

XXXIV CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

XII Congreso Sociedad Iberoamericana de Diagnóstico y Terapia Prenatal
V Congreso Chileno de Climaterio
I Congreso Chileno de Medicina Reproductiva
III Congreso Chileno de Ginecología Oncológica



CONTRIBUCIONES 2013



SEAMOS CONSECUENTES, ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

*Guerra F.A., Moore P., Mansilla J., Vogt S., Negrón R., Acuña E.
Unidad Materno-Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral
Clínica Alemana de Valdivia, Chile*

INTRODUCCIÓN

La ecografía obstétrica realizada por matronas a mujeres embarazadas normales en centros de atención primaria, es un hecho que ocurre, sin embargo en nuestra país no es completamente aceptado por la comunidad médica. El propósito de este estudio fue mostrar los resultados obstétricos de dos zonas, en una las matronas están autorizadas para realizar los estudios ecográficos a las mujeres embarazadas normales, frente a los centros en los que no se les permite a las matronas ejecutar estos exámenes.

MÉTODOS

Se estudiaron dos grupos de características poblacionales similares, todas embarazadas consultantes en centros de salud primaria de diferentes regiones del país, excluyendo la región metropolitana. El Grupo A: incluyó a 15 Centros de Atención Primaria de la Región de Los Ríos, en donde matronas capacitadas ejecutan las ecografías a embarazadas normales. El Grupo B: incluyó 30 Centros de Atención Primaria de otras regiones de Chile, en la que no está autorizado que matronas ejecuten exámenes ecográficos. Los datos fueron comparados usando la prueba no paramétrica de Mann-Whitney. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

En el Grupo A, las mujeres embarazadas acudieron al control obstétrico y a la ejecución de los estudios ecográficos en sus centros de salud más cercanos, y sólo si se sospechaba alguna complicación, o se determinaba que la paciente tenía algún factor de riesgo se derivaba a centros de mayor complejidad. En el Grupo B, los exámenes ecográficos fueron efectuados principalmente por médicos especialistas en obstetricia y ginecología (42%), por los médicos generales (28 %) y otros (médicos privados y matronas no capacitadas en ecografía obstétrica). El 52% de las pacientes del Grupo B debieron ser derivadas a unidades de alto riesgo para la ejecución de las ecografías.

La ecografía bajo las 11 semanas se efectuó en el 89 % vs 61% * (Grupo A vs Grupo B; * $p < 0.05$). La ecografía entre 11-14 semanas se realizó en el 92 % vs 41 % ($p < 0.05$). La ecografía durante el 2do trimestre se efectuó en el 95 vs 43 % ($p < 0.05$), y durante el 3er trimestre se efectuó en el 96 vs 43 % ($p < 0.05$). Edad gestacional dudosa se encontró 2,2 % vs 29,4 % ($p < 0.05$), y en el 67% de este último grupo, la edad gestacional se determinó en base a ecografías de 2do o 3er trimestre.

La detección de anomalías fetales se logró en 68 % vs 23 % ($p < 0.05$), y en el Grupo B las detecciones de anomalías fetales se hizo principalmente durante el 3er trimestre. La detección de embarazos múltiples antes de las 20 semanas fue efectuado en el 96% vs 44 % ($p < 0.05$), y en el Grupo B el 43 % la corionicidad no estaba bien establecida. La medición rutinaria de la longitud del cuello uterino se hizo en 88 % vs 12 % ($p < 0.05$). El Doppler de rutina de las arterias uterinas se realizó en 68 % frente a 11,6 % ($p < 0.05$). Los estudios ecográficos post inserción de dispositivos intrauterinos se realizó en el 98 vs 4 % ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES

Los centros de atención primaria en los cuales los estudios ecográficos son realizados por matronas bien capacitadas, y como una función delegada, tienen mejores resultados que en centros de atención primaria en las cuales no se les permite, y este examen es efectuado mayoritariamente por otros profesionales. La principal causa de las diferencias encontradas es probablemente el acceso de las pacientes a estos exámenes. Creemos que esta opción debe ser considerada en donde no existen especialistas o su número es insuficiente para la demanda asistencial.



CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL Y FACTORES PSICOSOCIALES EN ALUMNOS(AS) DE DOS LICEOS ESTATALES DE VALPARAÍSO

De La Torre, I2, Astorga, M1

1. Becada de Pediatría, Escuela de medicina Universidad de Valparaíso, 2. Obstetra y Ginecólogo, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

Basados en las encuestas de juventud publicadas por el Instituto nacional de la Juventud, (INJUV) quisimos conocer y describir la conducta sexual y sus factores de riesgo asociados en adolescentes de dos liceos emblemáticos de Valparaíso .

MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó un cuestionario anónimo y autoadministrado a la totalidad de los alumnos de cada Liceo, obteniendo luego un muestreo por conglomerado de 128 y 299 alumnos respectivamente.

RESULTADOS

Un 55% se considera feliz. Hay un alto grado de confianza en la familia (62%) y los amigos. Existe un bajo grado de confianza con profesores (7%). La calificación promedio a la comunicación que tiene con su madre es de 5. Y con su padre es de 3.9.

Sólo un 35% de los encuestados señaló lograr un alto grado de acuerdo con los Padres respecto a sexualidad y las relaciones de pareja. Un 13% refiere acoso sexual en el liceo. El 75% de los jóvenes encuestados ha consumido tabaco y alcohol, mientras que un 35% ha utilizado drogas como marihuana o pasta base.

El 52,7% de los encuestados ha tenido relaciones sexuales un con un promedio de edad de inicio de 14,5 años. Sólo un 44% de ellos utilizó algún método anticonceptivo en su primera relación sexual, siendo el preservativo el más escogido. (71%).

El 70% refiere conocer que son las Enfermedades de transmisión sexual y un 50% sabe la utilidad del PAP. Un 32% ha asistido a control con matrona y/o ginecólogo. El 3,3% tiene un hijo, con una edad promedio de 15,3 años y de su pareja 18,5 años al momento de ser padres.

CONCLUSIONES

La edad de inicio de actividad sexual es menor a lo publicado por Injuv para el país, con una menor utilización de métodos anticonceptivos. El consumo de drogas lícitas e ilícitas también registra una menor edad de inicio al comparar con datos publicados para el país.



MARCADORES BIOQUÍMICOS DE PRIMER TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO PRECOZ

*Kiekebusch G,1 Parra-Cordero M1,2, Sepulveda-Martinez A1, Rencoret G1,2, Díaz F1
Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,1
Hospital San Borja Arriarán.2*

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue evaluar si marcadores bioquímicos maternos se alteran durante el primer trimestre de embarazo y su rol como prueba de cribado para parto prematuro espontáneo (PPE) precoz.

METODOLOGÍA

Marcadores biofísicos (longitud cervical y Doppler de arterias uterinas) y bioquímicos (α -fetoproteína [AFP], matrix metaloproteínasa-9 [MMP-9] y receptor soluble-1 de TNF [TNF-R1] en plasma materno) fueron evaluadas a las 11-13 semanas de gestación en un estudio de caso-control que incluyó 16 gestantes que posteriormente desarrollaron PPE de menos de 34 semanas y 49 controles con parto posterior a las 34 semanas. La distribución de los marcadores biofísicos y bioquímicos medidos en ambos grupos fue comparado. Se utiliza un análisis de regresión logística para evaluar si alguna de las variables se asoció significativamente con PPE < 34 semanas.

RESULTADOS

Ni la longitud cervical, Doppler de arterias uterinas o el TNF-R1 se asociaron con PPE. Los niveles maternos de MMP-9 y AFP se correlacionaron significativamente con la edad gestacional al parto ($r=-0,28$ y $-0,26$, respectivamente). Sin embargo, la mediana de AFP a las 11-13 semanas fue el único marcador bioquímico evaluado en este estudio que fue significativamente mayor en mujeres con PPE < 34 semanas comparado con el grupo control (15,5 [12,8-28,7] vs 12,6 [5,6-20,4], $p=0,03$). El análisis de regresión logística demostró que AFP aporta una contribución significativa en la predicción de PPE < 34 semanas, siendo la tasa de detección, a una tasa fija de falso positivo de 10%, de alrededor de un 31%.

CONCLUSIÓN

En primer lugar, el hallazgo de este estudio que los niveles de MMP-9 y AFP se correlacionan inversamente con la edad gestacional al parto apoya la hipótesis que el PPE podría asociarse con una alteración de la remodelación de las arterias espiraladas y daño placentario. En segundo lugar, el incremento materno de AFP fue el único marcador que mejoró la tasa de detección de PPE durante el primer trimestre de embarazo.

Financiado por Fondecyt #1130668



EXPERIENCIA EN CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO EN POBLACIÓN INFANTIL, ADOLESCENTE Y MUJERES JÓVENES AFECTADAS POR PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

Ralph C1, Cuello M1, Zamboni M1, Wietstruck MA2, Rojas N2, Barriga F2, Pomés C1
1División de Obstetricia y Ginecología, 2Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica. Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad un número importante de niñas y adolescentes afectadas por cáncer sobreviven a dicha condición gracias al esquema de tratamiento indicado. Los cánceres más frecuentes a esta edad son Leucemias y Linfomas y para la mayoría de ellos su tratamiento involucra el uso de quimioterapia con múltiples drogas y/o radioterapia. Para la población sobreviviente, tales estrategias de tratamiento desafortunadamente conllevan un riesgo alto de daño irreversible del ovario o de falla ovárica prematura. Tal condición determina pérdida de la función hormonal y del potencial reproductivo. Para la primera existe la posibilidad de terapia de reemplazo hormonal. Sin embargo, para la segunda, cuando se trata particularmente de niñas premenárquicas, las opciones se limitan a usar esquemas terapéuticos que tengan menos riesgo de daño ovárico o eventualmente usar estrategias de protección ovárica durante su administración que reduzcan el daño inducido. Ambas estrategias tienen una baja tasa de éxito en términos reproductivos. En la última década los esfuerzos se han centrado en preservar tejido ovárico u oocitos en esta población. Para adolescentes y mujeres jóvenes en quienes la condición oncológica lo permite, la mejor alternativa está en vitrificar oocitos. Sin embargo, en niñas premenárquicas, la mejor opción está en criopreservar tejido ovárico.

OBJETIVOS

El objetivo del presente estudio fue revisar la experiencia acumulada por nuestro centro en criopreservación de tejido ovárico en niñas, adolescentes y mujeres jóvenes las cuales ya sea por edad, gravedad de su patología oncológica u objeción religiosa no era factible llevar a cabo vitrificación de oocitos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de cáncer en tratamiento con quimioterapia o radioterapia, que accedieron a criopreservación de su tejido ovárico en nuestro servicio, durante el periodo de Mayo 2007 a Mayo 2013. Se analizaron los aspectos quirúrgicos (vía de abordaje, tiempo operatorio, factibilidad de obtener tejido ovárico, complicaciones, estadía hospitalaria, tiempo al inicio de la terapia oncológica) y el seguimiento de la población tratada a la fecha.

RESULTADOS

Anualmente en la Pontificia Universidad Católica de Chile se reciben aproximadamente 10-15 pacientes nuevas menores de 20 años afectadas de patología oncológica, que son diagnosticadas o referidas para tratamiento en nuestro Centro. En el periodo comprendido entre 2007-2013 un total de 15 pacientes fueron sometidas a criopreservación, número que representa aproximadamente el 22% del total de los casos de niñas y adolescentes incorporadas en dicho período. Diversas razones explican el bajo porcentaje de casos objeto de criopreservación, entre ellas: razones económicas (procedimiento no cubierto por plan AUGE), rechazo de los padres a criopreservar, pacientes menores de 6 años o con patologías en las cuales no está considerado realizar el procedimiento (por el tipo de tratamiento usado), falta o entrega inoportuna de información y condición clínica de la paciente. De los casos evaluados en nuestro centro, el 100% de las criopreservaciones se realizaron por vía laparoscópica con un tiempo promedio de 45 minutos (rango 25-60 minutos). En sólo uno de los casos no fue posible realizar la criopreservación y la principal causa fue por síndrome adherencial que limitaba el acceso a los ovarios. No hubo complicaciones intraoperatorias. La estadía hospitalaria promedio al momento de realizar la criopreservación fue de 1 día, pero hay que considerar que las pacientes la mayoría de las veces deben permanecer más días hospitalizadas para iniciar la quimioterapia. El costo atribuible a la criopreservación fue 300 dólares incluyendo 4 horas de trabajo de tecnólogo médico y 150 dólares por manutención anual. A la fecha el 46% de las pacientes sometidas a criopreservación se mantiene viva.

CONCLUSIONES

La criopreservación ovárica por vía laparoscópica es una técnica segura que no retrasa el inicio del tratamiento y que permite mantener la esperanza de fertilidad futura a pacientes oncológicas en quienes otras alternativas no son factibles.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Soto Mj1, Pertossi E1, Valdivieso J2, Goity C3, Troncoso M3

1. Interno de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile 2. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes 3. Médico, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

El embarazo adolescente se define como embarazo en mujer ≤ 19 años. Su prevalencia ha sido variable a lo largo del tiempo, con una disminución de esta entre los 18 y 19 años, pero un aumento entre los 10 y 14 años. La prevalencia en Chile es variable, pero se estima un 15,2%. El embarazo adolescente se asocia a un aumento de las complicaciones obstétricas perinatales dado que presentan mayor riesgo de anemia, SHE, eclampsia, prematuridad, parto instrumental y recién nacido de bajo peso. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia del embarazo adolescente y sus complicaciones obstétricas y perinatales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se extrajo de la base de datos de Hospital Parroquial de San Bernardo todos los partos ocurridos entre el mes de agosto del 2012 al 2013. Se seleccionó a los pacientes con embarazos adolescentes obteniendo la edad de la paciente, fórmula obstétrica, edad gestacional, vía de parto y su indicación, APGAR, peso y talla del recién nacido (RN).

RESULTADOS

Entre agosto 2012 y agosto del año 2013 se atendieron 2.270 partos, de los cuales 304 partos fueron de madres adolescentes, correspondiendo a un 13,4% del total. La distribución por edad fue de un 9,5% en menores de 15 años, 29,9% entre 16 y 17 años y 60,5% entre 18 y 19 años. La paridad no fue posible de analizar dado la existencia de datos incompletos. En cuanto a la vía de parto en adolescentes un 31,3% fue por cesárea y un 68,7% parto vaginal, siendo el 11,2% partos instrumentales. El 32,6% de las cesáreas fueron de urgencia, siendo las indicaciones más frecuentes la prueba de trabajo de parto fracasada (35,4%), desproporción cefalo-pélvica (19,4%), PES-Eclampsia (12,9%), podálica (12,9%) y macrosomía (6,5%) entre otros. En cuanto al resultado perinatal, el 11,5% fueron recién nacidos pre término, 15,8% post término y 72,7% recién nacido de término. El peso mínimo fue de 750grs y el máximo de 4680grs, siendo un 7,6% recién nacidos bajo o. El APGAR al minuto fue ≥ 6 en 93,8% y a los 5 minutos fue ≥ 8 en 97,7% de los recién nacidos. El APGAR mas bajo fue de 1 al minuto y a los 5 minutos, pero no se especifica su causa.

CONCLUSIÓN

El embarazo adolescente es un problema de salud pública, ya que se asocia a mayores complicaciones obstétricas y perinatales. La prevalencia obtenida es similar a la descrita en la literatura. En cuanto a las complicaciones se ve que existe un alto porcentaje de cesáreas de urgencia en comparación con la población general, siendo sus principales indicaciones la prueba de trabajo de parto fracasada, desproporción cefalo-pélvica y PES. En cuanto, al bajo peso al nacer en este estudio se encontró una prevalencia menor (7,6%) a la descrita en la literatura para adolescentes (18%).



RELACIÓN ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL, AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y PESO DEL RECIEN NACIDO

Leiva P.1, Galaz J.2, Kottmann C.3, Figueroa H.3.

(1) Interna 7° Medicina, Universidad de los Andes.

(2) Alumno 5° Medicina, Universidad de los Andes.

(3) Gineco-obstetra Hospital Parroquial de San Bernardo. Profesor Ginecología y obstetricia. Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN

El sobrepeso u obesidad en pacientes embarazadas tienen un rol importante en el desarrollo de patologías propias del embarazo así como en las repercusiones a nivel fetal. El Índice de Masa Corporal (IMC) es una de las formas de objetivar estos parámetros. Nuestro objetivo es establecer el impacto que tiene el aumento de peso materno durante el embarazo sobre el neonato.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes embarazadas atendidas en la Unidad de Medicina Materno-Fetal del Hospital Parroquial de San Bernardo. Se midió la talla y el peso tanto en el primer control del embarazo como al final de este, calculando el IMC. Luego del parto, se obtuvieron los pesos de los recién nacidos (RN). Los datos obtenidos fueron analizados mediante una regresión lineal simple, relacionando el peso del recién nacido (RN) con el IMC inicial (IMCi), IMC final (IMCf) y ganancia de peso durante el embarazo.

RESULTADOS

Del total de pacientes evaluadas, se excluyó aquellas pacientes que cursaban con un embarazo gemelar (n=2), quedando seleccionadas 145 pacientes. La regresión lineal muestra una asociación estadísticamente significativa entre el peso de los RN, la ganancia de peso durante el embarazo [$p=0.007$, IC 95% (5.90-37.34)] y el IMCf [$p=0.03$, IC 95% (1.59-35.91)]. La relación con el IMCi no es estadísticamente significativo ($p=0.3$)

CONCLUSIÓN

Tanto el aumento de peso durante el embarazo así como el IMC al final de este se correlaciona significativamente con el peso del RN. Es por esto que el control adecuado del peso materno durante la gestación es de gran importancia.



GESTACIÓN ADOLESCENTE: UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

Calderón, F

*Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso
Departamento de Salud Pública, FEUV*

INTRODUCCIÓN

La gestación adolescente, hoy en día, constituye un desafío para el Sistema Público de Salud, estudios demuestran que la maternidad adolescente está por encima del 20% en América Latina, relacionándose estrechamente con las condiciones socioeconómicas de este grupo etario, a lo cual Chile no está exento. Las cifras de gestaciones adolescentes en Chile han aumentado desde el 2005 (15,6% a 16,1% desde el 2005 al 2009) en madres adolescentes menores de 15 años y jóvenes entre 15 a 19 años.

El objetivo general de la investigación es identificar aquellas características psicológicas, sociales, familiares que poseen las gestantes adolescentes en estudio e identificar el grado de satisfacción de ellas en relación a la atención otorgada en salud.

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional – descriptivo, en donde se utilizó un instrumento autoaplicado con 20 preguntas cerradas y escalas de likert, divididas en dos secciones, una de características de la gestante y la segunda de grado de satisfacción de la atención otorgada. El consentimiento informado se aplicó a las adolescentes mayores o igual a 18 años, mientras que las menores de edad tal documento era visado por el familiar o adulto que la acompañaba en sus controles.

El universo fue de 90 gestantes adolescentes que se encuentran en controles prenatales en 5 consultorios y CESFAM (centro de salud familiar) de Viña del Mar.

Los criterios de inclusión utilizados para tal estudio fueron primigestas, gestantes menores de 19 años y aquellas no que habían estado hospitalizadas por causas gineco obstétricas durante su actual gestación. Mientras que los de exclusión son gestantes multíparas, mayores de 19 años y que hayan estado hospitalizadas por causas obstétricas o ginecológicas durante su actual gestación.

RESULTADOS

Entre los resultados relevantes se encuentra la edad promedio de las gestantes del estudio (15,5 años), gestación planificada por 6 adolescentes (6,6%) y aceptada por 78 jóvenes (86,6%), el consumo de cigarros (23,3%), drogas (en general) (26,6%), y alcohol (36,6%) al momento de la investigación; episodios de relación sexual forzada en 9 gestantes (10%) y la idea de abortar por parte de la adolescente (23,3%), del progenitor (40%) y de sus familias (36,6%). En relación a los grados de satisfacción de las gestantes, un 23,3% se encontraba satisfecha con la atención otorgada en el cesfam o consultorio y un 40% satisfecha con la atención otorgada por el profesional matrona matron. Del total de 20 preguntas que consistía el instrumento, ninguna fue omitida con un total de 100% de interrogantes respondidas.

CONCLUSIONES

Las conclusiones más relevantes están en la importancia de conocer el perfil psicosocial de las adolescentes gestantes, al conocer estos rasgos en las jóvenes orienta a un mejor diagnóstico de la situación que se vive actualmente y donde orientar las Políticas Públicas en este problema de salud. Además la importancia de un trabajo multidisciplinario en este problema de Salud Pública chileno, que involucra desde la educación en salud sexual y reproductiva desde las familias y los profesionales necesarios.



CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN EN EL AÑO 2012

Loyola, Nicole¹. De La Torre, Ignacio^{2,3}

1 Interna Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso

3 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

ANTECEDENTES

El embarazo en mujeres mayores de 35 años ha aumentado en el último tiempo y con ello las patologías maternas y resultados perinatales adversos asociados. En Chile se estima una incidencia de 16,44%, muy semejante a las tasas observadas en países desarrollados.

OBJETIVO

Caracterizar a las gestantes mayores de 35 años y los riesgos maternos y perinatales relacionados.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectiva de los partos atendidos en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB) durante el año 2012. Se excluyeron las mujeres menores de 20 años. Los datos se obtuvieron a partir del Sistema Informático Perinatal (SIP). Las variables recolectadas fueron edad materna, hipertensión arterial, preeclampsia, eclampsia, diabetes gestacional, rotura prematura de membranas, restricción del crecimiento fetal, tipo de parto, edad gestacional al parto, peso del recién nacido, puntaje apgar, síndrome de distres respiratorio neonatal y defectos congénitos. El análisis estadístico se realizó con el programa Stata 10.0.

RESULTADOS

De un total de 2135 partos en mujeres mayores de 20 años, 326 (15,27%) de ellos fue en mayores de 35 años. Se encontró un aumento significativo en la incidencia de hipertensión arterial (11,4% v/s 3,55%), preeclampsia (7,1 v/s 4,5%), diabetes gestacional (11,4 v/s 4,9%), parto prematuro (25,8% v/s 18,03%), cesárea (47,69% v/s 34,2%) y apgar menor a 7 puntos a los 5 minutos (3,41 v/s 1,39%). Al realizar el análisis por subgrupo de primigestas versus multíparas, se encontró un aumento significativo en la incidencia de HTA (17 v/s 11,4%), diabetes (17,8 v/s 4,9%), parto prematuro (58 v/s 25%) y parto cesárea (72 v/s 58%).

CONCLUSIÓN

La incidencia de embarazo en mujeres mayores de 35 años en el HCVB es similar a la reportada en Chile. Dado el aumento significativo de patologías maternas y resultados perinatales adversos en este grupo etario, especialmente en primigestas, se hace necesario un control precoz, idealmente con planificación del embarazo y derivación oportuna al nivel secundario y terciario de atención de salud.



VIABILIDAD DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DE 15 AÑOS O MENOS EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Jeria R¹, Valdivieso J², DeAlvarado M, Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.

¹Internos medicina Universidad de los Andes

²Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes

³Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del embarazo adolescente varía enormemente a nivel mundial, en Estados Unidos se estima que alcanza 34/1000 embarazos. Esta condición se considera un embarazo patológico debido a que se han reportado más riesgos tanto maternos como fetales. De estos destacan; la anemia, eclampsia, proteinuria, infecciones urinarias, el parto prematuro, entre otros. Se ha visto que el mayor riesgo se concentra en el grupo entre 13-15 años de edad. Al investigar la tasa de cesáreas de estas pacientes se observa que tienen una menor tasa en comparación a las mujeres adultas tanto en las cesáreas electivas como en las de urgencia.

OBJETIVOS

Describir las características de las pacientes embarazadas de 15 años o menos en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB). Determinar la tasa de cesáreas en este grupo de pacientes, comparada con la tasa recomendada por la OMS.

Materiales y métodos: Se analizaron los datos de pacientes de 15 años de edad o menos que cursaron con su trabajo de parto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB), en el período desde 01 de Enero de 2011 hasta el 14 Agosto de 2013. Se analizaron los datos de las pacientes en relación a su edad al momento del parto, la edad gestacional al momento del parto, y el número de cesáreas realizadas en este grupo y su indicación (urgencia o electiva).

RESULTADOS

Del total de pacientes (n=5437), el 1,43% de los embarazos (n=78) ocurrieron en mujeres de 15 años o menos. El promedio de edad fue de 14,7 años, en un rango entre 13 a 15 años. El 8,9% (n=7) de los partos correspondieron a partos prematuros. La edad gestacional con mayor cantidad de partos fue de la semana 38 a 38 más 6 días, con un porcentaje de 33,3% (n=26), con una variación entre las 29 más 1 y las 41 semanas. La tasa global de cesáreas en este grupo fue del 11,5% (n=9) de las cuales el 88,8% (n=8) fueron de urgencia y el 11,1% fue electiva (n=1).

DISCUSIÓN

Al revisar los datos se evidencia que la tasa de embarazo en mujeres menores de 15 años en el HPSB es de 1,43%, lo cual se asemeja a lo estimado por la literatura. Esta cifra es importante, ya que, a pesar de ser un bajo porcentaje de los partos, el embarazo en adolescentes se asocia a mayores riesgos obstétricos, por lo que es de suma importancia estudiar esta población. Se pudo observar que la tasa de partos prematuros no fue mayor a la descrita en la literatura (8,9 v/s 10%). La tasa registrada de cesáreas en este grupo fue sorprendentemente baja alcanzando un valor de un 11,5%, de las cuales tan solo 1 fue electiva. De esto se puede concluir que el parto vaginal es una alternativa viable en las pacientes embarazadas menores de 15 años.



SUPEROBESIDAD MATERNA Y RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS

Moreno JA1, 2, Armijo R3, Sepulveda F3, Papuzinski C3, Cid L3

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.

2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso,

3 Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

La superobesidad corresponde a la existencia de un IMC ≥ 50 , clasificación surgida recientemente, por lo cual su impacto no ha sido estudiado aún de forma exhaustiva. OBJETIVO: El propósito de este estudio es determinar las complicaciones perinatales que presentaron las gestantes superobesas atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre los años 2003 -2010, comparándolas con las presentadas por aquellas con un $30 < \text{IMC} < 50$. ESTUDIO: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de cohorte de los nacimientos registrados por el SIP (Sistema Informático Perinatal), en el lugar y periodo de tiempo mencionados. Fueron excluidas todas las pacientes con un IMC inferior a 30.

RESULTADOS

Hubo 3049 casos que cumplieron con los criterios de inclusión, de los cuales se incluyen 20 superobesas, quienes fueron significativamente más propensas a desarrollar preeclampsia OR 4.32 (IC 95% 1.33 – 12.31) y hospitalización en el embarazo actual OR 2.90 (IC 95% 1.08 – 7.81), en relación al otro grupo. Además destaca que el 60% de las superobesas presentó HTA crónica y un 5.26% infección puerperal. Para Diabetes gestacional y macrosomía no se observaron diferencias entre el grupo de pacientes obesas, obesas morbidas y superobesas.

CONCLUSIÓN

Las pacientes superobesas presentan una alta tasa de complicaciones del embarazo, dentro de las cuales destacan los síndromes hipertensivos y la Preeclampsia como cuadro de mayor prevalencia que en pacientes obesas u obesas morbidas. Se requiere un tamaño muestral mayor de pacientes superobesas para obtener mayor fuerza estadística para algunas variables. El constante crecimiento del grupo de pacientes obesas y en especial superobesas, hace pertinente el desarrollo de investigaciones que permitan dilucidar, clarificar y profundizar los riesgos a los cuales se ven enfrentadas las pacientes en esta condición.



INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS DE LA GESTANTE EN LA POBLACION DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AREA SUR-ORIENTE DE SANTIAGO (2003-2012)

María Luisa Garmendia 1; Juan Pedro Kusanovic 2,3,4; Marcela Araya1; Camila Corvalán1; Karla Silva2; Paola Casanello4; Michael Velten5; Macarena Mayol5; Christian Figueroa3; Ricardo Uaury 1,4 Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)1; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)2; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río3; Pontificia Universidad Católica de Chile4; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente5.

INTRODUCCIÓN

Contar con información representativa a nivel nacional sobre patologías asociadas a la gestación y complicaciones obstétricas es fundamental para evaluar cambios y analizar el impacto de políticas públicas. El objetivo de este trabajo es describir la incidencia y tendencia de las principales patologías maternas durante la gestación en embarazadas atendidas en el Hospital Dr. Sótero del Río del Area Sur-Oriente de Santiago durante los años 2003 a 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron 69976 registros de embarazadas que corresponden al universo de embarazadas que atendieron su parto entre los años 2003 y 2012 en el Hospital Dr. Sótero del Río. La población se caracterizó de acuerdo a edad (años), talla (m), peso (kg), índice de masa corporal (IMC, peso (kg)/talla (m²)), estado nutricional preconcepcional (bajo peso, normal, sobrepeso y obesidad) y ganancia de peso (kg) durante el embarazo. Se calcularon las incidencias acumuladas e intervalos de confianza al 95% de las principales patologías maternas asociadas a embarazo, entre ellas: diabetes gestacional, hipertensión arterial (HTA) gestacional, preeclampsia, corioamnionitis clínica, síndrome de Hellp, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, colestasia intrahepática del embarazo y cesárea. El análisis de la tendencia en el tiempo se realizó a través de modelos de regresión de Prais-Winsten.

RESULTADOS

La edad promedio de las embarazadas fue de 26 años (DE= 7), la talla promedio fue de 1,57 m (DE= 0,06), el peso pregestacional fue 62,9 kg (DE= 12,4) y el IMC pregestacional fue de 25,4 kg/m² (DE=4,8). 45% de la mujeres presentaron exceso de peso al inicio del embarazo (16% de ellas obesidad) y la ganancia de peso promedio durante el embarazo fue de 13,5 kg (DE= 6,5). Las prevalencias encontradas fueron las siguientes: diabetes gestacional 3,1%, HTA gestacional 1,8%, preeclampsia 2%, corioamnionitis clínica 1%, colestasia intrahepática del embarazo 0,7%, placenta previa 0,2%, desprendimiento prematuro de placenta 0,6%, síndrome de Hellp 0,2%, cesárea 27%. La diabetes gestacional, el síndrome de Hellp y los partos por cesárea mostraron una tendencia al aumento en la década analizada (Tabla 1).

Tabla 1. Incidencia de principales patologías de la gestante. Hospital Dr. Sótero del Río, años 2003-2012 (n=69976)

	Incidencia acumulada % (IC 95%)		
	Años 2003-2012 N= 69976	Año 2003 N= 7299	Año 2012 N= 6690
Diabetes gestacional	3,1 (3,0 - 3,2)	2,4 (2,0 - 2,7)	3,1 (2,7 - 3,5)
Hipertensión gestacional	1,8 (1,7-1,8)	2,2 (1,9 - 2,5)	1,5 (1,2 - 1,8)
Síndrome <u>Hellp</u>	0,2 (0,2 - 0,3)	0,1 (0,04 - 0,2)	0,2 (0,1 - 0,4)
Pre-eclampsia	2,0 (1,9 - 2,1)	1,6 (1,3 - 1,9)	1,4 (1,1 - 1,7)
Corioamnionitis clínica	1,0 (0,9-1,7)	1,0 (0,8 - 1,2)	0,5 (0,3-0,7)
Colestasia intrahepática del embarazo	0,7 (0,6-0,8)	0,7 (0,5 - 0,9)	0,2 (0,1 - 0,4)
Placenta previa	0,2 (0,2 - 0,3)	0,3 (0,2 - 0,4)	0,1 (0,06 - 0,2)
Desprendimiento prematuro de placenta	0,6 (0,6 - 0,7)	0,7 (0,5 - 0,9)	0,6 (0,4 -0,8)
Cesárea	26,7 (26,4 -27,0)	20,7 (19,8 - 21,6)	31,5 (30,4 - 32,6)

CONCLUSIONES

Este trabajo muestra por primera vez en Chile las prevalencias y tendencia de las principales patologías maternas asociadas al embarazo en una muestra representativa de mujeres chilenas de medio y bajo nivel socio-económico.



ALARMANTE CAMBIO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CHILENAS DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO

Juan Pedro Kusanovic 1,2,3 ;Marcela Araya4; María Luisa Garmendia 4; Camila Corvalán4; Karla Silva1; Paola Casanello3; Michael Velten5; Macarena Mayol5; Christian Figueroa2; Ricardo Uauy 3,4
 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)1; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río2; Pontificia Universidad Católica de Chile3; Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)4; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente5.

INTRODUCCIÓN

La evidencia ha mostrado que la paridad es un importante factor de riesgo de obesidad en la mujer en edad fértil debido a su rol en la retención de peso postparto. El objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios en el estado nutricional durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo y medio nivel socio-económico atendidas en el Hospital Dr. Sótero del Río del Area Sur-Oriente de Santiago entre los años 2003 y 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizó 59574 registros de embarazadas que atendieron su parto en el Hospital Dr. Sótero del Río, los cuales corresponden al universo de partos atendidos entre los años 2003-2012. Se registró edad (años), peso al inicio y al final del embarazo (kg), talla (m2), ganancia de peso durante el embarazo (kg) y año de parto. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el peso (kg)/talla2 (m2). El estado nutricional al inicio y al final del embarazo (por edad gestacional) se categorizó según IMC en: Bajo Peso < 20 kg/m2, Normal entre 20 y 24,9 kg/m2, Sobrepeso entre 25 y 29,9 kg/m2 y Obesidad ≥ 30 kg/m2, de acuerdo a los puntos de corte del estándar de IMC por edad gestacional que se utiliza actualmente en Chile. Resultados: La edad promedio de las gestantes fue 26 años (DE=7,1), peso pregestacional 62,9 kg (DE= 12,4), talla 1,57 m (DE= 0,06 m), IMC pregestacional 25,4 kg/m2 (DE= 4,6) y la ganancia de peso fue de 13,5 kg (DE= 6,5 kg). 45% presentaron exceso de peso al inicio del embarazo versus 62% al final del embarazo (Tabla 1). Una de cada tres gestantes con estado nutricional normal al inicio del embarazo pasaron a sobrepeso y a su vez una de cada tres gestantes con sobrepeso pasaron a ser obesas (Tabla 2). La obesidad aumentó en promedio un 80%.

Tabla 1. Cambio en el estado nutricional entre el inicio del embarazo y el parto. Hospital Sótero del Río, años 2003-2012.

Estado nutricional	Inicio embarazo % (n)	Parto* % (n)	p-value
Bajo peso (IMC< 20 kg/m ²)	8,6 (5146)	6,9 (4101)	< 0.0001
Normal (IMC 20-24,9 kg/m ²)	46,2 (27525)	31,2 (18589)	< 0.0001
Sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m ²)	29,3 (17473)	33,5 (19941)	< 0.0001
Obesidad (IMC > 30 kg/m ²)	15,8 (9430)	28,4 (16943)	< 0.0001

*IMC Ajustado por edad gestacional

Tabla 2. Cambio en el estado nutricional entre el inicio del embarazo y el parto por estado nutricional al inicio del embarazo. Hospital Sótero del Río, años 2003-2012.

Estado nutricional al inicio del embarazo		Estado nutricional al parto ajustado por edad gestacional			
		Bajo peso % (n)	Normal % (n)	Sobrepeso % (n)	Obesidad % (n)
Estado nutricional al inicio del embarazo	Bajo peso (IMC<20 kg/m ² , n=5146)	46,2 (2379)	48,8 (2509)	4,7 (240)	0,4 (18)
	Normal (IMC 20-24,9 kg/m ² , n=27525)	6,2 (1707)	51,9 (14288)	36,6 (10060)	5,3 (1470)
	Sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m ² , n=17473)	0,09 (15)	10,2 (1781)	50,1 (8745)	39,7 (6932)
	Obesa (IMC > 30 kg/m ² , n=9430)	0 (0)	0,1 (11)	9,5 (896)	90,4 (8523)

CONCLUSIONES

En mujeres gestantes chilenas usuarias del sistema público de salud se encontró una alarmante ganancia de peso durante el embarazo. Son necesarias intervenciones dirigidas a evitar una ganancia de peso excesiva durante el embarazo así como para lograr recuperar el peso pregestacional.



RESULTADO PERINATAL DE EMBARAZOS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL SEVERO DIAGNOSTICADO ANTES DE LAS 28 SEMANAS EN COMPLEJO ASISTENCIAL SOTERO DEL RIO: 2008-2013

*Valdés R, Martinović C, Riquelme N, Catalán C, Gutiérrez V, Vargas P, Pons A, Sepúlveda E, Córdova V, Ferrer F, Díaz F, Silva K, Figueroa C, Kusanović JP.
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF).
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río.
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La Restricción de Crecimiento Fetal (RCF) es la segunda causa más importante de mortalidad perinatal, siendo superada sólo por el parto prematuro. Los recién nacidos menores de 1500 gramos tienen 70 a 100 veces más probabilidad de un resultado perinatal adverso y se asocia con el desarrollo de patología cardiovascular, neurológica y metabólica en la vida adulta. Si bien su prevalencia es baja, la asociación entre RCF severo precoz y la necesidad de un parto prematuro como parte de su manejo hacen que esta condición tenga una altísima morbimortalidad. El objetivo de este estudio es describir el resultado perinatal de fetos con RCF severo diagnosticado <28 semanas en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis se basó en la revisión retrospectiva de las fichas pertenecientes a 42 pacientes embarazadas con el diagnóstico de RCF severo diagnosticado <28 semanas de gestación, admitidas en el Hospital Dr. Sótero del Río entre el 1 de Enero de 2008 y el 31 de Agosto de 2013. Fueron excluidas del análisis 4 pacientes por embarazos gemelares, 3 por malformaciones congénitas y 2 por falta de datos en registros clínicos. Se analizó la asociación con otras patologías del embarazo, días de latencia entre el diagnóstico y el parto, causa de interrupción del embarazo, vía de parto, recién nacidos con Apgar < 7 a los 5 minutos y la morbimortalidad perinatal según edad gestacional y peso al nacer.

RESULTADOS

La prevalencia de embarazos con RCF severo <28 semanas fue de 0,1% (42/40.337). La mediana de edad gestacional de ingreso y al momento del parto en semanas fue de 25.6 (17.6-28.1) y 27.3 (24-32.7) semanas /días respectivamente. La mediana de los pesos de los recién nacidos fue de 610 gramos, con un rango entre 410 y 1200 grs. La tasa de muerte fetal fue del 12% (4/33), mientras que la mortalidad perinatal global fue de un 36% (12/33). Un 24% (7/29) de los recién nacidos obtuvo un Apgar < 7 a los 5 minutos. La distribución de mortalidad perinatal según peso al nacer se clasificó en 3 grupos: 1) <600 grs: 60% (9/15); 2) 600-700 grs: 17% (1/6) y 3) >700 grs: 17% (2/12). La distribución de la mortalidad perinatal según edad gestacional al nacer, se clasificó en 4 grupos: 1) 24 a 26 semanas: 78% (7/9); 2) 26 a 28 semanas: 27% (3/11); 3) 28 a 30 semanas: 20% (2/10) y 4) >30 semanas: 0% (0/3). La morbilidad neonatal global fue la siguiente: Sd. distress respiratorio 79% (23/29), sepsis en 52% (15/29), hemorragia intracraneana 41% (12/29), hemorragia pulmonar 21% (6/29) y displasia broncopulmonar 34% (10/29). Se realizó el análisis de morbilidad neonatal según peso de nacimiento y edad gestacional.

CONCLUSIONES

Los fetos con RCF severo diagnosticados <28 semanas tienen una mortalidad perinatal de 36%. La mayoría de los resultados adversos perinatales se dan en las pacientes cuyo parto ocurre entre las 24-26 semanas o cuyo recién nacido pesa <600 grs. La RCF severa-precoz, es una patología de difícil manejo y que requiere una evaluación materno-fetal estricta. El SDR es la complicación neonatal que se asocia con mayor frecuencia (79%) a esta condición.



CRIBADO DE PREECLAMPSIA PRECOZ COMBINANDO PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Sepúlveda-Martínez A.1, Tobar H.1, Rubilar M.a, Galleguillos F.a, Guiñez R.1,
Díaz F.1, Kiekebusch G.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,2
1Hospital Clínico Universidad de Chile,
2Hospital Clínico San Borja Arriarán, a Internos Medicina Facultad de Medicina Universidad de Chile.

OBJETIVO

Determinar la capacidad de detección de preeclampsia (PE) precoz a través de combinar cribado de primer y segundo trimestre de la gestación.

METODO

Estudio longitudinal en 4063 embarazos únicos que acudieron a la Unidad de Medicina Fetal a realizarse una ecografía de 11+0-13+6 y 20+0-24+6 semanas que incluyó la determinación de riesgo de PE precoz a través de la combinación de historia clínica y Doppler de arterias uterinas (AUt) en el primer trimestre y solo este último en el segundo trimestre de la gestación. Las características maternas, médicas e historia obstétrica fueron ingresados contemporáneamente en una base de datos (Astraia). Se empleó el modelo predictor de PE precoz de primer trimestre generado en nuestra Unidad, el cual tiene una sensibilidad de 60% con una tasa de falsos positivos de 10% (incluye: IMC, antecedente de hipertensión crónica y/o trombofilia, antecedente de PE en embarazo previo y Doppler de arteria uterina). Basado en este modelo, un riesgo estimado por el modelo de PE precoz igual o superior al 2,1% corresponde al 10% de la población. Posteriormente, estas mismas pacientes fueron reevaluadas a las 20+0-24+6 semanas, incluyendo un Doppler de las arterias uterinas, y re-clasificadas en un grupo de riesgo de PE precoz de acuerdo al valor del índice de pulsatilidad (IP) promedio de las AUt. Se consideró de riesgo aquellas embarazadas con un IP promedio superior al percentil 95 (IP=1,50). Finalmente, se estimó el el grupo de estudio el número de pacientes que serían seleccionadas en riesgo de acuerdo a la combinación de ambos modelos predictores.

RESULTADO

En la población de embarazadas con ambas ecografías hubo 129 embarazadas que desarrollaron PE (3,2%), de ellas 26 (0,6%) fueron catalogadas como PE precoz, definidas como el parto <34 semanas. Al aplicar independientemente el modelo predictor de riesgo de PE precoz en el primer y segundo trimestre la sensibilidad fue de 42,3% (n=11/26) y 80,8% (n=21/26), y las tasas de falsos positivos de 9,5% y 5,2%, respectivamente.

Al combinar ambos modelos en este grupo de estudio, 387 embarazadas fueron catalogadas en riesgo de desarrollar PE precoz (9,5%) en el primer trimestre. Posteriormente, cuando este grupo de pacientes fue re-evaluado en el segundo trimestre por medio del Doppler de arterias uterinas, solo 72 pacientes fueron re-clasificadas en riesgo de desarrollar PE precoz (1,7%). Interesantemente, en este último grupo de pacientes en riesgo, osea aquellas con cribado positivo en el primer y segundo trimestre del embarazo, está contenido el 90,9% (n=10/11) de las pacientes detectadas en riesgo de PE precoz durante el primer trimestre de la gestación. La única paciente que no está incluida en la re-evaluación del segundo trimestre fue una paciente portadora de hipertensión crónica y lupus que tuvo un IP de las arterias uterinas normal al momento de la evaluación del Doppler. Sin embargo, la sensibilidad combinada de estos dos modelos es solo de 38,5% (n=10/26) con una tasa de falsos positivos combinada de 11,2%.

CONCLUSION

Este estudio confirma que el Doppler de arterias uterinas de segundo trimestre es superior al cribado de primer trimestre en detectar mujeres en riesgo de PE precoz. Sin embargo, dado que la prevención de PE precoz se basa en el inicio de aspirina antes de las 16 semanas, el cribado de primer trimestre es la base de cualquier modelo de detección de esta condición. Este estudio demuestra que al aplicar combinadamente ambos modelos la sensibilidad es alrededor de 40% y la tasa de falsos positivos de 11%, pero se logra reducir en 5 veces el uso de cualquier medida preventiva iniciada en el primer trimestre.

FONDECYT 1130668



IMPLEMENTACION DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD PARA PATOLOGIAS DEL EMBARAZO MULTIPLE

Becker J, Veloso D, Chacón C, Silva R, Leiva J, Gómez R

Institución: Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, CEDIP

INTRODUCCIÓN

El embarazo múltiple corresponde al 1% del total de partos en Chile pero genera prematurez y una importante cantidad de patologías graves durante la gestación, algunas de ellas con necesidad de procedimientos caros de implementar y de alta complejidad, como son la transfusión feto fetal (TFF) y la secuencia TRAP. Las terapias para estas enfermedades no estaban disponibles en el sistema público de salud chileno y su resolución implicaba compra de servicios al área privada

OBJETIVO

Implementar un centro de referencia nacional para patología de embarazos gemelares que requieran tratamientos de alta complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evaluó la prevalencia de patologías propias de gemelos monocoriales en base a datos nacionales y seguimiento prospectivo de 3 años en el Hospital Regional de Talca. Se consideró que nuestro hospital cuenta con 3 subespecialistas certificados en Medicina Materno Fetal, por lo tanto estaba el recurso humano disponible. Se realizó una alianza estratégica por convenio asistencial docente ya existente entre el Hospital Regional de Talca y la Universidad Católica del Maule, con lo cual el hospital permitió tratar pacientes en sus instalaciones y la universidad donó los equipos necesarios para hacer fetoscopia. Se hizo difusión amplia en cursos, congresos y página web www.cedip.cl. Se realizó reunión en MINSAL consiguiendo que la fetoscopia fuera una prestación valorada y se dio inicio al programa de fetoscopia para la red de salud pública de Chile.

RESULTADOS

Entre mayo de 2012 y septiembre de 2013 se han recibido 41 interconsultas, 37 de ellas de hospitales públicos chilenos, una del área privada y 3 de centros extranjeros. Se han evaluado 31 de ellas en nuestro hospital y las otras 10 se han resuelto mediante consulta telefónica o por mail, en base a datos enviados por los médicos tratantes. De las 31 pacientes evaluadas en el Hospital de Talca, 22 correspondieron a casos de TFF y una a secuencia TRAP, la totalidad de ellas fue operada en nuestro centro y devuelta a su hospital de origen para finalizar su embarazo cuando correspondió de acuerdo a la evolución. Las ocho restantes no tenían patologías de resolución quirúrgica y siguieron controles en su lugar de origen. Se mantuvo contacto telefónico con los tratantes siempre que fue necesario para la toma de decisiones en todas las pacientes evaluadas y/o tratadas. Los resultados perinatales fueron obtenidos por información entregada por los médicos tratantes y/o por las pacientes.

CONCLUSIONES

La cantidad de pacientes referidas en corto tiempo demuestra que la implementación de un centro público para tratar patologías propias del embarazo gemelar ha resuelto en parte un problema de salud pública. El hecho de haberlo realizado en un hospital que no está en Santiago demuestra que se puede hacer medicina de alta complejidad en regiones y ayuda a la descentralización de la salud en Chile.



MISOPROSTOL PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

Bachman M.1, Mahan D.2, Niemann F.1, Márquez R.1, Papuzinski C.2.
1. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
2. Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN

El misoprostol es un análogo sintético de la prostaglandina E1, utilizado inicialmente como protector gástrico, su uso off label como inductor de trabajo de parto ha sido ampliamente estudiado. La dosis para inducción es de 25 a 50 mcg por vía vaginal. Las complicaciones por su uso parecen ser dosis dependiente, pero la real incidencia de estas es desconocida. Debido a este contexto, la Unidad de Patología Obstétrica del Hospital Carlos Van Buren (HCVB) decidió diseñar un protocolo de uso según la mejor evidencia disponible.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de las pacientes que recibieron indicación de inducción de trabajo de parto y que fueron manejadas siguiendo el protocolo de inducción de misoprostol del Hospital Carlos Van Buren, desde el 27 de agosto al 25 de septiembre del 2013.

RESULTADOS

Se estudió a 24 pacientes, la mediana de edad fue de 24 años, IMC de 32, con mediana de edad gestacional de 40 semanas. Todas recibieron inducción con misoprostol, 5 recibieron una segunda dosis. El tiempo transcurrido desde el inicio de la inducción al parto vaginal fue de 13,5 horas. Tres pacientes presentaron taquisistolía luego de colocada la primera dosis. Trece pacientes eran primigestas y 15 primíparas. Ocurrieron 14 partos, con una mediana de trabajo de parto de 3 horas. Se produjeron 10 cesáreas, 4 por inducción fallida, 3 por meconio grado II. La mediana de APGAR al minuto y a los 5 minutos fue de 9 y 9 respectivamente. Dos recién nacidos debieron quedar hospitalizados por síndrome de distrés respiratorio. No hubo relación estadísticamente significativa entre el número de partos previos y el número de cesáreas ($p=0.13$).

CONCLUSIONES

El uso de misoprostol según el protocolo del HCVB logró tiempos de inducción similares a los demostrados por la evidencia. Se observó un número elevado de cesáreas, la evidencia actual es inconsistente al respecto, pero la última revisión al respecto revela tendencia a la disminución con el uso de misoprostol. Frente a los resultados es recomendable realizar estudios locales de comparación entre el misoprostol y otros medios de inducción.



EVALUACIÓN DE LA INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL COMO FACTOR PREDICTOR DE PRE-ECLAMPSIA

*Valdés E, Sepúlveda-Martínez A, Norambuena C, Manukian B, Parra-Cordero M.
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Medicina Materno Fetal.*

INTRODUCCIÓN

La insulinoresistencia (IR), es una condición altamente prevalente en la población femenina en edad fértil que se ha asociado como factor de riesgo en el desarrollo de Preeclampsia (PE).

METODOLOGÍA

Estudio anidado caso-control que incluyó a pacientes con antecedente de IR Pregestacional (IRP) y un grupo control seleccionado aleatoriamente en una proporción de 1:5 de las embarazadas que ingresaron a la Unidad de Medicina Materno Fetal entre Enero del 2005 y Mayo del 2011. Se analizaron variables clínicas y hemodinámicas (Doppler de primer y segundo trimestre) como variables predictoras de PE a través de un análisis de regresión logística múltiple. El test de Kolmogorov-Smirnov fue utilizado para evaluar las variables continuas y curva de ROC. Las comparaciones entre los grupos fue realizado utilizando el t-student o Mann-Whitney U-test de acuerdo a la distribución de los datos. Variables categóricas fue comparado usando X². Diferencia significativa fue definida con un $p < 0.05$. Por último se realizó un análisis de colinearidad.

RESULTADOS

De las 13.124 pacientes ingresadas en el periodo estudiado hubo 119 gestantes con diagnóstico IRP que correspondió al 0,9% de la muestra estudiada. Las pacientes con IRP se caracterizaron por una mayor edad e índice de masa corporal (IMC). Las embarazadas con IRP se asociaron con una frecuencia significativamente mayor que el grupo control a hipertensión crónica (10,1% vs 2,2%, $p < 0,05$) e hipotiroidismo (5,0% vs. 1,6%, $p < 0,05$). También, las mujeres con IRP presentaron mayor incidencia de PE (8,4% vs. 4,2%, $p < 0,05$) y Diabetes Mellitus Gestacional (9,2% vs. 2,9%) que sus controles. El análisis multivariado y de colinearidad demostró que la edad materna, hipertensión arterial crónica y aumento de resistencia de arterias uterinas en el primer y segundo trimestre fueron mejores predictores de PE que IRP por sí sola.

CONCLUSIÓN

La IRP se relaciona con PE, pero las condiciones asociadas a IR (HTA crónica, mayor edad materna e incremento de IMC) predominarían a la IRP aislada, como factor de riesgo de desarrollar PE.



Z – SCORE EN PREDICCIÓN DE MACROSOMIA >4500G

*Yamamoto M, Bustamante M, Walker B, Carrillo J, Jordán F, Rojas J, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago,
Universidad del Desarrollo.*

OBJETIVO

Evaluar el valor predictivo de p90 y Z-scores de tercer trimestre para la predicción de fetos macrosómicos (>4500g).

MÉTODOS

Se revisó la base de embarazos únicos, desde 2009 hasta 2013. En caso de que las pacientes tuvieran más de una ecografía durante el embarazo, se consideró aquella más precoz o aquella que fuera sobre p90. Se excluyeron todas con intervalo al parto menor a 7 días. Se excluyeron los casos que tuvieron partos bajo 36 semanas, por no ser atingente en ellos la proyección de peso, así como ser poco probable que hayan macrosómicos. Cada ecografía fue catalogada según si la EPF fue >p90 o si >1,5 z-score. Se comparó el valor predictivo para peso mayor a 4000g y >4500g al parto de ambos parámetros ecográficos.

RESULTADOS

5372 ecografías fueron consideradas, con una mediana de intervalo de 51 días, (7-125), promedio 55+-31 días. El 2,59% (n=139) de la población tuvo un RN mayor de 4500g, considerado un RN macrosómico de gran peso, o “gran macrosomía”, que tienen una indicación clara de cesárea. Por este motivo, la predicción desde las ecografías previas es deseable. El valor predictivo se resume en la tabla:

Total de población: 5372 ecos	EPF>p90 (n=545)	EPF>1,5 Zscore (n=280)
Sensibilidad	56%	39%
Especificidad	91%	95%
+LHR	6,6 (5,6-7,9)	9,2 (7,2-11,7)
Valor Predictivo +	15%	19%
Valor Predictivo -	98%	98%

CONCLUSIÓN

En ecografías realizadas 7 a 8 semanas antes del parto tienen una capacidad de predicción moderada de los fetos macrosómicos (>4500), con un valor predictivo positivo de 15 a 19%. El uso de z-scorea sobre 1,5 como criterio de feto grande disminuye la sensibilidad pero aumenta el +LHR de 6 a 9, como lo es esperado. La gran ventaja del Z-score es que permite diferenciar entre aquellos fetos >p90, los que tienen Z-score muy elevado o moderadamente elevado, permitiendo hacer un subanálisis de este grupo.



IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN PRIMIGESTAS

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal A., Martinez P., Insunza A, Gomez R., Latorre R.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

El embarazo en vías de prolongación (EVP) se define como el embarazo que cursa entre las 41 y 42 semanas de gestación, siendo su etiología desconocida. Este período está asociado con un aumento significativo del riesgo de muerte y complicaciones del feto y recién nacido derivados de la insuficiencia placentaria y por el mayor riesgo de traumatismo obstétrico. La evidencia sugiere la interrupción del embarazo alrededor de las 41 semanas, razón por la cual nuestras guías clínicas incluyeron este concepto.

OBJETIVO

Evaluar la forma de inicio del trabajo de parto, tipo de parto y resultado neonatal de las primigestas que llegan a esta condición obstétrica, según las normas de nuestro accionar.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Enero 2005 a Agosto 2013. Se analizó vía de finalización del embarazo según inicio espontáneo o inducido del trabajo de parto y resultado perinatal.

RESULTADOS

Del total de partos 52038, un 4838 (9,3%) corresponden al grupo analizado. De este grupo, 2216 (45,8%) eran primigestas. En un 66,3% su parto fue vía vaginal, 29,2% Cesárea Urgencia y 2,5% Cesárea Electiva. De las que iniciaron trabajo de parto espontáneo 807 (36,4%), 621 (76,9%) terminaron en parto vaginal y 186 (23,1%) en cesárea, cuyas principales indicaciones fueron Prueba Trabajo parto fracasada (PTPF) 66,7% y Sufrimiento fetal agudo (SFA) 17,2%. De las pacientes inducidas con misoprostol 1327 (59,8%), 892 (57%) tuvieron parto vaginal y 432 (43%) Cesárea de urgencia, cuyas indicaciones fueron 47% PTPF, 33,6% SFA y 12,7% Inducción Fracasada. Los nacidos por vía vaginal tuvieron un peso promedio de 3521 gramos (2180-4560 grs.) y los por vía cesárea un peso promedio 4130 grs (3010-5390 grs.). En ninguno de los grupos se encontró RN con APGAR < 6 a los 5 minutos

CONCLUSIÓN

La aplicación de nuestras Guías Clínicas respecto al manejo en EVP, permitieron la obtención de resultados neonatales óptimos. Cabe destacar que en el grupo de pacientes sometidas a inducción con misoprostol, aumenta el riesgo de finalizar su gestación por cesárea con un mayor riesgo de alteración de la monitorización fetal, que obliguen a su intervención inmediata como esta descrito en la literatura. El 33% de sfa no es similar consecuencia de la condición (41 sem, insuf placentaria) y no de la polisistolía del misoprostol, que suele ocurrir sólo en la fase latente y rara vez produce alteraciones del registro de la FCF.



RESULTADO DEL PARTO SEGÚN LA MODALIDAD DE INICIO EN PRIMIGESTAS CON EXPECTATIVA DE PARTO VAGINAL. EVALUACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal N., Honorato M., Insunza A., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido,
Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La tasa nacional e internacional de cesáreas ha experimentado un incremento importante durante los últimos años. Es imperativo tener en la práctica obstétrica un equilibrio entre la tasa de cesárea, en especial en las embarazadas primigestas, y la justificación de dicha intervención, con sus potenciales efectos adversos. Nuestra Guía Clínica del accionar obstétrico, tiene dentro de sus objetivos priorizar el parto vaginal como vía de finalización de los embarazos en las pacientes que cuentan con expectativa de este y la contención de la tasa de cesáreas.

MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Enero 2005 a Agosto 2013. Se define como pacientes primigestas con expectativa de parto vaginal a aquellas con: gestación única, mayor de 34 semanas, presentación cefálica y que no presenten patología materno y/o fetal que contraindique la vía vaginal. Se analizó vía de finalización del embarazo, según inicio espontáneo o inducido del trabajo de parto.

RESULTADOS

Del total de partos de este periodo 51510, el 42,7% (22020) eran primigestas. Un 76,2% su parto fue vía vaginal, 21,3% Cesárea Urgencia y 2,5% Cesárea Electiva. De las pacientes que iniciaron su trabajo de parto en forma espontánea 15647 (71%), 13265 (84,8%) terminaron en parto vaginal y 2382 (15,2%) cesárea de urgencia, cuyas principales indicaciones fueron Prueba Trabajo Parto Fracasada (PTPF) 49,9% y Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) 18,8%. De las pacientes inducidas con misoprostol 4738 (21,5%), 3112 (65,7%) finalizaron por vía vaginal, 1626 (34,3%) cesárea urgencia, siendo sus indicaciones 44,8% SFA, 35,1% PTPF e Inducción Fracasada (22,3%). Las pacientes inducidas con ocitocina 559 (2,5%), 391 (69,9%) terminaron por vía vaginal, 168 (30,1%) en cesárea urgencia, cuyas indicaciones fueron 41,3% PTPF, 34,1% SFA y 13,2% Inducción fracasada.

