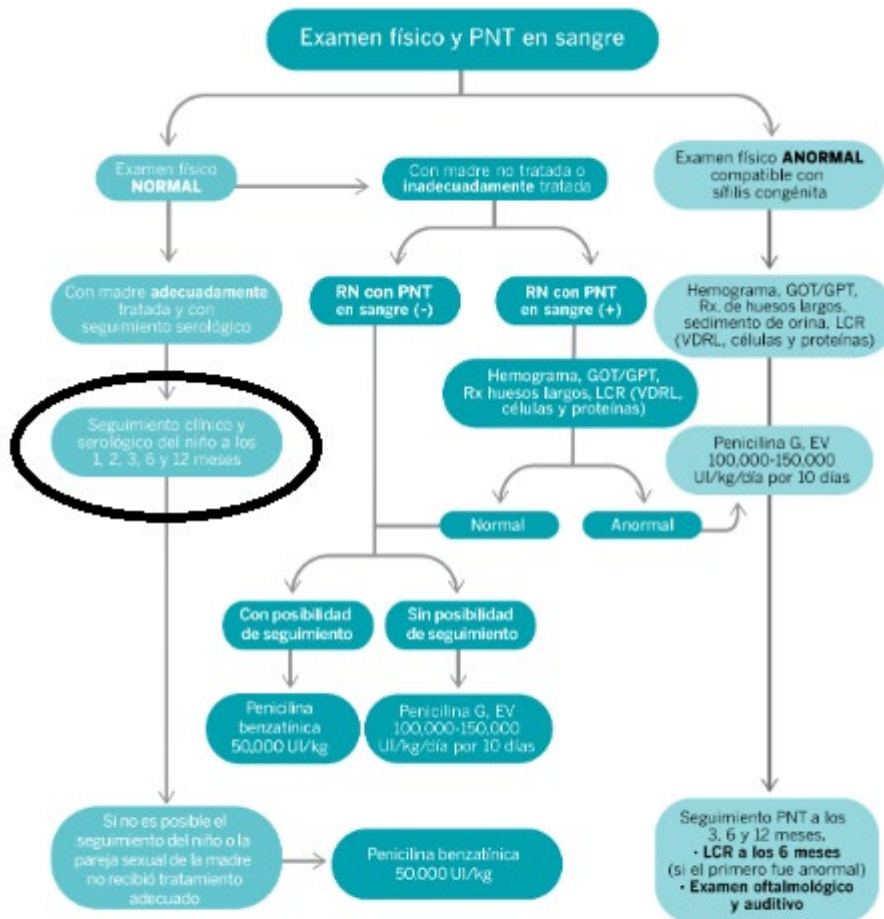


Un valor de glucemia plasmática a los 120 minutos de una prueba de tolerancia con 75 gramos de glucosa (P75) de 140 mg/dl o más (7,8 mmol/L), se considerará po-sitiva para diagnóstico de diabetes gestacional.

[Página 90 – Recomendaciones para la practica del control preconcepcional]

9) Mujer 25 presentó sífilis en embarazo, dg en semana 30, recibió 3 dosis de penicilina benzatínica separadas por una semana. Su pareja también recibió tto. Realizó control obstétrico hasta el parto. Hijo nacido a término, PAEG y EF normal. Conducta de seguimiento niño:

- A. Seguimiento clínico y serológico durante el 1er año
- B. Controles habituales del RN sano
- C. Seguimiento serológico, PL e imágenes
- D. Indicación de peni benzatínica para completar tto



Se considera a la madre adecuadamente tratada cuando:

- Se realizó el tratamiento con penicilina.
- Recibió 3 dosis separadas por una semana cada una.
- Se le administró la última dosis un mes antes del momento del parto.
- Tiene control de PNT cada 2 meses y luego, durante el seguimiento, posee títulos estables o en descenso (se considera normal los títulos de PNT que permanecen estables durante los primeros 3 meses de tratamiento y luego comienzan a descender).

[Página 51 –Guía de prevención de la transmisión perinatal de sífilis, hepatitis B y VIH]

10) Una mujer de 18 años, primigesta, embarazada de 35 semanas consulta por cefalea. En el examen físico se encuentra en buen estado general, afebril, tensión arterial de 140/110 mmHg, movimientos fetales positivos, frecuencia cardíaca fetal de 140 latidos/minuto, tono uterino normal, dinámica uterina negativa. En el examen vaginal no tiene pérdidas por genitales externos y se calcula un índice de Bishop de 3. Se le realizaron exámenes de laboratorio: hematocrito: 29%, hemoglobina: 10 g/dl, leucocitos: 8000/mm³, plaquetas: 100000/mm³, creatinina: 1.9 mg%, TGO\:

- A. Sulfato de mg, maduración pulmonar, solicitar nuevo laboratorio

B. Terapia antihipertensiva, sulfato de mg y cesárea

C. Terapia antihipertensiva sulfato de mg e induccion parto

D. Internación UTI para control de TA y eventual cesárea

ESTA PREGUNTA ESTA REPETIDA DEL EXAMEN UNICO 2020

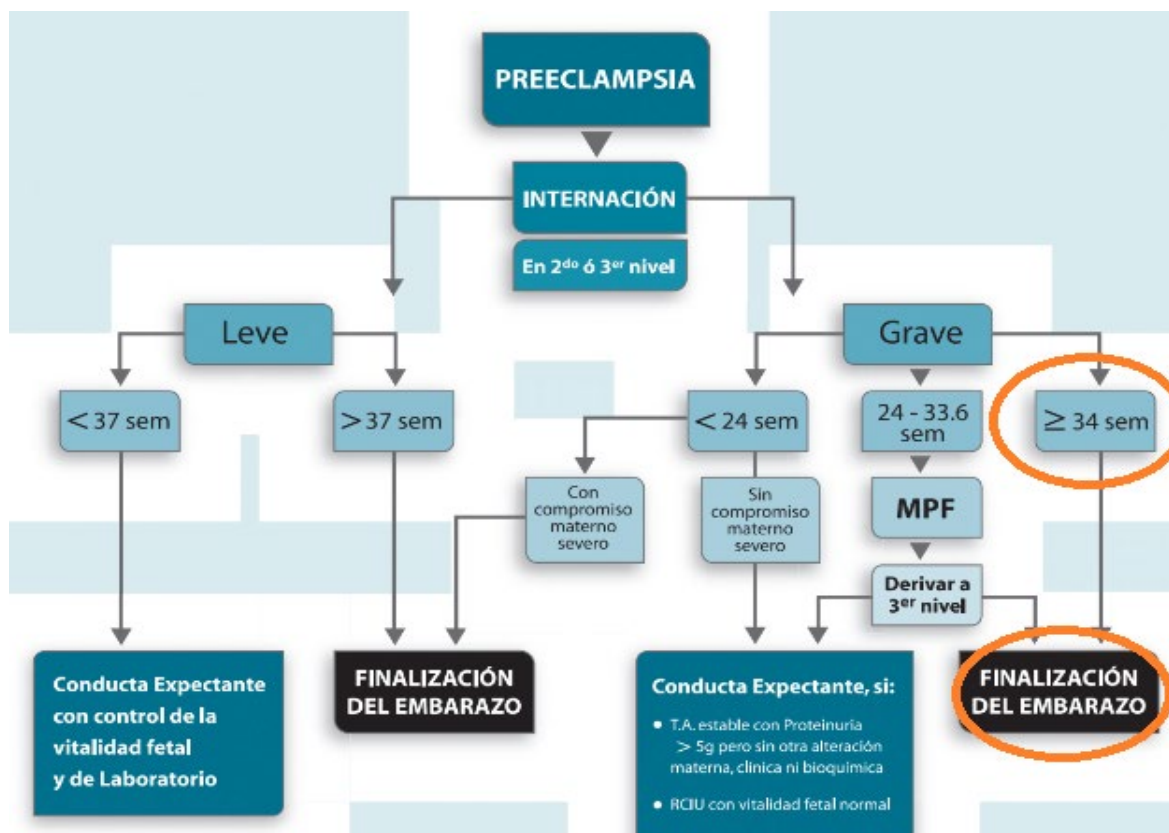
La paciente presenta un cuadro compatible con preeclampsia grave, que se define por:

* **CUADRO 9:** La preeclampsia grave es diagnosticada por uno o más de los siguientes signos o síntomas:

MANIFESTACIONES DE ENFERMEDAD GRAVE EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA	
<ul style="list-style-type: none"> • TA > 160 mm Hg sistólica > 110 mm Hg diastólica • Proteinuria > 5 g/24 horas • Aumento de creatinina > 0,9 mg% • Convulsiones (eclampsia) • Edema pulmonar o cianosis • Oliguria < 500 ml/24 hs 	<ul style="list-style-type: none"> • Hemólisis microangiopática • Trombocitopenia • Disfunción hepática • RCIU / oligoamnios severo • Síntomas de daño significativo de órganos blancos (cefalea, disturbios visuales y/o dolor en hipocondrio derecho/epigastrio, alteración del sensorio)

- Existe suficiente evidencia de que el **Sulfato de Magnesio** debe ser utilizado como droga de 1ª línea para la prevención de las convulsiones eclápticas en mujeres durante el embarazo, parto o puerperio con preeclampsia grave.
- El objetivo de tratar la hipertensión severa aguda es prevenir las potenciales complicaciones cerebrovasculares y cardiovasculares como la encefalopatía, la hemorragia cerebral y la insuficiencia cardíaca congestiva

Manejo de preeclampsia:



[Página 21 –Guía para el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en el embarazo]