CONCLUSIONES

Las primigestas con expectativas de parto vaginal que inician trabajo de parto espontáneo, tienen alta probabilidad de finalizar por vía vaginal. El uso de una Guía Clínica que sugiera interrupción previo al inicio del trabajo de parto por patología materna y/o fetal que lo amerite, aumenta el número de inducciones, con lo que aumenta el riesgo de las pacientes de finalizar en cesárea.



CARACTERIZACIÓN DE PARTOS Y RESULTADOS PERINATALES, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, ENERO A ABRIL DE 2013

González P2, Gutiérrez D1, Valdivia J1, González F1, Jara M2.

1Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

2Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

INTRODUCCIÓN

Las características de los partos y los resultados perinatales que se presentan son de alto valor en términos de salud pública y son materia de metas sanitarias a nivel nacional. De acuerdo a los datos de 2010, la tasa de cesárea está en progresivo aumento en global y en los centros hospitalarios públicos. Por otro lado, una de las recomendaciones en relación a la analgesia del parto es que ésta sea neuroaxial. Con respecto al ingreso a UCI neonatológica, una de las entidades más importantes es la patología neonatal respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODO

Se diseñó un trabajo observacional transversal, para caracterizar las vías de parto, medir la proporción de analgesia neuroaxial en el trabajo de parto, la prematurez, y los diagnóstico de ingreso a cuidados intensivos neonatales. Se recolectaron datos a partir de las bases de datos de la Unidad de Prepartos del Servicio de Obstetricia y Ginecología, y de la UCI Neonatológica, y se consideraron todos los nacimientos entre Enero y Abril atendidos en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

RESULTADOS

Se constataron 900 nacimientos en el periodo de estudio, correspondiendo al 37.56% a cesárea, siendo el grupo de Robson mayoritario el 5a. La cobertura de anestesia peridural en los partos vaginales fue cercana al 40%. La proporción de partos bajo las 37 semanas de gestación fue de 18.56%, del cual el 7.89% corresponde específicamente a la ciudad de Viña del Mar, y el resto pertenece a otros sectores de la red. El 10% de los nacimientos ingresaron a UCI Neonatológica, correspondiendo al Síndrome de Distress Respiratorio la causa más frecuente de ingreso.

CONCLUSIONES

Se determinó una alta proporción de cesáreas, similar a la tasa nacional y sin cambios con respecto a la medición de 2012 en este mismo Hospital, lo cual debe alertar a los clínicos a desarrollar protocolos para indicar cuidadosamente la primera cesárea de una gestante. Por otra parte, la cobertura de analgesia neuroaxial en partos vaginales está muy por debajo de lo recomendado nacional e internacionalmente, lo que indica que se necesita un esfuerzo en conjunto con Anestesiología para lograr mejorar la calidad de los partos atendidos en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.



CAMBIOS LONGITUDINALES Y NOMOGRAMA DE LA CERVICOMETRÍA DURANTE EL EMBARAZO EN NULÍPARAS Y MULTÍPARAS DE LA POBLACIÓN CHILENA

Kusanovic JP1,2,3; Tarca A4; Silva K1,2; Pons A1,2; Sepúlveda E1,2; Vargas P1,2,3; Figueroa C1,2,3

Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) 1

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río2

División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile3

Department of Computer Science, Wayne State University and Perinatology Research Branch,

NICHD/NIH, Detroit, USA4

OBJETIVO

Determinar los cambios en la longitud cervical (LC) medida por ecografía transvaginal durante el embarazo en la población Chilena para: 1) definir si hay diferencias en la LC entre nulíparas y multíparas; y 2) construir un nomograma de la LC en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio incluyó 5,092 embarazadas (3,126 multíparas y 1,966 nulíparas) con un embarazo único y parto ≥ 37 semanas en el Hospital Dr. Sótero del Río y que tuvieron ≥ 3 ecografías transvaginales para la medición de la LC entre las 16 y 40 semanas. Pacientes con embarazos gemelares, malformaciones fetales o contracciones al momento de la cervicometría fueron excluidas del análisis. Todas las pacientes tuvieron su primera cervicometría entre las 16 y 24 semanas. Se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos ("linear mixed-effects model") para evaluar la LC como una función cuadrática de la edad gestacional, incluyendo paridad, edad materna e índice de masa corporal. Se evaluó también la interacción entre edad gestacional y paridad con el fin de testear la significancia entre los grupos (nulíparas vs. multíparas) de las diferencias en la LC en función de la edad gestacional.

RESULTADOS

1) Se obtuvo un total de 24,150 mediciones de la LC por ecografía transvaginal (promedio: 4.7 por paciente); 2) durante el embarazo, las nulíparas tuvieron una LC significativamente más corta que las multíparas ($p < 0.0001$), y esta diferencia aumentó a medida que aumentaba la edad gestacional ($p < 0.0001$); 3) la diferencia en el promedio de la LC entre nulíparas y multíparas fue estadísticamente significativa a través de todo el embarazo, variando esta diferencia entre 0.5 a 4.5 mms entre las 16 y 40 semanas; y 4) se presenta el nomograma de la LC de nuestra población durante el embarazo (por las restricciones del resumen se presentan los datos entre las 20 y 24 semanas):

EG	n	p1	p5	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95	p97	p99
20 sem	1536	25	29	30	32	35	39	43	47	49	51	55
21 sem	1219	25	29	30	32	35	39	43	47	49	52	55
22 sem	786	24	29	30	32	35	39	43	47	50	52	55
23 sem	341	23	28	29	32	35	39	43	47	50	52	55
24 sem	2476	21	27	29	31	35	39	43	47	50	52	55

CONCLUSIONES

1) Este estudio longitudinal caracteriza el acortamiento de la LC entre las 16 y 40 semanas; 2) las nulíparas tienen una LC significativamente más corta que las multíparas a través de todo el embarazo; 3) este es el nomograma longitudinal con mayor número de pacientes y cervicometrías publicado hasta ahora.



CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA AISLADA: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS EN LA UNIDAD DE ECOGRAFÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

*Ferrer F, Palma D, Vargas P, Urbano N, Kusanovic JP, Vera C, Poblete J.
Unidad de Ecografía y Medicina Materno-Fetal de la Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La Hernia Diafragmática Congénita (HDC) es un defecto congénito en donde los órganos abdominales protruyen a través de un defecto diafragmático hacia la cavidad torácica, traduciéndose en grados variables de insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar en el recién nacido. La HDC ocurre en aproximadamente 1/30.000 a 1/50.000 de los nacidos vivos, alcanzando una mortalidad de hasta un 60%. Debido a su alta tasa de morbilidad, la estratificación de los fetos afectados para predecir el riesgo de resultados neonatales adversos ha sido estudiada durante la última década. El Lung-to-Head Ratio (LHR) observado en relación al esperado (LHR o/e), así como la presencia de herniación hepática, se han planteado como los principales determinantes del resultado neonatal; sin embargo, nuevos elementos diagnósticos han sido estudiados y se plantean como alternativas futuras para el manejo antenatal de estos pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron todos los casos de hernia diafragmática congénita controlados en el período pre- y post-natal en la Pontificia Universidad Católica en un periodo de 2 años consecutivos y se analizó la capacidad predictiva de los factores pronósticos antenatales utilizados en la actualidad por nuestra unidad.

RESULTADOS

En este período fueron controlados en la unidad de Medicina Materno-Fetal de nuestro Hospital Clínico 18 pacientes con hernia diafragmática congénita aislada. Las medianas de la edad gestacional al diagnóstico y la resolución del embarazo fue de 27 y 38 semanas, respectivamente. El 72% (14/18) de las HDC fueron izquierdas y 28% (4/18) derechas. De las pacientes con HDC izquierda, 28% (4/14) presentaron herniación hepática mientras que en las HDC derechas fue de 50% (2/4). La sobrevida global fue de un 64% (13/18) con una mortalidad de un 36% (5/18). La mortalidad neonatal fue de un 14% (4/15) en las pacientes con LHR o/e mayor a 25% y de un 34% (1/3) con un LHR o/e menor a 25%. De las pacientes con LHR o/e mayor a un 25%, la necesidad de ECMO fue de un 53% (8/15) mientras que un LHR o/e menor a 25%, la necesidad de ECMO fue de un 33% (1/3).

CONCLUSIÓN

En nuestra unidad, la capacidad predictiva de marcadores ecográficos para mortalidad por HDC difieren de los descritos en la literatura, ya que los pacientes con un LHR o/e menor a 25% tuvieron una sobrevida 3 veces mayor a lo descrito (66% vs. 18%). El LHR o/e no es capaz de predecir morbilidad grave (necesidad de ECMO) ya que la mitad de nuestras pacientes con LHR mayor a 25% requirieron ECMO, mientras que un 33% de las pacientes lo necesitaron cuando el LHR o/e fue menor a 25%. Ante estos resultados, nos vemos en la necesidad de buscar nuevos factores pronósticos para así mejorar nuestra capacidad predictiva tanto para la mortalidad como morbilidad grave en el período neonatal. Cabe destacar la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo (mediana 38 semanas), que sin duda tiene un rol fundamental en el pronóstico neonatal.



PERFIL DE CITOQUINAS PLASMÁTICAS DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MUJERES QUE DESARROLLARON PREECLAMPSIA Y EMBARAZOS FISIOLÓGICOS

*Díaz F,1 Parra-Cordero M1,2, Ribeiro-Dias AA3, López M3, Sepúlveda-Martínez A1
Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,1 Hospital San Borja Arriarán,
2 Centro de Investigación de Inmunología, Facultad de Medicina Universidad de Chile.3*

OBJETIVO

El feto semi alogénico necesita coexistir con el sistema inmune materno durante el embarazo. Se ha propuesto que una respuesta inflamatoria aumentada se ha asociado con el inicio del desarrollo de preeclampsia (PE). El objetivo de este estudio fue determinar el perfil plasmático de citoquinas en pacientes con PE a través de la cuantificación de varias citoquinas plasmáticas durante el primer y segundo trimestre y al momento del parto.

MÉTODO

Las muestras fueron recolectadas en el primer y segundo trimestre, y al momento del parto. Un total de 64 (54 con muestras de primer y segundo trimestre y 20 muestras al parto) y 57 (27 con muestras de primer y segundo trimestre y 30 al parto) embarazos fisiológicos y con PE respectivamente fueron incluidos en este estudio. Como control analizamos a 20 pacientes no gestantes. Las citoquinas IL-1 β , IL-6, TNF- α , IL-8, IFN- γ , IL-17, IL-18, TGF- β 1 e IL-10 en plasma fueron determinadas usando el kit FlowCytomix® (BenderMedSystem, Austria). Pruebas pareadas o paramétricas y no paramétricas se realizaron para analizar los resultados.

RESULTADOS

IL-18 está disminuida durante el primer y segundo trimestre en embarazos fisiológicos, alcanzando al parto niveles similares a aquellos de pacientes no embarazadas. TGF- β 1 está disminuido a todas las edades gestacionales y parto en embarazos fisiológicos al compararlo con mujeres no gestantes. IL-18 está disminuida en PE de inicio precoz, estos resultados estando en directa relación con el uso de drogas (corticosteroides y/o sulfato de magnesio) y cesárea. TGF- β 1 PE, independiente de la vía de parto o el uso de medicamentos. IL-1 β , IL-6, TNF- α , IL-8, IFN- γ , IL-17 e IL-10 demostraron un porcentaje significativo de muestras con valores indetectables con este método. Ninguna de las citoquinas estudiadas se relacionó con la predicción de PE.

CONCLUSIONES

Los niveles plasmáticos maternos de TGF- β 1 al parto en mujeres con PE se relacionan con los síntomas de la enfermedad. Sin embargo, la disminución de los niveles de IL-18 en mujeres con PE se asocia con tratamiento farmacológico y la ausencia de trabajo de parto, y no se relaciona directamente con la enfermedad. No hubo cambios en las citoquinas estudiadas previo a los síntomas clínicos de PE.

Financiado por Fondecyt #1130668

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RELACIÓN PROTEINURIA/CREATININURIA EN MUESTRA AISLADA COMO DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

Valdés E, Sepúlveda-Martínez A, Castro M, Castro D.
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Medicina Materno Fetal.

INTRODUCCIÓN

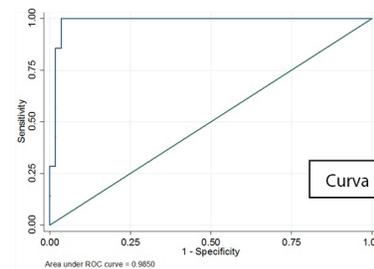
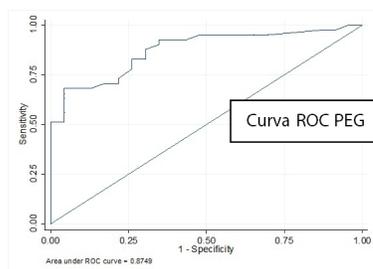
En el diagnóstico diferencial de síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) resulta útil contar con un método diagnóstico rápido que permita confirmar la presencia de Preeclampsia (PE) que no requiera esperar 24 horas para tomar una conducta consecuente con el diagnóstico. El objetivo del presente estudio es evaluar la eficacia de la Relación de Proteinuria/Creatininuria (RPC) en muestra aislada como herramienta eficaz en el diagnóstico precoz de PE a través de comparar esta razón con la proteinuria de 24 horas.

METODOLOGÍA

Estudio prospectivo realizado en pacientes ingresadas en la Maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre Marzo del 2012 y Junio del año 2013 con diagnóstico de SHE. A este grupo de embarazadas se les solicitó al ingreso proteinuria 24 horas y adicionalmente una muestra aislada de orina por paciente se almacena a -20°C para evaluar diferidamente los niveles de proteinuria y creatininuria en muestra aislada con el fin de evaluar la correlación entre el primer examen y la relación proteinuria/creatininuria en la pesquisa de proteinuria significativa (valor superior a 300 mg/24 horas y de 5 gr/24 horas). Los datos obtenidos se analizaron en el programa estadístico STATA V11.0. Se realizó un análisis de correlación de Pearson entre los valores obtenidos de proteinuria 24 horas y el valor obtenido por RPC. Para el cálculo estadístico se utilizó análisis de regresión lineal simple para determinar en forma separada la variable de PE Global (PEG) y PE Severa (PES). Posteriormente se confeccionó una curva ROC para determinar el valor de corte de la razón Proteinuria/creatininuria que ofrezca el mejor valor predictivo positivo como predictor precoz de Preeclampsia global y severa. Se estableció como significativo un valor $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 63 pacientes con proteinuria de 24 horas y RPC. Se observó una correlación significativa entre la muestra rápida y diferida ($r=0,60$; $p < 0,001$). El análisis de ROC establece como mejor valor de corte para el diagnóstico de PEG una RPC de 0,36 (Sensibilidad: 65,8%, Especificidad: 95,6%, VPP: 96,4%, VPN: 61,1%, F(+): 4,3% y F(-): 34,2%) y para PES un valor de 4,58 (Sensibilidad: 100%, Especificidad: 98,2%, VPP: 87,5%, VPN: 100%, F(+): 1,8% y F(-): 0%).



CONCLUSIÓN

En el diagnóstico diferencial del SHE, la RPC demostró ser un examen alternativo a la proteinuria de 24 horas en el diagnóstico de PES. Pensamos que la prontitud en alcanzar dicho diagnóstico hará más oportuno el manejo clínico para optimizar el pronóstico perinatal.

Proyecto OAIC :494/11



CARACTERÍSTICAS DEL CICLO MENSTRUAL TRAS LA SUSPENSIÓN DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

Soto Mj1, Araztoa JA2, Donoso M2, Mallea M3, Figueroa H2

1) Interna, 7mo, Medicina Universidad de los Andes

2) Médico, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes

3) Matrona, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes

ANTECEDENTES

El uso de anticonceptivos va en aumento actualmente. Con los anticonceptivos orales (ACO) se busca una infertilidad temporal, por tanto es de vital importancia importante conocer cómo se recobra la fertilidad tras la suspensión de ellos. Actualmente existe escasa literatura que hable acerca de este tópico.

OBJETIVOS

El objetivo principal fue comparar las características de los registros de fertilidad de los ciclos menstruales en pacientes post ACO inmediato versus pacientes sin uso de anticonceptivos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte histórica prospectivo. La intervención consistió en analizar las cartolas de registro de fertilidad de pacientes usuarias de Métodos Naturales Modernos, del Hospital Parroquial de San Bernardo. Se analizaron pacientes post ACO inmediato y un grupo control que no hubiese utilizado ACO al menos los últimos 12 meses. Se determinaron las características socio demográficas, antecedentes médicos y características de las cartolas de hasta nueve ciclos consecutivos de ambos grupos.

En este estudio se incluyeron a las pacientes que al ingreso al programa tuvieran entre 18 y 42 años y fuesen usuarias de ACO e iniciaran el registro la menstruación siguiente a su suspensión. Se excluyeron a las pacientes que no tenían cartolas registradas para ser analizadas o registros incompletos y aquellas pacientes que se instruyeron en el método para registro de fertilidad en el contexto de estudio de infertilidad o que tuviesen alguna patología conocida que alterase la fertilidad o estuviesen en periodo de lactancia.

RESULTADOS

Se analizaron 240 cartolas en total, siendo 132 cartolas pertenecientes al grupo control y 108 al grupo post ACO.

Tras la suspensión de los ACO, las mujeres experimentan ciclos menstruales más largo en general (grupo control 27.4 ± 2.9 y grupo post ACO 29.1 ± 4.2 , $p < 0.01$) asociado a ciclos más variables, con periodo menstrual de mayor duración hasta el cuarto ciclo ($p < 0.05$) y la fase folicular se ve alargada en el grupo post ACO hasta el segundo ciclo ($p < 0.05$) con mantención de la tendencia durante los nueve ciclos. En cuanto a la ventana de fertilidad, se ve que los pacientes post ACO aunque presentan ventanas de fertilidad más largas, estas son más intermitentes, es decir en parches, en comparación con el grupo control, el cual posee ventanas de fertilidad más continuas (valor $p < 0.01$).

CONCLUSIÓN

Existe diferencia estadísticamente significativa en distintos parámetros del ciclo menstrual tras la suspensión de ACO. Estos parámetros tienden a la normalización alrededor del segundo mes posterior a la suspensión. Los resultados obtenidos en este estudio concuerdan con la literatura actual.



CÁNCER CERVICOUTERINO DIAGNOSTICADO EN EL EMBARAZO: EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Leiva J.1, Correa E.1, Paredes C.1, Vallejos P.2, Agurto D.2, González C.2

1. Gineco-oncólogo Departamento Ginecología Hospital Regional de Talca

2. Becada Ginecología-Obstetricia Universidad Católica del Maule – Hospital Regional de Talca.

INTRODUCCIÓN

En nuestro país el Cáncer Cervicouterino (CaCu) es un importante problema de salud pública, por lo que desde el año 2005 esta dentro de las primeras patologías con Acceso Universal Garantías Explícitas (AUGE), aumentando con el esto el diagnóstico precoz. De las pacientes diagnosticadas de Cáncer Cervicouterino 1 a 3% son diagnosticadas prenatalmente o en el post parto. En condiciones similares, el embarazo al parecer no afecta el curso ni pronóstico de la enfermedad al compararlo con pacientes no embarazadas. Presentaremos a continuación 3 casos clínicos, del Hospital Regional de Talca, de pacientes diagnosticadas de CaCu durante el embarazo.

Caso clínico 1: Paciente 42 años cursando embarazo de 14 semanas se realiza Diagnóstico CaCu IB1 en Unidad de Patología Cervical (UPC). Biopsia Carcinoma escamoso infiltrante moderadamente diferenciado. En controles Policlínico Alto Riesgo Obstétrico (PARO) y Oncología cada dos semanas hasta las 30 semanas y luego semanal. A las 36 semanas se realiza cesárea con RN 3020 gr, APGAR 9-9. Además se realiza Histerectomía Radical más Linfadenectomía pelviana bilateral. Biopsia Carcinoma escamoso moderadamente a poco diferenciado, 4.5 x 1 cm, ganglios pelvianos negativos.

Con cirugía terapéutica pero con factores de riesgos primarios se realiza Radioterapia externa y Braquiterapia. Seguimiento cada 6 meses por 2 años luego anual, evolución satisfactoria sin recidiva de neoplasia invasora pero con NIE I en cúpula que se maneja con crioterapia 18 meses post cirugía. Controles posteriores sin evidencia de enfermedad con exámenes complementarios negativos.

Caso clínico 2: Paciente 32 años cursando embarazo de 11 semanas en UPC se realiza Diagnóstico CaCu IB1. Biopsia Carcinoma epidermoides moderadamente diferenciado. Se mantiene control en PARO y Oncología. A las 34 semanas se objetiva con RNM signos de carcinoma cervicouterino con signos de infiltración del parametrio derecho y de cupula vaginal, Diagnóstico CaCu IIB. A las 36 semanas se realiza cesárea RN 2900 gr, APGAR 8-9. Se realiza Quimioterapia (QMT) con Cisplatino semanal, Radioterapia externa y Braquiterapia.

Controles posteriores sin evidencia de enfermedad, pero presenta complicaciones secundarias a reacción actínica, Rectitis actínica con fistula recto-vaginal con estenosis recto-anal por lo que se realiza colostomía transversa en asa y fistula vesico-uterina.

Caso clínico 3: Paciente 40 años cursando embarazo de 35 semanas consulta al servicio de urgencia maternidad por genitorragia, al examen cuello patológico, evaluada por equipo de gine-oncología, Diagnóstico CaCu IB2, se realiza Cesárea a las 36 semanas RN 3150 gr, APGAR 9-9. Se toma biopsia y es dada de alta con controles ambulatorios en UPC para programar inicio de RT y QMT.

Biopsia: Carcinoma escamoso con focos de infiltración estromal, moderadamente a bien diferenciada.

CONCLUSIONES

En los 3 casos clínicos, se les explico a las pacientes y pareja el diagnóstico y la evidencia con respecto a la evolución del cáncer en el embarazo y dado la legislación chilena donde no se permite el aborto se continuo el embarazo e interrupción a las 36 semanas por cesárea y administración de corticoides previo. Evaluados los casos en comité de ética, con paciente y pareja de acuerdo con continuar el embarazo.

En los 3 casos no hubo complicaciones en el embarazo, las pacientes y sus hijos están vivos.

Se presenta un caso con progresión de la enfermedad, uno distinto que presenta complicaciones con respecto a la radioterapia y uno que inicio tratamiento recientemente.



MANEJO EXPECTANTE EN EMBARAZO DE 20 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE MIELODISPLASIA CON RIESGO DE TRANSFORMACIÓN A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

*Walker B., Yamamoto M., Astudillo J.
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La Leucemia se caracteriza por la proliferación anormal de glóbulos blancos en la sangre o médula ósea. Es una neoplasia poco frecuente correspondiendo a menos del 3% de las neoplasias malignas. Afecta a 1/100.000 embarazos. Las formas agudas, son más frecuentes que las crónicas durante la gestación y, en 2/3 de los casos el diagnóstico es Leucemia mieloide aguda.

Los síntomas de la leucemia mieloide aguda, son secundarios a la infiltración de la médula ósea por blastos, generando citopenia de una o más series, hepatoesplenomegalia e hiperviscosidad.

El manejo es difícil e incluye la elección del tratamiento adecuado y la consejería materna por un equipo multidisciplinario que puedan crear una estrategia de trabajo evaluando los riesgos maternos y fetales. Clásicamente se describe que el tratamiento debe iniciarse al momento del diagnóstico, para mejorar el pronóstico materno, lo que significa un largo y complejo esquema, requiriendo al menos tres fases de quimioterapia; tratamiento que no está exento de riesgos.

OBJETIVOS

Mostrar forma de presentación clínica y diagnóstico de Leucemia mieloide aguda en embarazo, y su manejo expectante, con buen outcome materno y fetal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, multípara de 1, cursando embarazo único de 22 semanas. Consultas reiteradas al Servicio de Urgencia en los últimos 2 meses por dolor abdominal, distensión y dolor lumbar. Evaluada por Traumatología y gastroenterología donde destaca linfonodos mesentéricos reactivos en TAC de abdomen sin contraste, barro biliar y leve esplenomegalia en ecografía abdominal. Debido a persistencia del dolor a pesar de analgesia adecuada se decide hospitalizar para estudio. Al examen físico adenopatías en cadena cervical y leve dolor a la palpación de hipocondrio derecho, resto de la exploración normal. En los exámenes de laboratorio destacan: Pancitopenia con hematocrito 26,9% y Hb 9,1, 2.600 leucocitos con 3% de blastos, 97.000 plaquetas y VHS 26. Se realiza Mielograma compatible con Mielodisplasia con riesgo de transformación a Leucemia Mieloide Aguda. Equipo multidisciplinario decide manejo expectante con control seriado de laboratorio. Evoluciona favorablemente, sin infecciones ni complicaciones hemorrágicas durante el manejo expectante.

En la semana 33 de embarazo se observa deterioro progresivo del hemograma con leucopenia y neutropenia que puede complicar la interrupción del embarazo, se decide maduración pulmonar con corticoides e interrupción electiva.

Se interrumpe por Cesárea a las 35 semanas, sin incidentes, RN AEG sin complicaciones neonatales. Sin complicaciones maternas hemorrágicas ni infecciosas durante puerperio.

CONCLUSIÓN

Resultado Materno y perinatal favorable con manejo expectante de Leucemia mieloblástica aguda, con postergación del tratamiento Quimioterapéutico hasta el periodo post parto.



CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES: SERIE DE 27 CASOS DEL HCVB DIAGNOSTICADAS Y CONTROLADAS ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2012

Loézar C.a, Ávila M.a, González V.a, De la Torre L1,2

(1) Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(2) Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(3) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso. Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en menores de 40 años es una condición poco común (5.5% de los cánceres de mama en USA), en alza y que se asocia con mayor frecuencia a historia familiar, mutaciones genéticas, peor pronóstico y mayor mortalidad. Consideraciones especiales deben existir por situaciones como menopausia precoz e infertilidad relacionadas con el tratamiento. En nuestro país, corresponde a una de las patologías GES (Garantías explícitas de Salud) asegurándose a todos los mayores de 15 años el diagnóstico, tratamiento y seguimiento con intervenciones en que se definen tiempos máximos de espera. El objetivo de este estudio fue describir a la población menor de 40 años con diagnóstico histológico de cáncer de mama, confirmado entre el 1 de enero de 2009 y el 31 de diciembre de 2012 en el Hospital Carlos Van Buren (HCVB), en relación a sus antecedentes generales, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, además de conocer la frecuencia de recidiva loco-regional y sistémica, así como los órganos involucrados en esta última.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se analizó un total de 27 fichas de pacientes de 40 años o menos con diagnóstico de cáncer de mama entre años 2009-2012 del HCVB, excluyendo previamente aquellas con diagnóstico de recidiva de cáncer de mama diagnosticado en años previos a los del estudio y aquellas tratadas en el extrasistema. Se evaluaron antecedentes epidemiológicos, antropométricos y médicos, motivo de consulta, fechas de derivación, atención en UPM y confirmación diagnóstica, exámenes imagenológicos utilizados, histología inicial y etapificación, tipo de tratamiento realizado y seguimiento (recidiva loco-regional o sistémica y órgano de falla). Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA 11 para las variables de interés.

RESULTADOS

De 473 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, el 7.2% corresponde a menores de 40 años. La media de edad al diagnóstico fue 35.8 años. 37% de ellas tenía antecedente familiar de cáncer de mama u ovario. El promedio de días desde la derivación hasta la atención en la UPM fue de 14 días y de la atención a la confirmación diagnóstica 11.8 días, siendo realizada en el 88.9% de los casos por biopsia core. Los estadios más frecuentes fueron el II y el III. El tipo histológico más frecuente fue el ductal. El 53.8% de las biopsias revisadas tenían receptores de estrógenos positivos y el 42.3% de progesterona. Se identificó *Cerb2* ++ ó +++ con Fish amplificado en 15.4% y el 23.1% era triple negativo. El tiempo promedio desde la confirmación diagnóstica al inicio del tratamiento fue de 45.8 días. El tratamiento primario fue cirugía en el 88.5% de los casos, siendo más frecuente el tipo conservador. Sobre el 80% de las pacientes recibió radioterapia y quimioterapia.

CONCLUSIONES

Se observó mayor porcentaje de menores de 40 años con cáncer de mama en la muestra que lo descrito en la literatura. En relación a los tiempos garantizados por el GES, la garantía diagnóstica (30 días desde derivación por sospecha) fue cumplida con creces, al contrario de lo ocurrido con la garantía de tratamiento (30 días desde confirmación diagnóstica). Elevada heterogeneidad en informes de biopsias impidió recolectar algunos datos. Se evidenció menor porcentaje de receptores hormonales (+) y sobreexpresión de HER2 que la descrita para población general con cáncer de mama.



CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA PACIENTES SOP EN HOSPITAL HIGUERAS TALCAHUANO 2012-2013

Vigueras A., Candia M., Poquè K. Hospital Las Higueras Talcahuano.

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una endocrinopatía frecuente en mujeres en edad reproductiva, con prevalencias estimadas entre 4 y 10%. Además de complicaciones obstétricas y reproductivas, outcomes metabólicos adversos se han informado y asociado, incluidos intolerancia a la glucosa, diabetes mellitus II, síndrome metabólico, entre otros. Con la actualización de criterios diagnósticos basados en consenso de Rotterdam 2003, la heterogeneidad del cuadro aumentó y dos nuevos fenotipos fueron incluidos. Estudios posteriores han evaluado riesgos metabólicos por fenotipo, tratando de identificar si resultados desfavorables están asociados a alguno de estos. Un acercamiento a esta hipótesis formal es conocer frecuencias y características de fenotipos que diariamente se atienden en un centro hospitalario. El objetivo del estudio fue conocer la frecuencia y características clínicas, hormonales y metabólicas de los fenotipos SOP en un grupo de pacientes. Se diseñó un estudio descriptivo, transversal, de 29 pacientes con diagnóstico SOP según Rotterdam durante años 2012 y 2013, evaluadas en policlínicos de Endocrinología general y ginecológica del hospital Higueras de Talcahuano. Pacientes con uso previo de anticonceptivos orales y/o tratamiento con inductores de ovulación y/o registros inadecuados fueron excluidas. Datos clínicos fueron obtenidos mediante entrevista personal consignando: motivo de consulta, edad, peso, índice de masa corporal (IMC), presión arterial, circunferencia de cintura, acné, alopecia, virilización, acantosis nigricans y puntaje de hirsutismo calculado por Score de Ferriman-Gallwey (SFG). Los estudios de laboratorio fueron realizados en laboratorio central del hospital e incluyeron: testosterona total, SHBG, índice de andrógenos libres (IAL), 17-oh-progesterona, androstenodiona, prueba de tolerancia oral de glucosa (PTGO), insulinemia basal y post-carga, colesterol total, LDL/HDL, triglicéridos, DHEAS, TSH, prolactina, FSH/LH y GOT /GPT. Todas las pacientes fueron sometidas a ecografía ginecológica en fase folicular temprana. Los datos fueron tabulados en Microsoft Excel. De un total de 38 pacientes ingresadas al estudio, 9 fueron excluidas por registro inadecuado y 29 fueron analizadas. Cifras globales informan de una edad promedio: 21,3 años; Obesidad: 72%; Malnutrición por exceso: 86%; IMC promedio: 32,1 kg/mt²; Intolerancia a la glucosa: 24%; Hirsutismo por SFG: 83%. La distribución por fenotipos fue la siguiente: A: 52%, B: 41%, C: 0%, D: 7%. La obesidad fue mayor en fenotipos A y B (80% y 67% respectivamente). La acantosis nigricans se presentó en un 58.6% de pacientes, siendo predominante en fenotipo A (66%). Dos pacientes se presentaron con virilización (7%), una en cada fenotipo (AyB). La alopecia fue infrecuente en el grupo estudiado (3%). Un 34% de pacientes presentó acné, siendo superior en fenotipo B (41%). La hipertensión arterial (24.1%) fue superior en el fenotipo A con un 33%. En 16 pacientes con HDL medido (55%), 75% presentó síndrome metabólico y su distribución fue: A: 50%; B: 41%; D: 9%. Por su parte, la insulino resistencia, presente en un 83%, se distribuyó de la siguiente manera: A: 93.3%; B: 67%; D: 50%. Una paciente fue pesquisada como DM2 y 6 fueron intolerantes a la glucosa (20.6%). Un 34% presentó hipertrigliceridemia y un 28% hipercolesterolemia. El valor promedio del SFG por fenotipo fue el siguiente: A: 12.3; B: 13.7; D: 2.5. De igual forma, las mediciones promedio de IAL por fenotipo fueron: A: 12.7; B: 11.9; D: 2.9. Conclusiones: Los fenotipos A y B predominaron en el espectro SOP de la población, superando el 90% en esta serie. Altos porcentajes de obesidad, síndrome metabólico e insulino resistencia fueron encontrados. Si bien el bajo número de pacientes y la ausencia de fenotipo C limita análisis comparativos, fue posible obtener un perfil clínico-hormonal-metabólico de los otros tres fenotipos. La secuencia lógica es aumentar el número de pacientes para disminuir error aleatorio y diseñar un estudio prospectivo metodológicamente correcto, para reducir error sistemático y así confirmar diferencias evidenciadas.



EFFECTIVIDAD DE LA REALIZACIÓN DE MARCACIONES RADIO-QUIRÚRGICAS EN LESIONES MAMARIAS SOSPECHOSAS

Aris R. (5) Díaz C. (1,2,3,5) Valenzuela V. (3,6) Arenas P. (6) De la Torre I. (2,4,5) Silva D. (2, 4) Parada R. (2, 4) (1) Unidad de Imagenología, Hospital Carlos Van Buren (2) Unidad de Patología mamaria, Hospital Carlos Van Buren (3) Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) (4) Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren (5) Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso (6) Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye en la mujer la primera causa de muerte por cáncer en Chile y el mundo. La marcación radioquirúrgica es una técnica intervencionista que consiste en localizar de forma selectiva y precisa una lesión no palpable en la mama, la que acto seguido será extirpada. El presente estudio evalúa la efectividad de las realizadas en pacientes con lesiones sospechosas Birads 4, 5, o 6, entre los años 2010 a 2013 en la Corporación Nacional del Cáncer.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de corte transversal que incluyó a todas las pacientes de la unidad de Patología Mamaria del Hospital Carlos Van Buren, entre Agosto 2010 hasta Julio 2013, estudiadas en la Corporación Nacional del Cáncer (CONAC), en quienes se realizó marcación radio-quirúrgica, con o sin el antecedente de haber sido sometidas a biopsia estereotáxica digital (BED) de la misma lesión. Se evaluaron como criterios de efectividad aquéllos que apuntan a la comprobación objetiva de la extirpación de la(s) lesión(es) blanco, tanto a través del estudio radiológico como histopatológico de la pieza operatoria. Se utilizó test de Fisher para evaluar presencia de asociación entre variables cualitativas y razón de odds e intervalos de confianza del 95% para cuantificar la magnitud de la asociación. Se aceptó un valor de p de 0.05 como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Se estudiaron 64 pacientes, de las cuales 42,19% (27 casos) habían sido sometidas a BED. En el 98,44% de los pacientes (63 casos) se logró la extirpación quirúrgica de la lesión (Lesión objetivo visible tanto en la radiografía de la pieza como en la biopsia). En el 93,75% (60 casos) se reconoció la aguja en la mamografía de la pieza quirúrgica. La marcación resultó exitosa en un 90,62% (IC95% 0,80-0,96) de los casos (58 casos), en los cuales se comprobó radiológicamente la extirpación tanto de la aguja de marcación como de la lesión objetivo, y esto fue corroborado en el estudio histológico. No se encontró diferencia significativa en la efectividad de la marcación entre las pacientes con y sin el antecedente de BED (OR 0.33 IC95% 0.028 – 2.55). Al estudiar la utilidad de la radiografía de la pieza como prueba diagnóstica para evaluar el compromiso de bordes, la sensibilidad fue de 81,03%; la especificidad de 16,67%; VPP:0,9; VPN 0,08. Pacientes con lesiones Birads 5 o 6 tuvieron una probabilidad 4 veces mayor de presentar Cáncer que pacientes con lesiones Birads 4 (OR=4.4 IC95%1.04 – 18.54). El porcentaje de malignidad de acuerdo al tipo de lesión fue de 80% en nódulos, 50% en asimetrías focales, 50% en distorsiones de la arquitectura, 66% en microcalcificaciones (MCC) en molde, 46% en MCC pleomorfas, y 20% en MCC amorfas. No se encontraron lesiones malignas en MCC redondas. En 3,13% (2 casos) la aguja se desplazó accidentalmente durante la preparación para la cirugía. En el 6,25% de los pacientes (4 casos) no se logró la extirpación completa de la lesión objetivo, las que fueron sometidas a una segunda cirugía.

CONCLUSIONES

La marcación radio-quirúrgica es una técnica efectiva que es lograda con éxito en más de un 90% de las oportunidades, y que por tanto logra entregar al equipo médico la información necesaria para finalmente obtener, dentro de la pieza extirpada, la lesión que se desea estudiar. Si bien la radiografía de pieza operatoria tuvo especificidad limitada para evaluar el compromiso de bordes, permite detectar 4 de cada 5 casos que resultan comprometidos en el estudio histológico, por lo que sus resultados debiesen ser considerados en la decisión de realizar una ampliación quirúrgica.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de Mama, Marcaciones Radio-quirúrgicas, BIRADS, Patología mamaria.



CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA DURANTE EL AÑO 2012 EN TRES HOSPITALES DOCENTES. HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE Y HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Durante M., De La Torre I**, Tapia F*, Ondarza C*, Tobar M**

**Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

***Ginecólogo Obstetra. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama afecta a un gran número de mujeres en Chile y el mundo, constituyendo un problema de salud pública prioritario. Se estima que su incidencia actual es de 46 por 100.000 mujeres y su tasa de mortalidad cercana a 15,1 por 100.000 mujeres, siendo la principal causa de mortalidad por cáncer en la mujer Chilena.

MATERIAL Y METODO

El presente estudio es de tipo retrospectivo con carácter descriptivo. Se incluyeron todas aquellas pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de mama realizado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2012 y registrados en las Unidades de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Carlos Van Buren (HCVB), Hospital Gustavo Fricke (HGF) y Hospital Naval Almirante Nef (HNAN). La recolección de datos se realizó mediante revisión manual de fichas clínicas y/o tarjetones de la UPM de los 3 hospitales. Para almacenar la información recopilada se utilizó una base de datos creada en el software Filemarker Pro 10 Advanced, y el análisis estadístico fue realizado en Stata SE 12.0. Se analizaron las siguientes variables: edad, mama afectada, tumor palpable en la pesquisa, método diagnóstico, tipo histológico, receptores hormonales, tratamiento, estadio al diagnóstico y cumplimiento de plazos GES.

RESULTADOS

Se incluyeron 204 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama efectuado durante el 2012 en el HCVB, HGF y HNAN. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue de 62 años, con afección unilateral mamaria (derecha 50%, izquierda 47%, bilateral 2,5%). La mayoría de las pacientes presentaron un Tumor palpable en la primera consulta, siendo esta cifra mayor en el HCVB con 82%, 62% en HGF y 65% en HGF. El principal método de confirmación diagnóstica en los tres centros fue la biopsia core (HCVB 75%, HGF 84%, HNAN 94%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal infiltrante (CDI) (HCVB 52%, HGF 83%, HNAN 71%). y la mayoría presentaba receptores de estrógenos positivos (HCVB 82%, HGF 83%, HNAN 56%), no así con los receptores de progesterona y CERB2. La cirugía fue el tratamiento mayormente utilizado (89%), seguida por la radioterapia (72%) y la hormonoterapia (70%).

CONCLUSIONES

En comparación con años previos, existe un aumento en el número de mujeres diagnosticadas por cáncer de mama. La distribución etaria observada se condice con la observada en estudios previos. La literatura también menciona al CDI como el tipo histológico más frecuente, fenómeno que se observa también en nuestra serie. La cirugía fue el principal tratamiento de nuestras pacientes siendo realizada a un 89% de los casos. Esto se explica por el mayor diagnóstico de etapas iniciales de la enfermedad donde la cirugía, radioterapia y hormonoterapia constituyen los pilares del tratamiento actual.



CUMPLIMIENTO DE PLAZOS GES EN LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA DURANTE EL AÑO 2012 EN TRES HOSPITALES DOCENTES

*De La Torre I**, Durante M.*, Tapia F*, Ondarza C*, Tobar M**

***Ginecólogo Obstetra. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

**Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer en nuestro país. En la actualidad es una patología incluida en las Garantías Explícitas de Salud, lo cual considera que una vez sospechada existen protocolos de atención que están sujetos a plazos de cumplimiento respecto a la confirmación o descarte de la enfermedad y a sus respectivos tratamientos y seguimientos.

MATERIAL Y MÉTODO

El presente estudio es de tipo retrospectivo con carácter descriptivo. Se incluyeron todas aquellas pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de mama realizado entre el 1 de enero y el 31 de diciembre del año 2012 y registrados en las Unidades de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Carlos Van Buren (HCVB), Hospital Gustavo Fricke (HGF) y Hospital Naval Almirante Nef (HNAN). La recolección de datos se realizó mediante revisión manual de fichas clínicas y/o tarjetones de la UPM de los 3 hospitales. Para almacenar la información recopilada se utilizó una base de datos creada en el software Filemarker Pro 10 Advanced, y el análisis estadístico fue realizado en Stata SE 12.0. Se analizaron las siguientes variables: edad, mama afectada, tumor palpable en la pesquisa, método diagnóstico, tipo histológico, receptores hormonales, tratamiento, estadio al diagnóstico y cumplimiento de plazos GES.

RESULTADOS

Se incluyeron 204 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama efectuado durante el 2012 en el HCVB, HGF y HNAN. Se observó una tasa de cumplimiento del 93% entre el plazo de derivación desde la Atención Primaria a la UPM con un promedio de 16 días. Entre la primera evaluación en la UPM y la confirmación diagnóstica histológica hubo una tasa de cumplimiento del 85% con un promedio de 21 días y entre la confirmación diagnóstica y el primer tratamiento hubo una tasa de cumplimiento de 32% con un promedio de 42 días.

CONCLUSIONES

En general el tiempo entre la derivación desde la APS y el primer control en la UPM se encuentra dentro de los plazos establecidos por el GES, y el tiempo entre el diagnóstico y la confirmación (el más largo permitido) también se encuentra en un nivel aceptable en las tres instituciones. El tiempo entre la confirmación diagnóstica y el tratamiento definitivo presenta el mayor grado de incumplimiento de las garantías, de manera similar en los tres centros. Esta situación se explica por la falta de horarios quirúrgicos disponibles, situación que afecta a la mayoría de las especialidades de los centros asistenciales públicos.



HISTERECTOMIA VAGINAL SIN PROLAPSO. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION

*Correa L, Olivari A, Villanueva J, Navarrete J, Benites M, Paz M.
Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Regional Concepción
Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina, Universidad de Concepción*

INTRODUCCION

La histerectomía es una intervención quirúrgica frecuente en ginecología, siendo superada sólo por la operación cesárea. El abordaje vaginal es actualmente la primera elección si no existen contraindicaciones para su realización, dado fundamentalmente por su menor morbilidad, menor período de convalecencia y disminución de la estadía hospitalaria.

OBJETIVO

Conocer la experiencia en histerectomía vaginal sin prolapso en el Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC)

MATERIAL Y METODO

Se revisaron 215 historias clínicas de pacientes intervenidas en el HCRC durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2011, obteniéndose información de los siguientes parámetros: edad, paridad, vía de parto, diagnóstico operatorio, complicaciones intra y post operatorias, días de estadía post operatoria, peso uterino y cirugías previas.

RESULTADOS

El promedio de edad fue de 45,3 años. La paridad promedio de 2,5. El antecedente de parto por cesárea alcanzó un 19%. Los diagnósticos más frecuentes correspondieron a miomatosis uterina (63%) y hemorragia uterina anormal por adenomiosis uterina (20%). Respecto a las complicaciones se registraron 13 (6%), que se desglosan en 3 (1,4%) intraoperatorias y 10 (4,7%) postoperatorias como hematomas de cúpula vaginal (3), retención urinaria (2), infección urinaria (2), absceso cúpula vaginal (1) y síndrome febril (2). El promedio de días de estadía post operatoria fue de 2. El útero tuvo un peso promedio de 222 gramos y 9,7% del total con pesos mayores a 500 gramos. 80 pacientes (37%) fueron sometidas a diferentes cirugías agregadas: TOT (42), salpingooforectomía bilateral (15), salpingooforectomía unilateral (13), quistectomía ovárica (6), liberación de proceso adherencial pelviano severo (4).

CONCLUSIONES

Estas cifras validan esta alternativa quirúrgica para la histerectomía, ya que produce pocas complicaciones, constituye una importante vía de ahorro, de costos por cuanto disminuye la estadía hospitalaria y los gastos de medicamentos e insumos, al compararla con la histerectomía por vías abdominal o laparoscópica.



MANEJO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

*Palma O 1, Agurto D 2, Jara S 2, Benítez R 1. Relator: Palma O.
1 Residentes Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca. 2 Becaria de Ginecología y
Obstetricia Universidad Católica del Maule. 3 Interna de Medicina Universidad Católica del Maule.*

INTRODUCCIÓN

El embarazo Ectópico (EE) es una condición de urgencia ginecológica. Se presenta en 1.3 a 2 % de los embarazos, fundamentalmente a nivel tubárico (95%). Su incidencia ha aumentado debido al incremento de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), uso de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino (DIU), y progestinas puras y también debido a procedimientos realizados en el manejo de la infertilidad. En la actualidad se dispone de varias alternativas terapéuticas tales como manejo expectante, tratamiento médico con diversos fármacos y tratamiento quirúrgico, pudiendo este último ser radical o conservador y realizarse mediante laparoscopia o laparotomía. La cirugía conservadora es el procedimiento de elección para pacientes que deseen una fertilidad futura, definida como el tiempo transcurrido desde el EE hasta un embarazo intrauterino. Se presenta la experiencia local en diagnóstico y manejo de mujeres con embarazo ectópico tratadas quirúrgicamente.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión y análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes que consultaron en Urgencias del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional de Talca desde Abril a Septiembre de 2013 con diagnóstico de ingreso de Embarazo Ectópico, siendo criterio de inclusión el diagnóstico postoperatorio de embarazo ectópico. Se caracterizó a las pacientes, el método quirúrgico adoptado y la evolución postoperatoria hasta el alta hospitalaria.

RESULTADOS

Se incluye un total de 20 pacientes en quienes se realizó manejo quirúrgico, con edades entre 16 y 35 años (media 28 años \pm 7 DS). De ellas, un 40% (8 pacientes) fue intervenido por vía laparoscópica y el restante 60%, por laparotomía. Dentro de los criterios diagnósticos, los valores de sub B_{hcg} en quienes se manejaron por medio de laparoscopia fue de 5215 mUI/l con \pm 5417 mUI/l DS y para laparotomía fue de 2630 mUI/l con \pm 1811 mUI/l DS. Para el criterio de masa anexial se obtuvo para laparoscopia un promedio de 33.9mm con \pm DS y para laparotomía de 43.9 mm con \pm 9.02 mm DS. Se realizó salpingectomía en el 85% (17) de los casos y de estos el 35%(6) fueron por laparoscopia. Además el tiempo quirúrgico para laparoscopia fue de 25 minutos con \pm 20.5 min. DS y para laparotomía fue de 30 minutos con \pm 20 min. DS. La recuperación posquirúrgica en pacientes operadas por laparoscopia requirió cualitativamente dosis menores de analgesia, con tiempo de recuperación postquirúrgica hasta el alta hospitalaria de 1.75 días con \pm 1.03 días DS para laparoscopia y 2.36 con \pm 0.85 días DS para laparotomía.

CONCLUSIONES

Se presenta una pequeña experiencia desde abril a septiembre del 2013 que, si bien es una recopilación preliminar, revela una incorporación reciente y progresiva de la cirugía laparoscópica a un servicio perteneciente a un Hospital público, docente asistencial, aun notoriamente secuestrado por los desastres naturales ocurridos en el país. Se corroboró la existencia de protocolos estándar de diagnóstico con masa anexial sobre 3 cm y sub B_{hcg} sobre 3000 mUI/L y de manejo quirúrgico. Cabe destacar que el tamaño de la masa anexial al diagnóstico fue menor en pacientes tratadas por vía laparoscópica, pero en cuanto a la sub B_{hcg} los niveles encontrados fueron mayores, destacando cierta dificultad en obtener el resultado en forma rápida y en algunos casos la inexistencia de este recurso en el contexto de una urgencia. Analizando el protocolo quirúrgico destaca que por laparotomía en el 100% de los casos se realizó salpingectomía y en el caso de la laparoscopia en 70%, lo que ejemplifica el objetivo de tratar de conservar la fertilidad. Las ventajas de la laparoscopia por sobre la laparotomía demostradas son menor tiempo operatorio, menor analgesia en el postoperatorio y menor estadía hospitalaria, similares a los descritos en la literatura. Se necesita mayor capacitación e incorporación de ginecólogos de urgencia con un manejo de la técnica laparoscópica, pensando siempre en el bienestar de las pacientes, su fertilidad futura y las condiciones del servicio hospitalario que cuenta con un número cada vez más limitado de camas hospitalarias.



PAPEL DE LA ECOGRAFÍA DE PRIMER TRIMESTRE EN LA PREDICCIÓN DE PÉRDIDA REPRODUCTIVA MAYOR DE 20 SEMANAS

*Zuñiga, L.1, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F.1, Valdés E.1, Hasbun J.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán*

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue diseñar un modelo predictor de primer trimestre de muerte fetal intrauterina (MFIU).

METODO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en 5502 embarazadas que acudieron a realizarse una ecografía entre 11+0-13+6 semanas. Se identificaron 27 embarazadas que presentaron una MFIU durante el curso de la gestación (0,5%). Se analizaron las variables clínicas asociadas a MFIU. El Doppler de las arterias uterinas (AUt) se evaluó de acuerdo al índice de pulsatilidad (IP) promedio, pero también en relación a su menor (IP-menor) y mayor (IP-mayor) valor en cada paciente. Los IP AUt se transformaron logarítmicamente, ajustaron por variables clínicas, y se expresaron como MoM del grupo no afectado. Finalmente, para determinar el mejor modelo predictor de recién nacidos PEG se utilizó un análisis multivariado y curva de ROC.

RESULTADO

El IP AUt fue ajustado por la edad materna y LCN, y expresado como MoM del grupo no afectado. De los factores clínicos analizados, solo dos de ellos se asociaron con el pronóstico primario de este estudio: preeclampsia previa (OR=19,9 [5,5-72,3]) e hipertensión crónica (OR=89,5 [7,9-1017,4]). Entre los parámetros evaluados en el Doppler de arteria uterina, el MoM del IP-menor (OR=5,3 [2,0-13,7]) se asoció significativamente con MFIU. Sin embargo, el antecedente de hipertensión crónica e historia de preeclampsia en gestación anterior está presente solo en el 17% de los casos que tuvieron una MFIU, mientras que la adición del Doppler de arterias uterinas en el primer trimestre aumenta significativamente la sensibilidad a 44%, con una tasa de falsos positivos del 10%.

CONCLUSION

Este estudio muestra que la combinación de antecedentes clínicos y Doppler de arterias uterinas en el primer trimestre de la gestación detecta alrededor del 50% de los fetos que fallecerán en la segunda mitad del embarazo.

FONDECYT 1130668



DETERMINACIÓN DE LOS VALORES NORMALES DE LA LONGITUD CERVICAL EN EMBARAZOS GEMELARES ENTRE LAS 20-24 SEMANAS

*Fernández C, Vargas P, Díaz F, Silva K, Sierra P, Vera C, Kusanovic JP.
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La incidencia de embarazo gemelar ha ido en aumento en los últimos años, contribuyendo de manera significativa al porcentaje de partos prematuros (PP). Es ampliamente aceptado que la longitud cervical medida por ecografía transvaginal entre las 20-24 semanas es un buen predictor de riesgo de parto prematuro en esta población. Una revisión sistemática sugiere que una longitud cervical <20 mm entre las 20-24 semanas sería el punto de corte para definir los embarazo gemelares con riesgo de PP <34 semanas (Conde-Agudelo A et al. AJOG 2010). Sin embargo, dos estudios recientes intervencionales (17-OH-progesterona caproato y pesario) han utilizado como valor de corte el percentil 25 de la longitud cervical para evaluar el riesgo de PP <35 y <34 semanas [Durnwald P et al. JMFNM 2010 (p25: 36 mms) y Liem S et al. Lancet 2013 (p25: 38 mms)]. Por este motivo consideramos importante conocer la distribución normal de la longitud cervical en embarazos gemelares de nuestra población.

OBJETIVOS

Determinar la distribución de la longitud cervical entre las 14 y 36 semanas en embarazos gemelares manejados en Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) del Hospital Dr. Sótero del Río.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo que incluyó todas las pacientes con embarazo gemelar seguidas entre Enero de 2010 y Julio de 2013 en el CIMAF del Hospital Sotero del Río. La longitud cervical se determinó con ecografía transvaginal realizada cada 2 semanas a partir de las 14 semanas de gestación según protocolo de la unidad. Se extrajo la información desde la base de datos computacional del servicio. Para el análisis se utilizó el método LMS usando el LMS ChartMaker.

EG	L	M	S	p5	p10	p25	p50	p75	p90	p95
20	2,113	3834,23	0,1850058	24	28	33	38	43	46	48
21	2,227	3809,80	0,1956322	22	26	33	38	43	46	49
22	2,325	3773,43	0,2060939	19	25	32	38	43	46	48
23	2,400	3724,96	0,2165549	17	24	31	37	42	46	48
24	2,443	3665,98	0,2273045	13	22	30	37	42	46	48

CONCLUSIONES

Este es el primer nomograma de la longitud cervical descrito en mujeres con embarazos gemelares en población Chilena. El percentil 10 más exigente para las 20-24 semanas es el de las 20 semanas, correspondiendo a 28 mms. Los datos impresionan ser diferentes a los publicados en otras poblaciones. Se necesitan nuevos estudios para determinar cuál es el mejor punto de corte para seleccionar los embarazos gemelares de nuestra población en riesgo de PP.

PALABRAS CLAVES

Embarazo Gemelar, Cervicometría, Cuello corto, Parto prematuro.



ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE PULSATILIDAD DE LA ARTERIA UTERINA, ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE Y PESO FETAL

Correa P. (1), Soto MJ. (1), González I. (1), Guzmán A. (1), Peralta F. (2), Illanes SE. (1)
1-Departamento de Gineco-Obstetricia y Laboratorio de Biología de la reproducción,
Facultad de Medicina Universidad de los Andes
2-Facultad de Medicina, Universidad Estatal de Campinas

INTRODUCCIÓN

La remodelación de las arterias uterinas (AU) mediante la invasión trofoblástica determina una disminución de la resistencia de estos vasos, transformándolos en vasos de alto flujo y baja resistencia, con índices de pulsatilidad que disminuyen progresivamente a lo largo del embarazo, lo que no ocurre de patologías con alteración de la placentación, por ejemplo preeclampsia (PE) y restricción de crecimiento intrauterino. Por otro lado, la obesidad parece tener un rol patogénico en muchas alteraciones perinatales, asociándose a óbito, prematuridad y aumento del riesgo de PE, entre otras. Sin embargo, hasta la fecha no se ha descrito una relación entre las distintas condiciones nutricionales maternas y la flujometría Doppler de las AU.

OBJETIVO

Evaluar la relación existente entre el flujo de las AU evaluado mediante ultrasonografía Doppler y el índice de masa corporal (IMC) materno.

MÉTODO

En 95 mujeres gestantes de embarazos únicos, categorizadas en estados nutricionales enflaquecida, normopeso, sobrepeso y obesa, según IMC. Se evaluó el índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (IP Aut) mediante ultrasonografía Doppler a las 18 semanas de gestación. En las 95 madres se desagregaron los índices de pulsatilidad promedio según el juego de cuartiles, y se realizó un ANOVA para comparar el índice de pulsatilidad promedio a las 18 semanas con el estado nutricional.

RESULTADOS

La comparación entre el IP Aut promedio a las 18 semanas por cada grupo de estados nutricional mostró una diferencia significativa ($p=0.0437$), observándose un menor IP Aut en mujeres obesas a las 18 semanas.

CONCLUSIONES

El estado nutricional materno podría tener influencia sobre el flujo de las arterias uterinas, siendo la obesidad un determinante para una menor resistencia en estos vasos.

ISOMERISMOS CARDÍACOS FETALES: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Montaño I, Walton LB, Carstens E, Gutierrez J. Hospital San José, Universidad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

Los isomerismos cardíacos son poco frecuentes 1,4/10000 y de difícil diagnóstico, que incluyen a cualquier desviación del alineamiento de los órganos corporales del eje derecha-izquierda, que difiere del situs solitus o situs inverso, siendo los principales el isomerismo derecho (asplenia) y el izquierdo (poliesplenia). El Isomerismo Izquierdo se asocia a arritmias y muerte fetal intrauterina principalmente por ausencia o hipoplasia del Nodulo Sinusal, y el derecho a complicaciones postnatales debido a cardiopatías complejas (defectos septales,DSVD, estenosis o atresia pulmonar y DPTVA). La forma de las aurículas pueden diagnosticar el 80% de los casos, pero son difíciles de evaluar en 2D; mostrando aurículas puntiagudas en los casos izquierdos y anchas y ovaladas en los derechos. El Objetivo de este trabajo, es exponer las principales características de cada isomerismo y enfatizar el alto índice de sospecha necesario al enfrentar una cardiopatía compleja, dado su mal pronóstico. Cabe destacar que no solo involucra el corazón, sino también órganos como los bronquios, lóbulos pulmonares, intestino, estómago, hígado y bazo, lo que ha generado la diversidad de nombres del síndrome a lo largo de la historia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de casos sospechosos de isomerismo del 2009 al 2011. Se ocuparon como criterios, los propuestos por la ISUOG 2003. Izquierdos (2): DSAV u otra anomalía estructural; Interrupción de la VCI; Bloqueo cardíaco; Heterotaxia Visceral. Derechos (2): Cardiopatía Compleja; Yuxtaposición de Ao y VCI (mismo lado en 70%); Heterotaxia visceral.

RESULTADOS

De los casos revisados, se encontraron 4 casos derechos y 1 izquierdo, con una mortalidad del 80%.

Año	Sospecha	Postnatal	Diagnóstico	Nacimiento	Isomerismo
2009	Ao Anterior Canal AV	Hígado línea media. VCI y Ao a derecha.	36 semanas	38 semanas	Derecho
2010	TGA	VCI y AO derecho. Canal AV completo. Situs Abdominal	28 semanas	38 semanas	Derecho
2011	Dextrocardia Canal AV Completo.	Canal AV completo. Situs abdominal, Ao a derecha.	36 semanas	38 semanas	Derecho
2011	Interrupción VCI, HDC.		22 semanas		Izquierdo
2011	Dextrocardia, TGA, Ao Ant	TGA, dextrocardia Ventriculo único.	19 semanas	38 semanas	Derecho



Caso 2.



Caso 4.

CONCLUSIONES

Los isomerismos son poco frecuentes y de alta mortalidad, requiriéndose un alto índice de sospecha, siendo la muerte fetal intrauterina el principal pronóstico de los isomerismos izquierdos, y la muerte neonatal el de los derechos por la gravedad de las cardiopatías complejas asociadas.



CUMPLIMIENTO DE LOS INCREMENTOS DE PESO RECOMENDADOS POR IOM 2009 SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DE LAS EMBARAZADAS AL INICIO DEL EMBARAZO

María Luisa Garmendia¹; Marcela Araya¹; Ricardo Uauy^{1,2}; Camila Corvalán¹; Karla Silva³; Paola Casanello²; Michael Velten⁴; Macarena Mayo⁴; Christian Figueroa⁵; Juan Pedro Kusanovic^{2,3,5}
 Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹; Pontificia Universidad Católica de Chile²; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)³; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁴. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río⁵.

INTRODUCCIÓN

En el sistema público chileno, los incrementos de peso (IP) para embarazadas se evalúan de acuerdo a las recomendaciones emanadas por el Instituto de Medicina de los EEUU en 1990. Éstas fueron actualizadas el año 2009 (IOM 2009), proponiendo IP de 12,5 a 18 kg para gestantes con bajo peso (BP), 11,5 a 16 kg para normales (N), 7 a 11,5 kg en gestantes con sobrepeso (SP) y 5 a 9 kg en las obesas (OB). El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de cumplimiento de las recomendaciones IOM 2009 en embarazadas atendidas en el Hospital Dr. Sótero del Río en período 2003-2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 59.346 registros de gestantes que atendieron su parto en el Hospital Dr. Sótero del Río. Se registró edad (años), peso (kg) y talla (m). Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el peso (kg)/talla² (m²). El estado nutricional pregestacional se categorizó de acuerdo al IMC: BP < 18,5 kg/m², N entre 18,5 y 24,9 kg/m², SP entre 25 y 29,9 kg/m² y OB ≥ 30 kg/m². Las variables se describieron en términos de promedios y desviación estándar comparándose con test de anova de un factor. El cumplimiento se categorizó como de acuerdo, bajo o sobre las recomendaciones.

RESULTADOS

La edad promedio de las embarazadas fue de 26 años (DE= 7), la talla x fue de 1,57 m (DE= 0,06), el peso pregestacional fue 62,9 kg (DE= 12,4) y el IMC pregestacional fue de 25,4 kg/m² (DE=4,8) (Tabla 1). El 32,2% de las gestantes tuvieron un IP dentro de las recomendaciones, mientras que el 23,7% estuvo bajo las mismas y el 44,1% por sobre lo recomendado. Las mujeres obesas tuvieron peor cumplimiento, con un 55% por sobre las recomendaciones (Tabla 2).

Tabla 1. Características antropométricas de embarazadas de acuerdo al estado nutricional pregestacional (Hospital Dr. Sótero del Río, años 2003-2013, n=59.346).

	Bajo peso n=1.896	Normal n= 30.719	Sobrepeso n= 17.212	Obesidad n= 9.519	Total
Edad (años)	22,7 (6,2)	24,2 (6,6)	27,6 (7,1)	29,0 (6,8)	26,0 (7,0)
Talla (m)	1,58 (0,06)	1,58 (0,06)	1,57 (0,06)	1,57 (0,06)	1,57 (0,06)
Peso pregestacional (kg)	48,4 (9,1)	55,2 (5,7)	67,1 (6,1)	83,1 (10,5)	62,9 (12,4)
Peso al parto (kg)	63,9 (9,8)	69,9 (8,3)	80,1 (9,1)	93,0 (12,1)	76,4 (12,7)
IMC pregestacional (kg/m ²)	19,4 (3,7)	22,21 (1,6)	27,1 (1,4)	33,7 (3,5)	25,4 (4,8)
IMC parto (kg/m ²)	25,2 (3,9)	28,2 (2,8)	32,4 (2,8)	37,8 (4,1)	30,9 (4,7)
Incremento en peso (kg)	15,4 (5,9)	14,7 (5,8)	12,3 (6,5)	9,9 (6,9)	13,5 (6,5)
Incremento en IMC (kg/m ²)	6,2 (2,3)	5,9 (2,3)	5,2 (2,6)	4,0 (2,8)	5,4 (2,6)

Valores representan promedio (DE), diferencias estadísticamente significativas entre grupos (p<0,01)

Tabla 2. Porcentaje cumplimiento de recomendaciones IOM2009 según estado nutricional. Hospital Sótero del Río, años 2003-2012.

Categorización antropométrica de las embarazadas	Cumplimiento de Recomendaciones IOM2009 (%)	No cumplimiento de recomendaciones	
		Bajo Recomendaciones (%)	Sobre Recomendaciones (%)
Bajo peso (n=1.896)	41,3	32,4	26,3
Normal (n=30.719)	36,5	28,3	35,2
Sobrepeso (n=17.212)	27,1	15,1	57,8
Obesidad (n= 9.519)	25,8	23,2	51,0
Total (n=59.436)	32,2	23,7	44,1

CONCLUSIONES

Para todos los estados nutricionales la mayoría de las gestantes que no cumplen indicaciones de IP: más del 50% de las gestantes con exceso de peso incrementan peso por sobre las recomendaciones IOM2009.



OBESIDAD PREGESTACIONAL EN LAS EMBARAZADAS Y RIESGO PERINATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO EN PERIODO (2003-2012)

Marcela Araya¹; Juan Pedro Kusanovic^{2,3,4}; María Luisa Garmendia¹; Camila Corvalán¹; Karla Silva²; Paola Casanello⁴; Michael Velten⁵; Macarena Mayo⁵; Christian Figueroa³; Ricardo Uauy^{1,4}
Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)²; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río³; Pontificia Universidad Católica de Chile⁴; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁵.

INTRODUCCIÓN

La obesidad materna al inicio del embarazo se ha asociado a numerosas complicaciones en el recién nacido, las cuales pueden condicionar mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónicas en el futuro. El objetivo de este trabajo es evaluar en gestantes chilenas del sistema público de salud la relación entre obesidad pregestacional y complicaciones perinatales. Material y métodos. Se analizó 59.591 registros del Hospital Dr. Sótero del Río del Area Sur-Oriente de Santiago, los cuales corresponden al universo de gestantes que atendieron su parto entre los años 2003-2012. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el peso (kg)/talla² (m²) y la obesidad pregestacional se definió como IMC ≥ 30 kg/m². Se estimaron las incidencias de Bajo Peso a nacer [BPN: <2500g] y Muy Bajo Peso de Nacimiento [MBPN<1500g], macrosomía [>4000g], pretérmino [<37, <34 y < 32 semanas], prematuro extremo [< 28 semanas], prematuro tardío [34 a 36 semanas], pequeño [PEG] y grande para la edad gestacional [GEG] (estándar de Alarcón Pittaluga). Se calcularon las incidencias acumuladas de estas complicaciones en obesas y no obesas y comparándose a través de la prueba de chi-cuadrado. La relación entre obesidad pregestacional y riesgo perinatal se evaluó a través de modelos logísticos crudos y ajustados por edad materna y año del parto. Odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% se tomaron como medida de asociación utilizando el programa SPSS. Resultados: Las gestantes obesas tuvieron significativamente mayores frecuencias de MBPN, pre_término (tardío y menor de 32, 34 y 37 semanas), macrosomía, GEG, y malformaciones congénitas. Estas asociaciones se mantienen al ajustar por covariables de edad y año del parto, excepto para las malformaciones y el pre_término menor a 32 semanas (Tabla 1).

Tabla 1. Comparación de las prevalencias de riesgo perinatal entre gestantes obesas y no obesas atendidas en el hospital Sótero del Río entre los años 2003-1012.

Riesgo Perinatal	Obesas (%) ¹	No obesas	OR IC95% ²	OR aj IC95% ³
Bajo peso de nacimiento	5,8	5,8	1,0[0,9-1,1]	0,9 [0,9-1,0]
Muy bajo peso de nacimiento	1,5*	1,1	1,4[1,2-1,7]*	1,3 [1,1-1,6]*
Pre_término (<37 semanas)	10,5*	8,7	1,2[1,2-1,3]*	1,2 [1,1-1,3]*
Pre_término (<28 semanas)	0,7	0,6	1,2[0,9-1,6]	1,2 [0,9-1,6]
Pre-término(34-36 semanas)	7,4*	6,0	1,2[1,1-1,4]*	1,2 [1,1-1,3]*
Pre_término (< 34 semanas)	3,2*	2,7	1,2[1,1-1,4]*	1,1 [1,0-1,3]*
Pre_término (< 32 semanas)	1,9*	1,6	1,2[1,0-1,4]*	1,1 [1,0-1,3]
Macrosomía (>4000 g)	14,2*	7,5	2,0[1,9-2,2]*	1,8 [1,7-2,0]*
GEG	20,9*	11,2	2,1[2,0-2,2]	1,8 [1,7-2,0]*
PEG	7,2	10,6*	0,7[0,6-0,7]*	0,7 [0,7-0,8]*
Malformaciones	4,2*	3,6	1,2[1,0-1,3]	1,1 [1,0-1,2]

(1)p<0,01*, (2)obesas versus no obesas, (3) OR ajustados por edad materna y año del parto.

CONCLUSIONES

La obesidad materna se asoció a mayor riesgo de complicaciones en el recién nacido. La mayoría de estas condiciones de salud determinan mayor riesgo de enfermedades crónicas en la adultez, por lo tanto, para disminuir la carga de enfermedad en el largo plazo es necesario implementar estrategias de prevención y control de la obesidad en la mujer en edad fértil.



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE VÍA DE PARTO EN EMBARAZOS GEMELARES EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO, REVISIÓN DE 10 AÑOS

Vargas P., Kusanovic JP, Sepúlveda E, Pons A, Diaz F, Silva K, Riquelme N, Córdova V, Ferrer F. CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal. Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo múltiple es una entidad que ha ido en aumento los últimos 20 a 30 años a causa del desarrollo progresivo de técnicas de fertilización asistida y del aumento de la edad materna. El embarazo múltiple es un embarazo de alto riesgo fetal por mayor incidencia de prematuridad, restricción del crecimiento fetal, malformaciones congénitas y muerte fetal in útero comparado con las gestaciones únicas. La vía de parto ha sido discutida y estudiada no logrando llegar a un consenso. El objetivo de este estudio fue describir la presentación y vía de parto de los embarazos gemelares dobles atendidos en nuestra institución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisa retrospectivamente la base de datos de embarazos gemelares dobles atendidos en el Hospital Sotero del Río durante el periodo de enero de 2002 y septiembre del 2011.

RESULTADOS

698 pacientes presentaron embarazos gemelares dobles durante el período estudiado. La presentación de los fetos al parto fue: cefálica-cefálica 39% (271), cefálica- podálica 22% (155), cefálica- transversa 5% (41), podálica-cefálica 15% (107), podálica-podálica 9% (69), podálica-transversa 2% (19), transversa-cefálica 2% (19), transversa-podálica 0.7% (5), transversa-transversa 0.7% (5).

Al evaluar la vía de parto cuando ambos estaban en cefálica el 52% presentó un parto vaginal, el 46% cesárea (de las cuales el 59% fueron cesárea de urgencia y 41% electivas), al presentarse el primer gemelo cefálica y el segundo no cefálica 10% nació por vía vaginal, 85% por cesárea y un 5% ambos (vaginal gemelo A y luego cesárea del segundo gemelo). Cuando el primer gemelo se presentaba no cefálica solo hubo 5 partos vaginales de ambos gemelos que corresponde a un 2%, un 1% ambas vías de parto y un 97% vía operación cesárea.

DISCUSIÓN

La presentación al parto coincide con lo descrito en la literatura, cefálica-cefálica 30-45%, cefálica-no cefálica 28-45%, gemelo A otro no cefálica 12-29%. El segundo gemelo se ha considerado en mayor riesgo de mortalidad y morbilidad dado por las complicaciones obstétricas que pueden ocurrir luego del nacimiento del primer gemelo como desprendimiento de placenta, prolapso de cordón, inercia uterina, intervalo prolongado entre nacimientos y espasmo cervical. Existe un Meta-análisis que evalúa vía de parto que concluye: en gemelo A la mortalidad y morbilidad no presenta diferencias, independiente de la presentación y la vía de parto. En gemelo B no existiría un beneficio de la cesárea cuando presentación cefálica. El mayor riesgo ocurre cuando el primer gemelo vía vaginal y el segundo vía cesárea, se describen complicaciones hasta en un 50%. Al estudiar según edad gestacional antes de 34 semanas se beneficiaría de cesárea, si mayor de 34 semanas: privilegiar parto vaginal si feto A en cefálica.

CONCLUSIÓN

La vía de parto más frecuentemente en nuestro hospital cuando el primer gemelo está en presentación cefálica es el parto vaginal, seguido por la operación cesárea. En aquellos partos en que el primer gemelo no está en cefálica la cesárea fue la vía de parto más usada.

PALABRAS CLAVES

Embarazo múltiple, gemelar, vía de parto, cesárea.



CAMBIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO EN POBLACIÓN DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO: UNA NUEVA “EMERGENCIA OBSTÉTRICA

Kusanovic JP1,2,3; Araya M4; Garmendia ML4; Corvalán C4; Silva K1;

Casanello P3; Velten M5; Mayol M5; Figueroa C1,2,3; Uauy R3,4

Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)1; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río2; División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile3; Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)4;

Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente5.

INTRODUCCIÓN

En Chile un 25% de la población general >15 años presenta obesidad y un 39% tiene sobrepeso. Notablemente, un 64% de las mujeres chilenas en edad fértil y un 32% de las embarazadas tienen exceso de peso. El objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios en el estado nutricional durante el embarazo en mujeres chilenas de bajo y medio nivel socio-económico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio incluyó 59,574 embarazadas que tuvieron su parto en el Hospital Dr. Sótero del Río entre los años 2003-2012. El estado nutricional al inicio y al final del embarazo (por edad gestacional) se categorizó según IMC en: Bajo Peso <20 kg/m², Normal 20-24,9 kg/m², Sobrepeso 25-29,9 kg/m² y Obesidad ≥30 kg/m², de acuerdo a los puntos de corte del estándar de IMC por edad gestacional que se utilizan actualmente en Chile.

RESULTADOS

La edad promedio fue 26 años (DE=7,1), la talla 1,57 m (DE=0,06 m), el peso pregestacional 62,9 kg (DE=12,4), el IMC pregestacional 25,4 kg/m² (DE=4,6) y la ganancia de peso fue de 13,5 kg (DE=6,5 kg). Un 45% presentó exceso de peso al inicio del embarazo vs. 62% al final del embarazo (Tabla 1). Una de cada tres embarazadas con estado nutricional normal al inicio del embarazo pasó a sobrepeso, y a su vez una de cada tres embarazadas con sobrepeso pasó a ser obesa (Tabla 2). La obesidad aumentó en promedio un 80%.

Tabla 1. Cambio en el estado nutricional entre el inicio del embarazo y el parto (IMC ajustado por edad gestacional)

Estado nutricional	Inicio embarazo % (n)	Parto % (n)	p-value
Bajo peso (IMC <20 kg/m ²)	8,6 (5,146)	6,9 (4,101)	<0.0001
Normal (IMC 20-24,9 kg/m ²)	46,2 (27,525)	31,2 (18,589)	<0.0001
Sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m ²)	29,3 (17,473)	33,5 (19,941)	<0.0001
Obesidad (IMC >30 kg/m ²)	15,8 (9,430)	28,4 (16,943)	<0.0001

Tabla 2. Cambio en el estado nutricional entre el inicio del embarazo y el parto por estado nutricional al inicio del embarazo.

Estado nutricional al inicio del embarazo		Estado nutricional al parto ajustado por edad gestacional			
		Bajo peso % (n)	Normal % (n)	Sobrepeso % (n)	Obesidad % (n)
Estado nutricional al inicio del embarazo	Bajo peso (IMC <20 kg/m ² , n=5146)	46,2 (2379)	48,8 (2509)	4,7 (240)	0,4 (18)
	Normal (IMC 20-24,9 kg/m ² , n=27525)	6,2 (1707)	51,9 (14288)	36,6 (10060)	5,3 (1470)
	Sobrepeso (IMC 25-29,9 kg/m ² , n=17473)	0,09 (15)	10,2 (1781)	50,1 (8745)	39,7 (6932)
	Obesa (IMC >30 kg/m ² , n=9430)	0 (0)	0,1 (11)	9,5 (896)	90,4 (8523)

CONCLUSIONES

El estado nutricional de las mujeres embarazadas usuarias del sistema público de salud se caracteriza por una alarmante ganancia de peso durante el embarazo. Es fundamental el desarrollo y aplicación de intervenciones dirigidas a alcanzar un adecuado aumento de peso gestacional.



MODELO PREDICTOR DE RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL SIN PREECLAMPSIA

*Kiekebush G.1, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F., Valdés E.1,
Galleguillos F.a, Rubilar M.a, Rencoret G.2, Parra, M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán,
Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue diseñar un modelo predictor de recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG), no asociados a preeclampsia (PE) durante el primer trimestre de la gestación.

METODO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en 5502 embarazadas que acudieron a realizarse una ecografía entre 11+0-13+6 semanas. Se identificaron 265 embarazadas que posteriormente tuvieron recién nacidos catalogados como PEG (4,8%). Se excluyó en este análisis a los recién nacidos PEG asociados a PE. De los recién nacidos PEG, 119 (44,2%) fueron sub-clasificados bajo el percentil 5. El Doppler de las arterias uterinas (AUt) se evaluó de acuerdo al índice de pulsatilidad (IP) promedio, pero también en relación a su menor (IP-menor) y mayor (IP-mayor) valor en cada paciente. Los IP AUt se transformaron logarítmicamente, ajustaron por variables clínicas, y se expresaron como MoM del grupo no afectado. Finalmente, para determinar el mejor modelo predictor de recién nacidos PEG se utilizó un análisis multivariado y curva de ROC.

RESULTADO

El IP AUt fue ajustado por la edad materna y LCN, y expresado como MoM del grupo no afectado. Los factores clínicos que se asociaron significativamente con la aparición de recién nacidos PEG fueron la disminución del IMC (0,96 [0,92-0,98]), nuliparidad (OR=1,5 [1,2-1,9]) y el antecedente de hipertensión crónica (OR=44,8 [8,7-232,0]). Entre los parámetros evaluados en el Doppler de arteria uterina, el MoM del IP-menor (OR=2,3 [1,6-3,2]) se asoció significativamente con recién nacidos PEG bajo el percentil 10. Con una tasa fija de falsos positivos de 10%, el modelo generado en base a los factores clínicos dio una sensibilidad de solo 18%, mientras que al agregar el Doppler de arterias uterinas la sensibilidad aumentó levemente a 24%. La capacidad de detección de recién nacidos PEG del modelo generado por la combinación de historia clínica y parámetros biofísicos no fue mejor para la detección de aquellos recién nacidos PEG menores del percentil 5.

CONCLUSION

Este estudio confirma que la predicción de recién nacidos PEG sin PE en el primer trimestre de la gestación es muy baja, y que por lo tanto requiere incorporar otros parámetros biofísicos y/o bioquímicos para mejorar su capacidad de detección.

FONDECYT 1130668



RELACIÓN ENTRE OBESIDAD PREGESTACIONAL Y COMPLICACIONES MATERNAS Y OBSTÉTRICAS EN MUJERES CHILENAS DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO

Marcela Araya¹; María Luisa Garmendia¹; Ricardo Uauy^{1,2}; Camila Corvalán¹; Karla Silva³; Paola Casanello²; Michael Velten⁴; Macarena Mayol⁴; Christian Figueroa⁵; Juan Pedro Kusanovic^{2, 3, 5}
 Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹; Pontificia Universidad Católica de Chile²; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)³; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁴. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río⁵;

INTRODUCCIÓN

La obesidad pregestacional está asociada con un mayor riesgo de complicaciones maternas, obstétricas y perinatales. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre obesidad pregestacional y complicaciones maternas y obstétricas en mujeres chilenas de nivel socio-económico bajo y medio atendidas en el Hospital Dr. Sótero del Río del Area Sur-Oriente de Santiago entre los años 2003 y 2012.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron 59.995 registros de embarazadas con parto atendido en el Hospital Dr. Sótero del Río, correspondientes al universo de partos atendidos entre 2003-2012. Se registró edad (años), peso (kg) y talla (m²), ganancia de peso durante el embarazo (kg) y año de parto. Se calculó el índice de masa corporal (IMC) como el peso (kg)/talla² (m²). La obesidad pregestacional se definió como IMC ≥ 30 kg/m² de acuerdo a los puntos de corte de la OMS. Como complicaciones se incluyó: hipertensión gestacional, eclampsia, pre-eclampsia, diabetes gestacional, falla en la progresión del trabajo de parto y cesáreas. Se calcularon las incidencias acumuladas de estas complicaciones en obesas y no obesas y se compararon a través de chi-cuadrado. La relación entre obesidad y complicaciones maternas y obstétricas se evaluó a través de modelos logísticos crudos y ajustados por edad materna, año de parto y ganancia de peso. Odds ratio (OR) e intervalos de confianza (IC) al 95% se tomaron como medida de asociación utilizando el programa SPSS.

RESULTADOS

La edad promedio de las gestantes fue 26 años (DE=7,1), peso pregestacional 62,9 kg (DE= 12,4), talla 1,57 m (DE= 0,06 m), IMC pregestacional 25,4 kg/m² (DE= 4,6) y la ganancia de peso fue de 13,5 kg (DE= 6,5 kg). 16% presentaron obesidad pregestacional. La diabetes gestacional la hipertensión gestacional, preeclampsia, y falla progresión del trabajo de parto fueron significativamente más frecuentes en obesas que en no obesas (p 0,01). Los modelos logísticos tanto crudos como ajustados por covariables confirmaron esta asociación (Tabla 1).

Tabla 1. Asociación entre obesidad pregestacional y patologías maternas y obstétricas. Hospital Sótero del Río, años 2003-2012.

Patologías maternas	Obesas (n=9.521)	No obesas (n=50.474)	OR _{crudo} [IC95%] ¹	OR _{ajustado} [IC95%] ²
Diabetes Gestacional (%)	7,5	2,1*	3,8 [3,4-4,2]*	2,5 [2,2-2,8]*
Hipertensión arterial gestacional (%)	3,4	1,5*	2,4 [2,1-2,7]*	2,7 [2,4-3,1]*
Eclampsia (%)	0,05	0,08	1,2 [0,4-3,7]	1,1 [0,4-3,6]
Síndrome de Hellp (%)	0,2	0,2	1,1 [0,7-1,8]	0,9 [0,5-1,4]
Pre-eclampsia (%)	3,0	1,6*	1,9 [1,6-2,1]*	2,2 [1,9-2,5]*
Cesárea (%)	39,4	22,5*	2,2 [2,1-2,3]*	2,0 [1,9-2,1]*
Falla en la progresión del trabajo de parto (%)	51,6	45,8*	1,3 [1,2-1,3]*	1,1 [1,1-1,2]*

^(*) Diferencias estadísticamente significativas; ⁽¹⁾ Obesas versus no obesas; Resultados son estadísticamente significativos. ⁽²⁾ Ajustados por edad materna, año de parto y ganancia de peso.

CONCLUSION

En Chile, la obesidad pregestacional se asocia a mayor riesgo de patologías maternas y complicaciones obstétricas. Es necesario actuar tanto en la prevención como en el control de la obesidad en mujeres antes y durante el embarazo; igualmente en el periodo intergestacional de forma que las mujeres lleguen al próximo embarazo con un estado nutricional normal.



DESARROLLO DE UN SIMULADOR DINÁMICO DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL PARA FINES EDUCATIVOS

*Guerra FA1,2,4, Moore P1,4, Mansilla J1,4, Vogt S1, Negrón R1, Robles F3, Muñoz J3 e Illanes A3 .
1Instituto de Obstetricia y Ginecología, 2Instituto de Fisiología, 3Instituto de Electricidad y Electrónica.
Universidad Austral de Chile, Valdivia. 4 Clínica Alemana, Valdivia.*

INTRODUCCIÓN

Los simuladores son ampliamente utilizados en la capacitación del personal médico, proporcionando ambientes controlables y libres de riesgo. En particular, la interpretación de la monitorización electrónica (ME) de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) involucra el análisis de los constantes ajustes de la FCF, y requiere de habilidades y experiencia del personal médico para reconocer las diferentes señales, y tomar las decisiones más acertadas. Sin embargo, los simuladores de ME de la FCF actuales, proporcionan un realismo limitado, ya que simulan escenarios estáticos, sin la posibilidad de cambiar la dinámica durante la simulación. Han sido varios los modelos matemáticos que proponen la generación de señales de la FCF y de la contracción uterina (CU) por separado, pero ninguno integra la dinámica de ambas señales. Nuestro objetivo fue desarrollar un simulador que integre todas las variables de la FCF basado en modelo dinámico de la ME de la FCF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Basado en el control fisiológico del sistema cardiovascular fetal y utilizando los programas Matlab™ y Python™, se desarrolló un simulador basado en un modelo dinámico construido en seis bloques interconectados que corresponden a: panel de control del usuario, generador de la FCF, generador de la CU, generador de movimientos fetales (MF), bloque de memoria y bloque de visualización, que permitan almacenar e integrar la información dinámica a través de funciones matemáticas.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El modelo proporcionó las principales dinámicas de la ME de la FCF. Donde el bloque del panel de control del usuario permitió al usuario configurar diferentes parámetros de simulación, la variabilidad, la línea basal, la presencia de aceleraciones y desaceleraciones, incluyendo además la posibilidad de generar CU o MF en línea durante la simulación. Generador de la FCF permitió genera la señal de la FCF instantánea, teniendo la capacidad de responder a los MF con aceleraciones, y a las CU con desaceleraciones en cuatro dinámicas principales (desaceleraciones tempranas, tardías, variables y prolongadas). Generador de la CU: permitió generar la señal de CU instantánea basado en el supuesto de que una CU tiene una forma gaussiana. La línea de base se generó como señal de una variable aleatoria y un ruido de baja frecuencia. Las CU se generan en tiempo aleatorio en frecuencias calculadas por unidad de tiempo, o generar CU durante la simulación en línea activada por el usuario. Bloque de memoria: permitió almacenar en cada instante la condición del feto mediante una función acumulativa. El estado del feto se tomó como una función de la variabilidad y la línea de base de la FCF (como indicadores de hipoxia y acidosis). El bloque de memoria controló los bloques de la FCF para la generación de la dinámica de la variabilidad de la señal de la FCF. Bloque de visualización: permitió mostrar todas las señales (FCF, FM y CU) con un formato similar a los dispositivos de ME comerciales. Trazados resultantes de las simulaciones fueron analizados por especialistas y se evalúan en términos de realismo de la señal y la dinámica de los cambios normales, los cambios periódicos y episódicos de la FCF, sin diferencias significativas entre los trazados de CTG reales y generados por el simulador.

CONCLUSIONES

Este simulador dinámico de la ME de la FCF cumple el realismo propuesto, añadiendo la posibilidad de cambios en línea en cualquier parte de la generación del trazado, permitiendo además integrar la condición del feto mediante una función acumulativa. El siguiente paso será incorporar este modelo como un objeto de aprendizaje en escenarios de educativos.



DESARROLLO DE UN PLATAFORMA QUE GUIE EN LA ESTANDARIZACIÓN DEL MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL INTRAPARTO DE ACUERDO A LA INTERPRETACIÓN DE PARER E IKEDA

*Guerra FA1,4, Cerda S3, Moore P1,3,4, Mansilla J1,4, Vogt S1, Negrón R1, Carrillo J2, Ferrand P2.
Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile, Campus Valdivia1,
Campus Osorno2, Servicio de Obstetricia y Ginecología Valdivia3, Clínica Alemana Valdivia4.*

INTRODUCCIÓN

Varios son los métodos usados para evaluar el bienestar fetal intraparto, siendo la monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal (MEF) la más aceptada. Sin embargo, a pesar que esta fue introducida en los años sesenta, aún existen cuestionamientos en su interpretación y manejo. Por esto han sido numerosas las categorizaciones que se han adoptado, siendo la última la clasificación en 3 niveles propuestas por el National Institute for Child Health and Human Development (NICHD) y del American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG). Sin embargo, el 85% de los trazados caen en la categoría 2, lo que ha hecho que la interpretación y las conductas sean muy confusas. Parer e Ikeda (2007) clasificaron los trazados de la MEF intraparto acorde al riesgo de acidemia fetal, de evolucionar a trazados más comprometedores, y estructurando guías que estandarizan el manejo de las 134 diferentes combinaciones de trazados resultantes. Esta estandarización logra clarificar los trazados categoría 2 (NICHD-ACOG), minimizando la acidemia neonatal sin una excesiva intervención obstétrica. Sin embargo, dada la gran cantidad de combinaciones posibles en esta estandarización, es necesario contar con ayudas escritas o tablas. Nuestro objetivo fue desarrollar una plataforma computacional que guíe en la interpretación de la MEF acorde a la estandarización de Parer e Ikeda, y establezca una guía de manejo aplicable en los diferentes niveles de atención de nuestra red de salud.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolla una plataforma computacional utilizando el programa flash, que permita la integración de los 5 nivel de Parer e Ikeda, en base a un análisis secuencial de la MEF, terminando en una guía de conductas para el manejo de cada una de las combinaciones posibles. Una vez concluida, esta plataforma se pondrá en uso en la unidad de parto y serán matronas capacitadas las que interpretaran los trazados y llenaran una pauta de uso.

RESULTADOS

Se completó una plataforma que puede ser instalada en cualquier computador con sistema operativo Windows. Se accede a una primera interfase, en donde se visualiza la tabla de colores propuesta por Parer e Ikeda. Esta cuenta con áreas sensibles, donde el operador puede conocer las características necesarias para clasificar las diferentes variables de la MEF que deben ser analizadas (variabilidad, basal, y desaceleraciones). En una segunda interfase, el operador es guiado en 3 simples pasos en la evaluación de trazados de la MEF, en el paso 1 se debe seleccionar la variabilidad (marcada, moderada, mínima o ausente o si el trazado es sinusoidal). Una vez seleccionada la variabilidad, el programa guía automáticamente al paso 2, en cual se debe seleccionar la basal (taquicardia, normal, bradicardia leve, moderada o severa), y a continuación se activa el paso 3, donde se debe seleccionar la ausencia o presencia de desaceleraciones su tipo y severidad (precoces, tardías, variables y prolongadas). Completado este último paso, queda seleccionado la categoría en uno de los 5 colores (verde, azul, amarillo, naranja y rojo), desplegándose una guía de la conducta que debe ser tomada en relación al trazado que se analiza. En cada uno de estos pasos el operador es ayudado con información adicional. Una vez desarrollada, esta plataforma fue probada en la unidad de partos por un equipo médico entrenado (matronas, médicos e internos que asistieron a un curso dictado por Parer e Ikeda), las cuales analizaron la confiabilidad, concordancia y satisfacción de este programa.

CONCLUSIONES

Se logró configurar una plataforma computacional, en base a los 5 niveles propuestos por Parer e Ikeda, la cual permite que por 3 sencillos pasos se pueda analizar la MEF intraparto y se entregue al final una guía de manejo. Esta plataforma resulta sencilla de operar, homogeniza las interpretaciones y las conductas en relación a la MEF, y es por último considerada confiable en sus resultados por el equipo médico.



CERCLAJE CERVICAL TRANSVAGINAL DE RESCATE CON TECNICA DE MCDONALD, EXPERIENCIA EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE EN 11 AÑOS, (2002-2013)

*Lattus José, Catalán Alejandra, Paredes Axel, Hidalgo Mario,
De Langue Barbara, Narváez Patricio, Riquelme René, Herrera Francisca.*

INTRODUCCIÓN

Hace 80 años que el Cerclaje Cervical (CC) se ha utilizado para el tratamiento de la Incompetencia Cervical (IC), y solo hace 50 años que la técnica fue depurada por Shirodkar y Ian McDonald. Desde hace 30 años la ultrasonografía transvaginal, ha contribuido a una mejor comprensión de la fisiología del cuello uterino al obtener una evaluación más objetiva de sus características, lo que ha permitido identificar a grupos de pacientes con riesgo de parto prematuro y a las cuales les será evidentemente útil la colocación de un CC. En los casos de CC de emergencia, de rescate, en caliente o terciario, indicado por historia clínica o de membranas en reloj de arena, según las series publicadas, éste permite avanzar entre 5 a 10 semanas en un embarazo con riesgo de parto prematuro. Éste es aplicado a pacientes con membrana amniótica visible a través del cuello uterino dilatado, en su orificio cervical externo o en vagina, y las series indican que puede ser insertado hasta las 26 semanas. Este hallazgo puede ser advertido por examen clínico, con espéculo o por ultrasonografía. En todos los casos luego de insertar el CC, éste puede ser removido no antes de las 37 semanas, o cuando el mayor riesgo de un aborto no provocado ha pasado.

PERSONAS Y METODO

Se analizaron los datos obtenidos de pacientes sometidas a CC con técnica de McDonald, entre el 20 de agosto del 2002 y el 31 de Agosto del 2013. De un universo de 79.878 gestantes, se pudo obtener un total de 104 pacientes que fueron sometidas a CC, de las cuales 43 cumplieron con el protocolo y de haberseles aplicado un CC de rescate o emergencia. La técnica consistió en la inserción de una sutura de Prolene® N° 1 según Ian McDonald.

RESULTADOS

Se informa 1 aborto por infección ovular a las 20 semanas, cuyo CC fue insertado a las 13 semanas, y un mortinato de 26 semanas que pesó 675 gramos cuyo cerclaje había sido insertado a las 17.3 semanas. En la casuística hubo 5 mortineonatos, fallecidos por corioamnionitis y prematuridad extrema, un 11.6 %, y 8 prematuros de 989 a 2690 gramos, todos vivos, 18.6 %. La cervicometría promedio 16 mm, cuyo rango fue de 3 a 24 mm, en 24 pacientes al insertar el CC de rescate se podían apreciar las membranas amnióticas. A todas se les realizó una cervicometría de control previo a su alta. No hubo mortalidad materna en esta serie. Los prematuros fueron 14, se incluyen 2 gemelares monocoriales biamnióticos sometidos a laser y con Cervicometría alterada, 1 mortinato y 5 mortineonatos por prematuridad extrema, sobrevivieron 8. De los 43 CC de rescate, los recién nacidos que están vivos a la fecha son 38, del total de 45 (dos gemelares), un 84.4 %. En la casuística, los dos embarazos múltiples, fueron resueltos por operación cesárea, por diferencia de peso de uno de los fetos y distocia de presentación a las 32 y 34 semanas respectivamente, pero los cuatro recién nacidos fueron dados de alta con un peso aceptable, todos sanos. En 9 pacientes pudimos determinar la bacteria presente en la vagina y cérvix, y fueron tratadas según la normativa con antibióticos específicos y según protocolo, el gran porcentaje de estas pacientes eran portadoras de Ureaplasma urealiticum. La tasa de cesárea, 32.6 % (15 pacientes), se relaciona con 8 partos prematuros y la distocia de presentación, 2 por corioamnionitis, 2 macrosómicos, 1 por plastia uterina previa y el resto por cesárea anterior.

CONCLUSIONES

En casos de cervicometría alterada, menor a 25 mm, y membranas amnióticas visibles, es recomendable realizar un CC de emergencia, ante la alternativa de no realizar nada.



DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN POBLACION DE ALTO RIESGO: PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA

Bustamante M, Winkler C, Honorato M, Yamamoto M, Insunza A, Jordan F. Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN

Preeclampsia ocurre en 3-5% de primigestas, y en 5-15% de mujeres con factores de Riesgo. El screening ha sido la medición del Doppler de Arterias Uterinas (AUt) en el segundo trimestre, sin embargo, la información disponible sobre el beneficio de la aspirina desde las 16 semanas obliga a reevaluar los modelos de pesquisa. La disponibilidad de recurso ecográfico en el Hospital Padre Hurtado entre 20 y 24 semanas para esta población de riesgo, permite evaluar en el embarazo actual el Doppler de Arterias Uterinas (DAUt) y pesquisar el riesgo de desarrollar PE en este grupo de pacientes.

OBJETIVO

Evaluar resultado materno y perinatal de las pacientes con evaluación de Doppler de AUt 20-24 semanas. En nuestra institución, las pacientes con Doppler alterado reciben AAS 100mg al día hasta las 36 semanas.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de 984 pacientes con embarazos únicos desde enero de 2009 a agosto de 2013 a través de la revisión base de datos Astraia y las fichas electrónicas de partos del hospital. Se clasificó el resultado del Doppler AUt en $IP \geq 1,54$ (grupo 1; $n=78$) e $IP < 1,54$ (grupo 2; $n=906$). Se definió como complicación la ocurrencia de Preeclampsia Severa (PES), Preeclampsia sobreagregada a HTA, DPPNI y HELLP. Se analizó como resultado compuesto la presencia de al menos uno de los eventos antes mencionados.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 30,6 (16-43) y 31,28 años (15-48) para cada grupo ($p=0,41$). Edad gestacional al parto fue 35+3 (23-40) y 38+3 (24-41) sin diferencia ($p=0,49$). Los pesos al nacer fueron significativamente menores en embarazos con Doppler de uterinas anormal, siendo 2618g y 3231g en los grupos 1 y 2 respectivamente ($p < 0,001$). El grupo 1 presentó PES, PE sobreagregada, HELLP o DPPNI en 38,46% (30/78), más frecuentemente que en el grupo 2 ($IP < 1,54$) 12,03% (109/906), en forma estadísticamente significativa. La sensibilidad de este test fue: 21,5%; especificidad 94,3%; VPP 38,4%; VPN 87,9%; RR 3,197; LHR (+) 3,79 y LHR (-) 0,83 para este valor de corte.

CONCLUSIONES

El Doppler de AUt detecta una población de mayor riesgo de PES y complicaciones asociadas. Desde el punto de vista materno, ha permitido detectar a las pacientes de mayor riesgo. Esta metodología de diagnóstico pudiera extenderse a primigestas, con el fin de colaborar a la pesquisa en pacientes sin historia previa.

BIBLIOGRAFÍA

Tamizajee y prevención de Preeclampsia guiada por Doppler de arterias uterinas: Revisión sistemática de la literatura. Nicolas Saez O., Jorge Carvajal C PhD. Rev Chi Obstet Ginecol 2012; 77 (3): 235-242

The prognostic role of uterine artery Doppler investigation in patients with severe early-onset preeclampsia Eva Meler MD, Francesc Figueras PhD, Mar Bennasar MD, Olga Gomez MD, Fatima Crispi MD, Eduard Gratacos PhD American Journal of Obstetrics & Gynecology

Volume 202, Issue 6 , Pages 559.e1-559.e4, 2010

The role of uterine artery Doppler in predicting adverse pregnancy outcome Aris T Papageorghiou, Christina K.H Yu, Kypros H Nicolaides Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology

Volume 18, Issue 3 , Pages 383-396, June 2004



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y REPRODUCTIVO DE LA PACIENTE GESTANTE OBESA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Pais F., Avila F.,Valenzuela A., Sepulveda A.,Walker B., Insunza A.,Gomez R., Latorre R.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado ,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad se ha convertido en epidemia en un significativo número de países, incluyendo a Chile. La obesa que se embaraza enfrenta un destino obstétrico complicado por condiciones tales como la diabetes gestacional, hipertensión arterial, parto prematuro, mayor índice de cesáreas, parto vaginal operatorio, hemorragias e infecciones puerperales, entre otras.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Marzo a Agosto 2013. Obesa es aquella que presenta un Índice de Masa Corporal (IMC) >30 kg/m². El estudio describe el curso del embarazo, complicaciones médicas y obstétricas asociadas, el modo del parto y resultado perinatal.

RESULTADOS

Del total de partos de ese periodo (n=2081), un 61% (n=1270) eran obesas, con un IMC promedio de 34,8 (rango 30-75). Un 35% eran primigestas(n=446) , 824 (64,9%) multíparas. El análisis demostró una frecuencia mayor a de patologías médicas/obstétricas, especialmente en primigestas: preeclampsia 13%, rotura prematura de membranas de pretérmino 12,3%, diabetes gestacional 6,3%, macrosomía 2,2% y óbito fetal 0,7%. Entre las multiparas las condiciones asociadas fueron: preeclampsia 6%, rotura prematura de membranas de pretérmino 10,9%, diabetes gestacional 11,4%, macrosomía 2,3%, hipertensión crónica 3,3% y óbito fetal 0,2%. Un 67,9% tuvo un parto vía vaginal, 23,5% cesárea de urgencia y 8,5% cesárea electiva. El trabajo de parto(TdP) se inició en forma espontánea en 827 casos (65,3%), con una tasa de partos vaginales de 80,8%. El 19,2% restante fue cesárea. La inducción con misoprostol fue utilizada en 268 pacientes (21,2%), resultando un parto vaginal en 71,6% de los casos. 171 casos (13,5%) fueron sometidas a cesárea electiva en ausencia de TdP(61%) cuyas causas más frecuentes fueron: podálica (23,5%) y macrosomía (29,4%) en primigestas y 2 o más cesáreas previas (37,3%), 1 cesárea previa con malas condiciones cervicales (31,1%), macrosomía (8,8%) y podálica (87,7%).Los recién nacidos (RN) hijos de gestantes obesas en esta muestra nacieron vivos un 99,1% de las veces, con una tasa de muerte fetal de 0.9%.El peso promedio fue 3418 g (rango 430-5870), todos los RN tuvieron APGAR >8 a los 5 minutos .

CONCLUSIONES

Nuestra revisión muestra que más de la mitad de nuestra población obstétrica es obesa al iniciar el embarazo. Esta población concentra una mayor tasa global de cesáreas, así como patología médica y/u obstétrica concomitante a su gestación. Deben promoverse medidas emanadas de una política nacional, que modifique el estilo de vida y la malnutrición de nuestra población en edad fértil



GOBIERNO DEL PARTO BASADO EN GUIAS CLINICAS Y RESULTADO MATERNO Y PERINATAL: ANALISIS DE 10 AÑOS DE UN MODELO DE GESTION EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Latorre R, Carrillo J, Avila F, Valenzuela A., Carrillo C, Gomez R., Insunza A., Paiva E.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

El Hospital Padre Hurtado inició sus actividades en Noviembre de 1998. Los objetivos obstétricos propuestos fueron mantener una tasa de cesáreas bajo el 25% y evitar la encefalopatía hipóxica isquémica producida por asfixia intraparto en el recién nacido (RN). Con este fin desde el año 2001 se desarrollaron guías locales de manejo del trabajo de parto, a través de un documento de consenso y basado en la mejor evidencia que denominamos Guía del Gobierno del Parto (GGP). El objetivo de nuestro estudio es comunicar el impacto que la GGP ha producido en las tasas de cesáreas y el resultado neurológico neonatal durante sus 11 años de aplicación

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos de nuestro Hospital desprovista de identificadores, desde Noviembre de 1998 a Diciembre de 2012, evaluándose las tasas de cesárea, fórceps, parto vaginal y el resultado neonatal (mediante el diagnóstico de encefalopatía "hipóxica isquémica", EHI). Para el análisis estadístico de las variables, se utilizó Chi cuadrado para tendencias y análisis de curvas de Mantel Haenszel. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el periodo de análisis se registraron 88,347 partos. El Parto Eutócico ha oscilado entre 70,35% el año 2003 y 63,96% el año 2010. La mayor parte de esta diferencia es explicada por un incremento del parto vaginal operatorio (8,36%) y un modesto incremento en la tasa de cesáreas, ambos como resultado de los tiempos definidos por la GGP que incluyó la proscripción de la maniobra de Kristeller. La tasa global de cesáreas del periodo fue de 24,2%. Un Apgar bajo 6 a los 5 minutos se presentó sólo en el 0,35% de los RN. La tasa de EHI del período fue de 2,47 x 1000 NV, tasa que ha disminuido en forma significativa desde la instauración del GGP. El chi cuadrado para tendencias demuestra la existencia de 2 puntos de inflexión en la curva de tiempo entre 1998 y 2012. Los puntos se ubican en el año 2002 y el 2008. La agrupación de las tasas de EHI en 3 periodos de acuerdo a los puntos de inflexión muestra las siguientes tasas (por mil RN vivos); 1998-2001 = 4,72 (Odds Ratio 1), 2002-2007 = 2,02 (Odds Ratio 0,43) y entre 2008-2012 = 1,16 (Odds Ratio 0,25). Estas cifras representan reducciones de un 57% entre los 2 primeros periodos y de un 75% entre el primer y tercer periodo, con un valor de chi cuadrado de tendencia lineal de 54,5 ($p < 0,00001$), altamente significativo. La tasa de cesáreas para los mismos periodos fueron de 22,8%, 23,4% y 26,3%, respectivamente ($p > 0,05$ entre el primer y segundo período).

CONCLUSIONES

La tasa de cesáreas de nuestro Hospital ha continuado posicionada entre las 3 más bajas del país. Es destacable la baja incidencia de Apgar < 5 a los 5 minutos y una tasa de EHI que ha mostrado una significativa tendencia a la disminución, comparándose favorablemente con cifras reportadas en el medio nacional y en el extranjero. Nuestro análisis indica que estas cifras se asocian con la incorporación de la Guía de Gobierno del Parto en el 2002 y la consolidación teórica y técnica de su implementación por parte de los profesionales del equipo de partos y la residencia de nuestra maternidad en los años posteriores.



ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO ACERCA DEL EFECTO DEL MANEJO AMBULATORIO VS. HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO Y UN CANAL CERVICAL SONOGRÁFICO > 25 mm

*Latorre R., Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carrillo J., Insunza A., Reyes F., Gomez R
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el problema más importante en obstetricia. El síntoma de parto prematuro (SPP), definido como contractilidad uterina regular de al menos 3 contracciones en 30 minutos y dilatación cervical < 3 cm, tiene una frecuencia de un 10 a 15% en la población obstétrica general y es una causa frecuente de consulta. Menos del 50% de ellas tendrán efectivamente un parto prematuro. En estas pacientes, la cervicometría, pero no el tacto vaginal es capaz de identificar aquellas con mayor riesgo de parto prematuro. Las pacientes con cervicometría ≤ 25 mm tienen un riesgo de 50-60% de parto prematuro < 35 semanas, en tanto que la frecuencia en pacientes con un canal cervical > 25 mm se aproxima a un 10%, similar al de la población general. Este último grupo de pacientes, fue elegido para una evaluación de factibilidad, bajo la hipótesis nula de que las pacientes con SPP y un canal cervical > 25 mm se comportan de un modo similar cuando son manejadas ambulatoriamente versus hospitalizadas. El último boletín del American College of Obstetricians and Gynecologists de Junio de 2012 lamentaba la inexistencia de un estudio que probara la hipótesis aquí planteada.

MATERIALES Y MÉTODO

Entre enero y agosto de 2013, pacientes con el diagnóstico de SPP y una cervicometría >25 mm, fueron randomizadas a recibir un manejo ambulatorio (MA) versus manejo hospitalario (MH). La randomización se realizó según un sistema de verificación de dígito identificador de identidad. El grupo de MA eran enviadas a su hogar luego de un periodo de observación máximo de una hora, con la indicación de reposo relativo, supositorios antiespasmódicos SOS y control. Las hospitalizadas eran manejadas de acuerdo a guías clínicas. El estudio estadístico fue realizado con SPSS e incluyó análisis de tablas de contingencia, evaluación de medianas-rangos y regresión logística múltiple.

RESULTADOS

114 pacientes fueron randomizadas a MA y 117 a MH. La edad gestacional (EG), las características clínicas del cuello uterino y otras características demográficas fueron similares entre ambos grupos al ingresar al estudio. La población se censuró de acuerdo a si el parto prematuro ocurrió en forma espontánea o sin trabajo de parto. Se confirmó la hipótesis nula. La EG al parto fue similar para ambos grupos (mediana 38,5 sem; rango 35.3 – 41.1 y mediana 38,8 sem; rango 33-41,5 para MA y MH respectivamente, $p>0.05$). Existió sólo un parto prematuro <35 semanas entre las 231 pacientes enroladas en el estudio, en un caso perteneciente al MH.

CONCLUSIONES

Este es el primer estudio randomizado que demuestra que –entre pacientes con síntomas de parto prematuro y un canal cervical > 25 mm- la hospitalización o el manejo ambulatorio tienen un resultado materno y perinatal similar. Las implicancias clínicas derivadas de este estudio pueden modificar sustancialmente el manejo actual del síntoma de parto prematuro.



ANÁLISIS DE LAS INDICACIONES DE CESAREAS ELECTIVAS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. UN MODELO DE CONTENCIÓN BASADO EN GUIAS CLINICAS PARA DISMINUIR SU PREVALENCIA EN EL FUTURO

*Latorre R., Pais F., Valenzuela A., Avila F., Carrillo J., Barrientos J., Gomez R., Insunza A.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La tasa nacional e internacional de cesáreas ha experimentado un incremento importante durante los últimos años, llegando a una frecuencia global de 30% y cifras que alcanzan hasta 70% en centros privados. La Organización Mundial de la Salud recomienda tasas menores a 15%, cifras muy alejadas de la realidad actual. Es importante el uso de Guías Clínicas para hacer frente a esta realidad y promover el parto vaginal, especialmente en primigestas para evitar la realización de una primocesárea y en pacientes multíparas con una cicatriz de cesárea de indicación relativa. En nuestro Hospital, la Guía del Gobierno del Parto promueve tasas de cesárea no mayores a 25%, asociada a Recién Nacidos con el menor riesgo posible de complicaciones intraparto que puedan inducir el desarrollo de morbi-mortalidad neonatal (primariamente encefalopatía del recién nacido).

OBJETIVO

Evaluar críticamente las indicaciones de cesárea electiva, sean éstas de carácter absoluta o relativa, y su evolución en el tiempo, normado por guías que promueven el parto vaginal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos del Hospital Padre Hurtado (desprovista de identificadores), desde Enero 2005 a Agosto 2013, consignándose la indicación primaria de cesárea electiva y su frecuencia durante el período de estudio en primigestas y multíparas.

RESULTADOS

La tasa global de cesárea en este periodo fue 25,3%, siendo de estas 7,5% cesáreas electivas (rango 6,9 el año 2005 - 7,2 el año 2013) y 17,8% cesáreas de urgencia. Un 14,6% de las cesáreas se practicaron en primigestas y un 85,4% en multíparas. 1) Entre las primigestas, las principales indicaciones fueron Podálica 29,3% (rango 35,4 el 2005 a 30,9 el 2013), Macrosomía Fetal 20% (rango 16,9 el año 2005 a 21,4 el 2013) y Desproporción Cefalopélvica anteparto 10,2% (rango 12,3 el 2005 a 9,5 el 2013). 2) Entre las multíparas, las indicaciones principales fueron Doble cesarea anterior (CCA) 34,5% (rango 32,2 el 2005 a 34,7 el 2013), 1 CCA y malas condiciones obstétricas 29,4% (rango 32,2 el 2005 a 30,9 el 2013) y 1 CCA y Feto con peso mayor a 4000 grs 8,5% (rango 12,1 el 2005 a 4,2 el 2013).

CONCLUSIONES

Las guías clínicas que regulan la indicación de una cesárea electiva han sido capaces de contener la tasa de cesáreas en nuestro servicio entre el 2005 y el 2013, a pesar de las tendencias nacionales y globales. Consideramos fundamental disminuir la cesárea en la primigesta, mediante la disminución de la presentación podálica (versión externa), el feto macrosómico de la paciente obesa y una reevaluación del diagnóstico de DCP anteparto.



MORTALIDAD FETAL EN HOSPITAL REGIONAL TEMUCO

*Espinoza, R.; Ferrada, M.; Lagos, R.; Ferrada, R.; Carreño, G.; Quidel J.; Muñoz, J.
Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco*

INTRODUCCIÓN

Muerte fetal es definida a la que ocurre desde las 22 semanas de embarazo hasta el parto. Las tasas en Chile han aumentado en los últimos 6 años probablemente por el cambio de normativa en el registro de la mortalidad fetal. Como estrategia para disminuir la tasa de mortalidad es relevante el adecuado registro y confiabilidad de los datos, lo que exige obtener datos locales, mejorar la calidad de los registros, realizar auditoría y estadísticas de mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan las muertes fetales resueltas en la Maternidad del Hospital Regional de Temuco entre el 1 de Enero de 2006 y 31 de diciembre de 2011. Los parámetros maternos evaluados fueron: edad, paridad, edad gestacional al parto, tipo de parto, comuna de residencia. En los antecedentes fetales fueron evaluados el peso, edad gestacional y sexo. Las causas de muertes fueron clasificadas en fetales, maternas, placentarias, rotura prematura con menos de 25 semanas, incompetencia cervical, patología de cordón, hipoxia intraparto, restricción de crecimiento, desconocida y otras.

RESULTADOS

Hubo 311 muertes fetales de un total 31.154 de partos dando una tasa de 9,98 %.

259 (83,3%) de los fetos estaban fallecidos al momento de ingresar al hospital y 52 (17,7%) vivos. 203 fetos correspondían a embarazadas de otras comunas de la región.

La edad materna promedio fue de 28 años (14-44). Pacientes nulípara eran 40,5% y multíparas un 55,5%. El 70,4 % tuvo parto vaginal. La edad gestacional promedio al parto fue de 30,6 semanas (15-42). 97 fetos (31%) pesaron menos de 750 gramos, 68 (22%) entre 759 y 1449, 79 (25%) entre 1500 y 2499, 67 (21%) mayor a 2500 gramos. Las causas de muerte fueron: fetal en un 23,8%, materna 17%, placentaria 14,5%, RPM precoz 5,5%. De las 74 muertes por causa fetal, 59 fueron síndromes, 9 con malformación única y 9 asfisia sin causa aparente. De las causas maternas la más frecuente fueron enfermedades concomitantes con el embarazo como síndrome hipertensivo, diabetes gestacional y síndrome de HELLP. Las causas placentarias más frecuentes fueron desprendimiento placentario, infarto placentario y corioamnionitis. Un 20 % de causa desconocida. Hubo estudio anatomopatológico en 213 casos (68,5%) y concordancia entre el diagnóstico clínico y anatomopatológico en el 59% de los casos

CONCLUSIONES

La tasa de mortalidad fetal fue similar en los años estudiados y levemente superior al promedio nacional. Debe ser considerado que un número importante de estos casos son derivados de la región y no representa exclusivamente a la población de la comuna. La causa fetal es la más frecuente, aunque los síndromes en nuestra casuística es significativamente más elevada a otros reportes. Las causas maternas y placentarias son similares a lo reportado en la literatura. Elevado porcentaje de causa desconocida. Nos parece relevante realizar estudio anatomopatológico en todas las muertes fetales aún reconociendo que la concordancia con la clínica es menor al 70% de los casos.



USO DEL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS CONTEMPORÁNEO AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA COMO MARCADOR DE MAL RESULTADO PERINATAL

Norambuena C,¹ Sepúlveda-Martínez A,² Díaz F,² Valdés E,² Parra-Cordero M.²
¹ Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile,
² Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile.

OBJETIVO

Publicaciones recientes han demostrado la utilidad del Doppler de arterias uterinas (Art Ut) como un predictor de mal resultado perinatal tanto en el momento del diagnóstico de preeclampsia de inicio precoz (PE-p) como PE tardías (PE-t). El objetivo del presente estudio es determinar el rol del Doppler de Art Ut alterado contemporáneo al diagnóstico de PE, como un parámetro predictor de mal resultado perinatal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisa retrospectivamente la base de datos de la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile durante los años 2004 a 2013, identificando aquellas pacientes con diagnóstico de PE y que al momento del diagnóstico se hayan realizado evaluación del Doppler de Art Ut. Se identifica como Doppler alterado a aquellas pacientes con un índice de pulsatilidad (IP) promedio de Art Ut sobre el p95 para la edad gestacional. Se comparan las características demográficas maternas en ambos grupos y los resultados perinatales. Se considera como resultado adverso la presencia de mortalidad perinatal, peso al nacer bajo p10, APGAR <7 al minuto, edad gestacional al parto <34 semanas y parto por cesárea. Las variables continuas son evaluadas con test de Shapiro Wilk para determinación de normalidad, y se utiliza test de Mann-Whitney o t-student según su distribución. Para variables categóricas se utiliza test de χ^2 . Se utiliza el test de Pearson para determinar la correlación del Doppler alterado con el peso al nacer, la edad materna y la edad gestacional al parto, a través de una regresión lineal simple. Se considera significativo un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se identifican 159 pacientes con diagnóstico de PE que fueron evaluadas en la Unidad de Medicina Fetal. 99 de ellas recibieron evaluación del Doppler de Art Ut. La edad materna promedio del grupo evaluado fue de $29,9 \pm 6$ años, con un IP de arterias uterinas al ingreso de 1,38 (1,05 – 1,75). El 73,7% del grupo (73 pacientes) tuvo parto <34 semanas, siendo un 50,5% bajo p10. En 73 pacientes se identificó un Doppler de Art Ut promedio >p95 para la edad gestacional. El grupo con Doppler Art Ut alterado demostró ser significativamente mayor que los controles ($30,6 \pm 6$ vs $28 \pm 5,6$ años respectivamente, $p=0,02$), pero con tasas de obesidad significativamente menores (13% vs 41,7%; $p=0,002$). No se observan diferencias significativas en antecedente de HTA cr, diabetes gestacional, patología tiroidea o resistencia a la insulina. El grupo > 35 años tiene un riesgo 2 veces mayor de tener un Doppler Art Ut alterado, sin embargo, no alcanza significancia estadística (OR 2,25; $p=0,25$). El Doppler de Art Ut alterado se asoció a mayor incidencia de RN <p10 para la edad gestacional ($p=0,0186$) y parto <34 semanas ($p=0,0073$). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en mortalidad perinatal, APGAR < 7 al minuto ni tasa de cesárea. En la muestra evaluada el Doppler se asoció de manera inversa con el peso al nacer ($r = -0,5357$; $p < 0,0001$) y con la edad gestacional al parto ($r = -0,5513$; $p < 0,0001$). El IP de las Art Ut aumentó proporcional al incremento de la edad materna ($r = 0,1764$; $p=0,08$).

CONCLUSIONES

El Doppler de Art Ut al momento del diagnóstico de PE demostró ser un buen predictor de restricción de crecimiento al nacer y parto prematuro indicado. Sin embargo, no predice adecuadamente aquellas con un riesgo elevado de mortalidad perinatal. Se requieren un mayor número de pacientes para confirmar estos resultados.



ECOGRAFÍA DOPPLER DE LA ARTERIA RENAL EN FETOS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

Leiva P.1, Caradeux J.2, Irarrazabal C.2, Goity C. 2-3, Troncoso M.2-3, Figueroa H2-3.

(1) Interna Medicina Universidad de los Andes

*(2) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología,
y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes*

(3) Clínica Dávila.

INTRODUCCIÓN

La ACOG define como RCIU a la estimación de peso fetal $<p10$ para determinada edad gestacional (EG). Los casos secundarios a insuficiencia placentaria (80%), presentan alteraciones hemodinámicas atribuibles a la redistribución de flujo por hipoxia crónica. Actualmente se utiliza el Doppler de arteria umbilical (AU), arteria cerebral media (ACM) y ductus venoso (DV) para evaluar el grado de deterioro fetal. Estudios sugieren que la evaluación Doppler de la arteria renal (AR) sería de utilidad. Stigter R. et al. (2001) demostró que concomitante al deterioro fetal se presenta una disminución en la velocidad del peak sistólico de AR, que a su vez se correlaciona con el pH venoso de cordón y cambios en el índice de líquido amniótico (ILA). El objetivo de este estudio es evaluar mediante la ecografía Doppler la circulación renal en fetos AEG y con RCIU en diferentes estados de deterioro hemodinámico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo en embarazadas con feto cursando con RCIU. Estudio realizado en las unidades de medicina materno-fetal de: Hospital Parroquial de San Bernardo, Clínica Dávila y Hospital Vall d'Hebron entre julio 2005 y marzo 2012 con Doppler pulsado. Se estudió un total de 56 fetos con RCIU y 56 fetos AEG entre las 22 y 36 semanas de EG. El índice de pulsatilidad (IP) de la AR fue medido tomando en promedio 3 ciclos cardiacos. Se midió el diámetro de la AR, la frecuencia cardiaca y se calculó el flujo sanguíneo renal. Los datos obtenidos fueron analizados con SPSS. Los diferentes estados hemodinámicos de deterioro fetal se clasificaron de la siguiente manera: estado 1 AU con $IP > 2 DS$, estadio 2 AU- $IP > 2 DS$ y ACM- $IP < 2 DS$, estadio 3 AU con flujo reverso, estadio 4 con DV reverso o ausente.

RESULTADOS

Se pesquiso una reducción significativa del peak sistólico de AR (45,17 vs 34,6 $p<0,05$), asociado a una disminución del gasto renal (584,08 vs 287,97 $p<0,05$) e ILA (12,56 vs 8,67 $p<0,05$) en los fetos con RCIU. Sin embargo, al analizar IP de AR no se encontró diferencia significativa al comparar fetos AEG con fetos RCIU. Al evaluar la progresión del deterioro fetal con la cascada de hipoxia se observa que en estadio 1 hay una diferencia significativa en el flujo renal con respecto a los controles, sin observar diferencias en el estadio 2, 3 y 4 respecto al estadio 1; adicionalmente se observa una reducción progresiva del peak sistólico de AR a medida que progresa la cascada de hipoxia

CONCLUSIONES

El peak sistólico de AR y el calculo del flujo renal son buenos indicadores de progresión de deterioro fetal en casos con RCIU, no así el IP. Este comportamiento es equivalente a lo pesquisado en nuevos estudios sobre ACM, en los que se ha observado que en fetos pretérminos con RCIU, el peak sistólico es mejor predictor de mortalidad que el IP de ésta. Faltan estudios para confirmar dichos hallazgos y poder implementarlos en la práctica clínica.



FALLA HEPÁTICA FULMINANTE Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL EMBARAZO; SERIE NACIONAL DE CASOS

*Viguera S, Catalán C, Theodor M, Vera C, Poblete A.
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

Las patologías hepáticas asociadas al embarazo son un grupo heterogéneo de enfermedades, de clínica poco específica y pronóstico variable. Dentro de este grupo, y en el extremo que reporta peores resultados materno-fetales se presenta la falla hepática fulminante (FHF). El deterioro severo de la función hepática durante el embarazo es un evento crítico, generalmente rápido y progresivo, requiriendo por tanto de un manejo multidisciplinario e intensivo, en centros médicos capacitados. Las causas son múltiples, generalmente agrupándose en patologías relacionadas al embarazo, enfermedades preexistentes o causa idiopática. Las causas relacionadas al embarazo son las más frecuentes, destacando la preeclampsia, el síndrome de HELLP y el hígado graso agudo del embarazo, las cuales se presentan con mayor frecuencia en el tercer trimestre de gestación. Actualmente el único tratamiento curativo en casos de FHF es el trasplante hepático. Por lo anterior, el manejo de estas pacientes genera un desafío para el equipo médico, el cual debe considerar los riesgos maternos y fetales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Presentamos la serie nacional de casos de pacientes con falla hepática fulminante manejadas con trasplante hepático durante la gestación. Se describen los resultados maternos y neonatales.

RESULTADOS

Las cuatro pacientes fueron derivadas de diferentes centros del país al Hospital Clínico de la Universidad Católica, entre los años 2004 y 2012; donde se manejaron en la unidad de paciente crítico por los equipos de medicina intensiva, obstetricia y cirugía digestiva. La edad materna promedio fue de 28 años (16-35 años). 75% (3/4) eran primigestas. Todas las pacientes ingresaron cursando embarazo de pretérmino con un promedio de edad gestacional al diagnóstico de 23 + 2 semanas (19 – 25+6 semanas), la mitad de ellas con embarazos previables. De las cuatro gestaciones, un feto se obitó dos días posterior al trasplante, los otros 3 nacieron vivos. En relación a la vía de parto, 50% (2/4) fue vía vaginal (incluido el óbito). Una de las cesáreas se realizó de urgencia durante el trasplante, por presentar bradicardia fetal mantenida. El 100% de las pacientes interrumpidas por cesárea presentó inercia uterina, con rápida respuesta al manejo médico. La mortalidad materna fue de un 25% (1/4), correspondiente a una paciente que falleció a las 72 horas post trasplante. En cuanto a los resultados neonatales, la sobrevida neonatal fue de un 75% (3/4), requiriendo todos apoyo ventilatorio y presentando patologías propias de la prematurez como síndrome de distress respiratorio, leucomalacia periventricular y hemorragia intraventricular.

DISCUSIÓN

No existe consenso internacional sobre el manejo óptimo de la falla hepática fulminante durante el embarazo. La escasa evidencia reportada en cuanto a los resultados maternos y neonatales de las pacientes trasplantadas, no permite aún definir pautas claras de manejo. La experiencia nacional registra tasas más altas de sobrevida neonatal (75% vs 27%) y similares de sobrevida materna (75%) en comparación a lo reportado internacionalmente. A diferencia de los otros estudios reportados, la causa principal en nuestra experiencia fue idiopática, con edad gestacional de presentación más precoz.

CONCLUSIONES

La falla hepática fulminante es un síndrome clínico poco frecuente en el embarazo, con múltiples causas reportadas y de pronóstico variable. El trasplante sigue siendo el único tratamiento curativo. La experiencia nacional reporta buenas tasas generales de sobrevida tanto materna como fetal.



PROGRAMA CHILENO DE DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL CON EL TEST DE 75 GRAMOS DE GLUCOSA ¿ ES UN COSTO INNECESARIO?

*Cox M., Muñoz F., Lama J., Saavedra P., Baldechi F., Salinas S., Fuentes A.
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Chillán
Universidad Católica de la Santísima Concepción.*

INTRODUCCIÓN

Según diversos estudios, la incidencia de Diabetes gestacional en Chile, usando como diagnóstico la prueba de carga de 75 grs , es de entre 8% y 12 % de la población, muy por encima de las inciencias en poblaciones hispanas en Estados Unidos, ó españolas , que son del orden del 4 %. ¿Estamos sobrediagnosticando la Diabetes Gestacional? ¿Cuál es el costo estimado de ésta sobreestimación?

MATERIALES Y METODO

A 1246 embarazadas se les realizó la prueba de carga a la glucosa con 75 grs (P75) entre 28 y 32 semanas de gestación. Aquellas que tuvieron valores de > 140mg/dl, se les realizo el Test de Tolerancia a la Glucosa con 100 grs (TTG100) que se usó como gold standard para el diagnóstico de Diabetes Gestacional. La incidencia de Diabetes Gestacional, de recién nacidos con pesos mayores de 4000 grs, los resultados y los costos asociados a aplicar uno u otro test diagnóstico fueron comparados.

RESULTADOS

1246 embarazadas fueron estudiadas. De éstas, 123 (9.9%) fueron excluidas por falta de datos del nacimiento ó presentar embarazos gemelares. 1123 gestantes constituyeron el grupo de estudio final. 139 (12.4%) presentaron una P75 alterada y de éstas, sólo 71 (6.4 %) presentaron una TTG100 elevada. No se presentaron muertes perinatales en la población estudiada. No se presentaron malformaciones mayores en el grupo con P75 ó TTG100 elevada. Se obtuvieron 104 (9.2%) recién nacidos >4000 grs. De éstos, 81 (78%), resultaron de gestantes con P75 normales. 16 macrosómicos resultaron del grupo con TTG100 alterada, y sólo 5 del grupo con P75 alta y TTG100 normal. Calculamos el ahorro nacional ocupando el TTG100 como gold standard para el diagnóstico de Diabetes Gestacional en aproximadamente 820 millones de pesos, sin afectar la mortalidad perinatal.

CONCLUSIONES

El programa nacional de detección de diabetes gestacional duplica la incidencia del diagnóstico de Diabetes Gestacional en comparación con otras poblaciones hispanas, sin afectar la mortalidad perinatal, ni prevenir las macrosomías, aumentando los costos innecesariamente. Creemos que el uso del TTG 100 debiera ser usado como diagnóstico final de Diabetes Gestacional, como también lo sugiere el Colegio Americano de Obstetricia y Ginecología.



EVOLUCIÓN DEL PESO INTRAUTERINO EN EMBARAZADAS CON DISTINTO ESTADO NUTRICIONAL. COMPARACIÓN MEDIANTE DISTANCIAS FUNCIONALES

Valdivieso J. (1), Pertossi E. (1), Valenzuela I. (1), Mena F. (1), Peralta F. (2), Illanes SE. (1)

1. Departamento de Gineco-Obstetricia y Laboratorio de Biología de la reproducción

2. Facultad de Medicina, Universidad Estatal de Campinas

INTRODUCCIÓN

Está demostrado que la obesidad materna es un factor de riesgo para el desarrollo de macrosomía fetal, y de la asociación directa del crecimiento fetal con el peso materno aumentado en el tercer trimestre del embarazo. Por otro lado, también se plantea que los factores más importantes en la ganancia de peso fetal son el IMC materno al inicio del embarazo y la ganancia de peso materna durante el segundo trimestre. El objetivo de este estudio es evaluar si las curvas de crecimiento fetales de madres con bajo peso, normopeso, sobrepeso y obesas son significativamente distintas y determinar el momento en que estas divergen.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó biometría fetal cada 2 semanas a partir de las 18 semanas de gestación en 95 mujeres y se agruparon según IMC materno en enflaquecida (<20 kg/m²), normopeso ($20 \leq \text{IMC} < 25$), sobrepeso, ($25 \leq \text{IMC} < 30$) y obesas ($\text{IMC} \geq 30$). Se incluyeron solo fetos creciendo en P10 a P90. El peso fetal, a través del tiempo, se expresó como incremento relativo al peso registrado en la semana 18, es decir, el peso en dicha semana se estandarizó al valor 1. Utilizando análisis algebraicos se calculó la distancia canónica entre las funciones para hallar en qué momento se separaban las curvas con respecto a las madres eutróficas.

RESULTADOS

Los fetos de madres enflaquecidas tienen como promedio de ganancia de peso de un 12.52% al término del embarazo, tomando como referente el peso fetal a las 18 semanas de gestación, en pacientes normopeso fue de 58.28%, en sobrepeso 86.27% y obesas 100%. Estas diferencias en la ganancia de peso fetal son estadísticamente significativas. El momento al cual estas curvas se separan considerablemente es a las 28 semanas de gestación, siendo previamente los pesos fetales similares, independiente del estado nutricional materno.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que fetos con crecimiento normal, son influenciados por el estado nutricional materno. Según los resultados de este estudio, esta influencia se expresaría a partir de las 28 semanas, por lo que la reprogramación genética para explicar estos cambios debió ocurrir precozmente en el embarazo.



MACROSOMÍA FETAL Y VIA DE PARTO EN HPSB EN 3 AÑOS

Pertossi E.(1); Valdivieso J. (2); Goity C. (3) Troncoso M. (3)

(1) Alumno de Medicina. Facultad de medicina de Universidad de los Andes

(2) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes

(3) Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial San Bernardo

INTRODUCCIÓN

Macrosomía fetal se define como peso de nacimiento mayor o igual a 4000 g y es causa de morbilidad tanto neonatal como materna. La prevalencia mundial es de 9% aproximadamente, lo que la hace un problema de salud pública y un desafío en el manejo obstétrico. Existe la tendencia a realizar una cesárea electiva en fetos con estimación de peso sobre los 4000g. Esta tendencia contribuye con el aumento de la tasa de cesáreas.

OBJETIVO

Determinar la cantidad de recién nacidos (RN) macrosómicos y la incidencia de cesárea en estos en el Hospital Parroquial de San Bernardo entre enero del 2011 y agosto del 2013.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se analizaron los datos del total de partos en el servicio de obstetricia de HPSB entre el 01 de enero del 2011 y el 14 de agosto del 2013, considerando para la estadística a las pacientes del servicio y privadas. Se consideró macrosomía peso mayor o igual a 4000 gramos al nacer. Se recopiló la cantidad de partos, edad materna, edad gestacional (EG), peso de nacimiento, sexo de los RN y vía de parto. A la vez, se crearon tres subgrupos de estudio: 4000-4499 g, 4500-4999 g. y mayores de 5000 g. Finalmente se comparó los datos extraídos entre la muestra total, el grupo de macrosómicos y cada subgrupo.

RESULTADOS

En total se registraron 5337 partos en el periodo de observación de 3 años, de los cuales el 8,3% (n=444) corresponde a RN macrosómicos. La vía de parto dentro de éste último grupo se distribuye en un 57,4% (n=255) de cesáreas, 38,3% (n=170) partos espontáneos y 4,3% (n=19) requirieron fórceps. El subgrupo de 4000-4499 g. corresponde al 85,81 % (n=381) de los macrosómicos, con una distribución de vía de partos de 55,64% (n=212) cesáreas, 40,15% (n=153) partos espontáneos y 4,19% de fórceps. El subgrupo de 4500-4999 g constituye el 11,93% (n= 53) de los macrosómicos, con 67,92% (n=36) de cesáreas, 28,3%(n=15) espontáneos y 3,77%(n=2) de fórceps, por último los mayores de 5000g. el 2,25% (n=10) con 80% (n=2) de cesáreas y 20%(n=2) de partos espontáneos. De la muestra total un 43,48% (n=2321) fueron cesáreas, 50,98 % (n=2721) espontáneos y 4,85% (n=259) fórceps. El 0,84% (n=45) del total no tiene vía de parto descrita. La edad materna promedio fue de 26.4 años, mientras que en la población de macrosomía fue de 28.1 años. La EG promedio de toda la población fue de 36 + 6 semanas y en el grupo de macrosómicos 39+2 semanas.

CONCLUSIÓN

La cantidad de RN macrosómicos nacidos en HPSB durante el periodo de 3 años de seguimiento fue de 8,3%, valor que se asemeja al 9% que existe a nivel mundial. Con respecto a la incidencia de cesáreas hubo un 43,48% y 57,4% en el grupo total y macrosómicos, respectivamente. En cuanto a partos espontáneos 50,98% en la población general y 38,3% en el grupo de macrosómicos. Finalmente la incidencia de fórceps es bastante similar en ambos grupos 4,85% y 4,3%. La mayor cantidad de macrosómicos se agrupa dentro de 4000-4499 g. Todos estos datos se reflejan en lo descrito en la literatura.



UTILIDAD DEL ÁNGULO CERVICAL EN SEGUNDO TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO EN POBLACIÓN DE BAJO RIESGO

*Sepúlveda-Martínez A, Díaz F, Valdés E, Pedraza D, Muñoz H, Parra-Cordero M.
Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile*

OBJETIVO

Evaluar la utilidad del ángulo cervical anterior como predictor de parto prematuro espontáneo (PPE) a las 20 – 25 semanas de gestación en población de bajo riesgo.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio anidado de caso-control que incluye 138 embarazos únicos que posteriormente tienen parto < 34 semanas de gestación, y 276 controles seleccionados de las dos pacientes con ecografía inmediatamente posterior a cada caso. El ángulo cervical anterior (ACA) se obtuvo retrospectivamente de las imágenes de cervix almacenadas, usando el software "ImageJ", midiendo el ángulo formado con la longitud cervical y la cara interna de la pared anterior del útero. Todas las pacientes poseen además medición de longitud cervical (LC) y Doppler de arterias uterinas (DAUt) a las 20 – 25 semanas de gestación. El resultado primario fue PPE <34 semanas. Mann Whitney U test o t student test fueron usados de acuerdo a la distribución de las variables continuas. Las variables categóricas fueron analizadas con test Chi2. Un $p < 0,05$ fue considerado como significativo. Se utiliza análisis de regresión logística para evaluar si alguna de las características maternas o variables del ultrasonido se asocia significativamente con PPE < 34 semanas.

RESULTADOS

El ACA fue significativamente mayor en mujeres que posteriormente tuvieron parto < 34 semanas comparadas con los controles ($105,9 \pm 2,7$ vs $99,6 \pm 1,7$; $p < 0,05$). LC no se correlacionó con ACA. La mayor predicción de PPE <34 semanas fue obtenido por el modelo que combina LC, ACA e historia previa de parto prematuro (PP). Para una tasa de falsos positivos de 5% y 10%, la detección para este modelo fue de 31% y 41%, respectivamente.

CONCLUSIÓN

Un modelo que combina historia materna, LC y ACA a las 22 semanas puede predecir cerca del 40% de los PP severos. Sin embargo, es necesario probar si este nuevo marcador puede incrementar el rendimiento de la predicción de PP durante el primer trimestre en población general.

Financiado por Fondecyt #1130668



ROL DE L-ARGININA EN LA MODIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN PLACENTARIA, ESTRÉS OXIDATIVO Y ESTADO ANTIANGIOGÉNICO EN TROFOBLASTO EXTRAVELLOSITARIO HUMANO EXPUESTO A HIPOXIA IN VITRO

*Parra-Cordero M1,2, Quezada S1, Sepúlveda-Martínez A1, Guiñez R1, Vega M.1
1 Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile, 2 Hospital San Borja Arriarán.*

OBJETIVO

El óxido nítrico (ON) tiene un rol fundamental en la regulación del tono vascular útero-placentario y la regulación de la apoptosis del trofoblasto extravellositario (TEV) durante la remodelación de las arterias espiraladas. La disminución de la biodisponibilidad de ON podría ser responsable en parte de las alteraciones de la perfusión placentaria, característico de la preeclampsia (PE). A la fecha no hay certeza si las estrategias que intentan incrementar la biodisponibilidad de ON (a través de la adición de L-arginina), juegan algún rol en las alteraciones placentarias. El objetivo de este estudio fue evaluar si los marcadores de disfunción placentaria, estrés oxidativo y estado antiangiogénico en una línea celular de TEV expuesta a hipoxia in vitro fueron modificados por la adición de L-arginina.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio in vitro usó una línea celular de TEV (SGHPL-4), que derivan de un TEV primario, fueron cultivadas en un medio de 1% y 5% de oxígeno y ante ausencia o presencia de L-arginina por 24 horas. Medios condicionados fueron almacenados hasta ser requeridos para análisis. Placental growth factor (PIGF), soluble VEGF receptor (sFlt-1), soluble endoglin (sEng), transforming growth factor β 3 (TGF- β 3) y MDA fueron evaluados en cultivos condicionados por medio de técnica ELISA. El transporte de L-arginina y el porcentaje de células apoptóticas también fue medido.

RESULTADOS

La línea celular de TEV expuesta a hipoxia demostró que una proporción de las células apoptóticas aumentó después de ser cultivadas por 24 horas a 1% de oxígeno comparado con aquellas cultivadas a 5% ($55,0 \pm 7,4$ vs $22,6 \pm 4,6$; $p < 0,05$). También hubo un incremento de los niveles de sFlt-1, sEng y TGF- β 3 secretado por la línea celular SGHPL-4, y estos niveles fueron parcialmente disminuidos luego de ser expuestos a L-arginina.

CONCLUSIÓN

Este estudio indica que la adición de L-arginina revierte parcialmente el estado antiangiogénico inducido por una condición de cultivo hipóxico. Sin embargo, es necesario estudiar cuál es el mecanismo de acción de la L-arginina en este modelo.

Financiado por Fondecyt #1130668



PREMATUROS TARDÍOS: ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO DE SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Stecher, JF. Pablovic, M. Contreras, C. Carvajal, J.

Pontificia Universidad Católica de Chile – Universidad Católica de la Santísima Concepción

INTRODUCCIÓN

Los recién nacidos prematuros tardíos (34 0/7 y 36 6/7 semanas) constituyen un 5 – 7 % de los recién nacidos y poseen un mayor riesgo de muerte o enfermedad que los recién nacidos de término.

OBJETIVO

Analizar la causa de los partos prematuros tardíos y su morbilidad neonatal en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile en un período de 4 años.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo. Se revisan los registros de nacimientos entre enero de 2009 y diciembre de 2012 identificando a los nacidos vivos prematuros tardíos (34 0/7 y 36 6/7) y de término completo (39 0/6 y 40 6/7 semanas). Se identifica el grupo clínico de parto prematuro al que pertenecen y la causa de interrupción en el grupo por indicación médica. Se compara el resultado perinatal de los niños nacidos prematuros tardíos con los de término completo.

RESULTADOS

En el período estudiado nacieron 8 890 niños vivos, con una tasa de partos prematuros tardíos de 7.49 % (n = 666). El 64.11 % fue debida a un parto prematuro idiopático o asociado a rotura de membranas y un 35.89 % por indicación médica. Dentro del grupo de indicaciones médicas se detecta un 19.25 % de interrupciones no basadas en la evidencia y ninguna puramente electiva. Los prematuros tardíos, comparados con los niños de término completo, tienen significativamente más riesgo de hospitalización y morbilidad neonatal, siendo este riesgo mayor a menor edad gestacional.

CONCLUSIONES

En nuestro hospital 1 de cada 15 prematuros tardíos pudo haber nacido a una edad gestacional mayor, pues la indicación de interrupción del embarazo no fue basada en evidencia. Se sugiere que en las instituciones de salud se analicen las causas de interrupciones del embarazo en el grupo de prematuros tardíos, usando normas estrictas para adoptar decisiones, cómo un modo de reducir el riesgo neonatal.

PALABRAS CLAVES

Prematuros tardíos; morbilidad; prematuridad iatrogénica.



ENFERMEDAD MOLAR: REVISIÓN DE CASOS EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

*Sierra P., Puga O., Fernández C., Pérez M.V., Barriga M.I., Figueroa C.
Complejo asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un espectro de enfermedades caracterizadas por un desorden proliferativo de las células que conforman el trofoblasto. Existen distintos tipos histológicos de esta enfermedad, todos ellos pudiendo progresar, invadir, metastaziar e incluso llevar a la muerte sin tratamiento. Sin embargo, el 90% de los casos de ETG es la enfermedad molar, la que se considera poco invasiva, desarrollándose como tumores locales. Se describe en la literatura que su incidencia varía según la región del mundo que se analice, siendo los principales factores de riesgo son edades extremas de edad materna y la historia de ETG previa. Sus manifestaciones clínicas son variables, destacando entre las más frecuentes genitorragia anormal, aumento de tamaño uterino mayor a la edad gestacional calculada, algia pélvica, quistes tecaluteínicos, anemia, hiperémesis gravídica, hipertiroidismo, preeclampsia precoz y expulsión vaginal de vesículas hidrópicas. El objetivo de este trabajo es describir las características de los casos en nuestro centro en que se sospechó enfermedad molar, con énfasis en sus características clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó los casos llevados a comité de anatomía patológica del departamento de ginecología oncológica del Hospital Sótero del Río en los que se sospechó enfermedad molar entre los años 2007 y 2012, obteniéndose las fichas clínicas de las pacientes de dónde se recopiló la información analizada.

RESULTADOS

Durante el período analizado se obtuvo 76 casos de sospecha de enfermedad molar, de los cuales en 56 se confirmó el diagnóstico (74%). El promedio de edad de presentación fue de 28 años, destacando que un 54% se presentó en edades extremas de edad materna. El 69% de ellas era múltipara. Los principales motivos de consulta de estos pacientes fueron: metrorragia (60%), dolor hipogástrico (33%) y ecografía alterada (24%). La edad gestacional promedio del diagnóstico fue de 13+2 semanas. El 30% tenía una altura uterina mayor a la calculada para su edad gestacional. La BhCG diagnóstica tuvo una mediana de 178.349. En un 71% de los casos la ecografía de ingreso fue descrita como sugerente de enfermedad molar. Respecto al tratamiento, en el 87% se realizó vaciamiento uterino con la técnica de vaciamiento y legrado, en el 9% sólo legrado, en el 4% se realizó histerectomía y un 2% laparotomía exploradora. La mediana de BhCG postoperatoria fue 4.324, negativizándose con una mediana de 10,4 semanas (rango 4 a 58 semanas). Las pacientes tuvieron un promedio de 7 controles posteriores. Hubo 12 casos (27%) de enfermedad persistente, requiriendo quimioterapia posterior con un promedio de 3,5 ciclos (rango 1 a 7), 83% recibió sólo Metotrexato y un 17% requirió terapia de segunda línea con EMACO. Hubo sólo 3 casos de pacientes con metástasis (7%), todas con buena respuesta a tratamiento médico. No se registraron muertes en esta serie. Hubo un solo caso de recidiva tratado inicialmente con Metotrexato que se cambió a segunda línea de quimioterapia con respuesta favorable.

CONCLUSIONES

La incidencia de enfermedad molar en nuestro centro fue de 15,6 casos por 10,000 partos, lo que es mayor a lo descrito en la literatura norteamericana, reafirmando la tesis de mayor incidencia de esta enfermedad en nuestra región. Los hallazgos de esta revisión sostienen además los principales factores de riesgo descritos en la literatura, así como la presentación de la enfermedad y el buen pronóstico que tiene con el adecuado tratamiento y seguimiento.



PREVALENCIA DEL FACTOR MASCULINO EN PAREJAS CON INFERTILIDAD EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE

Muñoz J.F.1, 2,3 y Caballero M. 3,4.

1Universidad Católica de la Santísima Concepción; 2Hospital Clínico Hermina Martín; 3Laboratorio de Andrología, Fertilab Limitada, Chillán, 4 Instituto Profesional Santo Tomás, Chillan, Chile.

INTRODUCCIÓN

Aproximadamente 10-15% de las parejas en edad reproductiva padecen algún grado de infertilidad. El 25-30% de las causas de infertilidad obedecen a alteraciones en el factor masculino, de allí la importancia de un completo y complejo estudio del eyaculado. La evaluación del semen es uno de los parámetros más importantes en el estudio de la pareja infértil. La Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene valores de referencia que han ido variando a través del tiempo y recomienda que cada centro de fertilidad establezca sus propios valores referenciales. En la provincia de Ñuble, no existen estudios que permitan definir cuáles son los valores seminales para ésta población que sirvan de referencia para la evaluación de los individuos con alteraciones de la fertilidad. Esto permitirá aproximarse de alguna manera a la selección de poblaciones espermáticas de características más adecuadas para ser utilizadas en biotecnologías de reproducción asistida de baja, mediana y alta complejidad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo (2008 a 2011), analítico y longitudinal efectuado con base en el análisis de muestras seminales de 272 parejas que consultan en un centro privado de infertilidad (FERTILAB), residentes en la provincia. Las variables estudiadas fueron: motilidad espermática progresiva (MP, suma de categorías a+b, OMS, 1999), concentración total de espermatozoides (CT) y porcentaje de espermatozoides con morfología normal (MN). Para el análisis se dividieron en forma independiente cada parámetro seminal y luego se realizó un análisis cruzado de los mismos para obtener los porcentajes de casos bajo los límites inferiores de referencia (LIR), (OMS, 1999).

RESULTADOS

Para los 272 casos, los porcentajes de las alteraciones de los parámetros seminales fueron: 32% Teratozoospermia (morfología menor a 15%), 27% Astenozoospermia (motilidad progresiva a+b menor o igual a 50%) y 18% Oligozoospermia (concentración total menor a 40 millones). Al realizar el análisis cruzado de los tres parámetros encontramos que un 15% de las parejas en este estudio presentaron todos los parámetros seminales bajo los LIR (oligosstenoteratoospermia, OAT) y de éstos el 8,8% fueron azoospermicos.

CONCLUSIONES

Este estudio demostró que una de cada tres parejas que consultaron por infertilidad en nuestro centro presentó alteraciones en la morfología espermática, siendo éste el parámetro más frecuentemente alterado, y que en una de cada siete parejas el hombre presentó alteraciones severas de su espermiograma (OAT o azoospermia). El espermiograma es un examen vital en el estudio de la pareja infértil, siendo el análisis de la morfología espermática el parámetro más sensible de todos. Para lograr una correcta valoración de los parámetros seminales es fundamental que el espermiograma sea realizado por personal debidamente capacitado y aplicando los criterios de la OMS.



COAGULACION BIPOLAR DE CORDON EN EL TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE GEMELAR TRAP

Parra, M.1,2, Rencoret, G.2, Sepúlveda, A.1, Díaz, F.1, Figueroa, J.2
1Unidad Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,
2Unidad Medicina Fetal Hospital Clínico San Borja Arriarán.

OBJETIVO

La perfusión arterial reversa en gemelares (TRAP) es una rara complicación del embarazo monocorial con una prevalencia de 0,48 cada 100,000 nacimientos. Diferentes tratamientos se han propuesto los que incluyen manejo expectante, ligadura de cordón, coagulación bipolar, laser intersticial o radiofrecuencia. A pesar de diversos tratamientos, el manejo quirúrgico óptimo permanece indeterminado. Describimos dos casos tratados con coagulación bipolar de cordón.

METODO

El diagnóstico fue realizado mediante ultrasonografía y confirmada la secuencia TRAP mediante Doppler color en las Unidades de Medicina Fetal de nuestros Hospitales. El embarazo fue seguido semanalmente de forma expectante hasta mediados del segundo trimestre. Se ofreció tratamiento invasivo con la presencia de signos de mal pronóstico (crecimiento rápido y/o hidrops en el feto acardio, signos ecográficos de falla cardiaca, polihidroamniois del gemelo bomba y relación de dimensión > 1 [circunferencia abdominal acardio/ peso bomba]). En todos los casos se obtuvo consentimiento informado y consejería extensa.

Bajo anestesia materna, se realizó una amniotomía con una aguja 20G en el saco acardio hasta que se consideró un bolsillo adecuado para una fetoscopia. Un fetoscopio de 3,5 mm se introdujo en el saco acárdico y se examinó los vasos placentarios y cordón bajo visión directa desde la placenta hasta la inserción umbilical. Decidido el lugar preciso de la oclusión se retiró el fetoscopio y se introdujo una pinza bipolar de 3 mm. Se inició la coagulación bipolar a 50 watts por 30 segundos hasta que se confirmó la oclusión del cordón mediante Doppler color. Las pacientes se hospitalizaron por 48 horas con tocólisis endovenosa u oral. Los resultados perinatales se obtuvieron de fichas clínicas.

RESULTADO

El caso 1 fue diagnosticado a las 21 semanas y la fetoscopia y coagulación del cordón realizada a las 23 semanas dado signos de insuficiencia cardiaca del gemelo bomba demostrado por polihidromanios progresivo y relación de dimensión > 1 . El procedimiento fue exitoso con interrupción del flujo verificada por Doppler. El embarazo fue seguido con ecografía semanal y se interrumpió mediante parto vaginal a las 35+ 5 semanas dado alteración del Doppler umbilical, resultando un RN vivo adecuado para la edad gestacional. El caso 2 fue diagnosticado a las 12 semanas y la coagulación con bipolar realizada a las 21 semanas dado anhidramnios del gemelo bomba y relación de dimensión > 1 . El procedimiento fue exitoso y el embarazo seguido semanalmente. La interrupción fue indicada al las 35 semanas por colestasia intrahepática severa mediante operación cesárea, resultando un RN vivo adecuado.

CONCLUSION

La coagulación bipolar a mediados del segundo trimestre es una aproximación terapéutica posible en el tratamiento de los gemelos monocoriales con secuencia TRAP.



PROYECTO PILOTO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD BAJA COMPLEJIDAD AÑO 2011-2012 EN LA UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO - HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HCVB)

Chamy V^{1,2}, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}

1 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso.

2 Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

En el año 2010, la Universidad de Valparaíso creó el Centro de Investigación en Reproducción Humana y financió un completo laboratorio de andrología y ecotomografía. En colaboración con el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCVB, desarrollaron un proyecto para el estudio y manejo racional de las parejas infértiles tributarias de un tratamiento de baja complejidad (inducción de ovulación con inseminación intrauterina). En 2011, FONASA aprobó el proyecto y su financiamiento, estableciéndose como único proyecto piloto del país para ese año. Material y Métodos: Análisis descriptivo de los ciclos de reproducción asistida de baja complejidad realizados en la Unidad de medicina reproductiva de la Universidad de Valparaíso - Hospital Carlos Van Buren durante los años 2011 y 2012. Resultados: Se incluyeron en el proyecto un total de 92 parejas. La tasa de embarazo por paciente tratada fue de 24%, la tasa de recién nacido por paciente tratada del 17.4%, La no respuesta o abandono a mitad del ciclo : 20% , lo que da una tasa de embarazos por ciclo inseminado de 18.3%.

Numero de pacientes tratadas por año y por ciclo.

Pacientes (n)	2011	2012	total
1 ^{er} ciclo	42	50	92
2 ^o ciclo	20	25	45
3 ^{er} ciclo o mas	8	5	13
Total	70	80	150

Resultados de embarazos año 2011-2012

	2011	2012	TOTAL
	% (embarazo / n)	% (embarazo / n)	% (embarazo / n)
1. Tasa de embarazo por ciclo iniciado	12,8% (9/70)	16,3% (13/80)	14,7 % (22/150)
2. Tasa de embarazo por ciclo inseminado	15,3% (9/59)	21,3% (13/61)	18,3 % (22/120)
a. Tasa de embarazo por 1 ^{er} ciclo inseminado	11,1% (4/36)	21,0% (8/38)	16,2 % (12/74)
b. Tasa de embarazo por 2 ^o ciclo inseminado	29,4% (5/17)	25,0% (5/20)	27,7 % (10/36)
c. Tasa de embarazo por 3 ^{er} ciclo inseminado	0,0% (0/6)	0,0% (0/3)	0,0 % (0/9)
3. Tasa de embarazo por paciente tratada	21,4% (9/42)	26,0% (13/50)	24,0 % (22/92)
4. Tasa de RN o embarazo en curso por paciente tratada	19,0% (8/42)	16,0% (8/50)	17,4 % (16/92)

CONCLUSIONES

Los excelentes resultados obtenidos, total 2011 – 2012, en términos de tasas de embarazos por ciclo iniciado (12,8%) , son absolutamente comparables a lo publicado en la literatura internacional. Consideramos que este es un programa que debe replicarse a lo largo del país, en colaboración con instituciones Universitarias.



PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO (PIP) Y ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO): RESULTADOS DE SU MANEJO EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Fernández D. 1, González J. A.2, Donoso M. 2

1 Interno, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El proceso inflamatorio pelviano (PIP) corresponde a una infección de las estructuras del aparato genital femenino. El compromiso infeccioso da lugar a diferentes manifestaciones clínicas como: la endometritis, salpingitis- anexitis, pelviperitonitis, absceso tubo-ovárico y otros. El absceso tubo-ovárico (ATO) corresponde a una complicación grave de PIP, requiere una terapia médica y/o quirúrgica agresiva ya que la ruptura de un absceso puede terminar en sepsis y la muerte. El tratamiento del ATO incluye manejo con antibióticos y procedimientos de drenaje mínimamente invasivos o cirugía. Los factores de riesgo para desarrollar PIP y/o ATO son similares: episodios previos de PIP, edad < 35 años, promiscuidad, historia de infertilidad, procedimientos intrauterinos y en Chile, el uso prolongado y sin control del dispositivo intrauterino (DIU). La literatura extranjera no menciona gran asociación entre PIP y DIU. Los objetivos de este trabajo fueron conocer la frecuencia y los factores de riesgo de PIP y ATO en pacientes hospitalizadas en nuestro servicio, observar la evolución, complicaciones, necesidad de cirugía y tratamiento médico- quirúrgico con el fin de optimizar y estandarizar el tratamiento para esta patología.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se presenta un trabajo retrospectivo de 72 casos que ingresaron con el diagnóstico de PIP al Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de San Bernardo entre noviembre del año 2010 y agosto del año 2013. Del total de casos, se dividieron en dos grupos: el primer grupo corresponde a 38 pacientes que tienen el diagnóstico de ATO y el segundo grupo a 34 con el diagnóstico de PIP no ATO.

RESULTADOS

Primero se analizó al grupo de pacientes con el diagnóstico de ATO. El 86,8% de las pacientes con el diagnóstico de ATO presentó una buena respuesta con uno de los esquemas del tratamiento médico con antibióticos. Específicamente, el 88,6 % respondieron favorablemente al esquema triasociado, al igual que el 66,6% de las pacientes que se manejaron con esquema de clindamicina y gentamicina. Sólo 5 pacientes no respondieron al manejo antibiótico de primera línea, representando el 13,2% de la muestra. Del total de pacientes con ATO, 11 pacientes necesitaron resolución quirúrgica. Luego con el segundo grupo de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de PIP no ATO, el 97% respondió favorablemente al manejo con esquema antibiótico. Sólo en una paciente fue necesario realizar cirugía, la cual fue de urgencia debido a la sospecha de un embarazo ectópico complicado. La tabla n° 1 compara los principales resultados de ambos grupos.

Tabla n° 1

VARIABLES	Grupo ATO	Grupo PIP
Promedio de edad (años)	42,3	29,2
Paridad	2,7	1,7
Hospitalización previa por PIP	1	0
Pacientes usuarias de DIU	28	13
Respuesta favorable a tto. médico	86,8 %	97 %
Necesidad ATB segunda línea	13,2 %	2,7%
Necesidad de cirugía	28,9 %	2,7%
Promedio de hospitalización (días)	6,7	3,2

DISCUSIÓN

Llama la atención que en la literatura internacional no se ha comprobado el rol del DIU en la patogénesis del PIP y/o el ATO, a pesar que trabajos demostraron su relación. En nuestra muestra es un factor a considerar ya que el 57% del total de pacientes eran usuarias de DIU, motivo por el cual se debería considerar dada su gran prevalencia en estos casos. El manejo del ATO puede ser tanto médico como quirúrgico, la mayoría de las mujeres son candidatas para el tratamiento médico, siendo eficaces los antibióticos en el 70 % de todos los casos. En este trabajo se pone de manifiesto la buena respuesta al tratamiento médico inicial con antibióticos en un alto porcentaje de pacientes (86,8% grupo ATO y 97% en el grupo PIP) cediendo el cuadro febril y con estadía hospitalaria relativamente corta, y en pocas ocasiones necesidad de una intervención quirúrgica, cuya principal causa fue la sospecha de un ATO roto.



GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN EMBARAZADAS CON OBESIDAD Y RESISTENCIA A LA INSULINA NEONATAL

1Urzúa M, 2,3Villalobos-Labra R, 2,3Sáez PJ, 2,3Westermeier F,
3Kusanovic JP, 3Poblete J, 2,3Sobrevia L, 2,3Fariás-Jofré M.

1Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM), 3División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La obesidad materna (OM) se asocia a un mayor riesgo materno-perinatal y a un aumento de la adiposidad neonatal, contribuyendo al desarrollo de obesidad y diabetes mellitus en la descendencia. Dado que la resistencia a la insulina (RI) es uno de los principales mecanismos fisiopatológicos de la diabetes, se evaluó la influencia de la OM sobre las variables antropométricas y marcadores de RI en el neonato.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó 2158 registros materno-perinatales completos del Hospital Clínico UC (2007). Se obtuvo el perfil nutricional al inicio y al final del embarazo mediante la curva de Rosso-Mardones y se evaluó su influencia sobre las variables antropométricas neonatales (peso y talla al nacer, índice ponderal). En un subgrupo adicional de recién nacidos se obtuvo muestras de cordón umbilical y sangre de la vena umbilical para evaluar la influencia del estado nutricional materno sobre marcadores metabólicos (glicemia, insulinemia, péptido-C). Con estos datos se calculó el índice de HOMA (homeostasis model assessment). En cultivos primarios de células endoteliales de la vena umbilical (HUVEC), se evaluó la presencia de un marcador celular de RI (fosforilación de IRS-1 en serina 307). Se obtuvo consentimiento informado y autorización por el Comité de Ética Institucional.

RESULTADOS

Durante el período evaluado, la distribución del estado nutricional al final del embarazo fue de 7.4% en rango de bajo peso, 56.6% normal, 26.6% sobrepeso y 9.4% obesidad. La ganancia de peso gestacional, evaluado como la variación del índice de masa corporal (Δ IMC), fue mayor en embarazos de término con OM, en comparación con embarazos normales (5.8 ± 0.008 vs 4.9 ± 0.06 , respectivamente, media \pm SE, $p < 0.01$). Se observó una correlación inversa entre ganancia de puntos de IMC y el IMC pre-gestacional en embarazadas con estado nutricional normal ($r^2=0.75$), relación que se pierde en los embarazos con OM ($r^2=0.27$). El peso al nacer se correlacionó mejor con la ganancia de peso gestacional que con el IMC materno pre-gestacional. Además, en los neonatos de mujeres con OM al final del embarazo se encontró que tanto el índice ponderal como la proporción de macrosomía fueron mayores, en comparación con los neonatos de mujeres con estado nutricional normal. Se encontró un nivel plasmático de péptido-C elevado en muestras de sangre del cordón umbilical de recién nacidos de embarazos con OM en comparación con embarazos normales. Sin embargo, no se detectaron diferencias en los niveles de glucemia, insulina ni HOMA entre los dos grupos. Adicionalmente, la OM a un aumento de la forma fosforilada inactiva de IRS-1. Conclusiones: La OM se asoció a una menor correlación negativa entre la ganancia de peso gestacional, sugiriendo una pérdida del control nutricional adecuado en este grupo de alto riesgo materno-perinatal. La excesiva ganancia de peso gestacional se asoció a un mayor crecimiento fetal evidenciado al momento del nacimiento. Adicionalmente, en este grupo de pacientes con OM se encontró evidencias tanto subclínicas como a nivel celular de un incremento en la secreción neonatal de insulina, asociado a un deterioro de la señalización de la insulina en el endotelio. Este conjunto de hallazgos pone de manifiesto que el inadecuado control nutricional de la embarazada puede contribuir al desarrollo de alteraciones metabólicas en la descendencia.

FONDECYT (1121145 , 1110977 , 1090594) , CONICYT (ACT- 73 PIA) .



LA VENTANA FÉRTIL DE LAS PACIENTES INFERTILES OVULATORIAS ES MENOR A LA VENTANA DE PACIENTES CON FERTILIDAD PROBADA

*Donoso M.1, Arraztoa J.A.1, Serra R.2, Bustos B.1 Mallea X. 1, Gana M.T.1, Alliende M.E.1
(1) Programa de Cuidado y Estudio de la Fertilidad Humana – PROCEF, Departamento de Obstetricia,
Ginecología y Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes.
(2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes.*

INTRODUCCIÓN

La ventana de fertilidad es un concepto introducido por Wilcox que refleja el momento del ciclo menstrual en el cual es factible un embarazo. Wilcox determinó la duración de esta ventana de fertilidad evaluando mujeres que deseaban embarazarse y tuvieron relaciones cerca de la ovulación objetivada por el cambio en la relación estradiol/pregnanolol urinario. La ventana fértil también es factible de determinar por registro diario del patrón de fertilidad con métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad. Esta detección optimiza la probabilidad de embarazo en parejas con infertilidad.

OBJETIVO

Determinar si existen diferencias en la duración y calidad de la ventana fértil entre parejas con infertilidad y ovulación normal comparadas contra parejas sanas con fertilidad probada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una evaluación de los registros de fertilidad de una cohorte histórica de pacientes consultante al programa PROCEF de la Universidad de los Andes en el Centro de Salud de San Bernardo, que aprendieron a reconocer su patrón de fertilidad e infertilidad con registro prospectivo y diario de fertilidad con métodos naturales de regulación de la fertilidad según el modelo de Kreighton entre los años ... y 2012. La ventana fértil fue registrada prospectivamente en una cartola diseñada especialmente para este fin. En esta cartola las mujeres consignaron los días fértiles e infértiles y las características de fertilidad percibidas durante la ventana fértil, como el grado de lubricación vulvar objetivado por el paso de un papel higiénico por los genitales y la evaluación de la elasticidad y transparencia del moco cervical rescatado en el papel higiénico. Se compararon las características demográficas y de la ventana fértil de un grupo de pacientes fértiles contra otro grupo de pacientes con infertilidad de causa no ovulatoria.

ESTADÍSTICAS

Las variables se describen sobre la base de los porcentajes, promedios y desviaciones standard, las comparaciones entre ellas se realizan mediante coeficiente de correlación de Pearson, y t test dependiendo del tipo de variable. Se utilizó el programa estadístico STATA 10.0 para el análisis.

RESULTADOS

Se compararon 507 ciclos de 110 pacientes con fertilidad probada y 30 pacientes infértiles ovulatorias. La causa de la infertilidad fue un factor tuboperitoneal en 10 pacientes (33%), factor masculino en 7 (23,3%), endometriosis en 5 (16,6%), factor uterino en 4 (13,3%), con más de un factor en 5 (16,6%) y no precisada en 9 (30%). Se analizó un promedio de 5 ciclos por paciente. La edad promedio fue de 33,4 (sd 5,9) años pacientes fértiles y de 31 (sd 5,8) años infértiles ($p < 0.05$). La ventana fértil resultó estadísticamente más corta en pacientes infértiles (8,4 días) vs pacientes fértiles (9,4 días) ($p < 0,0001$). Al analizar según el factor de infertilidad, tanto las parejas con factor tuboperitoneal, masculino, endometriosis y factor uterino resultaron tener ventanas fértiles menores a las mujeres normales con 8.4, 7.8, 8.2 y 7.8 días de ventana fértil respectivamente. Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$). Finalmente se comparó la calidad de la ventana de fertilidad entre pacientes fértiles e infértiles, el score promedio de las pacientes fértiles fue de 4.99 y el de las infértiles de 4.2 ($p < 0.05$). La edad no modifica la duración de la ventana fértil.

CONCLUSIONES

Es posible determinar la ventana fértil con registro de fertilidad. La duración de la ventana fértil y su calidad es menor en pacientes infértiles ovulatorias que pacientes con fertilidad probada.



LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO ENDOMETRIOIDE ESTADIO I RIESGO INTERMEDIO

Arab C1, Besio2, Cisterna P2, Aedo S3.

*1.Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

*2.Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Dr. Luis Tisné Brousse,*

*3.Gineco-Obstetra, Magister en Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía (LFD) en cáncer de endometrio inicial sigue siendo motivo actual de controversia. En dos importantes estudios Europeos con un reclutamiento de aproximadamente 1900 pacientes se observó que no existe evidencia que la LFD mejore la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE), pero sí agrega una mayor morbilidad.

OBJETIVO

Comparar SG, SLE, tasa de mortalidad y recidiva en pacientes con cáncer de endometrio riesgo intermedio (CERI) en las que realizó LFD versus no LFD.

MATERIALES Y MÉTODOS

En 42 sujetos operados desde enero 2003 a junio 2011, con diagnóstico de CERI, se registran la LFD así como los tiempos desde su cirugía hasta la presencia del evento muerte y aparición de recidiva, siendo no censurados aquellos en que al control no se verifican los eventos mencionados. Se realizan análisis de sobrevida de Kaplan-Meier comparando la sobrevida y ausencia de recurrencia para LFD por prueba de Logrank. Se determinan tasas de mortalidad y recidiva para toda la cohorte así como por LFD.

RESULTADOS

Se realizó LFD en 22 casos [52,4% CI95%: 37,3 a 67,5]. En 38 casos [90,5% CI95%: 77,9 a 96,2] se realizó radioterapia. Para un tiempo de seguimiento de 4427 días se observa 94,9% [CI95%: 81,4 a 98,7] de sobrevida y 95,2% [CI95%: 82,3 a 98,8] para ausencia de recidiva. En ambos casos no se observaron diferencias significativas para la presencia de LFD (logrank p-valor, sobrevida: 0,87 y ausencia recidiva: 0,13)

Las tasas de mortalidad y recidiva expresadas en 10.000 días mujer son respectivamente de 0,2 [CI95%: 0,02 a 0,71] y 0,2 [CI95%: 0,02 a 0,73] sin diferencias significativas (p-valor > 0,05) entre el grupo con LFD y sin LFD.

CONCLUSIONES

La LFD en CERI no varía SG, SLE, Tasa de recidiva y Mortalidad.



COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN CLINICA SANTA MARIA Y HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 20 CASOS

Braun H.1-2, Rondini C.1-2, Larraín D.2, Urzúa MJ.1, Miranda I.1, Díaz M.2, Rojas I.2, Troncoso F.1
1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El gold standard en el tratamiento quirúrgico del prolapso genital severo, es la colposacropexia. La laparoscopia tiene los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva; da un mejor acceso a los espacios reducidos y profundos y permite la reparación integral de todos los defectos involucrados en el prolapso. En las últimas décadas, son muchos los centros en los que se realiza la Colposacropexia Laparoscópica con excelentes resultados y con una baja tasa de complicaciones.

OBJETIVO

Describir los resultados de los primeros 22 casos operados de Colposacropexia Laparoscópica con la técnica de Clermont Ferrand en Clínica Santa María y Hospital Padre Hurtado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Entre Septiembre de 2012 y Septiembre de 2013 el mismo equipo operó 22 pacientes portadoras de Prolapso Genital estadio III o IV del POP-Q. Todas las pacientes dieron su consentimiento. Se procede a disecar la región del promontorio, exponiendo una porción del ligamento prevertebral suficiente para pasar 1 o 2 puntos para fijar la malla. A continuación se abre el peritoneo desde el promontorio hasta el Douglas. Se diseca el espacio rectovaginal hasta el Cup anal y desde este punto, lateralmente a ambos lados hasta los elevadores del ano. El espacio vesicovaginal se diseca, llegando hasta el nivel de la unión uretrovesical. Si se preserva el útero, se procede a disecar sendos túneles anteriores a las hojas posteriores de los ligamentos anchos, desembocando por debajo de los ligamentos uterosacros en el espacio rectovaginal. Si no se preserva el útero, se realiza una histerectomía subtotal. La malla posterior de Gynemesh de 15 x 4 cm con un corte en U en uno de sus extremos se fija con puntos a los elevadores del ano sin comprimir el recto. Se fija además con un punto a cada lado en la vagina posterior a nivel de la inserción de los ligamentos uterosacros. Una segunda malla de Gynemesh de 15 x 4 cm se fija a la vagina anterior con un punto a la altura de la unión uretrovesical y uno a cada lado a nivel de los fornices. Es importante que estos dos últimos puntos incluyan a los ligamentos uterosacros y parte del borde lateral de la malla posterior. De esta forma ambas mallas quedan unidas y se reconstituye el anillo pericervical. En el caso de conservación uterina, se pasan 2 brazos de malla a través de los túneles ya mencionados, se entrecruzan por debajo de la inserción de los uterosacros y se fijan con un punto al cérvix y/o la vagina posterior junto con el extremo de la malla posterior. Finalmente se procede a fijar la malla al ligamento prevertebral anterior con uno o dos puntos. Se cubre la malla con peritoneo, mediante sutura corrida. En pacientes con IOE se realizó sling suburetral y en las con hiato genital aumentado se procede a realizar una colpoperineorrafia.

RESULTADOS

La edad promedio fue de 53.5 años (25-73 años), la paridad 3 (1-7), el IMC 27.5 (23.4 - 33.3) El tiempo operatorio promedio fue 190 min (125-240min). 6 pacientes tenían prolapso de cúpula, en 8 se realizó Histerectomía subtotal y en 8 se conservó el útero. El tiempo promedio de hospitalización fue de 2 días (1-3). Hubo una complicación postoperatoria en una paciente que desarrollo un uroperitoneo posterior al retiro de la sonda foley el cual se resolvió medicamente con sonda foley por 10 días.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia durante el período de implementación de la técnica es altamente satisfactoria y comparable con lo reportado en la literatura al respecto. En base a esto, la vía laparoscopia es actualmente la vía de abordaje de elección para las colposacropexias en nuestros centros.



MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: REVISIÓN DE 13 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO U. CATÓLICA DE CHILE

*García K., Brañes J., Barrena N., Cuello M., Majerson D., Cartagena J., Lehuedé A., Sanhueza C., Ibañez C.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de Ovario es el más letal de las neoplasias ginecológicas malignas. En el 70-80% se presentan en estadio avanzado (III-IV), determinando una pobre sobrevida. Aproximadamente un 75% son de histología seroso papilar, principalmente de alto grado. La cirugía citorreductora es el pilar fundamental en el tratamiento, cuyo objetivo es lograr residuo tumoral macroscópico CERO, para impactar positivamente en la sobrevida. El objetivo del presente estudio es conocer los factores que afectan la sobrevida global.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las pacientes tratadas por cáncer de ovario avanzado que fueron operadas por el equipo de Ginecología Oncológica en nuestro centro desde Enero del año 2000 hasta octubre del año 2013. Se revisó la ficha clínica y la base de datos de protocolos operatorios de la división de Obstetricia y Ginecología. Además se revisó en el registro civil la data de defunción de las pacientes fallecidas.

RESULTADOS

En el período analizado de un total de 145 pacientes con cáncer de ovario avanzado se operaron 117 pacientes. De estas se logró citorreducción óptima en el 65% de los casos (con residuo cero o menor de 5mm). El promedio de edad fue de 57 años. En el análisis univariado las variables edad, etapa FIGO (III ó IV), citorreducción óptima, uso de taxol en primera línea y caída de Ca125 postoperatorio mayor a un logaritmo, mostraron un impacto significativo en sobrevida global. Sin embargo, en el análisis multivariado sólo la citorreducción óptima, etapa FIGO y uso de taxanos en primera línea se mantuvieron como variables independientes. La mediana de sobrevida global fue de 32 meses y 47 meses, para el grupo total y pacientes con residuo cero, respectivamente.

CONCLUSIONES

En pacientes con cáncer de ovario epitelial avanzado la citorreducción óptima, la etapa FIGO y uso de taxanos en primera línea son las variables que impactan en forma significativa la sobrevida del grupo en estudio. El tratamiento de elección es la citorreducción a residuo cero seguida de quimioterapia adyuvante para lograr el máximo beneficio en sobrevida. La selección adecuada de las pacientes, la presencia de un equipo de ginecología oncológica entrenado y un centro especializado es fundamental para obtener dichos resultados.



ABLACIÓN ENDOMETRIAL HISTEROSCOPICA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA EL SANGRADO UTERINO ANORMAL

Chamy V^{1,2}, Berhó J¹, Tudela B¹, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}

1Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

El Sangrado Uterino Anormal (SUA) afecta a un 19% de las mujeres. Su tratamiento definitivo consiste en la histerectomía, sin embargo la ablación endometrial histeroscópica surge como un tratamiento menos invasivo, menos riesgoso y de menor tiempo operatorio.

OBJETIVOS

Evaluar la efectividad de la ablación endometrial histeroscópica como tratamiento definitivo para el sangrado uterino anormal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo obtenido de base de datos de protocolos operatorios específicos del total de histeroscopías quirúrgicas realizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Naval Almirante Nef de Viña del Mar, entre Enero del 2002 y Diciembre del 2010.

RESULTADOS

De las 507 histeroscopías quirúrgicas realizadas, 230 fueron por Sangrado Uterino Anormal. Del total de pacientes sometidas a ablación endometrial histeroscópica, 27 (11.7%) necesitaron un segundo procedimiento, de las cuales solo 15 (6.5%) fueron por persistencia de Sangrado Uterino Anormal. No se encontró asociación entre la necesidad de un segundo procedimiento por SUA con características propias de la paciente ni del procedimiento quirúrgico.

CONCLUSIÓN

La ablación endometrial histeroscópica es una opción terapéutica efectiva y segura para el tratamiento del Sangrado Uterino Anormal, con baja necesidad de segundo procedimiento por persistencia de éste y bajo riesgo de complicaciones. La necesidad de un segundo procedimiento por SUA no se asocia con características propias de la paciente ni del procedimiento quirúrgico.



EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS UTERINAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CHILENO

*Duran R., Walker B., Parra M., Wenzel C., Vargas P., Verdugo J.
Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

Las Malformaciones Arteriovenosas (MAV) uterinas constituyen una condición infrecuente pero que puede amenazar la vida de la paciente. Su presentación es variable encontrándose como aneurisma crisoideo, aneurisma arteriovenoso, fístula arteriovenosa y hemangioma cavernoso. Pueden ser congénitas o adquiridas, estas últimas representan aproximadamente la mitad de los casos y se presentan luego de instrumentalización uterina, asociadas a enfermedad del trofoblasto, cáncer de endometrio o a exposición materna a Dietilestilbestrol (DES).

La manifestación clínica más relevante es la metrorragia severa, con hipotensión y anemia secundaria refractarias a tratamiento médico. Es por esto que ante la sospecha de una MAV se deben realizar estudios de imágenes tales como Ecografía Doppler y angi resonancia.

El tratamiento inicial consiste en la estabilización hemodinámica, uteroretrotores y taponamiento intrauterino. El tratamiento definitivo es la histerectomía, pero si se desea preservar la fertilidad, se han utilizado técnicas de ligadura de la arteria uterina o la hipogástrica interna, o coagulación bipolar laparoscópica de la arteria uterina. En los últimos años la embolización percutánea es un tratamiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz para el manejo de las malformaciones arteriovenosas, permitiendo la preservación de la fertilidad, por lo que se plantea como una alternativa a la histerectomía.

Se han reportado más de 85 casos de embolización AVM uterinas en la literatura. Logrando una efectividad del 96% de los casos, con una baja tasa de complicaciones y restauración de ciclos menstruales normales y embarazos exitosos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta la experiencia de nuestro centro en el manejo de 5 pacientes con MAV uterinas, entre Enero de 2010 y Junio de 2013, cuya presentación clínica fue la metrorragia y su diagnóstico se realizó con Eco Doppler y Angio resonancia. La embolización se realizó en todos los casos por vía endovenosa con alcohol absoluto (AA). Para el control de dosis y complicaciones se programó manejo multisésional hasta lograr la eliminación de la MAV.

RESULTADOS

Se logró la completa resolución de los síntomas en todas nuestras pacientes, recuperando posteriormente los ciclos menstruales regulares y su potencial reproductivo.

CONCLUSIÓN

Según nuestra experiencia, el manejo en el de las MAV se debe tener en cuenta la embolización percutánea dado su alta efectividad en la resolución de la metrorragia y la preservación de la función reproductiva.



CANCER CERVICOUTERINO ESTADIO IB2: SEGUNDA BRAQUITERAPIA EN PACIENTES CON TUMOR RESIDUAL POST HISTERECTOMIA EXTRAfacIAL

*Salgado P, Suarez E, Olfos P, Larraguibel R, Rojas L, Solari M, Altamirano R, Acuña M, Rojas J, Nazzal O.
Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Campus Centro, Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación es describir una serie de pacientes portadoras de cáncer cervicouterino FIGO IB2 tratadas con una segunda braquiterapia después de tratamiento según protocolo de radioquimioterapia - braquiterapia e histerectomía extrafacial, que presentan un tumor residual mayor o igual a 1 cm en la pieza quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de fichas de pacientes derivadas a IRAM para una segunda braquiterapia, entre los años 2002 y 2012, el criterio de inclusión fue discutido en comité oncológico y se consideraron factores como la edad, tipo histológico y la presencia de tumor residual en resultado histológico definitivo post histerectomía extrafacial. Se analizan las características del grupo estudiado y sus resultados de sobrevida libre de enfermedad y sobrevida global.

RESULTADOS

Desde abril del 2002 hasta Diciembre del 2012 fueron tratadas en nuestra unidad 573 pacientes por cáncer cervicouterino, 128 de ellas corresponden a estadio IB2 (22%), de éstas, 11 pacientes presentaban un tumor residual mayor de 1 cm en la pieza quirúrgica post radioquimioterapia, recibiendo una segunda aplicación de braquiterapia (8,6%). El promedio de edad de este subgrupo fue de 48 años, con un rango de 42 y 64 años. La mediana de seguimiento fue de 42 meses. El tamaño tumoral promedio al ingreso fue de 5,7 cm (4-8 cm) y el residual post histerectomía de 2 cm. Los tipos histológicos fueron Adenocarcinoma (73%) y carcinoma escamoso (27%).

La sobrevida global del grupo fue de 80% (8/10) con un seguimiento que va de 9 a 125 meses, 2 de estas pacientes presentaban un tumor residual mayor a 2 cm; los 8 casos se encuentran vivos sin evidencia de enfermedad. No se incluyó una paciente que perdió sus controles a los 6 meses de seguimiento. La mortalidad fue 20% (2/10), de éstas, una tenía tumor residual de 2,4 cm y presentó una falla local y a distancia, y la otra de 4,5 cm., con falla a distancia.

CONCLUSIONES

No existe literatura internacional al respecto. Una experiencia anterior de nuestro grupo en pacientes en las que se realizó una histerectomía extrafacial post radioquimioterapia-braquiterapia en una data hasta el 2003, describe una falla local de un 45% (5/11) en la cohorte con tumor residual macroscópico y en los casos con tumor residual mayor a 1 cm se encontró una sobrevida del 55% al momento de dicho reporte. Los datos mostrados en este trabajo en el subgrupo de pacientes que recibió una segunda aplicación de braquiterapia mejoran esta tendencia con una sobrevida del 80% y una mejoría del control local (1/10 presenta falla local). Lo pequeño de la muestra impide sacar conclusiones definitivas pero si avizora una tendencia interesante tanto en control locorregional como en sobrevida.



CANCER DE ENDOMETRIO: CORRELACIÓN BIOPSIA RAPIDA Y DIFERIDA

*Acuña MJ, Altamirano R, Salgado P, Solari M, Suarez E, Larraguibel R, Rojas L, Nazzari O
Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Campus Centro Universidad de Chile*

INTRODUCCIÓN

Presentar y analizar la correlación existente entre la biopsia intraoperatoria y la biopsia diferida en pacientes que se les realizó laparotomía de etapificación por diagnóstico de cáncer endometrial en la unidad de Ginecología Oncológica de nuestro hospital entre octubre de 2010 y septiembre de 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron fichas de pacientes operadas por sospecha cáncer endometrial desde octubre 2010 hasta septiembre de 2013, revisando protocolo operatorio quirúrgico, biopsia informada intraoperatoriamente, cirugía realizada, biopsia diferida y tratamiento efectuado. Se observó la correlación existente entre grado de diferenciación e invasión miometrial.

RESULTADOS

Entre octubre de 2010 y septiembre 2013, se realizaron 44 laparotomías etapificadoras por cáncer de endometrio, en las cuales se realizó biopsia contemporánea a la pieza de histerectomía. En 8 de ellas existió una discordancia en el análisis del grado de diferenciación (G), correspondiendo a un 18% del total la muestra. De éstas 7 de 8 fueron informadas con un G mayor en la biopsia diferida, por lo tanto la correlación para el grado de diferenciación fue de un 82%.

Con respecto al grado de invasión miometrial sólo en dos de ellas se informó invasión menor al 50%, y está resultó mayor obteniendo de esta forma un 95,5% de correlación.

En 6 biopsias diferidas se obtuvo el diagnóstico de cáncer endometrial mixto, todos ellos con componente endometriode predominante, el cual fue informado en la biopsia rápida, en uno de ellos el grado de diferenciación fue informado como menor. El segundo componente de éstos no fue informado en la biopsia intraoperatoria, correspondiendo a 5 con componente seroso papilar y 1 de ellos células claras. Lo cual corresponde a un 13,6% de tumores mixtos informados sólo como endometrioides intraoperatoriamente.

CONCLUSIONES

La correlación anatomopatológica entre biopsia rápida y diferida en el cáncer de endometrio, cumple un rol fundamental en el manejo intraoperatorio y en la adyuvancia. En nuestro servicio la correlación del grado histológico (G) alcanzó un 82% y una mejor correlación en invasión miometrial (95,5%), lo que coincide con otras series publicadas a nivel nacional. Consideramos esta correlación como adecuada para la toma de decisión intraoperatoria. En los casos en que existió diferencias, estas les confinaba mayor riesgo de falla a nivel locoregional o distancia, ya sea por un grado mayor de desdiferenciación o una mayor invasión miometrial, lo que incidió en la elección del tratamiento coadyuvante. Lo mismo ocurrió con el tipo histológico en un 13,6% de la muestra analizada.



¿ES POSIBLE Y ÚTIL PARA EL GINECÓLOGO APLICAR EL SISTEMA GI-RADS AL INFORME ECOGRÁFICO QUE CONCLUYE LA PRESENCIA DE UN TUMOR ANEXIAL?

Fuenzalida J.1, Ralph C.1, Garrido F.1, Tsunekawa H.1,2, Robles C.1,2, Durán H.1,2, Craig J.M.1,2, Cuello M.1
1.División de Obstetricia y Ginecología. 2.Unidad de Ultrasonografía.
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los tumores anexiales son una patología frecuente en mujeres de todas las edades. La ultrasonografía (US) es el método de elección para la evaluación de éstos a fin de definir su riesgo de malignidad. En años recientes, diversos sistemas de clasificación ecográfica han sido diseñados a fin de ayudar al clínico a estimar dicho riesgo. Uno de ellos, el "Gynecologic Imaging Report and Data System" (GI-RADS), creado por un grupo de médicos chilenos, utiliza distintos parámetros de la ultrasonografía para categorizar los tumores de manera similar a la metodología BI-RADS. Tumores clasificados en GI-RADS 1 a 3 habitualmente conllevan bajo riesgo, mientras aquellos con GI-RADS ≥ 4 deben ser estudiados, con eventual cirugía, a fin de descartar malignidad mediante biopsia. Desafortunadamente la mayoría de los scores no han sido adoptados universalmente por los ecografistas y los informes siguen entregando conclusiones genéricas con descripciones insuficientes para calcular un score particular, reduciendo la utilidad que un informe puede tener para el clínico que recibe la información.

OBJETIVOS

Ver si era posible aplicar el score GI-RADS a los informes ecográficos habitualmente emitidos por nuestro grupo (donde la conclusión habitual era tumor anexial simple o complejo) y analizar la certeza que tiene la clasificación GI-RADS para descartar riesgo de malignidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de tumor anexial cuyo informe de US y cirugía fueron efectuados al interior de la red de salud UC durante el período comprendido entre 1/2006 y 6/2012. Todos los informes fueron revisados de manera independiente y ciega por dos ecografistas de la unidad y, basado en la información contenida, categorizados según sistema GI-RADS. Para cada caso se rescató la biopsia de la pieza quirúrgica. Se construyó una base de datos incluyendo variables clínicas, quirúrgicas y anátomo-patológicas. La asignación de GI-RADS se subdividió entre aquellos cuyo informe predecía probablemente un tumor benigno (GI-RADS 2-3) y aquellos donde existía una mayor probabilidad de malignidad (GI-RADS ≥ 4). Se calculó prevalencia, sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), negativo (VPN), LR(-), LR (+), probabilidad pre-test (prob-pre) y post-test (prob-post) para toda la muestra y estratificado según status de menopausia (corte en 50 años). Además se evaluó la concordancia entre ecografistas al asignar el score.

RESULTADOS

En el periodo descrito, se operaron 786 pacientes con diagnóstico de tumor anexial. Del total de pacientes, 285 casos (36.3%) fueron estudiadas con US y operadas en nuestra institución. 175 casos <50 años y 72 >50 años. De las 285, 27 se categorizaron GI-RADS 1, 232 GI-RADS 2-3 y 26 GI-RADS ≥ 4 . La concordancia en asignar el score entre dos ecografistas fue casi perfecta con un kappa $0,94 \pm 0,02$ (IC: 0,90-0,97, prob >z: $p < 0,0001$). Hubo 11 casos de discrepancia, habitualmente entre GI-RADS 2 y 3. No hubo discrepancias de más de un orden de magnitud. Se identificaron condiciones que originalmente no estaban incluidas como etiología para un determinado GI-RADS. La prevalencia de cáncer en la población estudiada fue de 7,3%. Para toda la muestra la S, E, VPP; VPN, LR (+) y LR (-) fueron: 33,3%, 92,6%, 26,1%, 94,6%, 4,49 y 0,72, respectivamente. Para el grupo <50 años, los valores fueron: 37,5%, 92,2%, 18,8%, 96,9%, LR (+) 4,82, LR (-) 0,68. La prevalencia de cáncer calculada para este subgrupo fue: 4,6%. La prevalencia estimada para este grupo etario en general se estima en un 10%. Así la prob-post de tener un cáncer baja a un 6,8%. Para el grupo > 50 años, la prevalencia de cáncer fue 13,9%, S: 30%, E: 93,5%, VPP: 42,9%, VPN: 89,2%, LR (+) 4,65, LR (-) 0,75. En mujeres postmenopáusicas la probabilidad de que un tumor sea maligno es alrededor de un 25%. Así la prob-post bajaría a un 18,8%.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que es posible la asignación diferida del score GI-RADS. Sin embargo, la no aplicación rutinaria de doppler, a todo tumor sospechoso, hace que no se pueda categorizar lesiones como GI-RADS 5. Tal situación afecta la predicción de riesgo y reduce la utilidad de este examen para identificar qué pacientes tienen o no un cáncer subyacente y en modificar la probabilidad pre-test de tener un cáncer.



VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA RÁPIDA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE OVARIO

*Couve C1-4, Bazán C2, Lozano C3, Parry S1-4, Riesle H1-4, Vallejos H3
1 Servicio de Obstetricia y Ginecología HCVB, 2 Residente de Obstetricia y Ginecología
Universidad de Valparaíso, 3 Servicio de Anatomía Patológica HCVB,
4 Departamento Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Ovario (CaO) constituye hoy en día el Cáncer Ginecológico con mayor mortalidad. Su clínica inespecífica y la ausencia de métodos de screening hacen que 75% de los casos se diagnostiquen en estadios avanzados. La Etapificación del CaO es quirúrgica, se asocia a alta morbilidad y en pacientes jóvenes puede significar la pérdida de fertilidad y función ovárica. Durante los últimos años se ha incorporado la Biopsia Rápida Intraoperatoria (BRI) en el manejo de los tumores anexiales, con cuyo resultado se define la radicalidad del acto quirúrgico. El objetivo del presente trabajo es validar la BRI como método diagnóstico en el manejo quirúrgico del tumor anexial en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso (HCVB)

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los casos de pacientes sometidas a cirugía por Tumor Anexial entre los años 2007 y 2012 en el Servicio de Ginecología del HCVB. Se analizaron los Protocolos Quirúrgicos (PQ), resultados de BRI y Biopsias Diferidas (BD). A través del Software SPSS 22.0 se realizó estadística descriptiva y cálculos de Sensibilidad (S), Especificidad (E), Valor Predictivo Positivo (VPP), Valor Predictivo Negativo (VPN) y Curva de ROC de la BRI tanto para tumor benigno (TuB) como para Cáncer Ovárico Invasor (CaOI) y Cáncer de Ovario Borderline (CaOB)

RESULTADOS

Se identificaron 171 pacientes sometidas a cirugía por tumor anexial entre los años 2007 y 2012. Fueron excluidas 34 pacientes por registros clínicos incompletos analizándose finalmente 137 casos. Del total analizado, 92 correspondían a TuB, 35 a CaOI y 10 a CaOB. En la diferenciación de TuB y CaO la BRI tuvo S de 97.8%, E de 100%, VPP de 100% y VPN de 98.9%. En la diferenciación de CaOI y CaOB la S fue de 82.8%, la E de 90%, el VPP de 96.7% y el VPN de 60%.

DISCUSIÓN

La BRI demostró una alta S y E en la diferenciación entre Tumor Anexial Benigno y Cáncer de Ovario. De todas las pacientes operadas, no hubo ningún caso de cirugía de etapificación innecesaria dado que no hubo ningún Tumor Benigno calificado como maligno en la BRI. En un solo caso, la cirugía fue insuficiente con BRI de Tumor Benigno y Biopsia Diferida con diagnóstico de Cáncer de Ovario Borderline Mucinoso. En la diferenciación entre Cáncer Invasor y Borderline demostró menor S y E, sin embargo hubo tan solo 1 de 10 pacientes con Biopsia Rápida de Cáncer Invasor cuya Biopsia Diferida informó Cáncer Ovárico Borderline.

CONCLUSIÓN

La técnica de Biopsia Rápida es una herramienta válida y certera en la diferenciación intraoperatoria de los tumores ováricos. En nuestro servicio, otorga resultados confiables que permiten tomar mejores decisiones disminuyendo la morbilidad quirúrgica de las pacientes y en ocasiones, permitiendo la preservación de su fertilidad y función ovárica.



COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. RECOPIACIÓN DE 1856 CIRUGÍAS EN 15 AÑOS

*Carvajal N, Troncoso C., Rondini C., Levancini M., Troncoso F., Miranda-Mendoza I.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana*

INTRODUCCIÓN

Las ventajas de la laparoscopia frente a la cirugía abierta es un hecho conocido. Como todo acto quirúrgico está asociado a complicaciones. La incidencia de complicaciones mayores son menor al 1%, con una mortalidad de 4-8/100 000 casos. El objetivo de este trabajo es revisar en forma retrospectiva las complicaciones quirúrgicas en cirugía laparoscópica ginecológica durante los años 1999 a 2014 en el Hospital Padre Hurtado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las cirugías laparoscópicas ginecológicas de la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Enero de 1999 a Julio de 2014. Se identificó las complicaciones laparoscópicas descritas en los protocolos quirúrgicos.

RESULTADOS

Se identificó un total de 1856 cirugías laparoscópicas, con un total de 30 (1,6%) de complicaciones laparoscópicas y 7 (0,3%) complicaciones severas. De ellas 4 casos fueron lesiones intestinales y 3 casos de lesiones ureterales. No tuvimos casos de lesiones de grandes vasos. El resto, 5 lesiones vesicales, 4 lesiones de vasos epigástricos inferiores, 6 casos de Preneumoperitoneo, 3 perforaciones uterinas por el manipulador, 2 lesiones de vasos superficiales de pared abdominal, 1 hematoma retroperitoneal desde infundibulopélvico, 1 diátesis de arteria uterina y 1 hematoma de sitio de punción.

CONCLUSIONES

Se observa, que la tasa de complicaciones es similar a las descritas en la literatura internacional. La baja tasa de lesiones vasculares severas se podría explicar, debido a una técnica cuidadosa de primera entrada, un grupo pequeño de cirujanos con experiencia en la técnica y al seguimiento de reglas básicas. De todas formas hubo complicaciones severas intestinales en la primera entrada que son muy importantes de evitar. El análisis de los resultados permite obtener información muy valiosa de los procedimientos y así poder mejorar en el futuro. Es necesario tener un análisis prospectivo de estos eventos adversos para obtener mayor información, no sólo, de las complicaciones del procedimiento mismo, sino también de las complicaciones médicas y anestésicas.



VAPORIZACION CON LASER CO2 EN LESIONES DE ALTO GRADO VAGINALES O VULVARES Y PATOLOGIA BENIGNA VULVAR

Ramírez S(1), Barrena N.(1), Mc Conell Y.(1), Torres P.(1), León H. (1), Meneses M. (2)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es la evaluación de la técnica vaporización laser en pacientes con diagnóstico de condilomatosis vulvo perineal, lesiones intraepiteliales de alto grado en vagina (VAIN) o vulva (VIN). Poniendo énfasis en criterios oncológicos, fiabilidad, seguridad y curva de aprendizaje. Se realiza un estudio descriptivo y prospectivo de casos describiendo los resultados preliminares de nuestra experiencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Presentamos una serie de 11 pacientes con patología vulvar-perineal o vaginal, incluyendo condilomatosis, VIN y VAIN. Durante el periodo comprendido entre julio 2011 y agosto 2013. Se realizaron 4 (36%) vaporizaciones laser de vulva y periné por condilomatosis, una de ellas condilomatosis masiva en paciente inmunosuprimida con áreas de VIN II-III. 6 (55%) pacientes con diagnóstico de VAIN de alto grado. 1 (9%) paciente con diagnóstico de VIN II. Los resultados fueron expresados en medianas.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico fue de 20 min (rango 15-60). Se tomó biopsia en 9 pacientes (81,8%). En 10 pacientes (90,9%) el procedimiento fue ambulatorio. En 1 paciente con síndrome mielodisplásico de base, el procedimiento requirió hospitalización por 4 días, ya que su hematóloga tratante sugirió antibióticos ev por ese periodo. Se obtiene respuesta completa en 5 (45,5%) pacientes. Persistencia en 2 (18,18%) pacientes. Recidiva antes del año en 2 (18,18%) pacientes. Recidiva después del segundo año en 2 (18,18%) pacientes: una de ellas requirió revaporización, mientras que la segunda paciente requirió tratamiento tópico con ácido tricloroacético (TCA). La morbilidad fue de 0%, no hubo mortalidad.

CONCLUSIONES

La vaporización laser aparece como una excelente alternativa en pacientes con patología vulvar o vaginal, ya sea benigna o maligna. Es reproducible, ambulatoria y requiere de un entrenamiento menor. Las complicaciones son anecdóticas. Sin embargo al comparar vaporización laser versus vulvectomías simples o colpectomías parciales, las diferencias son mínimas del punto de vista de recidiva o persistencia. La gran ventaja de nuestro procedimiento, es evitar la amputación sucesiva en que puede transformarse esta patología debido al comportamiento y localización de estas lesiones.



BURCH LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EXPERIENCIA EN ANTOFAGASTA

1- Carvajal JC 2- Rodríguez J, 3- Araneda R. 4- Díaz F. 5- Briceño T
1-2-3 Ginecólogo Clínica Antofagasta y Hospital Clínico Regional de Antofagasta.
4-Ginecologo Universidad de Antofagasta. 5-Matrona Clínica Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida involuntaria de orina en el esfuerzo al estornudar o toser. Las causas de IUE son hipermovilidad uretral, y la disfunción del esfínter intrínseco uretral causada por la incapacidad del esfínter uretral.

Una técnica ampliamente aceptada para el manejo quirúrgico de hipermovilidad uretral es la colposuspensión Burch abierto o Laparoscópico como una modalidad de tratamiento en un esfuerzo para reducir la morbilidad quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se opera a 29 mujeres portadoras de Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Genuina. La edad media de estas pacientes fue de 48 años. Se realiza una uretrocolposuspensión laparoscópica en el período de Abril de 1994 a Julio de 1999.

RESULTADOS

El tiempo quirúrgico tuvo una media de 96 minutos. La estadía en clínica fue de 2,7 días promedio. Las complicaciones incluyeron: sangrado del Retzius en 6 pacientes y una lesión vesical.

La curación clínica inicial (6 meses) fue cercana a un 95%.

Se estudió el estado actual de estas pacientes después de haber transcurrido un promedio de 15 años utilizando la encuesta ICI Q SF en forma retrospectiva, en la mitad de las pacientes, 90% de ellas están continentales en la actualidad y 3 del grupo (27%) presentan urgencia de novo. Una solamente recidivó y fue sometida a un Sling de uretra media el año 2012.

CONCLUSIONES

El 90% de curación clínica a largo plazo que reportamos coincide con lo reportado en la literatura, tomando en cuenta la dificultad del seguimiento clínico después de un tiempo tan prolongado. Sin embargo, nuestro objetivo será poder evaluar al grupo de pacientes restantes de este estudio, para comprobar si la tendencia de mejoría se mantiene.



ADENOCARCINOMA DE CERVIX ¿CUÁL ES SU MOTIVO DE DERIVACIÓN?

*Altamirano R, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Solari M, Pincheira E, Rojas J, Acuña MJ, Nazzal O
Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital San Borja Arriarán, Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile*

INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta presentación es evaluar el motivo de derivación de las pacientes con diagnóstico de Adenocarcinoma de cervix tratadas en la Unidad de Patología Cervical del Hospital San Borja Arriarán.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de las fichas de las pacientes tratadas por adenocarcinoma de cuello uterino, entre los años 2008 y 2012. Analizando el motivo de ingreso y el diagnóstico histológico definitivo en la Unidad de Patología Cervical del Hospital San Borja Arriarán.

RESULTADOS

De un total de 62 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de cervix, 8 fueron derivadas por sospecha clínica y 54 por citología alterada que corresponden a un 2,2% de las de 2375 citologías positivas estudiadas entre los años 2008 y 2012 que representan el 1,3% de las tomadas en el SSMC. Analizando la citología que originó la derivación un 37% lo hizo por un PAP sugerente de adenocarcinoma, 8% por PAP sugerente de carcinoma escamoso, 22,5% de PAP NIE 2-3, 19% de un atípico en alguna de sus tres variedades (doble atípico inespecífico: 1,6%, atípico glandular :12,9% y atípico que no excluye lesión de alto grado 6,4%).

Un 12% de las pacientes fue derivada por sospecha clínica. Al ser evaluada la paciente en la unidad se diagnostica tumor visible en un 30%.

La distribución etaria del grupo estudiado fue de 25 a 85 años con un promedio de 49 años.

CONCLUSIONES

El adenocarcinoma de cérvix constituye una entidad emergente y de difícil diagnóstico, los programas de tamizaje no necesariamente disminuyen su incidencia, por el contrario se han constituido en la principal causa de derivación del adenocarcinoma de cérvix. En nuestra casuística correspondió a un 88% de los casos. Pese a la dificultad de pesquisar un adenocarcinoma a través del PAP esta fue la principal causa de derivación. La derivación por sospecha clínica corresponde a un 12% de los casos, pero al analizar los datos se observa que hay un tumor visible en un 30% de estos. Llama la atención que solo la mitad de los tumores visibles fuera derivada por sospecha clínica, por lo que se debe reforzar el examen físico ginecológico completo en el control anual de las pacientes.



TRAQUELECTOMÍA EN CÁNCER CERVICOUTERINO: EXPERIENCIA EN 3 HOSPITALES DE CHILE

*Lehuedé A., Sáez N., García K., Majerson D., Cuello M., Barrena N., Paredes C., Hinojosa M., Brañes J.
División de Obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Hospital Regional de Talca, Hospital Higuera Talcahuano.*

INTRODUCCIÓN

El Cáncer cervicouterino (CaCU) es el segundo cáncer en incidencia en el mundo luego del cáncer de mama, produciendo 275.008 muertes al año en el mundo. En Chile tiene una incidencia de 14,4 x 100.000, con una tasa de mortalidad de 6,6 x 100.000 mujeres. Se estima en Chile, la aparición de 1.000 casos nuevos por año, de los cuales un 68,3% lo hará como estadio I o II de la actual clasificación de la FIGO. Un 37% de los casos se presentan en mujeres menores de 45 años, por lo que la conservación de la fertilidad toma mayor relevancia. El tratamiento estándar es la histerectomía radical. La evidencia muestra que tratamientos conservadores como un cono o traquelectomía pueden ser realizados sin menoscabar los resultados oncológicos. Presentamos la experiencia de 3 centros de nuestro país en relación a traquelectomía

MATERIALES Y MÉTODOS

Búsqueda en la base de datos de uno de los centros de pacientes tratadas por CaCU entre Abril 2004 y Agosto 2013, descripción del grupo de pacientes, sus resultados oncológicos y de fertilidad.

RESULTADOS

Se han realizado un total de 22 traquelectomías radicales por CaCU. De ellas 20 etapificadas como IB1, 1 IA1, y otra con un IA2. 13 pertenecían a histología escamosa y 9 Adenocarcinoma. La vía de abordaje fue vaginal (21) y abdominal (1). La etapificación ganglionar fue por vía laparoscópica. La edad promedio de estas pacientes fue 30 años. La mediana de seguimiento fue de 53 meses. La invasión estromal promedio fue de 5 mm. En todas las muestras no hubo compromiso parametrial, ni vaginal. En una paciente la biopsia mostró ganglios pélvicos comprometidos, y ésta recibió tratamiento con radioquimioterapia postoperatoria. Los espacios linfovascuales se encontraron comprometidos en 4 pacientes. No se reportaron complicaciones quirúrgicas. 3 pacientes recidivaron a los 12, 24 y 30 meses de seguimiento. 8 pacientes se embarazaron, obteniendo 9 recién nacidos vivos. Una de ellas, con un embarazo gemelar, otra con 2 partos luego del tratamiento, y una actualmente embarazada.

CONCLUSIONES

La traquelectomía radical en pacientes seleccionadas, es un método seguro, con resultados oncológicos similares a la histerectomía radical, y con el potencial de preservar la fertilidad.

Tabla 1: Características histopatológicas de biopsia de pacientes con Recidiva.

Edad	Etapificación FIGO CaCU	Invasión estromal	ELV	Histología
27	IB1	8 mm	+	Escamoso
32	IB1	9 mm	+	Adenocarcinoma
29	IB1	7 mm	+	Adenocarcinoma



RADIOQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER CERVICOUTERINO LOCALMENTE AVANZADO: SOBREVIDA Y EFECTOS ADVERSOS

*Lehuedé A., Fernández M., Saavedra M., Pérez V., Barriga M., Figueroa C., Puga O.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Ginecología Oncológica.*

INTRODUCCIÓN

El Cáncer cervicouterino (CaCU) es el segundo cáncer en incidencia en el mundo y cuarto en mortalidad, produciendo 275.008 muertes al año. En Chile tiene una incidencia de 14 x 100.000, con una tasa de mortalidad de 7 x 100.000 mujeres. Se estima en Chile la aparición de 1.000 casos nuevos por año y de ellos un 32% debutará en un estadio III o más. En el año 2000, nuestra unidad adopta el uso de radioquimioterapia como el tratamiento estándar para el CaCU localmente avanzado, dada la evidencia internacional descrita.

OBJETIVOS

Evaluar la eficacia, toxicidad y sobrevida en pacientes en radioquimioterapia con CaCU y compararlos con la data internacional y describir la toxicidad severa ocurrida.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de pacientes con CaCU en estadio IIA – IVA de la FIGO tratadas con Radioquimioterapia entre el año 2001 y 2006. El tratamiento consistió en radioterapia externa pelviana junto con quimioterapia semanal con Cisplatino (40 mg/m²), seguido de braquiterapia. Fue utilizada la curva de Kaplan Meier para determinar sobrevida.

RESULTADOS

El análisis incluyó a 145 mujeres. La mediana de seguimiento fue 40 meses (33-45; IC 95%). La edad mediana fue 56 años (24-93). El diagnóstico histológico de las pacientes fue Carcinoma escamoso en 125 (86%), adenocarcinoma 12 (8%) y carcinoma indiferenciado 8 (6%). 10 mujeres fueron etapificadas como IIA de la FIGO, 51 IIB, 3 IIIA, 73 IIIB, 7 IVA, y 1 IVB. Fueron documentadas 19 pacientes con recidiva local y 14 con metástasis a distancia. La sobrevida total fue de 53% a 5 años. 25 pacientes tuvieron efectos adversos severos, las cuales se especifican en la tabla n°1.

CONCLUSIONES

El resultado de sobrevida en este grupo de pacientes con CaCU localmente avanzado tratado con radioquimioterapia es desfavorable comparado con la data reportada mundialmente (53% Versus 65%). Creemos que esta diferencia está dada debido a que nuestras pacientes son diagnosticadas en etapa avanzada con tumor voluminoso y compromiso ganglionar. Respecto a las complicaciones reportadas, es una cifra baja en relación a lo reportado, lo que se puede explicar debido a un subdiagnóstico y a un registro inadecuado de estas complicaciones. Se requiere contar con un cuestionario validado para poder identificar y registrar las complicaciones producto de la radioquimioterapia.

Tabla N°1: Complicaciones de Radioquimioterapia

Complicación	número de pacientes
Rectitis Actínica	12
Cistitis Actínica	4
Hemorragia Digestiva Baja	2
IRA*, Síndrome urémico	2
Adherencias Vaginales	1
Fistula RectoVaginal	4
Fistula vesicovaginal	1
Hipocalcemia	1
Estenosis ureteral	1
Lumbago postradioterapia	1

*IRA: Insuficiencia Renal Aguda



FACTORES HISTOPATOLOGICOS PRONOSTICOS EN CANCER DE CUELLO UTERINO DE TRATAMIENTO QUIRURGICO. ESTUDIO RETROSPECTIVO CON 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Drs Puga O, Perez MV, Sierra P, Barriga MI, Farias M, Miranda C, Saavedra M, Fernandez M, Figueroa C, Rodriguez T.

Complejo Asistencial Dr Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Las Condes.

INTRODUCCION

El cáncer de cuello uterino aún es una patología prevalente en nuestro país con diagnóstico principalmente tardío y con una tasa de mortalidad importante. Aquellas pacientes con diagnóstico en etapa precoz pueden ser intervenidas quirúrgicamente logrando mejor sobrevida y mejor calidad de vida. Existen factores histopatológicos que pueden predecir el riesgo de recidiva en aquellas pacientes operadas y por ende la necesidad de uso de terapia complementaria.

OBJETIVO

Evaluar factores histológicos pronósticos de sobrevida en pacientes con cáncer de cuello invasor tratados quirúrgicamente.

MATERIALES Y METODO

Estudio retrospectivo de pacientes con cáncer de cuello uterino invasor estadios FIGO I B1, I B2 y II A1 operados en Hospital Dr Sótero del Río entre los años 2001 al 2007 con seguimiento mínimo de 5 años. Se utilizó tablas de Kaplan – Meier y análisis de regresión para determinar sobrevida.

RESULTADOS

Se analizaron 121 pacientes, la edad promedio fue 48 años (rango 25 – 78), en todos los pacientes se realizó una histerectomía radical con linfoadenectomía pelviana bilateral. El motivo de consulta más frecuente fue PAP alterado (48%), luego genitorragia (26%) y cuello sospechoso (16%). Los tipos histológicos fueron 93 pacientes con carcinoma escamoso (77%), 23 pacientes con adenocarcinoma, (19%), dos villoglandular (1,7%), dos adenoescamoso (1,7%) y un carcinoma indiferenciado (0,8%). Estadio clínico según FIGO fue 96 pacientes para cáncer de cuello I B1 (79%), 18 en estadio I B2 (15%) y siete en estadio II A1 (6%). El análisis de sobrevida en el seguimiento por al menos 5 años fue de 85% para el estadio I B1, para I B2 80% y para el estadio II a1 de 83%. Se realizó radioterapia complementaria en 35 pacientes, 23% en I B1, 61% I B2 y 29% para II A1. No hubo diferencias significativas en cuanto a la sobrevida al analizar como factores de riesgo el tipo histológico, tamaño tumoral, grado histológico, la presencia de espacios linfo vasculares y porcentaje de invasión cervical. El único factor pronóstico fue la presencia de ganglios pelvianos metastáticos ($p=0,0056$).

CONCLUSIONES

El único factor histológico que influyó en la sobrevida fue la presencia de ganglios linfáticos metastáticos. Nuestro porcentaje de sobrevida es similar a lo descrito en la literatura. El alto porcentaje de terapia complementaria en pacientes IB2 hace aconsejable la decisión de radioquimioterapia en forma primaria para disminuir doble tratamiento y así evitar posibles complicaciones.



USO DE PESARIO PARA PACIENTES ≤ 65 AÑOS CON PROLAPSO GENITAL SINTOMÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTIBILIDAD

Ralph C.1,2, Pohlhammer S.2, Blümel B.2, Pizarro-Berdichevsky J.1,2,3
1Division Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,
2Unidad Uroginecología Hospital Dr. Sótero del Río,
3Glickman Urology Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA

INTRODUCCIÓN

El uso de pesarios es una alternativa de tratamiento no quirúrgica para los síntomas del prolapso genital (POP). Este tratamiento es mínimamente invasivo, bajo costo y asociado a mejoría de la calidad de vida. Su uso se ha restringido a pacientes con alto riesgo quirúrgico. Sin embargo existe evidencia en la literatura que podría ser usado como primera línea de tratamiento en forma universal, reservando la cirugía para pacientes que rechacen el pesario o éste fracase. La información disponible sobre el uso en pacientes ≤ 65 años es escasa. Nuestro objetivo es evaluar la factibilidad del manejo del POP sintomático con pesario en este subgrupo de pacientes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de cohorte de pacientes con POP ≤ 65 años que manejadas con pesario en la unidad de uroginecología del Hospital Sótero del Río entre Julio 2009 y Junio 2013. Los criterios de inclusión fueron: ≤ 65 años con diagnóstico de POP \geq estadio II, manejado con pesario. Se analizaron las características demográficas y de seguimiento. El cuestionario "Patient Global Improvement Index" (PGI-I) se utilizó para la evaluación subjetiva de respuesta. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de nuestra institución.

RESULTADOS

En el periodo evaluado, 49 de 179 pacientes (27,3%) sometidas a una sesión de prueba de pesario o fitting tenían ≤ 65 años. El fitting fue exitoso en 39 de estas pacientes (79,5%). Un 64% (25 de 39) utilizó el pesario como tratamiento; el 36% restante no estuvo en condiciones económicas de adquirirlo. La mediana (Rango intercuartil 25-75) de seguimiento fue 9 semanas (4,5-36,9). En este subgrupo, la mediana de edad fue de 62,5 años (49-65); paridad de 3 (2-7), 12 (48%) eran sexualmente activas, 21 (84%) se encontraban en post menopausia y solo 1 (4%) tenía antecedente de tratamiento quirúrgico de POP. 4/25 (16%), 15/25 (60%) y 5/25 (20%) pacientes, estaban en estadio II, III y IV de POP-Q respectivamente al momento del fitting. Los modelos de pesario utilizados fueron Anillo de membrana 5/25 (20%), Gelhorn 10/25 (40%), Cubo 3/25 (12%), Donut 1/25 (4%), Dish 1/25 (4%), Anillo 2/25 (8%) y Anillo de incontinencia 1/25 (4%). Efectos adversos fueron reportados en un 52% (n=13), flujo vaginal fue el más frecuente (40%). 6 pacientes (24%) abandonaron el tratamiento por distintas razones (sangrado, flujo genital, sensación de expulsión, entre otras). El PGI-I fue contestado por 16 pacientes (64%) donde 14 de éstas (88%) reportó estar mejor de manera subjetiva. En un análisis de peor escenario, en el cual todas las pacientes que no respondieron el cuestionario empeoraran, la tasa mejoría subjetiva sería de un 57%.

CONCLUSIONES

El uso de pesarios en mujeres ≤ 65 años podría ser una alternativa como primera línea de tratamiento en pacientes con diagnóstico de POP en estadio avanzado. Después de 9 semanas de seguimiento (incluso hasta 90 semanas) 76% de las pacientes usuarias de pesario seguía con este tratamiento. Un 88% de estas pacientes reportó mejoría subjetiva, y en un peor escenario, en nuestra cohorte, sigue siendo mayor a un 50%. En nuestra opinión, el uso de pesario no debería estar restringido exclusivamente a pacientes mayores de 65 años, como es la práctica habitual. El optar primariamente por un manejo quirúrgico no esta exento de riesgos ni recurrencias - Esto refuerza más aún la opción del uso de pesarios como primer escalón terapéutico. Es necesario contar con estudios de mejor diseño, prospectivos e idealmente comparativos, con el fin de disminuir el sesgo que podría existir en un estudio retrospectivo de cohorte.



COMPARACIÓN DE COSTOS EN LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMÍA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

*González Carvallo CA, Sáez N, Palma D, Brañes J, Barrena NI, Cuello M.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es la cuarta patología neoplásica más frecuente en la mujer. Dentro de los diferentes enfrentamientos propuestos para su manejo quirúrgico, la laparoscopia se plantea como una alternativa viable y segura en pacientes en etapas iniciales de la enfermedad y en algunas ocasiones en etapas más avanzadas. En manos entrenadas, una cirugía laparoscópica se asocia a resultados comparables a la vía abierta, con una notoria disminución de la morbilidad asociada y una reincorporación laboral más precoz. Dentro de las variables analizadas, el costo económico se ha planteado como una barrera para la implementación de ésta técnica. El objetivo de este estudio es evaluar los costos asociados en el manejo laparoscópico de éstas pacientes en nuestro centro, para homologarlo así a los costos del abordaje por laparotomía.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio operadas en nuestro centro entre noviembre del 2007 y junio del 2013. Se revisó la base de datos de protocolos operatorios de la división de Obstetricia y Ginecología y se buscó en la base de datos de presupuesto del Hospital Clínico P. Universidad Católica para conocer los costos de la estadía. Para la comparación se dividieron las pacientes en 2 ramas, laparotomía y laparoscopia. Éstas a su vez se subdividieron en cirugía simple (histerectomía más salpingooforectomía bilateral) y en cirugía completa de etapificación (cirugía simple más etapificación).

RESULTADOS

En el período analizado se operaron 67 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales 33 (49,25%) se operaron por laparotomía, 31 (46,27%) se operaron por laparoscopia y 3 (4,48%) se operaron por vía vaginal. Para el análisis se eliminaron las cirugías vaginales, quedando un total de 64 pacientes. El costo promedio de la estadía hospitalaria en cirugía simple por laparotomía fue de \$2.502.496 versus \$2.764.909 en cirugía simple por laparoscopia. En la rama de cirugía completa de etapificación se observó que en pacientes operadas por laparotomía el costo promedio de la estadía fue \$4.191.070 versus \$7.466.477 en las pacientes operadas por laparoscopia. Si descartamos las pacientes que presentaron complicaciones mayores en las cirugías (3 perforaciones intestinales, 1 TVP, 1 neumonía aspirativa, 1 FA paroxística y 1 lesión vascular) el costo promedio de laparotomía simple es \$2.149.747 versus \$2.764.909 en laparoscopia simple; y en la laparotomía completa el costo promedio fue \$3.178.813 versus \$3.805.335 en el grupo de laparoscopia completa.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica resulta ser levemente más costosa que la cirugía por laparotomía, tanto en cirugía simple como en cirugía completa. Estas diferencias son mínimas en las pacientes que no sufrieron complicaciones mayores por la cirugía. Si se agregan datos de reincorporación laboral precoz en ambas ramas, probablemente, estas diferencias se verían disminuidas.



RELACIÓN ENTRE EL GROSOR ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO Y PATOLOGÍA ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA

Raby T., Sierra P., Craig J.M., Carvajal J., Tsunekawa H., Cuello M.
División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

En la actualidad es frecuente que se utilice la ultrasonografía transvaginal (USTV) como complemento al examen clínico para la evaluación de la paciente ginecológica. En particular, es en la perimenopausia, en pacientes que consultan por sangrado uterino anormal (SUA) o en quienes se plantea dar inicio a terapia hormonal, cuando más se solicita este examen. Una de las razones esgrimidas para dicha solicitud es la potencial pesquisa de patología endometrial no detectable mediante examen clínico. Revisiones sistemáticas avalan el uso de USTV en pacientes con SUA ya que permite predecir el riesgo de malignidad para un caso particular basado en el grosor endometrial. Existe consenso que en pacientes con SUA un grosor endometrial ≤ 5 mm en pacientes postmenopáusicas y ≤ 8 mm en pre-menopáusicas, descarta casi por completo la posibilidad de un cáncer de endometrio obviando la necesidad de biopsia endometrial (procedimiento no exento de riesgo). Pese a su uso rutinario, no existen estudios que apoyen la utilización de USTV en pacientes asintomáticas. El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación entre grosor endometrial medido por USTV y la incidencia de patología endometrial entre pacientes con SUA y asintomáticas quienes fueron sometidas a biopsia endometrial.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión retrospectiva de pacientes sometidas a USTV y que por sospecha de patología endometrial fueron sometidas a biopsia en el hospital clínico PUC entre los años 2007 y 2012.

RESULTADOS

En el período de estudio se reclutaron 977 muestras. De ellas 344 pacientes fueron estudiadas con USTV en nuestra institución. La edad promedio fue de 47 años (18 a 84). 61,6% fueron pre-menopáusicas y 38,4% postmenopáusicas. La mayoría de los casos presentó SUA (72,4%). En las pacientes pre-menopáusicas el grosor endometrial promedio fue de 12 mm (2-31 mm) versus 11 mm (1-40 mm) en las postmenopáusicas (p 0,69). En pacientes sintomáticas por SUA el grosor fue de 12 mm versus 11 mm en asintomáticas (p 0,28). En pacientes asintomáticas, para ambos grupos etarios, la causa más frecuente fue pólipo endometrial: (39%) en pre-menopáusicas y (37%) en postmenopáusicas. La patología más frecuente en pacientes con SUA, en ambos grupos etarios, también fue el pólipo endometrial (38,1%). La frecuencia relativa de cáncer de endometrio fue de 13% en pacientes con SUA en la postmenopausia versus 4% en las pre-menopáusicas. En pacientes sin SUA (asintomáticas) la frecuencia de cáncer fue de 0% en pre- versus 5,6% en postmenopáusicas (p $>$ 0,05). El promedio de edad para los casos de cáncer fue de 58 años, el 88% se asoció a SUA con un grosor promedio de 17 mm. En pacientes pre-menopáusicas hubo 7 casos de cáncer de endometrio. El 85,7% se presentó con un grosor ≥ 8 mm. Al analizar el valor diagnóstico de este corte en pacientes con SUA, la sensibilidad fue 86%, la especificidad 27%, el VPP 5%, el VPN 98%, el LR (+) 1,18 y LR (-) 0,52. En la postmenopausia, se registraron 17 casos de cáncer de endometrio con un grosor endometrial promedio de 18 mm (3-40 mm) y de ellos, el 94% se presentó con grosor endometrial ≥ 5 mm. Al analizar como punto de corte los 5 mm para el grupo de pacientes postmenopáusicas con SUA, la sensibilidad fue 100%, especificidad 14%, VPP 20%, VPN 100%, LR (+) 1,16 y LR (-) 0. Hubo 3 casos de cáncer endometrial en pacientes sin SUA, todos en postmenopáusicas y el grosor endometrial osciló entre 3 y 14 mm. No hubo casos de cáncer de endometrio tanto en pacientes asintomáticas como con SUA cuando el grosor endometrial fue ≤ 3 mm. Para pacientes con SUA, los parámetros de sensibilidad, especificidad, VPP, VPN, LR (+) y LR (-) para este valor de corte fueron 100%, 16%, 19%, 100%, 1,07 y 0, respectivamente. Cuando hubo sospecha de patología benigna a la ecografía, esta se correlacionó adecuadamente con la histología en el 98,9% de las veces. De las pacientes que se sometieron a estudio por colección intracavitaria, 3 de ellas presentaron cáncer de endometrio, todas eran postmenopáusicas, presentaron SUA y el grosor endometrial fue $>$ 5mm.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados avalan el uso de los puntos de corte de grosor endometrial medidos mediante USTV para pacientes pre-y postmenopáusicas con SUA. En pacientes asintomáticas la frecuencia de cáncer es baja por lo cual no se justifica el uso rutinario de USTV para la pesquisa de dicha condición.



LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCOPICA EN CANCER CERVICO UTERINO GRAN VOLUMEN/LOCALMENTE AVANZADO

Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Mc Conell Y(1), Torres P. (1) (2), Meneses M. (3)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Oncología Ginecológica Clínica Bicentenario
(3): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN

El objetivo del estudio es la evaluación de la linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica en cáncer cervicouterino gran volumen, estadios iguales o mayores a IB2.

En paciente con tumores localmente avanzado, el pilar del tratamiento es la Radioterapia en asociación con Quimioterapia. El campo de radiación es pélvico, cuando existen linfonodos sospechosos en pelvis, debe incluirse además campo lumboaórtico, lo que aumenta la morbilidad de la radioterapia. A través de una técnica mínimamente invasiva, de rápida recuperación y sin agregar retraso en el inicio de la Radio-Quimioterapia, mostraremos un estudio descriptivo y prospectivo de casos, de los resultados de nuestra experiencia en linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica en cáncer cervicouterino.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 15 pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino histología escamoso o adenocarcinoma, se incluyeron estadios desde IB2 hasta IIB. Durante el periodo febrero 2012 y octubre 2013. 14 pacientes reclutados en Fundación Arturo López Pérez, 1 paciente en Clínica Bicentenario. Los resultados fueron expresados en medianas. Edad en años 41 (27-63). El total de las pacientes fueron evaluadas con Pet/CT. Independiente de la negatividad de la actividad metabólica en territorio lumboaórtico, la política de nuestro equipo es conocer el status ganglionar a ese nivel, ya que se reporta en la literatura entre un 21 - 25% de falsos negativos en ganglios lumboaórticos en el Pet/CT. La técnica quirúrgica consiste en: 1) Laparoscopia Transperitoneal para descartar carcinomatosis 2) Identificación de espacio y acceso a retroperitoneo en incisión en fosa iliaca izquierda 3) Inserción de trocar con balón 4) Insuflación de retroperitoneo 5) Instalación de 2 trócares auxiliares en Flanco Izquierdo 5) Identificación de Músculo Psoas y ureter izquierdo 6) Linfadenectomía lumboaórtica secuencial 7) Hemostasia prolija 8) Marsupialización de Peritoneo.

RESULTADOS

Al analizar nuestra serie, el tiempo quirúrgico es de 135 minutos (80-260). Estadía hospitalaria fue de 1 día (1-5). Ganglios lumboaórticos resecados 11 (6-15). No se registró transfusión de hemoderivados. En 1 (7,14%) paciente se agregó como segundo procedimiento: transposición ovárica. De un total de 15 pacientes, el procedimiento se realizó exitosamente en 13 (87%) de ellos. Se abortó la cirugía en 1 (6,7%) paciente por hipercapnia inmanejable. Se convirtió a laparoscopia transperitoneal en 1 (6,7%) paciente, la cual se incluyó en el análisis de esta serie. Morbilidad en 1 (6,7%) paciente, lesión intestinal de colon izquierdo que se reparó con stapler por vía laparoscópica. No se registra mortalidad.

CONCLUSIONES

La linfadenectomía retroperitoneal laparoscópica, es una técnica mínimamente invasiva, con baja morbilidad, mejora la planificación de la radio-quimioterapia sin retrasar su inicio. Sin embargo requiere de un alto entrenamiento, por la dificultad de acceder al espacio retroperitoneal y la anatomía a considerar.



HALLAZGOS URODINAMICOS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA

*Valdevenito JP, Wenzel C, Manriquez V, Naser M.
Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

No está claro el rol del estudio urodinámico en pacientes con clínica de incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) pura sin cirugía de incontinencia previa o en que no haya sospecha de detrusor hiperactivo (DH). El objetivo de este estudio es analizar los hallazgos urodinámicos en mujeres con clínica de IUE pura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se evalúan los estudios urodinámicos de mujeres con clínica de IUE pura realizados entre marzo de 2008 y junio de 2013. Se consideraron los siguientes criterios de exclusión: 1) incontinencia urinaria de urgencia, 2) cirugía de incontinencia previa, 3) uso de drogas uroselectivas. Se siguieron las recomendaciones de la ICS. La velocidad de infusión fue de 70 ml/min y la prueba de escape generalmente se hizo con 300 ml en vejiga o a la mitad de la capacidad cistométrica máxima. Se consideró capacidad cistométrica normal entre 350 y 600 ml y acomodación normal \geq a 20 ml/cm de agua. El diagnóstico de obstrucción a la salida de la vejiga (OSV) se hizo con un flujo máximo \leq 12 ml/s y una presión del detrusor a flujo máximo \geq 25 cm de H₂O.

RESULTADOS

Se analizaron 150 pacientes, edad promedio 54 años (18-82). Treinta y tres pacientes presentaban el síntoma de urgencia miccional (22%). Se demostró IUE urodinámica en 133 pacientes (88%). Veinte y ocho pacientes presentaron DH (19%), sin asociación con la urgencia miccional ($p=0,408$); 3 pacientes presentaron incontinencia por DH (2% del total); hubo 8 pacientes con detrusor hiperactivo inducido por tos (5% del total), en una de las cuales no se demostró IUE urodinámica (0,7%). Se demostró signos de OSV en 6 pacientes, sólo 2 de los cuales presentaron uroflujometría no invasiva concordante (1,3%). La capacidad cistométrica disminuida y aumentada se observó en 22 pacientes (15%) y 17 pacientes (11%) respectivamente. Sólo 1 paciente presentó mala acomodación vesical (0,7%).

CONCLUSIÓN

En pacientes con clínica de IUE pura un 2% presentan incontinencia urinaria por DH y menos del 1% presentan DH inducido por tos en ausencia de IUE urodinámica.



COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS EN CLÍNICA DÁVILA DE SANTIAGO. RECOPIACIÓN DE 1037 CIRUGÍAS EN 3 AÑOS Y 5 MESES

*Miranda-Mendoza I, Martic A., Guilof N., Tapia J., Eisen D., Arraztoa J., Cifuentes J., Nuñez F., Cortez J., Peña A.
Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva;
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila de Santiago.*

INTRODUCCIÓN

La laparoscopia tiene múltiples ventajas sobre la cirugía abierta. Las imágenes en alta definición y la disección del neumoperitoneo, permiten una cirugía de alta precisión y complejidad. Hoy en día, múltiples centros públicos y privados, poseen los elementos para realizar una cirugía laparoscópica ginecológica. No sólo es importante evaluar la cantidad de procedimientos quirúrgicos que se realizan, sino también la calidad de éstos. En la literatura, la incidencia de complicaciones mayores son menores al 1%, con una mortalidad de 4-8/100 000 casos. El objetivo de este trabajo es revisar en forma retrospectiva las complicaciones quirúrgicas en cirugía laparoscópica ginecológica durante los años 2010 a 2013 en la Clínica Dávila de Santiago.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron las cirugías laparoscópicas ginecológicas de la base de datos de la Clínica Dávila, desde Abril de 2010 a Septiembre de 2013. Se identificaron las complicaciones laparoscópicas menores y mayores. Las complicaciones mayores se definieron como aquel evento adverso en el cual hubo la necesidad de una reintervención o de un procedimiento quirúrgico extra, realizado por un cirujano de otra especialidad.

RESULTADOS

Se identificaron un total de 1037 cirugías laparoscópicas, con un total de 12 (1,2%) complicaciones laparoscópicas y de éstas, 6 (0,6%) fueron complicaciones severas. De las severas, hubo 1 caso de lesión intestinal; hernia atascada en la herida del trocar umbilical, 1 caso de lesión de vaso iliaco en la primera entrada, 1 hemoperitoneo de la herida del trocar umbilical y un caso de hematoma del infundíbulo pélvico con sutura hemostática y acodamiento ureteral. Hubo 1 caso de lesión térmica ureteral con fístula urétero- vaginal diagnosticada un mes después de la operación y una dehiscencia de la cúpula vaginal con resutura.

CONCLUSIONES

Las complicaciones son similares a las tasa internacional. La baja tasa de lesiones vasculares severas se podría explicar, debido a una técnica cuidadosa de primera entrada, un grupo pequeño de cirujanos con experiencia en la técnica y al seguimiento de reglas básicas. No hubo grandes complicaciones intestinales, salvo la hernia atascada del trocar umbilical, el cual se debe siempre cerrar la aponeurosis si el diámetro de la herida es mayor a 10 mm. Muchas complicaciones se lograron resolver en el intraoperatorio. El análisis de los resultados permite obtener información muy valiosa de los procedimientos y así poder mejorar en el futuro. Es necesario tener un análisis prospectivo de estos eventos adversos para obtener mayor información, no sólo, de las complicaciones del procedimiento mismo, sino también de las complicaciones médicas y anestésicas.



INCONTINENCIA URINARIA: EVALUACION DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE ENCUESTA ICIQ – SF

Busquets M (1) Lopez JF. (2) Pertossi E.(3).

(1) Médico Departamento Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

(2) Becado Servicio de Urología Hospital Parroquial San Bernardo.

(3) Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Hospital Parroquial San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IU) femenina es una patología frecuente, con un importante impacto en la calidad de vida de las pacientes que la padecen. Su tratamiento depende de la etiología y del tipo de incontinencia que predomina, destacando la kinesioterapia de piso pélvico, fármacos y cirugía. Entre las opciones de tratamiento farmacológico están los estrógenos, sean estos locales o sistémicos, antimuscarínicos y antidepressivos. Para evaluar la respuesta a tratamiento, la encuesta ICI-Q, recientemente validada en Chile (ICI-Q-SF), objetiva el tipo de incontinencia y determina el impacto en la calidad de vida.

OBJETIVO

Determinar el efecto del tratamiento médico en la calidad de vida de pacientes con IU a través de la encuesta ICI Q-SF en el HPSB.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo observacional retrospectivo. Se seleccionaron pacientes consultantes por IU, inicialmente tratadas solo con tratamiento farmacológico y a quienes se aplicó al inicio del tratamiento la encuesta ICI-Q-SF, entre los años 2011 y 2013 en el HPSB. De las fichas se extrajeron datos demográficos, síntomas, tratamientos previos, tratamiento farmacológico inicial, resultados encuesta ICIQ-SF previo y posterior al tratamiento. Los datos fueron analizados con el programa STATA 11.0 para Mac y se estableció un nivel de significancia del 95%.

RESULTADOS

Se consideraron 162 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión. La edad fue de $58,7 \pm 11,6$ años y el IMC promedio fue de $29,3 \pm 5,5$. Un 11,6% (n=18) tuvo algún tipo de tratamiento quirúrgico y fueron incluidas por no haber conseguido resultados óptimos y por haber pasado más de 5 años desde el procedimiento. Según las encuestas un 14,1% (n=22) fueron IO de urgencia, 12,82% (n=20) IO de esfuerzo, 68,59% (n=107) IO mixtas y 4,49% (n=7) IO no específicas. La concordancia entre lo objetivado por el clínico en la entrevista y lo objetivado por la encuesta fue de 66,45% (Kappa=0,41 p<0,001). Un total de 81 pacientes contestaron la encuesta al inicio y término del tratamiento médico. De estas el 26,31% (n=20) utilizó anticolinérgicos, 53,94% (n=41) terapia hormonal sistémica, 18,92% (n=14) terapia hormonal local y solo 1,31% (n=1) antibióticos. El resto no siguió adecuadamente el tratamiento indicado. El 69,13% (n=56) disminuyó el puntaje de severidad de la incontinencia, de cualquier subtipo, de una mediana de puntaje inicial de 16 (RIC 13-18) a un puntaje de 10 (5-16) luego del tratamiento médico (p<0,001). En el grupo que aumentó la severidad de los síntomas predominaron pacientes con IO mixta o IO específicas.

CONCLUSIÓN

El tratamiento médico de la incontinencia urinaria disminuye de manera significativa el puntaje de severidad en base a la encuesta ICQ-SF en la mayoría de las pacientes. La encuesta ICQ-SF resulta ser una herramienta que permite estandarizar de manera objetiva los diagnósticos y ser de fácil uso para determinar la evolución de pacientes en tratamiento farmacológico de la incontinencia urinaria. El hecho de que la concordancia entre la historia clínica y la objetivización de la encuesta sea moderada nos sugiere la importancia de realizar una anamnesis dirigida y completa.



EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA HISTERECTOMÍA RADICAL EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Parry S, Riesle H.

*Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.
Valparaíso.*

OBJETIVO

La EORTC-CGC, publico en el año 2010 una propuesta de evaluación de la calidad de la histerectomía radical, para asegurar tanto seguridad oncológica como calidad de vida de las sobrevivientes. Nuestro objetivo es comparar el estándar de EORTC-GCG, con los resultados obtenidos por nuestro grupo, como diagnostico de nuestras histerectomías radicales y de este modo revisar nuestros procesos y diseñar las estrategias para mejorar nuestros resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Trabajo retrospectivo que consistió en la revisión de histerectomías radicales realizadas por Cáncer Cervicouterino en etapa la2 y IB1 en la Unidad de Oncología Ginecológica entre enero 2005 hasta diciembre 2011 en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y comparar los resultados obtenidos por nuestro grupo, con los estándares que la EORTC ha determinado como seguros y que comprende Indicadores de Estructura (ej: cirugías por cirujano por año, cirugías de la institución por año), Indicadores de Calidad (como sobrevida, recurrencias pélvicas complicaciones a corto y largo plazo) e Indicadores de Proceso (como mas de cierto número de ganglios extraídos, más de uno por cierto grupo ganglionar y aspectos de la descripción de la radicalidad del proceso).

RESULTADOS

Nuestro grupo se compone de 106 pacientes operadas, 26 histerectomías radicales vaginales, Laparotomías de Cherney, 40 Laparotomías medias, con un promedio de edad de 45,5 años (22-73) , tiempo operatorio 3 hrs 45 minutos, días de hospitalización promedio 4 (2-11).

De nuestro grupo un 21% recibió Radioterapia post operatoria 22 pacientes.

Nuestro Hospital opera en promedio 14 histerectomías radicales por año, y el promedio por cirujano es de 4 por año ambos bajo el estándar (20 y 10 respectivamente). La sobrevida es 92% con recurrencias pélvicas y márgenes positivos de 6 y 1% todos sobre norma. Nuestras complicaciones a corto plazo están en rango en los siguientes aspectos Mortalidad postoperatoria, Hemorragia post operatoria, Obstrucción intestinal, Trombosis venosa profunda sin embargo en lesiones de tracto urinario estamos muy sobre la norma 7 versus 1%. En cuanto a las complicaciones a largo plazo los Linfquistes sintomáticos y Estenosis ureterales estamos bajo pero en hernias incisional y fistulas que requieren cirugía estamos sobre el estándar.

En los indicadores de proceso estuvimos bien en Porcentaje de linfadenectomias con 11 o mas ganglios (99 versus 90%) y en antibióticos preoperatorios. En lo demás bajo el estándar en Porcentaje de protocolos con información de modo de acceso, radicalidad de las diferentes etapas y limites (37,5% -95%), Porcentaje de histerectomías sin cierre peritoneal ni drenaje retroperitoneal (80-95%) Porcentaje de pacientes que reciben dieta normal al día 1 postoperatorio (45% -90%)

CONCLUSIONES

La evaluación de las histerectomías radicales del Servicio permite tener una referencia para determinar aquellos aspectos que podemos mejorar. En términos de estructura nuestros resultados en general no son óptimos pero son inmanejables. En cuanto a los indicadores de calidad nuestra sobrevida actuarial, porcentaje de recurrencia pélvica y márgenes positivos son excelentes sin embargo debemos evaluar algunos aspectos de las complicaciones en que estamos deficientes y sobre la norma. Los indicadores de proceso es la parte en que tenemos más diferencias y seguramente todo el equipo deberá evaluar que aspectos son importantes de mejorar y cuáles no.



MANEJO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA CLÍNICA DE TRES AÑOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

*Boldrini P.1, Vallejos G.1,2, Borda P.1,2, Jaeschke G.2
(1) Complejo Hospitalario San José, SSMN
(2) Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile*

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se presenta en el 1-2% de los embarazos. Dado que en los últimos años ha habido un interés creciente en el resultado reproductivo futuro de las pacientes, la salpingotomía laparoscópica se convirtió en el manejo de los EE no complicados. Como en nuestra institución no existe disponibilidad de pabellones laparoscópicos, el uso del metotrexato (MTX) sistémico se convirtió en una alternativa creciente al manejo quirúrgico antes mencionado.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes con EE no complicado en el Hospital San José, que fueron tratadas con monodosis de MTX entre agosto del 2010 y agosto del 2013. El protocolo local indica el tratamiento según criterios de inclusión y exclusión recomendados por la ACOG. Se buscó los niveles de β -hCG inicial, el número de controles previos al alta, los abandonos del seguimiento, eventos adversos registrados y los fracasos terapéuticos. Los cálculos estadísticos se hicieron en una planilla de Microsoft® Excel® 2008 Versión 12.0.

RESULTADOS

En el período investigado, la incidencia de embarazo ectópico fue de 1,9/100 embarazos. Se obtuvo un total de 51 pacientes que constituyeron el 10,9% de todos los embarazos ectópicos manejados en la institución. Se excluyeron del análisis 6 pacientes por registros incompletos. El promedio de β -hCG inicial fue de 2065 UI/L (rango: 246-8165 UI/L), habiendo 2 pacientes que fueron tratadas con β -hCG > 5000 UI/L. En 4 pacientes se requirió tratamiento quirúrgico constituyéndose en los fracasos del tratamiento (8,9%). Las pacientes requirieron 3,3 + 1.6 controles post tratamiento (rango: 0-8). De las pacientes tratadas 12 presentaron dolor abdominal durante el seguimiento y no se describen otros eventos adversos. No hubo adherencia adecuada al seguimiento en el 35,6% de los casos.

CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos en el servicio no se diferencian con los reportados en la literatura. A partir de esto, el tratamiento con MTX es una alternativa válida en el manejo del EE no complicado. Se identifica una falencia en el diagnóstico precoz de esta condición en nuestra área y la falta del cálculo de los costos de este manejo más la comparación con otras conductas terapéuticas.



HISTERECTOMIA RADICAL MAS LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL LAPAROSCOPICA TOTAL EN CANCER CERVICOUTERINO INICIAL

Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Mc Conell Y(1), Torres P. (1)(2) , Meneses M. (3)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Oncología Ginecológica Clínica Bicentenario
(3): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN

En pacientes con cáncer cervicouterino inicial estadios IA2 y IB1, la cirugía es el pilar del tratamiento. La filosofía de nuestro equipo está determinada por transformar la mínima invasión en una constante dentro del tratamiento del cáncer de cuello uterino. De este modo presentaremos un estudio descriptivo y prospectivo de casos mostrando los resultados preliminares de nuestra experiencia. El objetivo del estudio es la evaluación de la histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral laparoscópica total en cáncer cervicouterino inicial, en lo que se refiere a resultado oncológico, recuperación, estadía hospitalaria y lo reproducible de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron 14 pacientes con cáncer cervicouterino histología escamoso o adenocarcinoma, se incluyeron estadios IA2 y IB1. Durante el periodo enero 2012 y septiembre 2013. 12 pacientes reclutados en Fundación Arturo López Pérez, 2 pacientes en Clínica Bicentenario. Los resultados fueron expresados en medianas. Edad en años 43,5 (29-64). El total de las pacientes fueron evaluadas en comité oncológico y se decide cirugía.

La técnica quirúrgica consiste en: 1) Apertura de los espacios paravesical y pararectal, 2) Linfadenectomía Pélvica bilateral, 3) Clips de vasos uterinos en su base, 4) Apertura de espacio vesico vaginal y rectovaginal, 5) Tunelización de ureteres hasta vejiga y disección de parametrios 6) Sección de útero sacro tipo Piver III preservando nervio hipogástrico bilateral uterino. 8) Colpotomía con manguito vaginal 9) Colporrafia por vía laparoscópica.

RESULTADOS

Al analizar nuestra serie, el tiempo quirúrgico es de 260 minutos (195-490). Estadía hospitalaria fue de 2,5 días (2-4). Ganglios pélvicos resecaos 17 (8-26). Márgenes negativos para tumor en la totalidad de los casos. No se registró transfusión de hemoderivados. En 2 (14,29%) pacientes cuando la tunelización ureteral fue muy laboriosa, se agregó como segundo procedimiento: instalación de pigatail unilateral que se retiró a la 6ª semana de post operatorio en forma ambulatoria. El procedimiento se realizó exitosamente en los 14 (100%), Tasa de conversión de 0%. Retiro de sonda foley antes de 5 días en el 93% de las pacientes. No se registran complicaciones, en relación al procedimiento. No se registra mortalidad. Reinicio de actividades habituales a los 21 días en el 100% de los casos.

CONCLUSIONES

A través de la laparoscopia se logra un excelente resultado oncológico, asociado a las ventajas de la laparoscopia: menor estadía hospitalaria, recuperación precoz. Es por esto que como equipo tenemos absoluto convencimiento, en ofrecer la histerectomía radical + linfadenectomía pélvica laparoscópica total como primera línea de tratamiento en cáncer cervicouterino inicial, sin embargo requiere de un alto y constante entrenamiento.



RESULTADO HISTOLÓGICO DE LOS CONOS REALIZADOS BAJO LA MODALIDAD “SEE AND TREAT” EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Sánchez A1, Nuñez F1, Goycoolea JP1, Torres P1, Honorato M1, Larenas S2, Maturana C3, Ares R3, Troncoso F4
1 Unidad de Oncología y Patología Cervical Hospital Padre Hurtado 2 Matrona Unidad de Patología
Cervical Hospital Padre Hurtado 3 Unida Anatomía Patológica Hospital Padre Hurtado
4 Jefe Ginecología Hospital Padre Hurtado,
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y Recién Nacido Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

El manejo de la patología cervical no invasora se realiza habitualmente en tres pasos, pesquisa a través de la citología, diagnóstico colposcópico e histológico y tratamiento. Por otra parte, el manejo en la modalidad “see and treat” corresponde a realizar el cono en la primera visita con fin diagnóstico y terapéutico, disminuyendo las visitas, costos y estrés de las pacientes. Es sabido que su principal desventaja es el sobretratamiento. El objetivo de este trabajo es determinar la efectividad clínica de los conos realizados en la modalidad “see and treat”, en un programa de patología cervical de un hospital metropolitano de Santiago.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los conos realizados bajo la forma “see and treat”, entre los años 2005 y 2013. En nuestra institución, 763 pacientes fueron sometidas a cono LEEP en forma ambulatoria, luego de una citología alterada o cuello sospechoso. Se analizó la efectividad del proceso diagnóstico en relación al “sobre-tratamiento”, definido como una histología del cono que no hubiera ameritado el procedimiento (NIE I, normal, cervicitis o HPV).

Se analizaron las características de las pacientes, citología de ingreso, diagnóstico por colposcopia y resultado histológico de los conos.

El manejo se efectuó siguiendo las guías del MINSAL para unidades de patología cervical.

RESULTADOS

763 conos fueron realizados en el período de estudio, el resultado biopsico fue normal o cervicitis en un 4% (n=31) de las pacientes, NIE I-HPV en el 15.9% (n=122) y NIE 2+ en el 79.9% (n=610). De estos últimos 42.2% (n=322) fueron NIE III, 1,1% (n=9) adenocarcinoma in situ, 2.8% (n=22) carcinoma microinvasor, 3.9% (n=30) carcinoma escamoso invasor y 0.9% (n=7) adenocarcinoma. El compromiso de bordes positivos fue de 23%, siendo el 77% de los conos suficientes. No hubo complicaciones de gravedad sólo sangrado moderado en el 2.7% y 4.8% de estenosis cervical.

CONCLUSIÓN

La modalidad de tratamiento “see and treat” ha demostrado ser eficiente en nuestro medio, dado el 79.9% de lesiones de alto grado o mayor obtenido en nuestros conos. Estos fueron realizados en solo una visita y con tasas de complicaciones aceptables. Solo se obtuvo un 19.9% de pacientes sobre-tratadas en nuestra unidad con la definición antes expuesta. Solo el 4% no presentaban patología. Estas cifras no difieren sustancialmente de los conos negativos en pacientes con biopsia previa, por lo tanto es una modalidad valida de tratamiento en nuestra institución utilizando menos recursos y manteniendo las ventajas.



COMPARACIÓN ENTRE CISTOMETRÍA SIMPLE Y URODINAMIA MULTICANAL EN LA EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA DE ORINA: ESTUDIO PROSPECTIVO, CIEGO

*Manríquez V1, Naser M1, Boldrini P1, Schlageter F1, Guzmán R1,
Lecannelier J1, Sandoval C1, Valdevenito R1, Aguilera A1, Castro A1.
(1) Unidad Piso Pélvico Femenino, Hosp. Clínico Universidad de Chile, Santiago.*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria (IO) es una patología que afecta al 30% de las mujeres en algún momento de su vida. La causa más frecuente de IO es la de esfuerzo, seguida por la mixta y la de urgencia. El correcto tratamiento depende de un diagnóstico certero y objetivo, quedando claramente establecido que la historia clínica y el examen físico son insuficientes. El estudio urodinámico multicanal es el gold estándar, pero es complejo y de alto costo. En la actualidad, se considera a la cistometría simple con test de stress una técnica simplificada y más económica, suficiente para el diagnóstico de IO de esfuerzo no complicada. El propósito de este trabajo es correlacionar el rendimiento diagnóstico de la cistometría simple con la urodinamia multicanal en el diagnóstico de IO de esfuerzo e inestabilidad del detrusor.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, ciego, en que pacientes consultantes por IO, luego de recibir una evaluación uroginecológica completa (historia, examen físico con POPQ, uroanálisis, urocultivo y diario miccional), fueron sometidas a Urodinamia multicanal y a una cistometría simple con test de stress (técnica estandarizada del servicio), en un plazo no mayor a 30 días, por distintos miembros de la Unidad y desconociendo el resultado de la otra evaluación. Se incluyeron pacientes consultantes por IO de esfuerzo, mixta y urgeincontinencia. Se excluyeron pacientes en tratamiento farmacológico con potenciales efectos sobre la función urinaria. Se presentan los resultados del rendimiento de la técnica en términos de sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) con respecto a la urodinamia.

RESULTADOS

Se reclutó 48 pacientes del policlínico de la Unidad de Piso Pélvico Femenino de nuestra institución. El promedio de edad de las pacientes evaluadas fue de 57 años (30-84 años). El 25% de las pacientes evaluadas presentó IO de esfuerzo pura, el 28% urgeincontinencia y el 47% IO mixta. Con la urodinamia usada como "gold estándar" para el diagnóstico, la demostración de inestabilidad del detrusor con la cistometría simple tuvo una S de 82%, E de 90%, un VPP de 90% y un VPN de 80%. La demostración de IO de esfuerzo durante la cistometría simple con test de stress tuvo una S de 78%, E de 60%, un VPP de 75% y un VPN de 65%.

CONCLUSIÓN

La demostración de inestabilidad del detrusor durante la cistometría simple es un predictor confiable para su diagnóstico. Similarmente, la demostración de IO de esfuerzo también es predictivo para su diagnóstico. La cistometría simple con test de stress es un método confiable para el diagnóstico de IO. En servicios con recursos limitados o falta de acceso a la urodinamia, podría reemplazar a dicha técnica sobretodo si el tratamiento para la condición conlleva bajo riesgo, y también, sería útil para seleccionar pacientes que requieran una evaluación más extensa.



NEUROMODULACION TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTANEA (NMTP T.C.) VERSUS OXIBUTININA DE LIBERACION PROLONGADA EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

*Manríquez V, Naser M, Sandoval C, Lecannelier J, Valdevenito R, Guzmán R, Aguilera A, Castro A.
Unidad de Piso Pélvico Femenino. Dpto. Obstetricia y Ginecología.
Hospital Clínico Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva es una patología prevalente que afecta la calidad de vida de quienes la padecen. Dentro de las alternativas de tratamiento de primera línea se mencionan los fármacos antimuscarínicos. De efectividad clínica conocida, sus efectos adversos y costo afectan la persistencia en el tratamiento. La NMTP T.C. aparece como una alternativa de tratamiento con eficacia clínica comparable, mejor tolerancia y carente de efectos adversos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, randomizado de tratamiento de pacientes con vejiga hiperactiva comparando la efectividad de 10 mg diarios de Oxibutinina de liberación prolongada versus NMTP T.C. Se definió vejiga hiperactiva de acuerdo a la Sociedad Internacional de Continencia 2002. Luego de realizado el proceso de Consentimiento Informado, se realizó randomización por bloques permutados. Previo a la randomización y al finalizar el tratamiento todas las pacientes, con urocultivo negativo reciente, completaron un diario miccional de 3 días y la encuesta de calidad de vida oab-q. La NMTP T.C. se realizó bisemanalmente por 12 semanas. Las pacientes randomizadas a Oxibutinina registraron la toma diaria del fármaco en una cartilla. El fármaco se entregó mensualmente previo chequeo de la toma del fármaco en el mes anterior. Se comparó la efectividad de ambos tratamientos utilizando los datos del diario miccional y la encuesta oab-q, con las pruebas estadísticas atinentes a cada variable, considerando resultados significativos con valor de $p < 0,05$. Los datos se analizaron con el programa STATA V11.0.

RESULTADOS

Se randomizó 56 pacientes. Previo al tratamiento ambos grupos fueron comparables respecto a IMC, hábito tabáquico, estado menopáusico, tratamiento de remplazo hormonal, frecuencia urinaria, presencia de urgencia miccional, urgeincontinencia y resultados de la encuesta oab-q. Al comparar los datos del diario miccional y la encuesta de calidad de vida entre ambos grupos antes y después de la intervención, existieron diferencias significativas en favor del grupo que recibió NMTP T.C en el uso de paños diarios y en los episodios de urgeincontinencia. Sin diferencias significativas en la evaluación de la calidad de vida.

CONCLUSIÓN

El análisis de nuestros resultados muestra que la NMTP T.C posee una efectividad clínica similar a la Oxibutinina de liberación prolongada en el control de los síntomas de vejiga hiperactiva. Considerando el bajo costo, la ausencia de efectos adversos, la autoaplicabilidad y su efectividad, ésta nueva técnica debería ser considerada como una real alternativa de manejo en vejiga hiperactiva.



PROLAPSO APICAL: SUSPENSION A LIGAMENTOS SACROESPINOSOS, EXPERIENCIA EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Busquets M. (1), Pertossi E.(2), Lazo, D. (2).

(1) Médico Departamento Ginecología Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

(2) Internos Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pelvianos (POP) es una patología frecuente en mujeres adultas de nuestro medio. Su incidencia se estima en un 30% de la población femenina. El compartimento anterior desciende en un 30% de las pacientes con POP, el posterior en un 18% y en un 14% desciende el compartimento apical. Dentro de las técnicas para la corrección del defecto apical, destaca el IVS (Posterior Intravaginal Singplasty), que consiste en utilizar una malla de polipropileno que se ubica transfixiando los ligamentos sacroespinosos mediante agujas ad-hoc. Es una técnica que ha sido descrita como poco invasiva, de menor estadía hospitalaria, que tendría una rápida curva de aprendizaje y baja tasa de complicaciones. Es una técnica que suele asociarse al uso de mallas para resolver los descensos de compartimento anterior y posterior.

OBJETIVO

Describir complicaciones operatorias y el resultado anatómico del compartimento apical de mujeres sometidas a IVS en el Servicio de Ginecología Obstetricia del Hospital San Bernardo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, no randomizado. Se describen 19 pacientes sometidas a IVS posterior entre 2004 y 2012 en HPSB con prolapso genital estadio II o mayor y las complicaciones operatorias. Se describe un subgrupo de pacientes (11 pacientes) con prolapso apical y con medición POPQ previo y posterior al procedimiento. Se cuantificó y analizó la diferencia de mediciones del compartimento apical antes y después de la cirugía. Se consideró curación la ausencia de descenso de cúpula (estadio 0) y mejoría (estadio I).

RESULTADOS

En el grupo de 19 pacientes operadas no hubo complicaciones intraoperatorias; hubo 3 pacientes que presentaron erosión de malla en el seguimiento a largo plazo; sin embargo las erosiones estaban en relación a mallas que se utilizaron para la reparación de los compartimentos anterior y posterior. De 14 casos con un seguimiento de 4,3 años (entre 1 y 9 años) y mediciones objetivas pre y post operatorias, 11 de ellas (78%) presentaron prolapso apical asociado o no a prolapso de otros compartimentos. Del total de pacientes con POP apical tratado con suspensión a ligamentos sacroespinosos el 90% (n=10) presenta cura completa y en una paciente el prolapso recidivó bajo la forma de enterocele.

CONCLUSIÓN

En el tratamiento del prolapso apical hemos utilizado la técnica de suspensión a ligamentos sacroespinosos obteniendo un 90% de cura anatómica. Estudios prospectivos de mayor casuística deberán confirmar estos hallazgos ya que nos parece que es una técnica de fácil ejecución y baja tasa de complicaciones.



SIMVASTATINA INHIBE LA EXPRESIÓN DE MARCADORES DE TOTIPOTENCIALIDAD Y DE TRANSICIÓN EPITELIO MESENQUIMAL (EMT) EN CÉLULAS INICIADORAS DE CÁNCER DE OVARIO REDUCIENDO SU CAPACIDAD METASTÁSICA

*Cuello M., Kato S., Abarzúa L., Orellana K., Delpiano A., Barriga M.I., Brañes J., Castellón E., Owen G.I.
División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

En el modelo actual de carcinogénesis, una de las propiedades fundamentales que define a un cáncer es la presencia de heterogeneidad celular y la existencia de una pequeña subpoblación con características de células totipotenciales también llamadas 'stem cells' o células iniciadoras de cáncer (CICs). Estas células tienen la capacidad de renovar completamente todos los componentes que conforman un tumor, de ser más resistentes a las terapias, de dar metástasis y adaptarse de mejor manera a las condiciones que ofrece el entorno. Como en otros cánceres epiteliales, tal población también existe en cáncer de ovario y se le atribuye el origen de enfermedad recurrente y resistente (por su capacidad adaptativa) y el jugar un rol central en el origen de la enfermedad metastásica (por su capacidad de desdiferenciarse o experimentar transición epitelio mesenquimal o EMT, paso crítico para el proceso de metástasis). Dado su importancia en la historia natural del cáncer, varios autores han buscado aislar y caracterizar las CICs a fin de encontrar nuevas terapias, dirigidas contra ellas, que permitan mejorar los resultados obtenidos en cáncer de ovario. Previamente, nuestro grupo demostró que las células de cáncer de ovario tienen una dependencia metabólica en la síntesis de colesterol. De hecho la mayoría de ellas sobre-expresan la enzima HMGCoA reductasa, encargada de la síntesis de colesterol, y la exposición a estatinas (inhibidor de la enzima) determina su muerte por apoptosis y autofagia. Interesantemente un estudio clínico retrospectivo reciente ha mostrado que pacientes con cáncer de ovario, usuarias de estatinas, tienen mejor sobrevida que las no usuarias.

OBJETIVOS

Aislar y caracterizar CICs obtenidas desde líneas celulares de cáncer de ovario y estudiar los efectos que las estatinas tienen sobre dicha población, en particular, sobre la capacidad migratoria y de invasión que les caracteriza.

MATERIAL Y MÉTODOS

Aislamiento de CICs tanto desde líneas celulares de cáncer de ovario (SKOV3, HEY) como de ascitis obtenida desde pacientes con cáncer de ovario epitelial en etapa avanzada (previo consentimiento informado) mediante el uso de medios de selección específicos. Caracterización de la expresión de marcadores de totipotencialidad (ej. Oct-4, Nanog, CD44), de EMT (ej. n-cadherina), de resistencia a apoptosis (ej. survivina) mediante Real-time PCR, Western Blot (WB) e inmunocitoquímica en ausencia y presencia de distintas concentraciones de estatinas (Simvastatina 1-10 uM por hasta 48 hrs.). Estudio de los efectos de simvastatina en la migración e invasión de CICs inducida por factores quimio-atrayentes (ej. suero, leptina, etc) medidos en ensayos de migración en cámaras de Boyden con o sin matrigel. Estudio de los mecanismos subyacentes.

RESULTADOS

Tanto en líneas celulares como en muestras de ascitis fue posible aislar CICs. Dicha subpoblación crece formando ovóferas en placas de baja adherencia y en presencia de medio de selección. Ellas expresan niveles más altos de marcadores de totipotencialidad y de EMT comparado con la población no seleccionada. Así también son más resistentes a la apoptosis inducida por diferentes agentes (ej. estatinas, 2-metoxiestradiol y quimioterapia), medido por ensayos de MTS y por detección de la forma clivada de PARP por W-B. Por último, ellas muestran capacidad migratoria e invasiva en respuesta a agentes quimio-atrayentes. Interesantemente, la exposición a estatinas, a concentraciones con las cuales no se observa apoptosis, determina inhibición de la migración inducida por estos agentes. Al estudiar los mecanismos por los cuales tal inhibición ocurre, observamos que las estatinas inhiben la expresión de los marcadores de totipotencialidad y EMT promoviendo diferenciación o transición mesenquimal epitelial (MET).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que las estatinas inhiben la expresión de marcadores de totipotencialidad y EMT en células CICs afectando su capacidad metastásica. Este trabajo entrega evidencia nueva sobre el rol benéfico que las estatinas tienen en cáncer de ovario epitelial.

Financiado por FONDECYT 1120292).



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NECESIDAD DE URETROLISIS TARDÍA POSTERIOR A CIRUGÍA DE SLING DE URETRA MEDIA

Rondini C.1-2, Braun H1-2, Urzúa M1, Tagle M1, Troncoso F1-2.

1Departamento de Ginecología, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana –

Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La uropatía obstructiva secundaria a la cirugía de Sling suburetral es una complicación infrecuente, pero que causa importante morbilidad y que determina un porcentaje no menor de reintervenciones. Se sabe que las cintas de uretra media deben quedar sin tensión. La mayoría de los centros posiciona la cinta dejándola con la tensión suficiente que permita el paso de una tijera metzembaum entre la cinta y la uretra y han abandonado el test de stress intraoperatorio. Asimismo una vez retirada la sonda foley en el post operatorio, se evalúa la micción espontanea y se mide el residuo postmiccional. En pacientes con retención urinaria postoperatoria o residuos sobre 250 ml la indicación de uretrolisis precoz pareciera más clara. En pacientes con residuo mayor de 50 ml pero menor de 250ml, el manejo es mayoritariamente conservador en espera de la normalización del residuo, lo que generalmente ocurre a corto plazo.

OBJETIVOS

Identificar qué factores pudiesen asociarse al riesgo de desarrollar uropatía obstructiva y necesidad de uretrolisis posterior.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 32 pacientes que desarrollaron uropatía obstructiva después de los 3 meses de seguimiento posterior a cirugía de Sling suburetral, requiriendo uretrolisis con sección de la cinta en pabellón (casos); comparadas con un grupo control de 103 pacientes operadas en el mismo período y que evolucionaron satisfactoriamente. Se comparó edad, peso, IMC, paridad y residuo post-miccional pre y post operatorio. Para comparar las medias de las variables continuas entre ambos grupos se aplicó el test no paramétrico de U de Mann-Whitney. A continuación se realizó regresión logística multivariada.

RESULTADOS

El tiempo promedio transcurrido desde la cirugía hasta la uretrolisis fue de 13,7 meses (3 - 57), comparable al seguimiento promedio de 10,1 meses para el grupo control ($p=0,102$). La tabla 1 muestra el analisis univariado para cada una de las variables entre los grupos. La regresión logística multivariada demostró que el residuo miccional post-operatorio es el único factor asociado a un mayor riesgo de uretrolisis tardía.

Tabla 1: Análisis univariado de las variables en ambos grupos.

Variable	Casos	Controles	p
Edad(años)	58,0	58,6	0,078
Paridad	5,1	2,9	0,002
IMC	31,0	30,3	0,568
RPM pre-op (cc)	4,7	17,3	0,791
RPM post-op (cc)	175,9 (50 - 250)	55,1 (0 -180)	0,000

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados sugieren que en las pacientes que desarrollaron uropatía obstructiva posterior a la cirugía de Sling suburetral, requiriendo uretrolisis tardía, los residuos miccionales post-operatorios promedio son significativamente mayores (50cc - 250cc) que los de las pacientes que evolucionan sin esta complicación.



MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: REVISIÓN DE MÁS DE 200 CASOS TRATADOS CON TÉCNICA LAPAROSCÓPICA ESTANDARIZADA

Celle C, Pomés C, Vergara A, Cuello M, Zamboni M, Gutierrez I¹, Chuang A², Durruty G.
División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.¹
Interno Medicina.²Alumna Medicina.

INTRODUCCIÓN

La endometriosis profunda (EP) es aquella que infiltra más de 5 mm de profundidad del peritoneo y que se ubica entre la cara posterior de la vagina, cara anterior de rectosigmoideos y los ligamentos uterosacros. Incluye dos formas: endometriosis del tabique rectovaginal (ETRV) y endometriosis peritoneal severa con compromiso de los ligamentos uterosacros (EUS). La prevalencia de EP en la población general se desconoce, y se estima en 1-2% en algunas series. En más del 95% de los casos se asocia a nódulo palpable y dolor severo. El tratamiento de elección para los casos sintomáticos es la cirugía por vía laparoscópica (LPX) la cual puede desencadenar en complicaciones mayores dada la distorsión anatómica que provoca esta condición. Distintas técnicas se han desarrollado, con requerimientos diversos de equipamiento (ej. electrocirugía o láser), a fin de minimizar las complicaciones.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto de una técnica quirúrgica estandarizada (TQE) en los resultados quirúrgicos del tratamiento laparoscópico de la EP.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de ETRV y EUS operados con TQE en el Hospital Clínico de la Universidad Católica en el período comprendido entre los años 2006 y 2013. Análisis descriptivo de características etarias, paridad, cirugías previas de la muestra estudiada, distribución de las distintas formas de endometriosis, tiempo operatorio, complicaciones intra y postoperatorias, estadía hospitalaria, remisión sintomática y embarazo posterior. La TQE consistió en disección roma y cuidadosa de los espacios avasculares de la pelvis, identificación y restablecimiento de reparos anatómicos (incluido aislamiento del uréter), utilización de energía bipolar y resección en pantalón del nódulo o uterosacro afectado con o sin resección o apertura de vagina y/o recto comprometido.

RESULTADOS

En el período de estudio se operaron 785 casos de endometriosis pélvica. De ellas, un 26% (n=204) correspondieron a EP (79% cirugías por ETRV y 21% por EUS). 84% (n=171) de las biopsias confirmaron endometriosis. El promedio de edad fue de $33,4 \pm 5,2$ años (rango: 19-59 años). 40% de las pacientes había sido sometida a al menos una cirugía por endometriosis. El 77% de las pacientes eran nuligestas y en el 100% de ellas la indicación de cirugía fue por algia pélvica (dismenorrea, disquexia o dispareunia). 43% tenía además diagnóstico de infertilidad. El 99% de los casos se abordó por LPX. El tamaño del nódulo resecado osciló entre 1 a 5 cm. En 12,7% (n=26) fue necesaria la apertura y/o resección vaginal. En 1,5% (n=3) fue necesaria la apertura o resección parcial del rectosigmoideos. El tiempo operatorio promedio fue de 175 min (rango: 50 a 575 min). Hubo un 1,5% (n=3) de conversión a vía abierta dada la gran extensión de la enfermedad (una requirió resección intestinal más reimplante ureteral). Hubo un 2,9% (n=6) de complicaciones en el intraoperatorio y el 100% de ellas fueron corregidas en el mismo tiempo quirúrgico (4 lesiones de vejiga, un compromiso del mesosalpinx que requirió salpingectomía y una lesión rectal). Hubo un 3,4% (n=7) de complicaciones mayores en el postoperatorio. Un caso de TEP, un caso de fiebre de origen desconocido y otras 5 complicaciones que fueron tardías (un absceso tubo-ovárico, un absceso de cúpula vaginal, una fistula tubovaginal secundaria a una celulitis de cúpula que requirió corrección del defecto a los 5 meses, un plastrón retrouterino que requirió de salpingectomía a los 4 meses por hidrosalpinx y una perforación rectal asociada a peritonitis que requirió de colostomía tipo Hartmann). En el 54% (n=111) de los casos de EP se constató endometriosis ovárica asociada y en un 2% (n=4) coexistía endometriosis vesical. La estadía postcirugía fue en promedio $2,9 \pm 1$ días (rango 1-10, Mediana 3 días). Sólo en el 10% de los casos se indicó agonista GnRH previo al alta. Al mes de cirugía un 98% refirió mejoría sintomática significativa. De las pacientes con deseo embarazo, un 19,3% (n=23) se ha embarazado (57% espontáneo, 13% con inseminación intrauterina y 30% con FIV).

CONCLUSIONES

El abordaje LPX con TQE para la EP es seguro y permite obtener resultados quirúrgicos satisfactorios en términos de remisión sintomática, con baja tasa de complicaciones mayores. La tasa de embarazo es baja, pero posible, y al menos el 70% lo logra con técnicas de baja complejidad.



IMPACTO DE LA DETECCIÓN RÁPIDA INTRAPARTO DE COLONIZACIÓN POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE POR UN MÉTODO MOLECULAR

Ralph C1, Wozniak A2, Villarroel L3, Urzúa S4, García P5, Abarzúa F6, Vera C1.

1División de Obstetricia y Ginecología, 2Laboratorio de Microbiología Molecular, 3Departamento de Salud Pública, 4División de Pediatría, 5Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 6Unidad de Medicina Materno-Fetal, Clínica Alemana Temuco.

INTRODUCCIÓN

Streptococcus agalactiae (Grupo B, SGB) coloniza el tracto gastrointestinal y/o genitourinario de pacientes embarazadas pudiendo originar sepsis y meningitis del recién nacido (RN). Una de las estrategias de detección consiste en la realización de cultivo perineal (rectal y vaginal) a las 36 semanas de embarazo, lo que permite la pesquisa y profilaxis de portadoras al momento del parto. Sin embargo, dado que el cultivo no detecta la totalidad de las colonizadas y no puede ser utilizado intraparto por su latencia, se han desarrollado estrategias de pesquisa intraparto. En Chile, se han validado métodos moleculares de alta sensibilidad (Speed-oligo®); pero, dado que su incubación requiere de al menos 16 horas, no son de utilidad intraparto. Disponer de un test de diagnóstico rápido y exacto, mediante amplificación de ácidos nucleicos, podría mejorar la racionalidad de la detección y manejo de la colonización por SGB intraparto a término. En Chile, se estima que un 20% de las embarazadas a término porta SGB. De ellas se estima que el 1 a 2% de los RN desarrollará una sepsis por SGB, con una mortalidad de 2 a 4 % y secuelas hasta en el 50% de los casos. Con las estrategias de pesquisa y profilaxis, la sepsis precoz ha disminuido hasta 0,28 por 1.000 nacidos vivos en Estados Unidos.

OBJETIVO

Evaluar la exactitud del sistema GenXpert® para el diagnóstico de SGB en mujeres embarazadas y su potencial utilización para el diagnóstico de colonización intraparto por SGB.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre mayo 2011 y diciembre 2012 se evaluaron prospectivamente 200 embarazadas en trabajo de parto ingresadas al Hospital Clínico de la Universidad Católica. Se obtuvieron muestras de periné para la identificación de SGB por cultivo corriente y GeneXpert® (PCR en tiempo real). Aquellas muestras positivas por GeneXpert® y la muestra negativa que le seguía fueron analizadas por Speed-oligo®, que amplifica otra región del genoma de SGB, previo una pre-incubación de 16 horas (37 pacientes). En todas las pacientes que contaban con cultivo de periné a las 36 semanas de embarazo se evaluó la predicción de presencia de SGB al parto comparada con GeneXpert® intraparto. Se evaluó además, el resultados perinatal de los RN.

RESULTADOS

La colonización intraparto por cultivo fue de 5,7% (11/193) IC 95% 2,9% a 9,97%. Todas las pacientes con cultivo positivo fueron positivas por GeneXpert®. La concordancia del cultivo y GeneXpert® intraparto fue de 88,6% (171/193). Hubo 22 pacientes con GeneXpert® positivo con cultivo negativo, siendo 20 de ellas positivas por Speed-oligo®. La colonización por SGB a las 36 semanas fue de 12%(22/180). De estas 5 mantuvieron la colonización hasta el parto, por todos los métodos, 11 mantuvieron la colonización por GeneXpert® y Speed-oligo®, solamente y 6 no evidenciaron colonización al momento del parto, ni por cultivo ni por GeneXpert®. Un 38% de las pacientes se resolvió por cesárea; 91,5% ingresaron en trabajo de parto o requirieron inducción. Discusión: Si se considera el cultivo intraparto como gold standard para la colonización por SGB, GeneXpert® presenta una sensibilidad de 100% IC 95% (71,5 % a 100%) y una especificidad de 87,9% IC 95% (82,3% a 92,3%). Sin embargo, la mayoría de los falsos positivos por GeneXpert® fueron confirmados por un segundo método molecular, lo que hace posible que correspondan a colonizaciones no detectadas por el cultivo.

CONCLUSIÓN

GeneXpert® es un método rápido y sensible para la detección intraparto de la colonización por SGB, ya que refleja con exactitud el estado de portación y permite un racional uso de la profilaxis antibiótica.



IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN MULTIPARAS

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal A., Insunza A., Reyes F., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido,
Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

El embarazo en vías de prolongación (EVP) se define como el embarazo que cursa entre las 41 y 42 semanas de gestación, siendo su etiología desconocida. Este período está asociado con un aumento significativo del riesgo de muerte y complicaciones del feto y recién nacido derivados de la insuficiencia placentaria y por el mayor riesgo de traumatismo obstétrico. La evidencia sugiere la interrupción del embarazo alrededor de las 41 semanas, razón por la cual nuestras guías clínicas incluyeron este concepto.

OBJETIVO

Evaluar la forma de inicio del trabajo de parto, tipo de parto y resultado neonatal de las multíparas que llegan a esta condición obstétrica, según las normas de nuestro accionar.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisa la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Enero 2005 a Agosto 2013. Se analizó vía de finalización del embarazo, según inicio espontáneo o inducido del trabajo de parto y resultado perinatal.

RESULTADOS

Del total de partos 52038, un 9,3% (4838) corresponden al grupo analizado. De este grupo 2612 (53,9%) eran multíparas. Un 76,8% su parto fue vía vaginal, 11,9% Cesárea Urgencia y 11,3 % Cesárea Electiva. De las que iniciaron trabajo de parto espontáneo 1022 (39,1%), 926 (90,6%) terminaron en parto vaginal y 96 (9,4%) en cesárea, cuyas principales indicaciones fueron Sufrimiento fetal agudo (SFA) 43,2%. Prueba de Trabajo de Parto Fracasada (PTPF) 21,6% e Inducción Fracasada 6,1%. Las pacientes inducidas 1250 (47,8%), 1079 (86,3%) parto vaginal y 171 (13,7%) cesárea de urgencia cuyas indicaciones fueron similares a las anteriores. Los nacidos por vía vaginal tuvieron un peso promedio de 3707 gramos (rango 2400-5140 gramos) y los por vía cesárea un peso promedio 3788 gramos (2550-4980 gramos). En el grupo de pacientes con indicación de cesárea electiva (11,3%), las principales indicaciones fueron 1 CCA y malas condiciones obstétricas 69,3%, Macrosomía fetal 12,5% y 1 CCA y Peso fetal mayor a 4000 gramos 9,1%. En ninguno de los grupos se encontró RN con APGAR < 6 a los 5 minutos.

CONCLUSIÓN

La aplicación de nuestras guías clínicas, respecto al manejo en embarazos en vía de prolongación, permitieron la obtención de resultados neonatales óptimos. Destaca el alto porcentaje de pacientes que finalizan en parto vaginal, independiente de su inicio espontáneo o inducido. Además, el grupo de cesáreas electivas se ve incrementado en base a pacientes con Cesárea anterior que las excluye de ser susceptibles de inducción.



CESÁREA ELECTIVA EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO; ¿SOMOS CAPACES DE REDUCIR SU INCIDENCIA?

Jeria R¹, Correa P², Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.

¹Interno medicina Universidad de los Andes

²Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes

³Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

La cesárea corresponde a la técnica quirúrgica que permite la extracción del feto y anexos ovulares a través de la pared abdominal. En los últimos años se ha observado un aumento progresivo de esta técnica, llegando a una frecuencia global de 30%, y en centros privados hasta 50%. Se han descrito varios factores involucrados en este aumento, muchos son médicamente cuestionables, lo cual ha influido en el creciente número de cesáreas programadas en primigestas, y por consecuencia el aumento de cesáreas posteriores. La OMS recomienda tasas de cesárea que oscilan entre 15-20%, lo que está muy lejos de la realidad mundial. Estudios han demostrado que la cesárea se asocia de forma independiente a un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal.

OBJETIVOS

Evaluar las causas de indicación de cesárea electiva en el Hospital Parroquial de San Bernardo entre los años 2011 a 2013, lo que permitirá evaluar la pertinencia de sus indicaciones y las posibles intervenciones aplicables a futuro, permitiendo así reducir la tasa de cesáreas electivas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó la base de registro de cesáreas electivas en el HPSB durante el período comprendido entre Enero 2011 hasta Agosto 2013. Doscientas treinta y seis pacientes con indicación de cesárea electiva fueron analizadas según la causa de indicación, paridad, edad gestacional y comorbilidad al momento de la cirugía.

RESULTADOS

Del total de pacientes (n=236); el 66,9% (n=158) tenía antecedente de una o más cesáreas anteriores (CCA), siendo esta la principal causa de cesárea. De éstas el 72,1% (n=114) correspondieron a pacientes con una CCA, un 25,3% (n=40) a 2 CCA, un 5,6% (n=9) a 3 CCA y un 3,16% (n=5) a 4 o más CCA. La macrosomía fetal fue la segunda indicación más frecuente en un 22,8% (n=54); el 10% de las pacientes presentaron diagnóstico de presentación distócica (21 fetos en podálica y 3 en tronco). Con respecto a la paridad destaca que el 13,1% (n=31) eran primigestas, el 48,7% (n=115) eran multíparas de uno, de las cuales el 73,9% (n=85) tenía antecedente de 1 CCA; el 26,2% (n=62) corresponden a multíparas de 2; y el 11% (n=26) multípara de tres o más. La edad gestacional que se asoció a una mayor indicación de cesárea fue de la semana 38 a 38 más 6 días, llegando a un 39,8% (n=94), con un rango entre las 32 semanas y las 41+4 semanas. Dentro de las comorbilidad al momento de la cesárea, se destacó la macrosomía como el evento más frecuente, haciéndose presente en 22,8% (n= 54), en segundo lugar la diabetes gestacional con un 7% (n=18) y luego los síndromes hipertensivos del embarazo con un 6,7% (n=16)

DISCUSIÓN

Al practicar una cesárea, nuestras pacientes se ven expuestas a una mayor morbimortalidad tanto materna y perinatal, por lo que parece lógico intentar disminuir su tasa en comparación con el parto vaginal. Llama la atención que un gran porcentaje eran multíparas de uno (48,7%), esto asociado a que la CCA fue la indicación más frecuente de cesáreas, nos puede indicar que el enfocar nuestros esfuerzos en disminuir la tasa de cesáreas en primigestas nos ayudaría a disminuir globalmente el número de cesáreas.



RESULTADO DEL PARTO SEGÚN LA MODALIDAD DE INICIO EN MULTÍPARAS CON EXPECTATIVA DE PARTO VAGINAL. EVALUACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Stambuk M., Witker D., Insunza A., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido,
Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La tasa nacional e internacional de cesáreas ha experimentado un incremento importante en los últimos años. Es imperativo tener en la práctica obstétrica un equilibrio entre la tasa de cesárea y la justificación de dicha intervención, con sus potenciales efectos adversos. Nuestra Guía Clínica, tiene dentro de sus objetivos priorizar el parto vaginal como vía de finalización de los embarazos en las pacientes que cuentan con expectativa de esto y la contención de la tasa de cesáreas, incluyendo la Prueba de Parto vaginal en multíparas con cesárea previa, según la recomendación hecha por el MINSAL.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisó la base de datos del Hospital Padre Hurtado, desde Enero 2005 a Agosto 2013. Se define como pacientes multíparas con expectativa de parto vaginal a aquellas con : gestación única, mayor de 34 semanas, presentación cefálica y que no presenten patología materno y/o fetal que contraindique la vía vaginal. Se analizó vía de finalización del embarazo, según inicio espontáneo o inducido del trabajo de parto.

RESULTADOS

Del total de partos de este periodo 51510, el 57,3% (29490) eran multíparas, 24867 cumplían los criterios de inclusión. Un 86,1% tuvo su parto vía vaginal y un 13,9 % Cesárea Urgencia. De las pacientes que iniciaron su trabajo de parto en forma espontánea 20345 (81,8%), 17686 (86,9%) terminaron en parto vaginal, 2659 (13%) cesárea de urgencia, cuyas principales indicaciones fueron Prueba de Trabajo de Parto Fracasada (PTPF) 20,9% y Sufrimiento Fetal Agudo (SFA) 16,2%. De las pacientes inducidas con misoprostol, 3977 (15,9%), 3318 (83,4%) finalizaron por vía vaginal, 656 (16,5%) cesárea urgencia, siendo sus indicaciones 55,2% SFA, 16,4% Inducción Fracasada y 3% PTPF. Las pacientes inducidas con ocitocina 545 (2,2%), 423 (77,6%) por vía vaginal, 122 (22,4%) en cesárea urgencia, con indicaciones en un 39,3% SFA, 8,2% Inducción Fracasada y PTPF en 6,5%.

CONCLUSIONES

Las multíparas con expectativas de parto, tienen alta probabilidad de finalizar por vía vaginal, independiente de la forma de inicio del trabajo de parto. Tienen mayores probabilidades de iniciar trabajo de parto espontáneo y las indicaciones de interrupción por cesárea se relacionan más con alteraciones de la monitorización fetal electrónica que con alteraciones en la progresión del trabajo de parto.



MANEJO PERINATAL DE LA GASTROSQUISIS

*Márquez R(1,3), Moreno A (2,3), Quijada P (2,3), Bachman M (1,3),
Soto A(1,3), Rodríguez M (1,3), González P (1,3), Egaña G(1,3).
Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.
Unidad de Cirugía Infantil, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.
Universidad de Valparaíso, Chile.*

INTRODUCCIÓN

La gastrosquisis es una patología fetal caracterizada por ausencia de cierre de la pared abdominal, donde el seguimiento y resolución de vía de parto son determinantes para obtener buenos resultados perinatales. Esta condición ha experimentado un alza en su incidencia. Actualmente se postula la injerencia del anillo herniario como el responsable de las dichas complicaciones.

OBJETIVO

Comparar los resultados perinatales entre manejo con cirugía diferida y procedimiento Simil Exit en 22 casos de gastrosquisis ocurridos entre 2005 y 2013.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde 2008 se somete a las pacientes portadoras de gastrosquisis a seguimiento ecográfico semanal a partir de la semana 28, midiendo diámetro de las asas intestinales, realizando maduración corticoidal pulmonar a las 30 y 33 semanas, extracción fetal mediante cesárea a las 34 sem con corrección quirúrgica inmediata manteniendo la circulación placentaria.

RESULTADOS

9 casos han sido resueltos mediante Simil Exit, de los cuales ningún caso requirió ventilación mecánica, siendo necesario en 4 recién nacidos atendidos mediante 4 técnica diferida. Además aquellos que intervenidos mediante Simil Exit, requirieron menos días de nutrición parenteral (17 vs 21), menos días para iniciar alimentación normal (10 vs 14), menor estadía en UCI (11 vs 21), menos tiempo al alta definitiva (21 vs 33). Ningún caso de Simil Exit presentó complicaciones asociadas a la prematuridad.

CONCLUSIÓN

La gastrosquisis es una patología en aumento. El seguimiento ecográfico y la interrupción a las 34 semanas evita el tiempo de máxima expansión y formación de Peel . El manejo Simil Exit muestra ventajas en relación al manejo diferido, no presentando complicaciones derivadas de la prematuridad ni complicaciones quirúrgicas directas, mejorando la evolución neonatal y a largo plazo.

AREA GLANDULAR CERVICAL COMO MARCADOR DE RIESGO DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES CON CERVICOMETRIA LIMITE A LAS 22-24 SEMANAS

*Daniela Longhi, Paulina González, Maritza Bachmann, Alejandro Soto, Rolando Márquez, Marcelo Rodríguez
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Van Buren, Valparaíso.
Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

El Área Glandular Cervical (AGC) corresponde a la interpretación ecográfica del epitelio glandular del cuello uterino, y que se define como el área hipoeocogénica que rodea al canal endocervical. En pacientes con amenaza de parto prematuro su presencia se asocia con una mayor longitud cervical y una menor probabilidad de parto. El objetivo de este estudio es evaluar la presencia de AGC en pacientes con cervicometría límite, definida como una longitud cervical entre 20 y 29 mm a las 22-24 semanas, y su relación con riesgo de prematuridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio prospectivo desarrollado en el Hospital Van Buren de Valparaíso, realizado en pacientes que asistían a su screening ecográfico a las 22-24 semanas. Los criterios de inclusión para el estudio fueron cursar un embarazo único y no tener el antecedente de parto prematuro espontáneo. En las pacientes que presentaban una cervicometría límite se consignó la presencia o ausencia de AGC, catalogando como AGC (+) si se observaba el área glandular cervical, y como AGC (-) la ausencia de ésta

RESULTADOS

El screening fue realizado a un total de 945 pacientes entre los meses de Octubre del 2011 y Marzo del 2012. Del total, 85 (9%) correspondieron a pacientes con cervicometrías entre 20 y 29 mm y que cumplían con los criterios de inclusión. 56 pacientes se catalogaron como AGC (+) en la evaluación ecográfica, correspondiendo al 66%. La cervicometría promedio en ambos grupos fue de 25+ 4 cm, sin haber diferencia significativa en ambos grupos ($p > 0,15$). Tampoco hubo diferencias en las características biofísicas. Se obtuvo el resultado del parto en 74 pacientes, que fueron incluidas en el análisis final. En el grupo AGC (+) no se registraron partos prematuros espontáneos. En el grupo con AGC (-) hubo un total de 6 partos espontáneos < 37 semanas, correspondiendo al 26%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$), con un OR 5,7 para parto prematuro en el grupo AGC (-). Sólo hubo 2 caso de parto espontáneo antes de las 34 semanas, perteneciente al grupo AGC (-), lo cual no fue significativo. Con respecto al riesgo de hospitalización por amenaza de parto prematuro, complicaciones neonatales y peso de nacimiento no se observaron diferencias significativas entre los grupos



AGC (-)



AGC (+)

CONCLUSIONES

En nuestro análisis, la ausencia de área glandular límite cervical en pacientes asintomáticas de 22-24 semanas con cervicometría límite se asocia con un mayor riesgo de parto espontáneo < 37 semanas. Por tal motivo, la ausencia de este parámetro ecográfico en pacientes con cervicometría límite en la ecografía de screening podría sugerir un control obstétrico más cercano.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE EMBARAZOS GEMELARES EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO ENTRE LOS AÑOS 2011 y 2013

Soto MJ1, Bustos B2, De Alvarado M2, Tagle I3, Goity C3

1. Interna de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile

2. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes

3. Medico, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

Los embarazos múltiples corresponden al 1% de todos los embarazos, pero esta cifra va en aumento debido a los embarazos tardíos y técnicas de reproducción asistida. Aunque es poco prevalente, aporta alrededor del 10% de la mortalidad perinatal, siendo la prematuridad y el bajo peso al nacer las principales causas. Además existe un aumento en las tasas de anemia, preeclampsia, rotura prematura de membranas, RCIU y cesárea. Por tanto, embarazo múltiple se asocia con un aumento en la morbimortalidad materna y neonatal. El objetivo es realizar un estudio descriptivo acerca del outcome materno y perinatal asociado al embarazo gemelar.

MATERIALES Y METODOS

Se extrajo de la base de datos de Hospital Parroquial de San Bernardo todos los partos ocurridos entre enero 2011 y agosto del 2013. Se seleccionaron los partos gemelares obteniendo la edad de la paciente, fórmula obstétrica, edad gestacional, comorbilidades asociadas al embarazo, vía de parto y su indicación, APGAR al minuto y cinco minutos, peso y talla del recién nacido (RN).

RESULTADOS

Entre el 2011 y agosto del 2013 hubo 5.342 partos atendidos en el Hospital Parroquial de San Bernardo, de los cuales 65 fueron embarazos gemelares. Nacieron antes de las 37 semanas un 55,4% (36). La edad materna varió entre 19 y 41 años, siendo en promedio 28 años. De los partos gemelares descritos, 53 fueron por cesárea (81,5%) y 12 por parto vaginal (18,5%), esta tendencia se mantiene al analizar cada año por separado. En cuanto a las indicaciones de cesárea, un 53,8% de las pacientes no tenía ingresada la indicación de la cesárea. De las pacientes con la indicación ingresada las causas fueron: presentación podálica (primer feto o ambos) 39,9%, embarazo monocorial biamniótico 22,8%, SHE-PES 14,3%, cesárea anterior 5,7% y distocia 5,7%. En cuanto al peso al nacer, el promedio de peso en los RNPT fue de 2.091grs y en RNT de 2726grs, siendo el peso mínimo 300grs y el máximo 3590grs. Del total de 130 recién nacidos gemelares un 40% (52) pesó < 2.500grs, un 4,6% (6) fueron muy bajo peso y 2,3% (3) extremo bajo peso. En cuanto al APGAR el 95% de los recién nacidos presentaron un APGAR ≥ 5 al minuto y ≥ 7 a los 5 minutos.

CONCLUSIÓN

Este estudio evidencia la alta tasa de cesáreas en los embarazos gemelares lo que aumenta de forma considerable los riesgos obstétricos. Además se observa una alta prevalencia de prematuridad en embarazo gemelar, lo que es concordante con la literatura, siendo una de las patologías que más aporta para la tasa global de prematuridad. Sin embargo, se logró un buen resultado perinatal en la mayoría de los casos (95%) lo que se puede asociar a un adecuado manejo del trabajo de parto y crecimiento exponencial en los cuidados neonatológicos en el último tiempo.



MEMBRANA DUODENAL: UNA CAUSA DEL SIGNO DE DOBLE BURBUJA

Couve C1-2, Garrido M3.

1 Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Carlos Van Buren (HCVB).

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso.

3 Residente de Cirugía Pediátrica Universidad de Valparaíso, HCVB.

INTRODUCCIÓN

La obstrucción duodenal congénita (OD) ocurre en 1 de cada 5000 – 10000 embarazos, siendo la forma más común de obstrucción intestinal en el recién nacido. Existen causas intrínsecas y extrínsecas, siendo las más frecuentes la Atresia Duodenal (AD), Membrana Duodenal (MD), Duplicaciones Intestinales y el Páncreas Anular. El Signo de Doble Burbuja (SDB) representa la dilatación del estómago y duodeno proximal fetal y se describe habitualmente como hallazgo característico de la AD, sin embargo, no es patognomónico de dicha anomalía. A continuación presentamos dos casos clínicos con sospecha prenatal de AD por hallazgo de SDB y diagnóstico postnatal de MD.

CASOS CLÍNICOS

Caso Clínico 1: Paciente sana de 31 años, G3P2A0, cursando embarazo de 38 + 4 semanas con sospecha de AD por hallazgo ecográfico de SDB. Ingresa del extrasistema a través del Servicio de Pensionado del HCVB para Cesárea Electiva. RNT, sexo femenino, Peso 3190g, AEG, Apgar 9-9. Radiografía postnatal de abdomen simple normal. A las 24 horas de vida se diagnostica neumoperitoneo, realizándose cirugía de urgencia con hallazgo de perforación gástrica que se sutura, no encontrándose anomalías duodenales. RN presenta evolución tórpida, con dehiscencia de sutura gástrica y evisceración, requiriendo múltiples aseos quirúrgicos. Estudio contrastado revela estenosis duodenal, confirmándose diagnóstico de MD mediante endoscopia digestiva alta. Al mes de vida se realiza sección endoscópica de la MD sin incidentes, con evolución posterior favorable. Actualmente al año de edad, se encuentra sana en control ambulatorio en Cirugía Pediátrica.

Caso clínico 2: Gestante 23 años, sana, G3P2A0, residente en San Antonio. En control en Comité de Anatomía Fetal HCVB por hallazgo ecográfico de Polihidroamnios y SDB desde las 28+2 semanas. Se descartan anomalías cromosómicas y anatómicas, programándose Cesárea Electiva a las 38 semanas. RNT, femenino, Peso 3190, AEG, Apgar 9-9. Radiografía postnatal de abdomen simple muestra imagen de doble burbuja, con paso de aire a distal, planteándose el diagnóstico de MD. Se interviene a las 24 horas de vida, encontrándose malrotación intestinal con bandas peritoneales, vena porta preduodenal y MD. Se realiza procedimiento de Ladd, escisión de la MD, duodenoplastia y apendicectomía. Evolución postoperatoria favorable, actualmente sana, con 6 meses de edad, en control en Cirugía Pediátrica

DISCUSIÓN

La MD es una forma de OD intrínseca en la cual la luz duodenal se encuentra obliterada por la presencia de una membrana. Se origina entre las 7 y 8 semanas de desarrollo embrionario por una falla en la recanalización del intestino anterior. Su diagnóstico prenatal puede sospecharse ante el hallazgo del SDB obligando a descartar otras anomalías asociadas como cardiopatías y Síndrome de Down. El tratamiento de la MD es quirúrgico, siendo por vía endoscópica en casos seleccionados.

CONCLUSIÓN

El hallazgo ecográfico del SDB representa la dilatación del estómago y duodeno fetales secundarios a OD y obliga a descartar anomalías cardíacas, anatómicas y genéticas que pueden presentarse en 30 a 50% de los casos. Si bien la etiología más frecuente es la AD, existen otras etiologías como el páncreas anular, duplicación intestinal, MD, entre otros. Si bien el diagnóstico prenatal no cambia el resultado final de los niños con OD, sí permite educar a los padres y optimizar el manejo postnatal a través de la coordinación prenatal con los equipos de Neonatología y Cirugía Pediátrica.



EVOLUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MATERNAS INTERCURRENTES EN LAS MADRES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

*Luis Ignacio De la Torre Ch.1 Cristian Papuzinski A. 2
1Ginecólogo. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Universidad de Valparaíso.
2Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna tuvo un drástico descenso entre las décadas de 1950 y 1990, sin embargo, se ha tendido a mantener estable en los últimos 10 años. Actualmente las causas hemorrágicas e infecciosas quedan relegadas tras las enfermedades concurrentes del embarazo. En este sentido, las enfermedades crónicas no transmisibles, son las que cobran mayor interés. La mayor prevalencia de hipertensión arterial esencial y de diabetes mellitus tipo 2 han determinado que la población gestante que las padece haya aumentado, comprometiendo su pronóstico de salud.

OBJETIVO

Describir la evolución de las principales enfermedades cardiovasculares en los últimos 10 años en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo que caracteriza la evolución de las enfermedades cardiovasculares de todas las mujeres atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, desde el año 2003 a la fecha. Se analizó la estadística de los registros materno-perinatales con los que dispone el hospital.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 29.368 atenciones de parto en los últimos 10 años. La presencia de algún tipo de patología materna alcanza a un 30% del total. El año 2005, se presentó la mayor presencia de patologías maternas, alcanzando la mitad de las mujeres estudiadas. Al analizar las causas específicas de enfermedades concurrentes, la hipertensión crónica y la diabetes mellitus son las que reportan una mayor frecuencia. Desde el año 2006 la hipertensión muestra una alza sostenida, correspondiendo para ese año el 5,5% de todas las patologías, para llegar al año 2013 a una frecuencia del 14,3%. En cuanto a la diabetes mellitus también se observa una tendencia en aumento, siendo cercana a un 10% en los 5 primeros años del estudio y alcanzando un 19% en lo que va del presente año.

DISCUSIÓN

La Hipertensión arterial y la diabetes Mellitus son las dos enfermedades intercurrentes que con mayor frecuencia presentan nuestras gestantes. Los datos aquí analizados reafirman además una tendencia al aumento en la frecuencia de ambas patologías, lo cual sin lugar a dudas aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. En este contexto, debemos mejorar el control preconcepcional para garantizar que dichas enfermedades crónicas se encuentren compensadas al momento de embarazo y considerar un manejo óptimo para evitar la repercusión materna y fetal.



INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESAREA, ANALISIS DE INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Pais F., Avila F.,Valenzuela A., Cadagan C.,Urzua M., Insunza A.,Gomez R., Latorre R
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La cesárea es el procedimiento quirúrgico que tiene como objetivo la extracción del producto de la concepción a través de laparotomía e incisión de la pared uterina. La Organización Mundial de la Salud estima una incidencia de cesárea de un 10-15%; Sin embargo, en América Latina países como Chile, Argentina, Brasil, Paraguay y México, supera el 50%. En nuestro servicio la tasa de cesarea es de un 24,2%. La infección de herida operatoria cesárea (IHOC), es la más frecuentemente notificada y constituye una complicación de la atención nosocomial. Se asocia con aumento de la morbilidad y costo asistencial. Para su diagnóstico se requiere presencia de pus en la incisión, con o sin cultivos positivos dentro de los primeros 30 días de la intervención quirúrgica. El MINSAL establece como límite de tasas de IHOC un valor que oscilan entre 1,3% el año 2008 y 1,0% el año 2012.

OBJETIVO

El Objetivo de este estudio es evaluar factores de riesgo y medidas destinadas a disminuir su incidencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron las auditorias de IHOC ocurridas entre los años 2008 y 2012, analizando factores de riesgo y acciones propuestas por el MINSAL para evitar su ocurrencia.

RESULTADOS

La tasa de incidencia en el Hospital Padre Hurtado fue de 1,3% (0,99 - 2,13). Las IHOC se presentaron en un 92,7% en cesáreas de urgencia y en 7,3% en cesáreas electivas. El IMC de las pacientes infectadas fue 33,77 en promedio (18,8 y 51,42), encontrándose en un 69,5% un IMC >30. El tiempo promedio de la cirugía fue de 45,6 minutos (25 – 150 min), en un 30,48% el tiempo operatorio fue mayor a 45 minutos. El 35,36% de las IHOC se presentaron en cirugías docentes. En las pacientes con cesárea de urgencia en trabajo de parto, se realizó como promedio 4,5 tactos vaginles, tuvieron un periodo de membranas rotas de 6,77 horas (0-32 hrs). El 98,78% de las pacientes recibieron antibiótico profiláctico Cefazolina 2 grs ev, 86,6% se realizó aseo mediato de piel, 95,12% aseo inmediato de la piel y 95,12% pincelación de la piel previó a la cirugía.

CONCLUSIONES

La Tasa de incidencia es similar a lo descrito en la literatura. Los factores de riesgo son concordantes con lo publicado. En nuestra cohorte destaca un alto porcentaje de cesáreas de urgencia e IMC elevados en aquellas pacientes que presentan infección de herida operatoria. Esto lleva a reforzar todas las acciones para prevenir esta complicación y evitar el alto costo que significa para el binomio madre-hijo y para el centro hospitalario.



AUMENTO PROGRESIVO DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE PATÓGENOS CAUSALES DE PIELONEFRITIS AGUDA EN LA EMBARAZADA: PERFIL CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO EN UMMF/HOSPITAL SAN JOSÉ

*Borda P., Canales J, Haye M. T., Farías L., Vásquez P., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina materno Fetal / Complejo Hospitalario San José,
Departamento de Ginecología y Obstetricia / Universidad de Santiago de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La pielonefritis aguda (PNA) es una enfermedad frecuente durante el embarazo y explica un número importante de hospitalizaciones en todas las Unidades de alto riesgo obstétrico del mundo. Es potencialmente grave para la madre, presentando complicaciones tan riesgosas como el Síndrome de Distrés Respiratorio del Adulto (SDRA), y en un porcentaje requiere ingreso a unidades de cuidados intensivos poniendo en riesgo vital a la paciente, pero no solo tiene riesgos maternos, y las complicaciones fetales son cada vez más reconocidas, como la prematuridad, la infección intraamniótica (IIA) el riesgo de leucomalacia periventricular (LPV) por infección fetal y daño neurológico secundario entre otras. El tratamiento antibiótico de primera línea es empírico con cefazolina endovenosa, el cual es cambiado a tratamiento vía oral con cefadroxilo, según sensibilidad, cuando la paciente presenta condiciones clínicas satisfactorias.

OBJETIVO

El objetivo de nuestro estudio es determinar el perfil infeccioso de la PNA en el embarazo, y evaluar la resistencia local a antibióticos de uso habitual en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza revisión retrospectiva de fichas y exámenes a través del sistema computacional OMEGA de las pacientes ingresadas con diagnóstico de PNA a la Unidad de medicina materno fetal del Hospital San José entre los años 2010 y 2013. Se busca el perfil clínico, bacteriológico, número y causas de ingresos a UCI.

RESULTADOS

En el periodo estudiado hubo 800 ingresos con diagnóstico de PNA, lo cual corresponde al 12% de las pacientes, siendo la segunda causa de ingreso más frecuente (después de amenaza de parto prematuro). La edad promedio de las madres es de 23,1 años, siendo el 55% primigestas y 44% multíparas. La EG promedio a la que se presentó fue de 22+6 semanas. En un 14,1% se descartó el diagnóstico de PNA hecho al ingreso. Los patógenos más frecuentes fueron E. coli (85.75%), Klebsiella pneumoniae (5.71%), Proteus mirabilis (2,49%), Staphylococcus saprophyticus (0.93%), Enterococcus faecalis (0,9%), Staphylococcus aureus (0,7%), Streptococcus viridans (0.61%), Enterobacter aerogenes (0,59%), Streptococcus agalactiae (0,4%), S. coagulasa negativo (0.32%), Pseudomona aeruginosa (0,1%). Enterococcus faecium (0,1%). La resistencia a antibióticos del patógeno más prevalente, E. Coli, fue de 39% a cefadroxilo, (26% el 2010, 23% el 2011, 51.7% el 2012 y 49% el 2013), 6,7% a cefazolina y 1,6% a ceftriaxona.

El número de ingresos a UCI por SDRA asociado a PNA en embarazo fue 1.5%.

CONCLUSIÓN

La PNA es una enfermedad prevalente en la embarazada que pone en riesgo a la madre y al feto, y que explica un alto número de ingresos en las unidades de medicina materno fetal.

El patógeno principal es E coli, el cual presenta un marcado y progresivo aumento de la resistencia antimicrobiana a cefadroxilo, tratamiento de primera línea oral de nuestro centro. Lo anterior, obliga a buscar alternativas de tratamiento, en un esfuerzo por disminuir los días hospitalarios y el costo asociado.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE CESÁREA DE URGENCIA EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Montaño L3, Bustos B2, Goity C1

1- Doctora del Departamento de Gineco-Obstetricia.

*2- Residente de Gineco-Obstetricia. 3- Interna de Medicina.
Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes.*

INTRODUCCIÓN

Las tasas de cesárea a nivel mundial han ido aumentando, especialmente en los países desarrollados. Actualmente la tasa recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es como límite superior un 15%. En Chile hasta el 2007, las cesáreas alcanzan un 37% de los partos, siendo un 30% correspondiente al sector público y un 70% al privado. La práctica de la cesárea puede ser tanto de indicación electiva como de urgencia. En este trabajo se mostrarán las indicaciones de cesárea de urgencia en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB), con el fin de evidenciar las principales causas y hacer un breve análisis de la situación actual.

DISEÑO

Se analizó de manera retrospectiva los datos de todos los partos ocurridos en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del HPSB, entre enero del 2011 y agosto del 2013. De estos, se seleccionaron sólo las cesáreas de urgencia. Se realizó un estudio descriptivo analizando las principales indicaciones, además de otras variables como la edad gestacional al momento de la interrupción, el valor del score de Apgar a los 1 y 5 minutos, la edad materna y la paridad previa.

RESULTADOS

En la revisión hecha se obtuvieron 486 casos. Las principales indicaciones fueron: prueba de trabajo de parto fracasado (23,7%), desproporción céfalo-pélvica (DCP) (18,9%), sufrimiento fetal agudo (SFA) (11,5%), síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) (8,6%), presentación fetal podálica (7,2%) y otros (30%). Con respecto a las otras variables estudiadas, al evaluar la edad gestacional (EG), se obtuvo un 21% de recién nacidos de pretérmino (RNPT) (<37 semanas) y un 79% de recién nacidos de término (RNT); el 46,3% de los recién nacidos obtuvieron un apgar 9 al minuto y un 87% a los 5 minutos. La edad materna promedio fue de 26,1 años, y con respecto a la paridad previa se observó un 56% de primigestas y un 44% de múltiparas.

CONCLUSIÓN

La interrupción del embarazo mediante cesárea de urgencia es una herramienta eficaz y segura para el bienestar materno y fetal cuando éstos se ven amenazados. Se observó que las indicaciones en nuestro servicio de urgencia (SU) son similares a las descritas en la literatura y se obtuvo un resultado perinatal adecuado en la mayoría de los casos, obteniéndose valores de apgar 9 a los 5 minutos de un 87%. Con respecto a la EG que se obtuvo, un 21% fueron RNPT lo cual se ve explicado por la causa de la cesárea, ya que ciertas enfermedades se presentaron en forma temprana en la madre.



MANEJO EXPECTANTE DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2012

González F.J., Hays M.T., Palma C., Vásquez P., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia,
Universidad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia representa aproximadamente un 8% de toda la patología obstétrica, y la preeclampsia severa un 3,3%. Esta última tiene indicación de interrupción, sin embargo, cuando se presenta a edades gestacionales menores de 34 semanas, con la finalidad de disminuir la morbilidad derivada de la prematuridad, es posible plantear un manejo expectante, con vigilancia estricta materno fetal hospitalizada hasta las 34 semanas. Este manejo se interrumpe al presentar descompensación materna y/o fetal. Según la literatura, la hospitalización puede prolongarse entre 2 a 10 días, antes de la interrupción en forma electiva o de urgencia. En el presente trabajo, mostramos la realidad de este manejo en la UMMF del Hospital San José, durante el año 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza análisis retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de Preeclampsia severa diagnosticadas bajo las 34 semanas de edad gestacional, y que una vez administrados los corticoides antenatales, no cumplen con criterio de interrupción inmediato. En estas pacientes se plantea manejo "expectante" el cual consta en hospitalización, seguimiento clínico (diuresis horaria, PA), exámenes trisemanales de pruebas hepáticas, LDH, plaquetas, proteinuria semanal, albúmina frente a proteinuria de más de 3 gr/día, y seguimiento estricto de la unidad feto placentaria con ultrasonido/Doppler. El manejo expectante se suspende al presentar compromiso de órgano blanco de la misma manera que lo publicado en la literatura: edema pulmonar, oliguria mantenida, crisis hipertensiva resistente a tratamiento, plaquetopenia, síndrome de HELLP, compromiso severo del Doppler fetal, entre otras. Se excluyen las pacientes que debutaron con cuadros graves, requiriendo interrupción inmediata. Se recolectó un total de 24 pacientes, con el objetivo de analizar el perfil clínico y comportamiento de la enfermedad, principalmente enfocado a los días de latencia logrados y causas de suspensión de manejo expectante, requiriendo interrupción.

RESULTADOS

Un total de 24 pacientes fueron manejadas en forma expectante. La edad materna promedio fue de 28,7 años. Un 37,5% las pacientes eran primigestas, y un 62% multíparas. La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 30 semanas y el número de días ganados con manejo expectante fue de 6,8 días. El principal motivo de interrupción fue la descompensación materna, lo cual ocurre en 58,3%, y las causas son Crisis Hipertensiva (71,4 %) y Síndrome de HELLP (28,6%). El resto fueron interrumpidas por causa fetal (20,8%), principalmente Doppler alterado en contexto de Restricción del crecimiento, y tan sólo una paciente (4,2%) prolongó su embarazo hasta las 34 semanas.

CONCLUSIÓN

El manejo expectante en nuestra unidad, prolongó el embarazo en un promedio de 6,8 días, lo cual es concordante con lo reportado en la literatura mundial. Esto es relevante por el aumento de sobrevivencia neonatal que da cada día ganado bajo las 34 semanas (10% más de sobrevivencia entre las semanas 29 y 32 en nuestra unidad de Neonatología). Respecto a las causas de interrupción, la gran mayoría se relacionaron a descompensación materna, siendo la crisis hipertensiva y el Síndrome de HELLP las más frecuentes. Solo un pequeño porcentaje logra prolongar el embarazo hasta las 34 semanas (edad gestacional objetivo).



COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Fuenzalida J.1, Ralph C.1, Urbano N.1, Sandoval P.2, Mery F.3, Lacassie H.4, Carvajal JA.1, Vera CM.1
1División de Obstetricia y Ginecología, 2Departamento de Neurología, 3Departamento de Neurocirugía, 4División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Von Hippel Lindau (VHL) es un síndrome neoplásico tumoral, de herencia autosómico dominante. Los tumores más frecuentes son los hemangioblastomas del sistema nervioso central (SNC) encontrados hasta en un 80% de los casos. Además, se puede manifestar como feocromocitoma, carcinoma de células claras, quistes renales, tumor de los islotes pancreáticos y quistes pancreáticos. El diagnóstico de la enfermedad se basa en criterios clínicos y/o test de mutación genética. Existen pocos casos en la literatura de mujeres embarazadas portadoras de esta enfermedad, y en Chile conocemos solo un reporte de VHL y embarazo. A continuación, presentamos el caso de una mujer embarazada con antecedente de VHL que presenta rápido crecimiento de un tumor cerebral.

CASO CLÍNICO

Paciente 35 años primigesta, con antecedente de enfermedad VHL de 10 años de evolución con compromiso de SNC, retiniano, amaurosis unilateral, epilepsia, 2 neurocirugías por hemangioblastoma cerebeloso, hemangioblastoma frontal, quistes pancreáticos y renales. Ingresó a control de alto riesgo obstétrico en el primer trimestre, evolucionó con compromiso progresivo neurológico requiriendo neurocirugía de lesión frontal a las 22 semanas por hipertensión endocraneana. Evoluciona en forma favorable pero inicia dolor lumbar persistente, reingresa a las 29 semanas con diagnósticos de restricción de crecimiento fetal, lumbalgia y cefalea crónica sin respuesta a analgesia. Desde el punto de vista obstétrico, presenta caída en curva de crecimiento, con doppler de arteria umbilical normal. Desde el punto de vista neurológico, evoluciona con disartria y disfagia progresiva. La Resonancia Magnética de cerebro y columna informa recidiva de hemangioblastoma cerebeloso derecho con gran efecto de masa y hemangioblastoma intramedular (L5). Se traslada a unidad de intermedio neurológico, recibe corticoides en altas dosis para manejo del edema cerebral. Al sexto día, presenta deterioro neurológico progresivo con mayor disartria, disfagia e hipofonía. El TAC de cerebro muestra mayor efecto de masa tumoral con desviación de la línea media e hipertensión endocraneana; se estima la necesidad de resolución quirúrgica. Se decide interrupción del embarazo para luego facilitar el tratamiento neurológico; se efectúa cesárea, bajo anestesia general; el recién nacido de sexo masculino, 1370 gr, adecuado para edad gestacional, apgar 1-7 gases arteriales: pH 7.6 BE -2; evolución posterior favorable, sin complicaciones asociadas a su prematuridad. La paciente evoluciona estable en el post operatorio. Se realiza evaluación imagenológica que muestra tumor con irrigación significativa sin posibilidad de embolización endovascular preoperatoria. A los 6 días post parto, se realiza resección de hemangioblastoma cerebeloso, en intervención que duró 16 horas. Evolucionó satisfactoriamente en el post operatorio, con recuperación progresiva de la marcha, de la alimentación y del lenguaje; siendo dada de alta con terapia kinésica y fonoaudiológica. Biopsia definitiva confirma hemangioblastoma y quiste peritumoral. En el control los 2 meses, se encontró en buenas condiciones generales, autovalente con disartria en mejoría.

DISCUSIÓN

Los estudios de caso muestran que el embarazo o parto en pacientes con enfermedad de VHL pueden verse complicados por la presencia de hemangioblastomas o feocromocitomas, con consecuencias tanto maternas como fetales. La mayoría de los casos reportados en la literatura sugieren que el embarazo puede acelerar el crecimiento tumoral y de los quistes peritumorales, constituyendo un riesgo elevado de desarrollo de síntomas neurológicos y necesidad de cirugía. El caso descrito corresponde al primer reporte publicado en nuestro país que evolucionó con compromiso neurológico y que requirió resolución quirúrgica e interrupción precoz del embarazo.



USO PRACTICO DE BALON UTERINO PARA COHIBIR HEMORRAGIA EN PLACENTA PREVIA Y ACRETA

Muñoz JF1,2. ; Macchiavelo J1,2.; Fabbri R.2; Bertoglia P.1,2; López JA 1,2; Cox M.1,2
1Universidad Católica de la Santísima Concepción ,
2Hospital Clínico Hermina Martin , Chillan.

INTRODUCCIÓN

El acretismo placentario es una patología que cada vez aumentara su incidencia en el país en dado la alta tasas de cesáreas que tenemos en Chile. El manejo del acretismo es técnicamente complejo , demandando una enorme cantidad de recursos, y acarreado una elevada morbi-mortalidad. Presentamos el manejo de un caso de placenta previa con acretismo placentario ,que sólo se logro yugular el sangrado con la instalación de un balón en muón cervical post Histerectom  Obstétrica subtotal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Caso clínico (consentimiento Informado firmado por la paciente para la presentación del caso): Paciente de 32 años , M1 , cesárea anterior , en ecotomografía del II Trimestre se constata placenta previa oclusiva total con sospecha de acretismo a nivel de zona de cicatriz de cesárea. Se controla en Alto Riesgo Obstétrico , hasta las 37 sem , decidiéndose la interrupción por cesárea programada , teniendo banco de sangre contactado , urólogos y cirujanos, avisados. En evaluación pre-operatoria , paciente manifiesta que de ser posible se conserve el útero . En el intraoperatorio se aprecia segmento distendido con abundante circulación colateral sin evidencias de percretismo. Se realiza incisión segmentaria alta , extracción de RN sin incidentes , el alumbramiento resulta imposible de realizar por firme adherencia de placenta a cicatriz de cesárea , sangrando profusamente e hipotens ndose en forma muy brusca pese a uso de retractores , por lo que se decide realizar histerectom  subtotal, pese a ello el sangrado continua, por lo que se instala un balón de sonda Foley de silicona con 100 cc en muón por vía abdominal , con lo que se logra monitorizar en forma mas objetiva las perdidas . Dado que el sangrado continuaba siendo de alto volumen se procede a realizar ligadura de hipog sticas. Esta conducta tampoco freno completamente la hemorragia , por lo que se decidio reinstalar el balón de sonda Foley de silicona con 200 cc en el muón cervical por vía vaginal y complementandose con cerclaje cervical para fijarlo al muón y el segmento uterino. Se realiza transfusion de 15 unidades de Glóbulos Rojos y 15 de unidades de Plasma fresco congelado. Post operatorio se maneja en UCI donde además una vez confirmada función hepática y renal normal se administra una dosis de metotrexate 50 mg IM, se retira el bol n cervical a las 24 hrs sin incidentes ,siendo dada de alta a los 11 días , sin complicaciones mayores.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

En este caso aplicamos muchas de las opciones terapéuticas quirúrgicas conocidas en hemorragias del postparto por acretismo , se intentó un manejo conservador , dado que tenia sólo una cesárea previa y ese fue el motivo del abordaje segmentario. El uso del balón es una técnica simple ,no requiere experiencia previa , a diferencia de la ligadura de hipogastricas , nos sirvió para monitorizar las pérdidas y finalmente nos sirvió como taponamiento del muón cervical. Intentamos usar balón de Sengtaken Blakmore , como reporta la literatura pero fue imposible de aplicar , no así con el Balón de Foley triple lumen de silicona que nos permitió inflar el balón hasta 200cc. Logrando con esto una buena hemostasia. Creemos que el uso y disponibilidad de Sonda Foley de silicona triple lumen, es una herramienta simple barata y accequible que debe estar en toda maternidad de alta complejidad , disponible para realizar taponamientos uterinos.



SINDROME DE MIRROR SECUNDARIO A CORANGIOMA PLACENTARIO

Montaño L3, Correa P2, Goity C1, Troncoso M1, Figueroa H1.

1 Doctor del departamento de Gineco-Obstetricia.

2 Residente Gineco-Obstetricia. 3 Interna de Medicina.

Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Mirror está caracterizado por edema materno, edema placentario asociado a la presencia de hidrops fetal. Se manifiesta como un reflejo materno de lo que sucede con el feto. Es un cuadro poco frecuente aunque su incidencia real es desconocida, hasta el año 2009 había solo 56 casos publicados. Se presenta generalmente en el tercer trimestre del embarazo. La fisiopatología permanece incomprendida, aunque varios factores etiológicos se han descrito. El pronóstico fetal no tratado es ominoso, y su desarrollo generalmente indica muerte fetal.

CASO CLÍNICO

Paciente de 34 años, primigesta, cursando embarazo de 29 semanas, portadora de Diabetes gestacional con buen control metabólico. Consulta en el Servicio de urgencia del Hospital Parroquial de San Bernardo por edema de extremidades inferiores progresivo en las últimas dos semanas. Al ingreso, la paciente se encuentra en anasarca, con presión arterial (PA) en rangos normales. En los exámenes de ingreso destaca un hematocrito de 29,5% y grupo 0IV (+). La ecografía muestra hidrops fetal severo, con edema de cuero cabelludo, ascitis, hidrotórax bilateral y polihidroamnios; a nivel placentario se observa tumor de 10 x 9 x 11 cms. altamente vascularizado sugerente de Corioangioma. Se diagnostica anemia fetal secundaria a hemólisis por tumor placentario y se realiza cordocentesis y transfusión sin incidentes. A las 72 hrs de ingreso, la paciente inicia trabajo de parto, evolucionando con sospecha de hipoxia fetal, se decide interrupción por cesárea. Se obtiene un recién nacido de pretérmino hidrópico, apgar 4/7. El estudio macroscópico de la placenta revela tumor bien delimitado de 10 cm, de superficie violácea lisa y consistencia firme, que luego se confirmó el diagnóstico de corangioma. El recién nacido fallece a las 72 hrs secundario a falla multiorgánica. La paciente evoluciona con PA elevadas, asociado a proteinuria masiva, y con los exámenes se diagnostica preeclampsia (PE) severa, con Síndrome de HELLP asociado. Paciente es trasladada a UCI en donde evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

Actualmente se han descrito dos tipos de etiologías para el síndrome de mirror, las asociadas a isoimmunización Rh (29%) y las no asociadas, entre las cuales una de ellas es el corangioma placentario. El edema materno generalizado es el síntoma principal (89% de los casos), al cual se puede asociar albuminuria-proteinuria y aumento de PA, lo que podría simular una PE. Sin embargo a diferencia de la PE, en la que hay hemoconcentración, en el Síndrome de mirror hay hemodilución. El Corioangioma, llamado también hemangioma placentario, es un tumor vascular benigno derivado del mesénquima primitivo coriónico de etiología desconocida. Presenta una incidencia de 0,61% de todos los embarazos. En el caso de esta paciente, el gran corioangioma estaba altamente vascularizado, siendo esta característica la que pudiese explicar el grado de descompensación hemodinámica fetal, que sumada a cierto grado de hemólisis, explicaría el hidrops severo desencadenado el síndrome. El pronóstico neonatal se asocia a una alta mortalidad, aunque se han descrito casos en que la resolución in-útero del hidrops fetal lleva a una resolución del cuadro materno. En este caso, se intentó con una transfusión intrauterina para la anemia fetal, la cual no dio resultado, ya que a los 3 días el feto volvió a presentar la anemia lo que muestra que la verdadera etiología no fue tratada. En este caso el corioangioma sería de un tamaño y vascularización importantes, produciendo descompensación fetal severa, muy compleja de manejar.



BALÓN DE MADURACIÓN CERVICAL COMO MÉTODO DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. EXPERIENCIA LOCAL EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

*Saez, J., Vergara P., Espinoza C., Manukian B.,
Facultad Medicina Campus Centro Universidad de Chile,
Hospital Clínico San Borja Arriarán.*

INTRODUCCIÓN

La inducción del parto es un procedimiento frecuente en obstetricia. Métodos de maduración cervical incluyen agentes farmacológicos y mecánicos. El balón de maduración cervical (CookR) es un método mecánico para la maduración del cérvix, que se presenta como alternativa en pacientes que tienen contraindicación del uso de misoprostol o malas condiciones cervicales para la inducción con oxitocina. Tiene las ventajas de la simplicidad, bajo costo, reversibilidad y menos efectos secundarios que los métodos de inducción farmacológica, sin embargo la experiencia en su uso es aun reducida.

OBJETIVOS

Describir y analizar los resultados obtenidos mediante la inducción del parto con el balón de maduración cervical de CookR.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo prospectivo. Se analizan los resultados obtenidos mediante la inducción del parto en 10 pacientes, a través del uso del balón de maduración cervical de CookR, durante los meses de Agosto y Septiembre del año 2013 en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital Clínico San Borja Arriarán. Las variables analizadas incluyen edad materna, paridad, motivo de interrupción del embarazo, edad gestacional, progresión del índice de Bishop desde la instalación hasta el retiro del balón, vía del parto, APGAR del recién nacido, tiempo de uso del balón, y presencia de rotura prematura de membranas durante el uso del balón.

RESULTADOS

La indicación más frecuente de interrupción fue Colestasia Intrahepática del embarazo, destacando un óbito fetal en paciente con una cicatriz de cesárea anterior y una preeclampsia severa en paciente con diagnóstico fetal de trisomía 13. La paridad fue primigesta en un 90% de los casos. La edad gestacional promedio fue 37+3 semanas. El Bishop inicial promedio fue de 3,8 puntos. El Bishop promedio al momento del retiro del balón fue de 8,6 puntos. El incremento promedio del score de Bishop con el uso de balón fue de 4,6 puntos, con una mínima de 3 y una máxima de 7 puntos. La vía del parto fue vaginal en el 60% de los casos, cesárea en el 30% y fórceps en un 10%. En los partos por cesárea, la indicación fue dilatación estacionaria en 2 de los casos y desproporción céfalo – pélvica en el otro. La indicación del fórceps fue expulsivo detenido. El peso promedio de los recién nacidos fue 3005 gramos. El volumen de llenado promedio de los balones fue 70 ml, con una mínima de 50 ml y una máxima de 80 ml. El tiempo de inducción promedio con el balón fue de 18,6 horas. El APGAR promedio al minuto de vida fue de 8,5 puntos, excluyendo los casos de trisomía 13 y óbito fetal, en los cuales el APGAR fue 1 y 0 respectivamente. No se registraron casos de rotura prematura de membranas durante el periodo de inducción con el balón de maduración cervical.

CONCLUSIONES

El balón de maduración cervical se presenta como una alternativa segura, fácil de usar, económica y cómoda para la paciente que tiene contraindicación del uso de misoprostol. En pacientes con malas condiciones cervicales para la inducción con oxitocina, mejora el índice de Bishop, aumentando la posibilidad de parto vaginal y reduciendo la tasa de cesáreas por inducción fracasada, sin aumentar la morbilidad. Se requiere mayor casuística y trabajos comparativos para avalar su uso.



SINDROME RIÑÓN-PULMÓN: CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS EN COMPLEJO HOSPITALARIO SAN BORJA ARRIARÁN. REVISIÓN 7 AÑOS

Sanhueza Pamela¹, Sanhueza Paola², Román C³
1.-Residente Ginecología-Obstetricia USACH.
2.-Residente UPC HCSBA.
3.-Residente UPC HCSBA.

INTRODUCCIÓN

La presentación clínica combinada de glomerulonefritis asociada a falla pulmonar, presentada como hemorragia alveolar y síndrome Distress respiratorio agudo; caracteriza al Síndrome Riñón-pulmón (SRP). Principalmente Síndrome de Goodpasture (SGP). Vasculitis, Glomerulonefritis y Mesenquimopatías como Lupus Eritematoso Sistémico (LES) pueden expresarse como SRP. El diagnóstico se confirma con anticuerpos positivos y biopsia renal o Fibrobroncoscopia (FBC) con hemorragia alveolar e imágenes pulmonares. El SRP requiere manejo avanzado en Unidades de Paciente Crítico (UPC). La mortalidad de la enfermedad es alta. De los pacientes que sobreviven un porcentaje se mantiene en hemodiálisis crónica y otros con drogas inmunosupresoras. Durante el embarazo las glomerulopatías primarias más comunes son Glomeruloesclerosis Focal y segmentaria, glomerulonefritis (GN) membranosa y GN endocapilar difusa y por IgA. Dentro de las secundarias, GN por LES es causa importante de falla renal durante el embarazo.

OBJETIVO

Caracterización pacientes con diagnóstico de SRP embarazadas, hospitalizadas en Complejo Hospitalario San Borja Arriarán (CHSBA) entre 2006-2012. Presentación clínica, manejo y evolución.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, pacientes con Diagnóstico de SRP embarazadas hospitalizados en sala de medicina y UPC en CHSBA entre 2006-2012.

RESULTADOS

Del total, 11 pacientes (n=11) con diagnóstico SRP, hombres n=4, mujeres n=7. Embarazadas n= 4. Edad gestacional :P1=13+2 sem. P2: 16 sem. P3: 18 sem P4: 22+3 semanas. Formas de presentación : Fiebre n=4, Astenia y CEG n=4, Anemia n=4, Hipertensión Arterial n=4, Disnea progresiva n=3, Sedimento orina alterado (telescopado) n=4, Hemoptisis n=3, Falla renal aguda (Creatinina mayor 3) n=4. VHS mayor 50 n=2. Anticuerpos (Ac) positivo : Ac Antimembrana basal (+) n=1, ANCA (+) n=1, ANA (+) n=4 AntiDNA (4) . Otros Ac (+) n=3. Complemento bajo (C3, C4) n=4 (pacientes pueden presentar más de un Ac (+)). Manejo UPC n=4. Tratamiento: Plasmaféresis n=4, Metilprednisolona en bolo (3 gramos) n=4, Ciclofosfamida n=3, prednisona 1 mg/kg día oral n=4. Hemodiálisis n=4. Hemorragia alveolar (radiografía o TAC) n=4, confirmada por FBC n=2. Fallecidos n=0. Diálisis crónica n=1. RN vivos n=4. RCIU: 2

DISCUSIÓN

El SRP es una patología poco habitual. Patología característica es SGP. En mujeres la patología más asociada a SRP son mesenquimopatías, correlacionándose con estudios nacionales e internacionales. En embarazadas la Mesenquimopatía más asociada a SRP es LES. En todas las pacientes, falla renal y anemia son característica. Un porcentaje se mantiene en hemodiálisis crónica. Destaca que en pacientes que recibieron plasmaféresis, la diálisis crónica y recurrencia de enfermedad a corto plazo son menores. Sin embargo es importante evaluar resultados a largo plazo. En paciente embarazadas es prioritario descartar como diagnóstico SHE. La reactivación de LES es 3 veces más común antes de las 20 semanas de embarazo y 8 veces en el puerperio, estabilizándose entre 20-40 semanas.



MANEJO DE DIABETES GESTACIONAL EN HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE, SEGUIMIENTO Y RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES COMPARATIVOS DURANTE 56 MESES DE SEGUIMIENTO

*Lagos, N.García, C. Ilabaca, J.Ferres, M. Balboa, M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital de Carabineros de Chile. Universidad Mayor.
Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN

Existe clara evidencia sobre el origen en etapa fetal de enfermedades crónicas no transmisibles. La Diabetes Gestacional (DG) es una enfermedad metabólica que aumenta el riesgo de complicaciones maternas y neonatales graves. DG se asocia a la reprogramación fetal, con la cual los hijos de madres diabéticas tienen más riesgo de enfermedades metabólicas y cardiovasculares a menor edad que sus progenitores. El manejo adecuado de la DG disminuye el riesgo de complicaciones inmediatas y a largo plazo sobre la prole, así como la posibilidad de desarrollar Diabetes Mellitus y mayor riesgo cardiovascular en estas pacientes.

OBJETIVO

Comparar los resultados maternos y perinatales, de las pacientes con diagnóstico de DG atendidas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Carabineros de Chile, en relación a los distintos grupos de manejo.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en embarazadas con diagnóstico de DG según normal Minsal, seguidas desde su diagnóstico hasta las 6 semanas postparto. Se estudian variables cuantitativas y cualitativas de las embarazadas y recién nacidos. Las comparaciones se hicieron entre 4 grupos, el primero con manejo exclusivo con dieta (A), el segundo con dieta e insulina (B), el tercero con dieta y metformina (C) y el cuarto con dieta, metformina e insulina (D). El criterio para uso de fármacos fue el incumplimiento de las metas metabólicas, según la Guía Perinatal Minsal, durante una semana habiendo ajustado la dieta y vigilado su cumplimiento hospitalizada. Durante los primeros 20 meses de seguimiento el fármaco para el manejo inicial fue insulina y posteriormente hasta el término del estudio se utilizó metformina de liberación prolongada, cambio motivado por la evidencia clínica disponible hasta la fecha. El uso de metformina asociado a insulina se basó en el mismo concepto de falta de cumplimiento de meta metabólica antes expuesto. Los resultados están expresados en media +/- sd. o mediana y rangos. El análisis comparativo se realizó con Anova test, K-Wallis, t-test y Chi2, según corresponda.

RESULTADOS

En un seguimiento de 56 meses desde septiembre de 2008 se estudiaron 307 pacientes con DG. El grupo D tiene mayor peso. Al inicio del embarazo (A) 68k.(49-113); (B) 71 k.+ 11 ; (C) 74 k.+ 12; (D) 87k. + 8,8 (p<0.05). Al momento del diagnóstico de DG : (A) 77k. (55-89); (B) 77 k (63-117) ; (C) 78 k.+ 13,4; (D) 96 k. + 12 (p<0.05) .Al final del embarazo : (A)79k.+ 11; (B) 82 k.+ 12 ; (C) 79 k.+ 11; (D) 98k. + 13 (p<0.05). HbA1c: (A) 5,4% (3,5-7,1); (B) 5,6% + 0,5; (C)5,7 % + 0,56; (D) 7,2% (6,4-7,6) (p<0.05). Glicemia de ayuno al inicio de embarazo: (A) 81mg/dl.(60-110); (B) 88m/dl + 11; (C) 89m/dl + 11; (D) 110 + 29 (p<0.05). Hemoglobulotest de ayuno: (A) 86mg/dl. (55-99); (B) 82m/dl (78-111); (C) 85m/dl (70-105); (D) 100mg/dl (96-112) (p<0.01). Hemoglucotest postprandial: (A) 100mg/dl.(77-120); (B) 110 mg/dl + 13,5; (C) 111mg/dl + 65; (D) 116 (108-119) (p<0.01). En el puerperio el grupo D muestra mayor Hba1c: (A) 5,3% (4,4-6,8); (B) 5,7% + 0,58; (C)5,9 % + 0,58; (D) 6,4% (5,7-6,5)(p<0.01) y Homa: (A) 1.07 (0,3-4,8); (B) 1,8 (0,9-8,4); (C)1,4 + 0,08; (D) 4,3 (1,7-5,8)(p<0.05).

CONCLUSIONES

La educación y manejo nutricional personalizado, vigilado y con seguimiento estricto es un punto central en el manejo adecuado de estas pacientes. Las embarazadas con peor pronóstico son aquellas con terapia farmacológica asociada, situación que creemos se debe a una enfermedad más severa, pero que no influye sobre el pronóstico en el puerperio ni en los recién nacidos.



EVALUACION DEL GRUPO 1 DE ROBSON: NULIPARAS CON EMBARAZO UNICO, CEFALICO Y DE TERMINO Y SU CONTRIBUCIÓN A LA TASA GLOBAL DE CESAREAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO EN 2012

Moreno JA1, 2, Mahan D3, Galdames L3, Acuña P3

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso,

2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso,

3 Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

Según la Clasificación de Robson, el grupo 1 esta constituido por las pacientes nulíparas con embarazo único, cefálico y de término. Diversas publicaciones confirman que este grupo es gran importancia como blanco a intervenir al momento de desarrollar estrategias que disminuyan la tasa global de cesáreas de una institución.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue evaluar la tasa de cesáreas en las pacientes del grupo 1 de la Clasificación de Robson en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso y su aporte a la tasa global de cesáreas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los nacimientos del año 2012 en la maternidad del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso. Se calculó la tasa global de cesáreas y se evaluó específicamente el grupo 1 de la clasificación de Robson, que incluye a las pacientes nulíparas, con embarazo único, cefálico y mayor o igual a 37 semanas, que inician trabajo de parto espontáneo.

RESULTADOS

De un total de 2705 nacimientos en el hospital Carlos Van Buren durante el año 2012, se obtuvo una tasa global de cesáreas del 34,64% (n=937). El grupo 1 de Robson estuvo formado en total por 681 pacientes, las cuales constituyeron un 25,1% del total de pacientes. La tasa de cesáreas en este grupo fue de un 41,2% (n=281), contribuyendo a la tasa global de cesáreas con un 29,9%.

CONCLUSIONES

Se observa que la tasa de cesáreas para el grupo 1 de la Clasificación de Robson aporta con un importante 29,9%, un tercio del total de cesáreas realizadas en esta maternidad.

Al comparar estos resultados con reportes previos en la misma maternidad es posible observar un alza sostenida en la tasa de cesáreas, tanto global como en el grupo 1 de Robson. Estos hallazgos son comparables con reportes realizados en la región y en el país. Las razones de estos resultados deben ser motivo de investigaciones futuras.

Debe existir un esfuerzo para mantener una tasa de cesáreas en niveles menores en este grupo de pacientes, con el objetivo de mantener la tasa de cesáreas dentro de las metas esperadas para el país y sugeridas por organizaciones nacionales e internacionales.



EXPERIENCIA EN CERCLAJE DE URGENCIA

*Espinoza, R.; Muñoz, J.; Lagos, R.; Echeverría, L.; San Martín, N.
Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Hernán Henríquez Temuco
Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de la Frontera.*

INTRODUCCIÓN

Incompetencia cervical se define como la dilatación progresiva e indolora del cuello uterino con protrusión de las membranas ovulares a vagina y expulsión del feto inmaduro. El diagnóstico se basa en la historia clínica, en pruebas en el período intergestacional y examen ultrasonográfico. El tratamiento es el cerclaje del cuello uterino. El cerclaje cervical de urgencia es aquel que se realiza en pacientes con dilatación cervical y con grado variable de protrusión de las membranas ovulares por el orificio cervical, como alternativa terapéutica de mejorar la sobrevida fetal- neonatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Reportamos los cerclajes de urgencia realizados en la Maternidad del Hospital Regional de Temuco desde 1998 a 2008. Se consideró cerclaje de urgencia el realizado en embarazos mayores a 20 semanas con acortamiento o dilatación cervical con o sin protrusión de las membranas ovulares. Debía cumplirse como requisito el tener feto viable, membranas íntegras, ausencia de infección y contracciones uterinas.

RESULTADOS

Hubo 9 cerclajes de urgencia. La edad gestacional promedio al momento de realizar el cerclaje fue de 22 semanas (20-25) y al parto de 27 semanas ((20-37), con una latencia promedio de 34 días. La dilatación promedio al cerclaje fue de 2 cm. Rotura prematura de membranas se presentó en 5 casos. Hubo 5 muertes perinatales, 4 de ellas por prematuridad extrema y 1 de infección. Una paciente sin seguimiento.

Sobrevida neonatal en 3 casos (33%). Dos de estos en embarazos con cerclaje realizado a las 22 y 24 semanas en pacientes con membranas protruyentes y dilatación de 3 cm y parto a las 28 y 29 semanas respectivamente. Un caso con cerclaje a las 23 semanas sin protrusión de membranas y parto a las 37 semanas.

CONCLUSIONES

La sobrevida neonatal en nuestra casuística fue menor a lo reportado en la literatura y puede responder entre otras causas a que no existía un protocolo para el manejo específico de esta condición. El cerclaje de urgencia continúa siendo una opción para rescatar embarazos con alto riesgo de parto inmaduro. Los factores pronósticos más importantes son la dilatación cervical, la infección intraamniótica y el grado de protrusión de membranas. Son muy importantes los protocolos de manejo para la adecuada elegibilidad de los casos, que incluya el uso de antibióticos y descartar infección amniótica.



VIABILIDAD DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DE 15 AÑOS O MENOS EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Jeria R¹, Valdivieso J², DeAlvarado M, Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.

¹Internos medicina Universidad de los Andes

²Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes

³Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

La prevalencia del embarazo adolescente varía enormemente a nivel mundial, en Estados Unidos se estima que alcanza 34/1000 embarazos. Esta condición se considera un embarazo patológico debido a que se han reportado más riesgos tanto maternos como fetales. De estos destacan; la anemia, eclampsia, proteinuria, infecciones urinarias, el parto prematuro, entre otros. Se ha visto que el mayor riesgo se concentra en el grupo entre 13-15 años de edad. Al investigar la tasa de cesáreas de estas pacientes se observa que tienen una menor tasa en comparación a las mujeres adultas tanto en las cesáreas electivas como en las de urgencia.

OBJETIVOS

Describir las características de las pacientes embarazadas de 15 años o menos en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB). Determinar la tasa de cesáreas en este grupo de pacientes, comparada con la tasa recomendada por la OMS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron los datos de pacientes de 15 años de edad o menos que cursaron con su trabajo de parto en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB), en el período desde 01 de Enero de 2011 hasta el 14 Agosto de 2013. Se analizaron los datos de las pacientes en relación a su edad al momento del parto, la edad gestacional al momento del parto, y el número de cesáreas realizadas en este grupo y su indicación (urgencia o electiva).

RESULTADOS

Del total de pacientes (n=5437), el 1,43% de los embarazos (n=78) ocurrieron en mujeres de 15 años o menos. El promedio de edad fue de 14,7 años, en un rango entre 13 a 15 años. El 8,9% (n=7) de los partos correspondieron a partos prematuros. La edad gestacional con mayor cantidad de partos fue de la semana 38 a 38 más 6 días, con un porcentaje de 33,3% (n=26), con una variación entre las 29 más 1 y las 41 semanas. La tasa global de cesáreas en este grupo fue del 11,5% (n=9) de las cuales el 88,8% (n=8) fueron de urgencia y el 11,1% fue electiva (n=1).

DISCUSIÓN

Al revisar los datos se evidencia que la tasa de embarazo en mujeres menores de 15 años en el HPSB es de 1,43%, lo cual se asemeja a lo estimado por la literatura. Esta cifra es importante, ya que, a pesar de ser un bajo porcentaje de los partos, el embarazo en adolescentes se asocia a mayores riesgos obstétricos, por lo que es de suma importancia estudiar esta población. Se pudo observar que la tasa de partos prematuros no fue mayor a la descrita en la literatura (8,9 v/s 10%). La tasa registrada de cesáreas en este grupo fue sorpresivamente baja alcanzando un valor de un 11,5%, de las cuales tan solo 1 fue electiva. De esto se puede concluir que el parto vaginal es una alternativa viable en las pacientes embarazadas menores de 15 años.



UTILIDAD DEL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS COMO PREDICTOR DE MAL RESULTADO OBSTETRICO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DE INICIO TARDIO

*Constanza Couve, Sebastian San Martín, Rolando Márquez,
Paulina González, Alejandro Soto, Marcelo Rodríguez
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Van Buren, Valparaíso,
Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

INTRODUCCIÓN

La preeclampsia tardía se define como aquella que aparece después de las 34 semanas y que se caracteriza por una tendencia a ser moderada, con una evolución clínica favorable, y a relacionarse débilmente con el fenómeno de placentación anómala.

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es determinar la utilidad del Doppler de arterias uterinas en pacientes con Preeclampsia tardía como predictor de severidad y mal resultado perinatal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio prospectivo desarrollado en el Hospital Van Buren, Se incluyó a pacientes con diagnóstico de preeclampsia de inicio tardío, en las cuales se realizaba evaluación con ecografía Doppler de arterias uterinas y se compararon los resultados entre las pacientes con resultado normal y con resultado alterado.

RESULTADOS

Entre agosto de 2011 y diciembre de 2012 se reclutaron un total de 58 pacientes con diagnóstico de preeclampsia tardía. 31 pacientes presentaban doppler de uterinas normal y 27 presentaban doppler de uterinas alterado (IP > p95). Ambos grupos fueron similares en edad, IMC, paridad y antecedentes mórbidos (DM pregestacional y gestacional, HTA)). La edad gestacional al momento del diagnóstico y de la interrupción del embarazo fueron significativamente menores en el grupo con doppler de uterinas alterado, así como también el peso de nacimiento del RN. En este mismo grupo hubo 17 pacientes que presentaron criterios de severidad, comparado con 7 pacientes en el grupo de doppler normal (62,9% vs 29%; $p < 0,05$). Las complicaciones neonatales también fueron significativamente mayores en el grupo de Doppler alterado, observándose una mayor tasa de PEG (48,1% vs 6,4%; OR 13,4) y de hospitalización en UCI neonatal (33,3% vs 3,2%; OR 15). No hubo diferencias significativas en cuanto a complicaciones posparto.

CONCLUSIÓN

En las pacientes con preeclampsia de inicio tardío, el doppler de arterias uterinas es capaz de identificar a un grupo de mayor riesgo de complicaciones maternas y perinatales, por lo que su incorporación rutinaria en el manejo de estas pacientes podría ser útil en el establecimiento de pronósticos y en la toma de decisiones.



RANGOS DE REFERENCIA DE ESTRUCTURAS DE FOSA POSTERIOR EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Tobar H.1, Sepúlveda-Martínez A.1, Kiekebusch G.1, Díaz F.1, Zúñiga L.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile,
2Hospital Clínico San Borja Arriarán.

OBJETIVO

Determinar rangos de referencia poblacional para estructuras del cerebro posterior en la ecografía de 11-14 semanas.

MATERIALES Y MÉTODOS

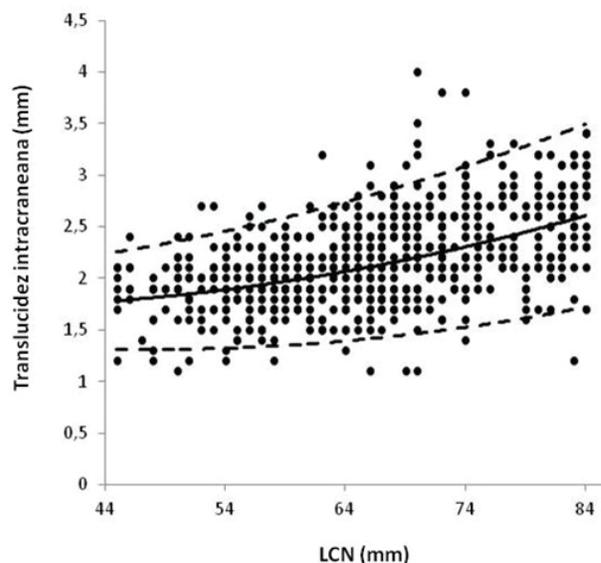
Para determinar los rangos de referencia se incluyeron 701 embarazos únicos, con informe ecográfico normal entre 11 y 14 semanas de gestación desde Octubre 2010 a Septiembre 2013. Se excluyeron casos con sospecha de aneuploidía (aumento TN >percentil 95, hueso nasal ausente, ductus venoso o regurgitación tricúspide alterada) o malformaciones congénitas detectadas durante la ecografía de primer trimestre. Para su análisis se realizó una transformación logarítmica tanto del grosor del IV ventrículo (translucidez intracraneana) como de la relación TC/TCHO (tallo cerebral/distancia del tallo cerebral al hueso occipital). El primer parámetro se ajustó con una curva polinomial de segundo grado, mientras que el segundo solo a través de una curva lineal.

RESULTADO

El diámetro del IV ventrículo aumenta linealmente en función de la longitud céfalo-nalgas ($R^2 = 0,23$, $p < 0,001$, ver figura), siendo su valor promedio a los 45, 65 y 84 mm de 1,78 mm, 2,09 mm y 2,61 mm, respectivamente. Por otro lado, la relación TC/TCHO es prácticamente constante su relación con la LCN ($R^2 = 0,01$), disminuyendo desde 0,60 a 0,56 entre 45 y 84 mm, respectivamente.

CONCLUSION

La relación entre LCN y los parámetros del cerebro posterior del feto determinados en el primer trimestre de la gestación en este estudio son similares a los publicados en la literatura internacional. Estos rangos de referencia de los parámetros descritos anteriormente nos permitirán evaluar los riesgos de malformaciones congénitas, como los defectos del tubo neural, y otras condiciones como aneuploidías.





DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE. INCIDENCIA, DESCRIPCION EPIDEMIOLOGICA Y RESULTADOS EN 56 MESES DE SEGUIMIENTO

*Lagos, N. Ilabaca, J.Garcia, C. Ferres, M. Balboa, M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital de Carabineros de Chile.
Universidad Mayor.
Santiago, Chile.*

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad prevalente, relacionada con la vida sedentaria y la dieta occidental. Existe evidencia de que enfermedades crónicas del adulto tienen su origen en la etapa fetal, siendo de gran importancia para su prevención el manejo adecuado de la Diabetes Gestacional (DG). La DG se asocia a importantes complicaciones maternas y perinatales, por lo que el manejo integral y organizado de esta patología es fundamental en la disminución del riesgo de estas complicaciones.

OBJETIVO

Conocer la incidencia de Diabetes gestacional y resultados maternos y perinatales de estas pacientes en la Unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital de Carabineros de Chile.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en embarazadas con diagnóstico de DG según normal Minsal, seguidas desde su diagnóstico hasta las 6 semanas postparto en el policlínico de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Carabineros de Chile. Se estudian variables cuantitativas y cualitativas de las embarazadas y recién nacidos. Los resultados se expresan en media + sd. o mediana y rangos según corresponda.

RESULTADOS

Durante el periodo Septiembre 2008 - Abril 2013 se evaluaron 3425 pacientes en la Unidad, se diagnosticó DG en 307 pacientes y la incidencia fue de 8,87%. En el grupo de pacientes DG se describe lo siguiente: Edad promedio 32,5 años; 36% eran primigesta; 50% presentó antecedentes familiares de DM; 32% presentó antecedentes de patología metabólica previa al embarazo; Edad gestacional promedio al diagnóstico de 29 semanas. El estado nutricional al momento del diagnóstico de DG fue: Bajo peso 2,8%; Normo peso 25,7%; Sobrepeso 29,9%; Obesidad 44,4%. Los grupos de manejo fueron: 243 pacientes (76%) sólo con dieta; 31 (9,9%) dieta y Metformina; 30 (9,5%) dieta e insulina; y 6 (1,9%) dieta, metformina e insulina. El aumento de peso promedio durante el embarazo fue de 11k. (1-31k.) sin diferencias entre los distintos grupos según estado nutricional. 39% presentó asociación a otras patologías, siendo el síndrome hipertensivo la más frecuente. Edad gestacional promedio de interrupción de 38 semanas (27-40); 73% de operación cesárea, cuya indicación no necesariamente se relacionó con DG. Peso promedio de RN de 3416 g. (600-4790g.). 12,6% de macrosomía fetal. 15,2% de los RN presentaron complicaciones, siendo hipoglicemia la más frecuente. En el puerperio, 14% presentó algún trastorno metabólico, siendo insulino resistencia el más frecuente.

CONCLUSIONES

La incidencia de DG en las pacientes atendidas en nuestro servicio es mayor a la publicada en otras series nacionales. El manejo de estas pacientes en una Unidad de Alto Riesgo organizada y el seguimiento estricto de su embarazo ayuda a que el aumento de peso durante éste sea moderado, con menor frecuencia de complicaciones maternas y neonatales; permitiendo que la mayoría de nuestras pacientes logre cumplir las metas metabólicas sólo con dieta, y que la posibilidad de permanecer con un trastorno metabólico después del parto sea baja.



CONCENTRACIONES SÉRICAS DE SHBG EN SEGUNDO TRIMESTRE EN PACIENTES PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL SE RELACIONAN A PRONÓSTICO MATERNO Y FETAL

Lagos, N. 1, Hirsch, S.2, Lera, L.3, Garcia, C.

1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital de Carabineros de Chile, Santiago, Chile.

2 Departamento de Nutrición, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile.

3 Departamento de Epidemiología, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad prevalente relacionada a la vida sedentaria y a la dieta occidental. Existe una fuerte evidencia de que las enfermedades crónicas del adulto tienen su origen en la etapa fetal, siendo de vital importancia un manejo adecuado de la diabetes durante el embarazo, por lo mismo la falta de diagnóstico y su mal manejo repercuten desfavorablemente sobre el pronóstico materno y del recién nacido. La Globulina Transportadora de Hormonas Sexuales (Shbg) es un predictor diagnóstico y pronóstico de DG. Existe evidencia que las pacientes portadoras de DG presentarían concentraciones séricas menores de esta proteína lo que se asocia a manejo farmacológico con insulina.

OBJETIVO

Evaluar la asociación entre las concentraciones séricas de SHBG obtenidas entre las 24 y 28 semanas de gestación en pacientes portadoras DG y pronóstico materno y perinatal.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en 107 embarazadas con diagnóstico de DG, seguidas desde la semana 24 de edad gestacional hasta las 6 semanas postparto del policlínico Alto Riesgo Obstétrico del Hospital de Carabineros de Chile. Se compararon variables entre pacientes con concentraciones séricas de Shbg bajas y normales o altas. Se identificó el punto de corte en la curva de Shbg que tiene mejor capacidad de identificar una o más condiciones de mal pronóstico tanto materno como del recién nacido.

RESULTADOS

Al comparar las pacientes con Shbg alta y baja se encontró: HbA1c (5,8+0,7% vs. 5,3+0,5 %); $p < 0.03$, insulinemia de 2 horas 24-28 semanas (199,2 +96,4 uUI/ml vs. 125+57,1 uUI/ml); $p < 0.002$, insulinemia de ayuno en puerperio (13,3+8,2 uUI/ml vs. 8,7+5,6 uUI/ml); $p < 0.04$, HGT ayuno (87,6 +7,9 vs. 82,7 +8,5 mg/dl); $p < 0.01$, HGT postprandial (108,4 + 11 mg/dl vs. 99,5+8 mg/dl); $p < 0.02$, uso de insulina RR: 2.2 ; $p < 0.02$, uso de insulina matinal RR:2.1; $p < 0.01$. Las variables que mejor predicen el uso de insulina son HbA1c (OR :5,0 ; $p < 0.005$; CI:1,6-15,3) y la edad materna (OR:1.1, $p < 0.03$, CI:1.0-1.2), comparado con Shbg (OR: 0.9 ; $p < 0.028$; CI 0.98-0.99). Tanto Shbg entre 24 y 28 semanas como HbA1c se relacionan a mal pronóstico materno, pero no predicen el uso de insulina en el análisis roc. No se logró establecer riesgo del recién nacido a través de las concentraciones séricas de Shbg maternas.

CONCLUSIONES

Shbg y HbA1c entre las 24 y 28 semanas se relacionan a mal pronóstico materno en pacientes portadoras de DG, pero no predicen el uso de insulina. Son necesarios más estudios en relación a HbA1c para conocer su rol definitivo.



USO EMPÍRICO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTE CON AUMENTO AISLADO DE RESISTENCIA DE LA ARTERIA UTERINA

*Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1
Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal,
Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 / Clínica Alemana de Santiago 2
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago. 3*

INTRODUCCIÓN

El aumento de resistencia en el doppler de la arterias uterinas, tanto en el primer como en el segundo trimestre de gestación, se ha asociado a complicaciones perinatales tales como aborto, feto muerto in útero (FMIU), preeclampsia (PE), restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) y desprendimiento prematuro de placenta (DPP). Fisiopatológicamente, son el resultado de una alteración en la invasión trofoblástica. En aquellas pacientes con mala historia obstétrica (MHO) y con doppler de arterias uterinas persistentemente alterado, sin trombofilia que lo explique, se ha postulado el uso empírico de heparina de bajo peso molecular (HBPM) para mejorar la placentación, ya que existe evidencia in-vitro e in-vivo que sugiere mejoría del pronóstico de estos embarazos.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes atendidas en policlínico de mala historia obstétrica (MHO). Se evaluó la progresión del doppler de arterias uterinas según su índice de pulsatibilidad, aparición de los eventos aborto/FMIU, PE, RCIU y DPP y la edad gestacional al parto, de aquellas mujeres que -con estudio de trombofilias negativo- que recibieron Dalteparina en dosis profiláctica o terapéutica. El manejo inicial se planteó con Aspirina 100 mg/día. Se realizó seguimiento estricto de doppler; si no se evidenciaba mejoría de éste, se indicaba Dalteparina 5000 U.I/día y según su progresión, la dosis se mantendrá como profiláctica o se aumentaba a 5000 U.I c/12 hrs.

RESULTADOS

Entre Enero de 2012 y Septiembre de 2013, hubo 4 casos de pacientes con MHO con estudio de trombofilia negativo y aumento de resistencia de arteria uterina persistente. Hubo 2 pacientes sólo con antecedente de aborto recurrente. Una tercera, además de haber tenido aborto recurrente, era portadora de dermatomiositis y había sufrido un FMIU. La cuarta paciente tenía antecedente de PE severa asociado a RCIU y FMIU. Aquellas que tenían sólo antecedente de aborto recurrente, requirieron dosis profilácticas de HBPM y aquellas con antecedente de FMIU dosis terapéutica. La edad gestacional al parto fue de 36+1 semanas, con un peso promedio de 2670 gramos. De estos, sólo se obtuvo 1 feto con RCIU, que se catalogó como severa según tabla de Alarcón-Pittaluga. No se obtuvo FMIU, PES ni DPP.

CONCLUSIONES

El uso de HBPM en pacientes con aumento de resistencia de arterias uterinas aislado se asocia a mejores resultados perinatales, sin embargo, la cantidad de pacientes evaluadas es insuficiente como para extrapolar los resultados, por lo que se hace necesario realizar un estudio prospectivo, randomizado y controlado, para determinar la verdadera utilidad de este manejo.



USO DE PESARIO DE ARABIN COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Maques X.*, Chong L.*, Hidalgo D.*, Saez J.**

*Becado(a) ginecología y obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

** Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriaran. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de parto prematuro es cercana al 10% en el mundo y en Chile entre el 6-7%, siendo la causa más importante de morbilidad y mortalidad perinatal.

Para identificar mujeres en riesgo de parto prematuro usamos la medición ultrasonográfica de la longitud cervical a las 22-24 semanas. Mujeres asintomáticas con una longitud cervical menor a 25 mm poseen un riesgo aumentado de parto prematuro. Como método de prevención se ha propuesto el uso de pesario cervical. El estudio PECEP evidencia que este dispositivo podría usarse como medida preventiva en una población de riesgo de parto prematuro. Luego de la publicación de este estudio, se inicia el uso de pesario de Arabin con este propósito en Hospital San Borja Arriarán.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se realizó la revisión retrospectiva de la ficha clínica de 10 embarazadas que ingresaron al Servicio de Obstetricia, Unidad Alto Riesgo Obstétrico, durante el periodo comprendido entre junio 2012 y agosto 2013 con el diagnóstico de cérvix corto y edad gestacional menor a 28 semanas y que fueron sometidas al uso de pesario de Arabin como estrategia de prevención de parto prematuro.

RESULTADOS

Se incluyeron 10 embarazos, de los cuales 5 son múltiples; 2 Bicorial biamniótico y 3 monocorial biamniótico. La edad promedio de las pacientes es 30,3 años, siendo la mayoría múltipara de uno. Se describen los dos grupos por separado. Gemelares: Se analizaron 5 pacientes de las cuales 2 tenían antecedente de parto prematuro previo. La inserción del pesario Arabin, se realiza en promedio a las 24+2 semanas, con una cervicometría promedio de 10,4 mm. El retiro de pesario se realizó en promedio a las 30+4 semanas. La edad gestacional al término del embarazo fue en promedio de 30+5 semanas, sobre las 32 semanas en 2 pacientes, no se obtuvo recién nacido de término. La vía del parto fue vaginal en 3 pacientes. El peso de nacimiento fue >2000 gr en 4 RN y <1500 en 4 RN. 3 pacientes presentaron infecciones cervicovaginales durante el uso de pesario. La latencia al parto en promedio fue de 43 días luego de la inserción del pesario. Únicos: Se analizaron 5 pacientes de las cuales 2 tenían antecedente de parto prematuro previo. La inserción del pesario Arabin, se realiza en promedio a las 24+5 semanas, con una cervicometría promedio de 10,4 mm. El retiro de pesario se realizó en promedio a las 35 semanas. La edad gestacional al término del embarazo fue en promedio de 35+4 semanas, sobre las 32 semanas en 4 pacientes, 3 de los RN fueron de término. La vía del parto fue vaginal en 3 pacientes. El peso de nacimiento fue >2000 gr en 4 RN y <1500 en 1 RN. 3 pacientes presentaron infecciones cervicovaginales durante el uso de pesario. La latencia al parto en promedio fue de 72 días luego de la inserción del pesario. Sin diferencia de grupo, el 100 % de las pacientes recibió progesterona en forma concomitante y corticoides para inducción de madurez pulmonar durante su evolución.

CONCLUSIONES

Todas las pacientes incluidas ingresan con cérvix corto, sin embargo con medidas y edad gestacionales variadas, desde las 23 hasta las 28 semanas, por lo que se hace inminente en nuestro medio generar un protocolo que capte pacientes con cérvix corto, asintomáticas y edad gestacional determinada.

La experiencia aquí mostrada, sigue en curso en nuestro centro, encontrándose pendiente el resultado perinatal de 6 embarazos.



ROTURA UTERINA: CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN AGUDO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Fuenzalida J.1, Ralph C.1, Duarte I.2, Riquelme V.3, Baladrón M.3, González R.1, Zamboni M.1, Cuello M.1
1División de Obstetricia y Ginecología, 2Departamento de Anatomía Patológica, 3Departamento de Radiología.
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

La rotura uterina durante el embarazo es una complicación infrecuente, que ocurre principalmente durante la segunda mitad de éste. Su incidencia varía según el nivel de desarrollo de cada país con tasas que oscilan entre 1:8000 y 1:15000 nacidos vivos en países desarrollados. Se han identificado diversos factores de riesgo para su ocurrencia, siendo el más importante la presencia de una cicatriz uterina. Es una situación de riesgo vital, tanto materno como fetal, con complicaciones que incluyen hemorragia severa, compromiso vesical, histerectomía y morbilidad perinatal debido a la hipoxia intrauterina, por lo que conlleva un gran impacto en la fertilidad futura. Aquí presentamos el caso de una paciente sin diagnóstico previo de embarazo que consultó al servicio de urgencia por dolor abdominal de inicio súbito.

CASO CLÍNICO

Paciente de 21 años, sin antecedentes mórbidos, múltipara de 1, cesárea de término hace 6 meses por prueba de trabajo de parto fracasada. Consulta en hospital periférico por cuadro de 2 días de evolución de vómitos y diarrea a lo que posteriormente se agregó dolor abdominal, genitorragia abundante y lipotimia. Evaluada en servicio de urgencia, se realiza diagnóstico ecográfico de embarazo con óbito fetal de 19+6 semanas según biometría, condición que la paciente desconocía. Evoluciona con cuadro séptico, por lo que se traslada a centro de mayor complejidad donde se inicia tratamiento antibiótico endovenoso y se indica transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos dado Hematocrito de 20% y anemia sintomática. Por falta de camas UCI, es trasladada a nuestro centro. A su ingreso, se constata paciente febril y taquicárdica. Se confirma diagnóstico de óbito fetal. Destacan parámetros inflamatorios elevados y Hematocrito de 20%, por lo que se indica nueva transfusión de 2 unidades de glóbulos rojos, previo a su resolución quirúrgica. Pese a dicha transfusión, se constata persistencia de Hematocrito bajo (20%), junto a ello la paciente refiere dolor abdominal en aumento, asociado a distensión abdominal, matidez, blumberg esbozado y ausencia de ruidos hidroaéreos. Ante este escenario, se decide realizar TAC de abdomen y pelvis en busca de otra causa. En dicho examen, se evidencia una rotura uterina, a nivel del istmo, asociado a signos de extravasación activa y leve hemoperitoneo con feto en situación extrauterina. Con estos hallazgos, se realiza laparotomía exploradora de urgencia donde se confirma el diagnóstico. Se observa feto muerto con membranas íntegras en cavidad abdominal y hemoperitoneo abundante (± 1000 cc). Extraído el feto, membranas y placenta, se confirma un útero vital con una rotura ístmica susceptible de ser reparada, permitiendo preservar el útero. En el postoperatorio inmediato, la paciente evoluciona favorablemente con estabilización hemodinámica y remisión de la fiebre y dolor. Es dada de alta al quinto día post cirugía con tratamiento antibiótico vía oral. En cuanto a la biopsia, ésta confirmó un óbito fetal de 20 semanas, sexo femenino, sin malformaciones ni elementos sugerentes de infección asociada. Los cultivos de líquido amniótico fueron negativos. En su último control, la paciente se encuentra en buenas condiciones generales, asintomática y con ciclos menstruales normales.

DISCUSIÓN

El dolor abdominal en mujeres embarazadas tiene múltiples etiologías. La rotura uterina es una de las causas más inusuales pero más catastróficas. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica, pero en ocasiones se requiere del apoyo de imágenes para su confirmación. Frecuentemente, se asocian al trabajo de parto y al antecedente de cicatriz de cesárea. Sin embargo, las mujeres embarazadas, sin trabajo de parto, también pueden presentar esta condición de manera espontánea. Un factor que aumenta el riesgo de rotura es un período intergenésico menor a 18 a 24 meses. Tal es el caso de esta paciente, donde el período fue solo de 6 meses. El tratamiento habitual es la histerectomía, ya sea total o subtotal. Existen solo unos pocos casos reportados donde fue posible la reparación del defecto mediante histerorrafia. En todos ellos, la decisión de preservar se basó en las buenas condiciones del útero, la estabilidad hemodinámica y el deseo de fertilidad futura, condiciones que se cumplieron en este caso. Es importante enfatizar que estos casos requieren de un seguimiento estricto y de control precoz del embarazo siguiente por el mayor riesgo de rotura uterina y la escasa evidencia disponible en relación a fertilidad posterior y resultados obstétricos a largo plazo.



ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN LOS HIJOS DE EMBARAZO CON OBESIDAD MATERNA

*1Villalobos-Labra R, 1,2Sáez PJ, 1,2Westermeier F, 2Kusanovic JP, 2Poblete J, 1,2Sobrevia L, 1,2Fariás-Jofré M.
1Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM),
2División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad materna (OM) se ha asociado a un aumento de la masa grasa neonatal, resistencia a la insulina (RI) subclínica en el nacimiento y desarrollo a largo plazo de la diabetes mellitus en la descendencia. Múltiples componentes de la vía de señalización de estrés del retículo endoplásmico (RE) se han implicado en el desarrollo de RI en estados de obesidad. Por lo tanto, se evaluó el efecto de la obesidad materna sobre la presencia de marcadores de estrés del RE y RI en células endoteliales de la vena umbilical humana (HUVEC).

MATERIALES Y MÉTODOS

Cultivos primarios de HUVEC se utilizaron para evaluar la respuesta a la insulina y la presencia de marcadores de estrés ER en las células aisladas de embarazos con estado nutricional normal (HUVEC-N) o con OM (HUVEC-OB). Se utilizó western blot para estimar la relación entre los niveles totales y fosforilados de los niveles de proteína de las proteínas IRS-1, Akt, p42/44MAPK, eNOS, ATF6, IRE-1, PERK y eIF2- α . Se evaluó la distribución subcelular de los factores de transcripción ATF6 y ATF4 mediante inmunofluorescencia indirecta y microscopía confocal. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado.

RESULTADOS

En HUVEC-OB se observó reducción y retardo en la fosforilación de Akt y p42/44MAPK en respuesta a la estimulación con insulina, en comparación con HUVEC-N. Además, se encontró una menor fosforilación de eNOS y un aumento de la fosforilación inactivadora de IRS-1 en el residuo serina 307 en HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N. No se observaron diferencias en la activación de IRE-1 ni en los niveles del sustrato funcional de esta proteína (XBP-1) en ambos tipos de células. En HUVEC-OB se observó un ligero aumento en los niveles totales de ATF6, que regula otra rama de señalización de estrés del RE. No obstante, este factor de transcripción mostró una mayor localización intranuclear en HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N. Por último, en HUVEC-OB se observó un aumento de la fosforilación de PERK y de la quinasa aguas abajo de esta proteína, llamada eIF2- α . Adicionalmente, se observó el aumento de co-localización de ATF4 con ATF6 en el núcleo de HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N.

CONCLUSIÓN

La obesidad materna se asoció a una menor respuesta a insulina en HUVEC, probablemente a través de una alteración en la vía de señalización intracelular de esta hormona. La activación de los componentes de la vía la de estrés del RE en HUVEC-OB, sugiere que este mecanismo fisiopatológico podría participar en la RI observada en HUVEC aisladas de embarazos con OM.

FONDECYT (1121145, 1110977, 1090594), CONICYT (ACT-73 PIA).



ANEMIA FETAL POST OBITO DE UN GEMELO EN EMBARAZO MONOCORIAL. UN CASO DE TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA DE EMERGENCIA

*Walker B, Astudillo J, Insunza A, Yamamoto M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago,
Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

Históricamente se ha considerado la coagulopatía como el responsable del 30% de daño cerebral en los sobrevivientes de gemelos monocoriales, cuando uno de ellos presenta óbito fetal. Estudios de Nicolini, y luego confirmados por Senat, demostraron que se produce por paso agudo de sangre por comunicaciones vasculares, al momento de la hipotensión de la muerte fetal. En este proceso, las anastomosis arterio arteriales y veno venosas juegan un rol fisiopatológico. Una vez estabilizado el proceso, el sobreviviente puede quedar anémico, presentar daño tisular irreversible o incluso morir posteriormente.

REPORTE

Se presenta este caso de una mujer primigesta, con un embarazo monocorial biamniótico de 20 semanas, con diagnóstico de síndrome de transfusión feto fetal etapa 3. Al día siguiente del ingreso y previo a la cirugía, se constató el óbito del donante, y velocidades de ACM en el receptor de 60cm/s, correspondiente a 2,3MoM. Con una estimación de peso fetal de 400g, se planificó una transfusión de 20ml. Bajo visión continua, se realizó una punción en la base del cordón a 15 cm de la piel, demostrándose una Hcto de 10%. Se transfirió 22ml de GR concentrados a 79%, y se obtuvo un hematocrito de control de 31%. Al día siguiente la ACM se midió en rangos de normalidad: 30%. El seguimiento posterior es satisfactorio, sin alteraciones del doppler en el receptor. No se ha producido el nacimiento aún.

CONCLUSIÓN

No hay reportes hasta ahora de casos de transfusión aguda de sangre en monocoriales en Chile. Esto debido a que son muy infrecuentes las oportunidades de poder evaluar fetos luego de la muerte de su gemelo. El procedimiento fue bien realizado, y el estudio del recién nacido a largo plazo deberá ser garantizado.



EMBARAZO ECTÓPICO EN OMENTO: REPORTE DE UN CASO

Couve C1., Palma F3., Uribe G3., Niemann F2., De La Torre L1.

1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

2 Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso

3 Interno Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

El embarazo omental primario es la forma menos común de los embarazos abdominales. Han sido reportados 25 casos en el mundo. La tasa de mortalidad para el embarazo abdominal es siete veces mayor que para el embarazo ectópico no abdominal, principalmente debido al shock hemorrágico.

CASO CLÍNICO

Paciente de 19 años, múltipara de 1, consultó en servicio de urgencia por cuadro de dolor abdominal de intensidad progresiva de 1 semana de evolución, localizado en fosa iliaca izquierda, asociado a menorragia escasa y lipotimia. A la evaluación destacaba taquicárdica, sin hipotensión y palidez de piel y mucosas marcada. Al examen físico destacaba sensibilidad en fosa iliaca izquierda e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, flujo vaginal hemático escaso, útero y fondo de saco ocupado y muy doloroso. FUR hace 29 días. Se realizó test de embarazo que resultó positivo. En ecografía transvaginal ecografía imagen paraanexial de 41x27 mm fondo de saco de Douglas probable hemoperitoneo e imagen compleja de 50x38x50 mm. Se planteó el diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico complicado, por lo que se realizó laparotomía exploradora que evidenció hemoperitoneo de 1 litro, con útero, ovario y trompas de aspecto conservado. Fondo de saco de Douglas con abundantes coágulos. En omento adherido a ligamento redondo, se identifica tumor sugerente de embarazo ectópico, el cual se reseca mediante omentectomía parcial. El informe histopatológico posterior reveló que en borde libre de epiplón se presenta masa de aspecto hemático de 4x2 cm, concluyendo el diagnóstico de embarazo ectópico en omento.

DISCUSIÓN

El embarazo abdominal se refiere a un embarazo que se ha implantado en la cavidad peritoneal, externo a la cavidad uterina y las trompas de Falopio. Corresponde al 1,4% de los embarazos ectópicos. Los factores de riesgo para su desarrollo incluyen el daño tubario, enfermedad inflamatoria pélvica, endometriosis, técnicas de reproducción asistida y multiparidad. En los antecedentes de la paciente no se identificó ninguno de los factores habitualmente descritos. Debido a la ubicación variable en el abdomen, el embarazo abdominal se asocia con una amplia gama de signos y síntomas. Pueden pasar inadvertidos hasta una edad gestacional avanzada, incluso pudiendo llegar a término. En algunas mujeres se puede presentar como abdomen agudo y shock debido a hemorragia intraabdominal severa. En el caso de la paciente presentada, el síntoma predominante fue dolor localizado en la fosa iliaca izquierda de 7 días de evolución en ausencia de signos de irritación peritoneal, sin compromiso hemodinámico. Es difícil realizar el diagnóstico sólo mediante la clínica, por lo que el diagnóstico es generalmente intraoperatorio. La laparotomía exploradora es considerada el gold standard en el manejo del embarazo abdominal, sin embargo, algunos reportes recientes recomiendan la laparoscopia en casos de presentación precoz en que paciente está hemodinámicamente estable. Durante la exploración quirúrgica, con trompas y ovarios intactos, debe comprobarse el epiplón como un posible lugar de implantación. En el caso descrito, no había disponibilidad técnica para laparoscopia, por lo que se realizó laparotomía exploradora que pudo precisar el sitio de implantación.



ROTURA UTERINA SIN CICATRIZ DE CESAREA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE MEDICOS GENERALES EN SICHILI, ZAMBIA, AFRICA

Martin D; Ceroni J; Sepúlveda A

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sichili Mission Hospital, Sichili, Zambia, África.

RESUMEN

La rotura uterina (RU) es una situación clínica que suele aparecer durante el parto y en muy pocos casos sin contracciones y/o Trabajo de Parto. Es una Emergencia Obstétrica que puede comprometer seriamente la vida materna y fetal, así como condicionar secuelas en ambos. La RU puede comunicarse directamente con la cavidad abdominal (rotura completa) o puede quedar separada de ésta por el peritoneo visceral del útero o del ligamento ancho (rotura incompleta). Según la causa o factores predisponentes de la rotura, se clasifica rotura de cicatriz uterina previa, en rotura traumática o en rotura espontánea. En la mayoría de los casos se presenta en gestantes con una cesárea anterior o cirugía uterinas que alteren la conformación normal del tejido miometrial.

Presentamos el caso de una paciente de 22 años, multípara de partos vaginales, sin cicatriz de cesárea, sin antecedentes mórbidos de relevancia. Es derivada de MBONABI (100 km transportada en carreta) por presentación podálica, con inicio del trabajo de parto hace 36 horas. Al ingreso latidos cardíofetales presentes, palpación de fondo uterino y signos vitales normales. Dado que no tuvo progresión del Trabajo de Parto, se decide realizar cesárea de Urgencia, bajo la sugerencia de la Organización Mundial de la Salud de disminuir la mortalidad Materna en este país. Se improvisa por falta de pabellón un área estéril. Al realizar asepsia del área se observa irregularidad abdominal, palpación de partes fetales sin dolor a palpación y metrorragia abundante. Se realiza laparotomía de Joel Cohen, en la cual se descubre feto en cavidad peritoneal muerto, útero con única rotura de bordes claros. Por la situación extrema, de material quirúrgico adecuado, pabellón improvisado e inexperiencia como médicos generales en histerectomía, se decide realizar histerorrafia como medida de salvataje. Paciente permanece con signos vitales estables durante toda la cirugía, evoluciona afebril y se decide derivación para histerectomía diferida en centro de mayor complejidad.



CASO DE IMAGEN ANTENATAL DE QUISTE OVARICO CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE DUPLICACION INTESTINAL. VALOR DE LA “NO INTERVENCIÓN”

*Yamamoto M, Rodriguez G, Astudillo J, Alcoholado I.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago,
Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

Los casos antenatales de quiste ovárico fetal, cuando son de gran tamaño (5cm) pueden ser puncionados para disminuir su tamaño, para disminuir la probabilidad de una complicación abdominal fetal neonatal. No es difícil intentar ser más agresivo en la indicación, con fines preventivos. Sin embargo, las complicaciones de los procedimientos son frecuentes, y los casos con diagnósticos definitivos diferentes suelen no quedar reportados.

REPORTE

Se presenta este caso de una mujer de 30 años para 1, en que en las 22 semanas se encuentra un quista abdominal fetal de 3cm, anecogénico, lateralizado y sobre la vejiga. La aproximación diagnóstica con la que se manejó fue un quiste ovárico, el que fue desapareciendo durante el embarazo. Luego del parto, la ecografía abdominal fue negativa para la lesión.

A los 3 meses de nacido, se presenta un cuadro de distensión abdominal y vómitos, el cual es evaluado con una ecografía, que en es momento demuestra una masa de 5cm, hipoecogénica, que sugirió una lesión ovárica complicada. Dado los antecedentes, este fue la primera sospecha diagnóstica. Se realizó una laparotomía, encontrándose una duplicación intestinal, lo cual fue resecada.

CONCLUSIÓN

Los diagnósticos diferenciales de los quistes abdominales fetales son variados, y debe evitarse catalogarlos casos como tales en forma definitiva. Esto obliga a que los procedimientos realizados sean indicados con la fundamentación necesaria también. Por último, todo hallazgo en el período fetal requiere un correcto seguimiento.



HERPES GESTATIONIS CON COMPROMISO VENTILATORIO SEVERO, ¿VARIANTE ATIPICA NO DESCRITA DEL CUADRO?

*Pinto H.(2), Márquez R.(1), Granada J.(3), Loezar C.(3), Soto A.(1), Rodríguez M.(1), González P.(1), Bachmann M.(1).
Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Ginecología y Obstetricia.
1. Ginecólogo, 2. Becado, 3. Interno.*

NOMBRE: M. R. T.

EDAD: 22 años

Paciente primigesta cursando embarazo de 23+3 sem por Eco I y con hipotiroidismo (diagnósticos al ingreso a hospitalización), sin otros antecedentes. Comenzó cuadro de 3 semanas de evolución de odinofagia, asociado a lesiones máculo-papulares pequeñas y aisladas, que se inicia en región umbilical y se extienden en forma progresiva a tronco, extremidades inferiores y posterior generalización, respetando palmas, plantas, mucosas, cara y cuero cabelludo. Lesiones evolucionan a flictenas múltiples, con posterior desarrollo de costras, inicialmente pruriginosas y después dolorosas. Recibe tto con cloxacilina por 3 semanas más antihistamínicos y vaselina azufrada sin respuesta, pero al agravar compromiso cutáneo se decide hospitalizar el 03/07/2013 para tto. antibiótico y corticoidal endovenoso. Evaluada por equipo de dermatología quienes diagnostican herpes gestationis. Al 2^a día de hospitalización paciente evoluciona con disnea, taquipnea y saturación límite, con altos requerimientos de O₂. Se realiza TAC de tórax que muestra gran compromiso intersticial bilateral con gasometría arterial compatible, con insuficiencia respiratoria hipoxémica. Se solicita evaluación a UCI quienes deciden ingreso a unidad para ventilación mecánica el 05/07/2013 y se inicia tratamiento empírico con ceftriaxona endovenosa y aciclovir por PCR (+) para virus herpes simple en una lesión ampular, estudio etiológico respiratorio con estudios de secreciones pulmonares incluido resultó negativo. Evoluciona favorablemente. El 09/07/2013 se suspende ventilación mecánica. El 13/07/2013 por lesiones en regresión y ventilando espontáneamente se traslada a sala de patología obstétrica aislamiento, evolucionando satisfactoriamente, termina 10 días de ceftriaxona endovenosa, y no presenta reagudización de su cuadro respiratorio, además lesiones en etapa de costras. Evaluación UFP sin alteraciones durante hospitalización. Por indicación de dermatología se da de alta con corticoterapia ambulatoria. Tiene nueva hospitalización el 29/07/13 por 3 días por reagudización de cuadro cutáneo, sin signología respiratoria, que revierte. Durante los controles ambulatorios se mantiene estable del cuadro cutáneo y respiratorio con dosis de corticoides, sin compromiso UFP.

Se decide presentar este caso debido a lo atípico y severo del cuadro clínico, en el cual destaca su gran compromiso cutáneo y además una súbita y grave insuficiencia respiratoria, la que requirió ventilación mecánica. Destaca que el herpes gestationis es una patología muy infrecuente y no logramos encontrar compromiso respiratorio en los pocos casos publicados. Destacó lo súbito que se instaló y lo rápido que revirtió la insuficiencia respiratoria sin dejar apremio respiratorio residual alguno aparente. No se logró encontrar otra etiología concomitante que justificara el compromiso respiratorio a pesar de un amplio estudio causal. No nos es posible atribuir categóricamente la evolución descrita al cuadro primario ni descartar fehacientemente una etiología concomitante no descubierta para el cuadro respiratorio, pero estimamos que este comportamiento no esperable debe comunicarse a la comunidad científica.

De aceptarse nuestra contribución, nos gustaría presentar en formato poster o presentación.



EMBARAZO Y PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA TIPO FONTAN: REPORTE DE 2 CASOS Y RESUMEN DE LA LITERATURA

Vargas P., Kusanovic J.P., Sepulveda E., Vera C.

CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal. Servicio Obstetricia y Ginecología
Hospital Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El pronóstico de morbilidad de aquellas pacientes con cardiopatías congénitas tipo ventrículo único funcional ha cambiado luego de la inserción de la cirugía tipo Fontan en 1971. La expectativa de vida a aumentado llegando a la edad reproductiva, lo que nos lleva como especialistas a enfrentarnos al embarazo en este tipo de pacientes.

OBJETIVOS

Describir la evolución del embarazo y puerperio de dos pacientes con antecedentes de cirugía de Fontan atendidas en el Hospital Sotero del Río durante el año 2012. Revisar la literatura al respecto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de fichas clínicas de dos pacientes atendidas en nuestro hospital. Revisión de la literatura en inglés y español disponible.

RESULTADOS

Caso 1 paciente de 18 años, primigesta con antecedentes de atresia tricuspídea, operada con cirugía de Fontan a los 3 años de edad. En control de embarazo en la unidad de alto riesgo obstétrico y equipo de cardiología de nuestro hospital desde las 12 semanas. Capacidad Funcional (CF) al inicio del embarazo CF I. Desarrolla taquicardia supraventricular manejada con antiarrítmicos y anticoagulación. Se maneja hospitalizada desde las 28 semanas para monitorización. Evolución favorable, se decide inducción del parto a las 38 semanas, parto vaginal sin incidentes. Recién nacido masculino 2800g, Apgar 8-9. Puerperio inmediato en unidad de cuidados intensivos por precaución. Manejo con hemodinamia estable. Alta 3 días postparto.

Caso 2: paciente de 24 años, con antecedentes de atresia tricuspídea con hipoplasia de ventrículo derecho corregida por cirugía de Fontan a los 5 años. Embarazo espontáneo, en control en nuestra unidad desde las 12 semanas. CF I en el primer trimestre, y en controles posteriores no desarrolla arritmias. Hospitalizada desde las 29 semanas para vigilancia materna. Se decide interrupción a las 38 semanas, cesárea electiva por presentación podálica. Monitorización cardiovascular con catéter central y oximetría de pulso. Postoperatorio inmediato en UCI para monitorización cardiovascular por 12 hrs. Recién nacido masculino 2682g, Apgar 9-9. Alta al 3er día postparto. En la revisión de la literatura solo se encontraron artículos de casos reportados, los que se discuten a continuación.

DISCUSIÓN

Al revisar los casos reportados se describen varias complicaciones. Maternas, no se presentaron muertes maternas, deterioro de la función cardiovascular en un 15%, arritmias 26%, 2 casos de falla cardíaca. Complicaciones obstétricas, parto prematuro 38-78%, rotura prematura de membranas en un 15%, fetos pequeños para la edad gestacional 12%. En relación al manejo del trabajo de parto y parto, lo más importante es la monitorización de la función cardiovascular dando énfasis a un adecuado aporte de volumen y manejo de las arritmias con cardioversión. En una revisión sobre anestesia en este tipo de pacientes concluyen que la anestesia epidural es segura y la de elección. Sobre la vía de parto en estas pacientes cuando existe algún grado de falla cardíaca el parto vaginal sería mejor que la cesárea por el mayor cambio de volúmenes durante la operación cesárea.

CONCLUSIONES

En pacientes con antecedentes de cirugía de Fontan, el embarazo y parto es seguro. Es necesario un manejo multidisciplinario con un equipo de especialistas en Medicina Materno Fetal, cardiólogos especialistas en Cardiopatías congénitas del adulto y anestesiólogos para mejorar el pronóstico y optimizar el momento de la interrupción del embarazo.

PALABRAS CLAVES

Embarazo, cardiopatía congénita, Cirugía de Fontan.



MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON ANTECEDENTE DE MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

*Palma C., Haye M.T., Sierra A. Vásquez P., González F., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía periparto (MCP) es una insuficiencia cardíaca que se produce entre las últimas semanas del embarazo y hasta 6 meses postparto. Su patogenia es poco conocida. La presentación clínica incluye signos y síntomas habituales de la insuficiencia cardíaca (IC) y presentaciones inusuales relacionados con la enfermedad tromboembólica. El diagnóstico debe sospecharse en toda paciente con Insuficiencia Cardíaca periparto. El tratamiento efectivo reduce las tasas de mortalidad y aumenta el número de mujeres que recuperan completamente la función sistólica ventricular izquierda.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta caso de paciente de 29 años, con antecedente de miocardiopatía periparto y eclampsia en su embarazo anterior (año 2006), controlado en otro centro asistencial, por el cual se requirió ingreso a UCI, objetivándose una fracción de eyección (FE) de 35% al momento del diagnóstico. Con período intergestacional de 6 años y controles periódicos con cardiología se evidencia la recuperación de función sistólica con un FE de 60%, la paciente decide embarazarse nuevamente.

RESULTADOS

La paciente ingresa a las 7 semanas a control en COPAR, Hospital San José, donde es evaluada en contexto de paciente con antecedente de síndrome hipertensivo: cifras tensionales normales, proteinurias negativas y Doppler materno, placentario y fetal normales. Es evaluada periódicamente por cardiología. El seguimiento ecocardiográfico materno muestra un progresivo deterioro de su función cardíaca, lo que finalmente obliga a interrumpir el embarazo a las 36 semanas. Durante el puerperio inmediato desarrolla nuevamente cuadro hipertensivo asociado a insuficiencia cardíaca, recibiendo manejo multidisciplinario, sin necesidad de ingreso a UCI.

CONCLUSION

La MCP es una entidad poco conocida, que debe ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de la paciente con IC durante el término del embarazo y puerperio. No hay evidencia suficiente para dar guía de cómo y cuándo interrumpir el embarazo. Aquellas pacientes, que luego de una MCP recuperan función ventricular, repetirán el evento en un 21%, a diferencia de aquellas que no logren recuperar función ventricular, repetirán un desenlace similar en un 66.7% y tendrán una mortalidad del 20%. Es necesario el trabajo conjunto con cardiología para realizar un seguimiento estricto durante el embarazo y puerperio, con un alto índice de sospecha.



NEUMOTORAX CATAMENIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

*C Salgado1, F Acevedo1, F Heredia1, P Becerra1, E Astudillo1
Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Guillermo Grant Benavente,
Universidad de Concepción*

INTRODUCCIÓN

La endometriosis es la presencia de glándulas y estroma endometrial fuera de la cavidad uterina. Generalmente se encuentran implantes en estructuras intrapélvicas, sin embargo, también se pueden encontrar de manera excepcional en abdomen, tórax, cerebro y piel. El neumotórax catamenial ocurre en el 70 -73% de las pacientes con endometriosis torácica, se presenta con episodios neumotórax recurrentes, generalmente de hemitórax derecho y con relación temporal con el período menstrual. Se presenta el caso de un neumotórax catamenial en una mujer de 36 años.

CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años de edad, sexo femenino, con antecedentes de neumotórax espontáneo el año 2012, consultó en el servicio de urgencia del Hospital Regional de Concepción el 01/04/2013 por cuadro de una semana de evolución caracterizado por dolor tipo puntada en hemitórax derecho, asociado a tos seca y disnea leve. Al examen físico se constataron signos vitales normales y abolición del murmullo pulmonar en hemitorax derecho. Se tomó radiografía de tórax que mostró neumotórax del 50% del pulmón derecho. Se instaló drenaje endopleural con el que permaneció hospitalizada durante 7 días, constatándose remisión del cuadro clínico y del neumotórax a la radiografía de tórax de control. Dos meses después paciente acude nuevamente al servicio de urgencia por presentar dolor torácico de inicio súbito, se constata nuevo episodio de neumotórax derecho. Se realiza videotoracoscopia visualizándose implantes pleurales parietales de color oscuro en base y pared posterior con varias adherencias pleuropulmonares en la parte superior. Se toma biopsia de las lesiones y se realiza pleurodesis con talco e instalación de sonda endopleural. Se realiza anamnesis remota dirigida en que destacó ciclos menstruales regulares asociados a dismenorrea moderada, con fechas concordantes con episodios de neumotórax. Se sospecha neumotórax de origen catamenial informándose a anatomopatólogo, quien confirmó focos endometriósicos en muestras pleurales. La paciente es dada de alta con tratamiento anticonceptivo oral continuo, presentando al control remisión de sintomatología pleural y pélvica.

COMENTARIO

El neumotórax catamenial es una entidad rara que debe sospecharse en mujeres en edad fértil con episodios de neumotórax recurrente, principalmente en hemitorax derecho y que se inician durante las primeras 24 – 48 horas del periodo menstrual. Su sospecha debe hacer recurrir a la videolaparoscopia como método diagnóstico y terapéutico por la posibilidad de visualizar los focos endometriósicos. El tratamiento con anticonceptivos hormonales continuos se considera como terapia de primera línea para eliminar la sintomatología de la endometriosis de cualquier sitio.

Palabras Claves: neumotórax catamenial, endometriosis torácica.



SÍNDROME DE COLON IZQUIERDO PEQUEÑO: UNA COMPLICACIÓN A CONSIDERAR EN EL HIJO DE MADRE DIABÉTICA

Garrido M1, De la Rosa A2, Couve C3

- 1. Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Valparaíso.*
- 2. Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Carlos Van Buren (HCVB)*
- 3. Servicio de Ginecología y Obstetricia HCVB.*

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Gestacional Materna (DGM) afecta a 10 - 14% de las embarazadas y se asocia a mayor morbimortalidad perinatal. El hijo de madre diabética es un recién nacido con riesgo aumentado de sufrir trauma obstétrico, distrés respiratorio, complicaciones metabólicas y malformaciones congénitas, entre otras. El Síndrome de Colon Izquierdo Pequeño (SCIP) es una causa infrecuente de obstrucción intestinal neonatal, con cerca de 50 reportes en la literatura, en el cual la mitad de los casos han sido asociados a DGM. Presentamos a continuación un caso clínico de una recién nacida hija de madre diabética que cursó con SCIP, requiriendo manejo quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Gestante 26 años, G3P2A0. En control prenatal por DGM, obesidad, hipertensión arterial crónica más preeclampsia sobregregada y Cicatriz de Cesárea Anterior. Se realiza Cesárea programada a las 37 semanas. RNT, Peso 4.230g, GEG, Apgar 8-9. Evoluciona con distensión abdominal, residuo gástrico porráceo y falta de eliminación de meconio por ano. Radiografía de abdomen mostró imagen en fosa iliaca derecha sugerente de ileo meconial. Se somete a laparotomía, encontrándose microcolon izquierdo hasta el ángulo esplénico y polo cecal con zona esfacelada, sospechándose SCIP. Se realiza cecostomía, evacuando importante cantidad de meconio espeso. Evolución postoperatoria favorable. Descarte ulterior de Enfermedad de Hirschsprung. Cierre de cecostomía al año de vida. Actualmente en control ambulatorio por Cirugía Pediátrica.

CONCLUSIONES

Desde su descripción inicial en 1974 por Davis, el SCIP se ha asociado fuertemente a DGM. Si bien no se conoce la causa exacta, se ha postulado que la hiperglicemia tendría efecto en el desarrollo del sistema nervioso entérico, resultando en hipomotilidad del colon distal. La mayoría de los casos cursan de forma benigna, beneficiándose exclusivamente con tratamiento médico, mientras que algunos pacientes requieren cirugía de urgencia. Ante el aumento en la prevalencia de Obesidad y DGM, es necesario que el equipo médico formado por Obstetras, Neonatólogos y Cirujanos Peditras esté en conocimiento de esta patología.



GEMELAS ONFALOPAGAS: PRIMER CASO TRATADO EXITOSAMENTE EN VALPARAÍSO

Márquez R1,2, Bachmann M1,2, Bazán C3, Couve C1,2, Garrido M4, González P1, Montedónico S5,6, Rodríguez M1,2, Soto A1
1 Unidad de Medicina Materno-Fetal Hospital Carlos Van Buren (HCVB), 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso (UV), 3 Residente de Obstetricia y Ginecología UV, 4 Residente de Cirugía Pediátrica UV, 5 Servicio de Cirugía Pediátrica HCVB, 6 Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina UV.

INTRODUCCIÓN

El embarazo gemelar unido ocurre en 1/50.000 embarazos y 1/200.000 RN vivos. Se asocia a alta morbimortalidad describiéndose 50% de mortalidad intrauterina. El diagnóstico prenatal suele ser precoz y la evaluación anatómica detallada permite estimar pronóstico y posibilidades de tratamiento postnatal. A continuación presentamos un caso de Gemelas Unidas manejado exitosamente desde el diagnóstico precoz hasta su separación en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

CASO CLÍNICO

G1P0, 18 años. Derivada a las 20 semanas desde el extrasistema por hallazgo ecográfico de embarazo gemelar toracopago. Evaluada en Comité de Anatomía Fetal con Ultrasonografía y Resonancia destacando unión a nivel abdominal, con fusión hepática y circulación hepatobiliar aparentemente independiente. Corazones separados y cordón umbilical único de 6 vasos. Se diagnostica embarazo gemelar onfalópago. En reuniones multidisciplinarias se plantea y asume desafío de manejo postnatal en Valparaíso. Se realiza cesárea electiva a las 35s con laparotomía de Cherney, obteniéndose recién nacidas de sexo femenino, con peso conjunto de 4630gr, Apgar 9-10. Evolución postnatal con transfusión feto-fetal extrauterina autolimitada. Estudio anatómico postnatal detallado concluye: Corazones sanos e independientes, vías aéreas normales, intestinos y vías biliares independientes, con extensa fusión hepática y shunts porto-cava. Al 7° mes de vida se instalan expansores cutáneos, completándose expansión en 8 semanas. Previa minuciosa planificación se realiza cirugía de separación definitiva al 9° mes, con resultado exitoso tras 15 horas de intervención. Evolución postoperatoria favorable en ambas pacientes. Se inician altas transitorias, completando egreso definitivo a los 11 meses de vida. Actualmente sanas, en seguimiento por equipo multidisciplinario y completando plan de rehabilitación.

CONCLUSIONES

El embarazo gemelar unido es el subtipo de embarazo múltiple menos frecuente, pero el de mayor morbimortalidad. La variedad onfalópaga es la de mejor pronóstico, describiéndose sobrevividas de hasta 82% tras la separación. El diagnóstico anatómico pre y postnatal adecuados, sumado al trabajo metódico y una adecuada planificación por parte de equipos multidisciplinarios es la clave del éxito en el complicado manejo de esta patología.



GLUCOGENOSIS HEPÁTICA TIPO I Y EMBARAZO: MANEJO Y RESULTADO

Saez J.1, Norambuena C.2, Chong L.1

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Medicina Materno Fetal.

Hospital Clínico San Borja Arriarán.

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología.

Hospital Clínico Universidad de Chile

Las glucogenosis son un grupo de enfermedades metabólicas en las que se altera el metabolismo del glucógeno por ausencia o déficit de enzimas que participan tanto en su síntesis como degradación. Se clasifican en hepáticas y musculares dependiendo de la localización de la alteración enzimática. Las glucogenosis hepáticas tienen baja incidencia y su herencia es autosómica recesiva o ligada a cromosoma X. Hasta hoy se han descrito 6 tipos, siendo la más frecuente la tipo I que afecta a la enzima glucosa 6 fosfatasa.

Se manifiestan clínicamente desde el periodo neonatal con hipoglicemia, acidosis láctica e hiperventilación. Durante el periodo de lactantes se manifiesta con hepatomegalia progresiva, hiperlipidemia e hiperuricemia. A largo plazo pueden presentar retardo mental por mal control metabólico, adenomas hepáticos e insuficiencia renal. Su tratamiento actual consiste en evitar las hipoglicemias con dieta fraccionada en base a carbohidratos de absorción lenta y almidón crudo.

Dada su baja incidencia, existe escasa evidencia con respecto a esta enfermedad y embarazo. Algunos reportes de series muestran mayor hipoglicemia, hipertrigliceridemia e hiperuricemia maternas durante el embarazo. Durante el trabajo de parto pueden presentar hipoglicemia con requerimiento de infusión continua de glucosa. Con respecto al resultado perinatal, se ha descrito mayor incidencia de parto prematuro, mayor tasa de cesáreas y mayor hipoglicemia neonatal. En Chile no se han reportados casos de pacientes con glucogenosis hepática embarazadas.

Se presenta caso de paciente de 26 años, primigesta, con glucogenosis hepática tipo I diagnosticada a los 5 meses de vida en tratamiento con dieta fraccionada y almidón crudo. Ingresó a controles en poli alto riesgo obstétrico del Hospital Clínico San Borja Arriarán con 11 semanas de embarazo. Cursa con 5 episodios de hipoglicemias severas sintomáticas requiriendo manejo médico en dos oportunidades en Unidad de Cuidados Intensivos. Es manejada con ajustes de dieta fraccionada y monitorización ambulatoria posterior. Ingresó al hospital con 39+3 semanas para interrupción vía cesárea por talla baja materna con infusión continua de glucosa 10% a 40 ml/hora, con recién nacido sexo femenino 2890g, talla 47 cm, APGAR 8-9, clasificado como PEG. Ambas pacientes evolucionan con hipoglicemia asintomática durante las primeras 24 horas que ceden con aporte de glucosa endovenosa. Son dadas de alta cinco días postparto en buenas condiciones generales.



ASOCIACIÓN ENTRE HIDROPS FETAL TRANSITORIO E INFECCIÓN POR VIRUS HEPATITIS E (VHE) DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Gómez E., Cortés S.

Institución: Hospital San Juan de Dios de La Serena

INTRODUCCIÓN

El término hidrops fetal se define como la presencia anormal de líquido seroso en al menos dos cavidades fetales. La principal clasificación del hidrops se basa en dos grupos etiológicos: inmune y no inmune. El hidrops no inmune (HNI) se define por la ausencia materna de anticuerpos circulantes contra las células rojas sanguíneas. La frecuencia de aparición del HNI varía según series de entre 1/1500 y 1/4000 partos y el pronóstico es malo, con una mortalidad global que ronda el 90%. La etiología infecciosa se ha reportado en un 6,9%. Presentamos el caso de un feto de 19 semanas con hidrops en asociación a infección por VHE durante el embarazo.

El VHE es un virus prevalente en países con mal saneamiento ambiental, donde se presenta generalmente de forma epidémica. Aunque la tasa de mortalidad es generalmente baja en las mujeres no embarazadas (<0,1%), la infección puede tener un curso grave en el embarazo, con tasas de mortalidad que alcanzan 15-25%. Existen pocos datos disponibles sobre los efectos fetales de la infección por VHE. Las complicaciones que se reportan en la literatura incluyen un aumento de la incidencia de parto prematuro, con alta mortalidad perinatal. En Chile la incidencia de infección por VHE es desconocida, probablemente subdiagnosticada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó revisión retrospectiva de un caso clínico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de La Serena, que tuvo lugar a mediados del año 2011.

RESULTADOS

Paciente M.N.G, 35 años de edad, procedente de Los Vilos, dueña de casa, multípara de 2 partos vaginales, sin antecedentes mórbidos conocidos. Presentó hiperbilirrubinemia debido a infección por VHE a las 19 semanas de gestación, con GOT y GPT, 4 y 10 veces sobre el valor normal respectivamente, y protrombinemia disminuída. Con serología negativa para VIH, sífilis, toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, virus Epstein-Barr, herpes tipo I y II y Parvovirus B19. Además resultado negativo para HBsAg, IgM VHA y anticuerpos anti-VHC. Serología positiva para IgM VHE. Test de Coombs Directo e Indirecto negativo.

Ecografía obstétrica a las 19 semanas muestra gestación única viva, con ascitis fetal, sin evidencia de acumulación de líquido en otras cavidades corporales. No se detectaron malformaciones mayores ni menores. Espesor placentario y cantidad de líquido amniótico normales. Sin alteración de Doppler materno ni fetal. En controles ecográficos siguientes se objetiva derrame pleural fetal, manteniéndose ascitis fetal, sin compromiso de otras cavidades.

La paciente es manejada de manera expectante, con controles seriados de función hepática y evaluación de la unidad fetoplacentaria. Durante su seguimiento se observa disminución gradual de bilirrubinemia y enzimas hepáticas, hasta alcanzar niveles de normalidad luego de 13 semanas desde el inicio del cuadro. Se observa resolución parcial de la ascitis fetal hacia las 22 semanas de gestación, con resolución completa a las 26 semanas, en paralelo a mejoría materna. Finalmente, se obtuvo un recién nacido de 35 semanas, 2700 grs, APGAR 9-10, sano, sin complicaciones. Madre con resolución completa del cuadro infeccioso.

CONCLUSIÓN

La infección materna por VHE en el segundo trimestre del embarazo puede causar hidrops fetal no inmune. Estos casos pueden tener un resultado materno y fetal exitoso.



EMBARAZO ECTÓPICO ISTMICO – CERVICAL EN CICATRIZ DE CESAREA PREVIA

Acevedo f 1, Salgado c 1, Galdames a 2, Diaz e 3

1 Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción/Hospital Guillermo Grant Benavente

2 Interna de Medicina Universidad de Concepción

3 Docente Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) ocurre en el 2% de los embarazos. Se presenta en un 98% en las trompas uterinas, siendo raro en otras ubicaciones. El EE cervical ocurre en el 0.07-0.1% de los EE, siendo los factores de predisponentes para su aparición el legrado y la dilatación cervical, cirugías uterinas previas, cicatriz de cesárea anterior, infecciones y malformaciones, entre otros. Constituye una de las principales causas de muerte materna durante el primer trimestre

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Paciente 38 años, portadora de miositis y síndrome de Sjögren, en tratamiento con prednisona y azatioprina. Multípara de 2, ambos partos por cesárea, consulta el 25/12/2011 por dolor pélvico de un día de evolución asociado a metrorragia. Test de embarazo positivo. Paciente en malas condiciones generales, febril, hipotensa, pálida y sudorosa. Al examen ginecológico destaca sangrado activo por orificio cervical externo, sin cambios cervicales en el tacto vaginal. Ecografía de urgencia informa aborto retenido de 9+1 semanas asociado a parámetros inflamatorios elevados. Se hospitaliza con diagnóstico de aborto en evolución y se inicia tratamiento antibiótico biasociado por sospecha de aborto séptico.

Al día siguiente se realiza nueva ecografía informando imagen sugerente de saco irregular sin embrión inserto en la cicatriz de cesáreas anteriores. Se indicó misotrol 400ug intravaginal cada 24 horas por 2 dosis (26 y 27 de diciembre). El 28/12/2011 se decide estudio con curva de β HCG, nuevo ecografía y estudio de función hepático para eventual tratamiento con metotrexato. β HCG 8383mIU/ml, función hepática normal y parámetros inflamatorios en descenso. La ecografía muestra tumoración heterogénea a nivel ístmico – cervical de 54 x 53 mm, sin flujo al doppler color. Paciente refiere que anteriormente presentó toxicidad hepática por metotrexato en contexto de su tratamiento reumatológico, por lo que finalmente se decide realizar una histerectomía, la cual se realizó el 30/12/2011. Es dada de alta por buena evolución y respuesta favorable a antibiotioterapia con diagnóstico de aborto séptico operado.

El control post operado se realiza al mes siguiente. El resultado de la biopsia informa embarazo ístmico con rotura de pared uterina, hemorragia y signos de placenta percreta, saco ovular con vellosidades coriales involutivas sin embrión, membranas ovulares sin signos de infección.

DISCUSIÓN

El embarazo ectópico ístmico-cervical en cicatriz de cesárea anterior es una forma inhabitual de presentación de esta patología, su diagnóstico oportuno y el uso de terapia no invasiva permite disminuir el riesgo de morbimortalidad materna, como también, preservar la fertilidad futura.

El legrado uterino se encuentra contraindicado debido a que el tejido trofoblástico se encuentra fuera de la cavidad uterina expuesta y puede llevar a potencial rotura de la cicatriz uterina y disrupción miometrial con hemorragia severa. Sin embargo, en la práctica debemos enfrentarnos a situaciones muy distintas a la teoría, en que se debe realizar un manejo diferente al estándar para llegar a la resolución de las patologías, siempre en beneficio de las pacientes, lo importante es hacerlo en el momento adecuado para evitar desenlaces fatales.



HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO DEBUT DE PREECLAMPSIA SEVERA CON GRAVE COMPROMISO MATERNO, 2 CASOS CLINICOS

*Pinto H.(2), Nuñez C.(1), Granada J.(3), Loezar C(3), Bachmann M.(1),
González P.(1), Márquez R.(1), Rodríguez M.(1), Soto A.(1).*

*Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Ginecología y Obstetricia.
1. Ginecólogo, 2. Becado, 3. Interno.*

En la práctica obstétrica habitual se siguen de cerca las pacientes preeclámplicas por las potenciales graves complicaciones que pueden presentar, pero siempre se espera que debute en primer lugar la preeclampsia y luego se complique, además en la literatura también se informa que es este orden secuencial el que siguen los hematomas subcapsulares hepáticos de la preeclampsia.

Queremos presentar 2 casos de evolución atípica, en los cuales existieron hematomas subcapsulares hepáticos confirmados y de gran volumen en pacientes embarazadas de 2º y 3º trimestre totalmente normotensas, tanto en el control prenatal como en consultas en urgencias y durante todo el preoperatorio y además previamente asintomáticas, y que recién durante su puerperio presentaron crisis hipertensivas severas y proteinurias elevadas, diagnosticándose la preeclampsia y además otros criterios de severidad. Lo anterior produjo complicaciones para el diagnóstico etiológico, pues supuestamente no tenían preeclampsia y sin embargo debutaron con una gravísima complicación, para luego recién presentar el cuadro clásico de la preeclampsia. Además en el estudio etiológico no se encontró otra causa que justificara estos hematomas. Ambas pacientes estuvieron muy graves largo tiempo en UCI en shock y ventilación mecánica y varias reintervenciones, logrando una sobrevivir y muy lamentablemente una falleció por la gravedad de su compromiso multisistémico. Ambos recién nacidos sobrevivieron, pero debieron enfrentar varias complicaciones derivadas de su prematuridad. Creemos que es nuestro deber presentar estas experiencias.

De aceptarse nuestra contribución, nos gustaría presentar en formato poster o presentación, con el detalle de ambos casos



DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN SEGUNDO TRIMESTRE EN LA PREDICCIÓN DE RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CRÓNICA

*Rencoret G.1, Figueroa J.1, Ocaranza M.1, Leiva J.L.1, Sepúlveda, A.2, Parra M1,2
1Hospital Clínico San Borja Arriarán, 2Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile*

OBJETIVO

Evaluar la utilidad del Doppler de arterias uterinas en segundo trimestre en la predicción de preeclampsia sobreagregada (PE), restricción de crecimiento fetal (RCF) y parto prematuro espontáneo (PPE) en mujeres hipertensas crónicas.

METODO

Mujeres embarazadas hipertensas crónicas fueron reclutadas de forma prospectiva en las Unidades de Medicina Fetal del Hospital San Borja Arriarán y Clínico de la Universidad de Chile. Se evaluó el Doppler de las arterias uterinas por vía transvaginal (IP, índice de pulsatilidad) entre las 18 y 24 semanas. Se consideró anormal un IP promedio sobre el percentil 95 para la edad gestacional. Se consideró como resultado perinatal adverso la presencia de preeclampsia sobreagregada, peso de nacimiento bajo el percentil 10 y parto antes de las 37 semanas y muerte fetal.

RESULTADO

Doscientos treinta y una mujeres con hipertensión arterial crónica fueron evaluadas con Doppler transvaginal de las arterias uterinas entre las 18 – 24 semanas. Diecinueve (8,2%) presentaron un IP promedio mayor al percentil 95 para la E.G. La frecuencia de PE y PE temprana (<35 semanas) fue de 20,3% (47) y 9,1% (21), respectivamente, de RCF 6,1% (14) y de PPE menor a 37 y 34 semanas de 13,8% (32) y 4,8% (11), respectivamente.

En el grupo con Doppler alterado 42,1%, 36,8% y 31,5% presentaron preeclampsia sobreagregada, PE temprana y RCF, respectivamente. En el grupo con Doppler normal 18%, 6%, y 3% presentaron preeclampsia sobreagregada, PE temprana y RCF respectivamente. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$) para cada grupo.

Para la combinación de enfermedades hipóxicas (PE+ RCF) la diferencia fue significativa con una frecuencia de 27 y 57,9% para Doppler normal y anormal, respectivamente.

La frecuencia de parto prematuro espontáneo fue de 14,2 y 10,5% para el grupo con Doppler normal y anormal y para muerte fetal, la frecuencia para Doppler normal y anormal fue de 1,1 y 5,2%. (no significativo).

CONCLUSION

La hipertensión crónica es un factor de riesgo elevado de preeclampsia comparado con cifras de población general (5 veces), pero aquellas HTA cr con Doppler alterado tienen 10 veces más riesgo de presentar PE, en especial la PE severa que es al menos 30 veces más elevada en esta sub-población. Aunque las cifras globales de RCF no son más altas que el de población general (6%), es interesante observar que la población con Doppler alterado tiene 5 veces más riesgo que la población con Doppler normal. Aunque el PPE es levemente más alto que la población general de nuestros Hospitales (13%), no hubo diferencias entre los grupos con Doppler normal y patológico. Interesantemente, no hubo diferencias significativas en patologías como LES, trombofilia o nefropatía entre ambos grupos. Finalmente, en base a estas cifras podemos concluir que 7 de cada 10 mujeres con HTA cr y Doppler alterado desarrollarán alguna patología hipóxica (PE y RCF) o PPE en el curso de la gestación.



ANÁLISIS DEL PORTAFOLIOS QUIRÚRGICO DE MÉDICOS EN FORMACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Yamamoto M, Paiva E, Latorre R, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago –
Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La formación de médicos especialistas en disciplinas quirúrgicas requiere una estandarización de la docencia y exposición suficiente a casos que permitan asegurar las competencias. Pocos centros formadores en Ginecología y Obstetricia han declarado el número de procedimientos quirúrgicos mayores que deben realizar los estudiantes.

MÉTODOS

Se realizó una evaluación retrospectiva de los protocolos quirúrgicos del año académico entre el 1 de Mayo del 2011 y el 30 de abril del 2012. Existe el tipo de programa de especialización "Mixta APS", en que los médicos están 6 meses en el consultorio y 6 meses en el hospital. Estos fueron analizados por separado.

RESULTADOS

Año de formación y tipo de programa	Primer Cirujano					Segundo Cirujano				
	total	Cesárea Electiv	Cesárea Urgencia	Eutocico	Forceps	total	Cesárea Electiv	Cesárea Urgencia	Eutocico	Forceps
1ª MIXTA	63	10	9	28	16	143	32	88	17	6
1ª MIXTA	75	12	15	37	9	46	3	30	5	8
1ºB MIXTA	72	6	34	21	11	54	2	36	13	3
1ºB MIXTA	53	4	28	10	11	62	5	29	12	16
1º UDD	81	6	21	45	9	107	18	52	27	10
Prom	68,8	7,6	21,4	28,2	11,2	82,4	12	47	14,8	8,6
Max-min	81-53	12-4	34-9	45-10	16-9	143-46	32-2	88-29	27-5	16-3
2ª MIXTA	73	5	37	17	14	35	2	21	8	4
2ª MIXTA	90	5	62	10	13	42	1	23	17	1
2º A MIXTA	82	2	38	22	20	33	1	15	14	3
2º UDD	67	4	32	13	17	54	1	32	13	8
2º UDD	83	3	45	15	20	35	1	16	13	5
Prom	79	3,8	42,8	15,4	16,8	39,8	1,2	21,4	13	4,2
Max-min	90-67	5-2	62-32	22-10	20-13	54-33	2-1	32-15	17-8	8-1
3ºUDD	123	17	66	18	22	50	5	24	14	7
3ºUDD	154	6	60	55	33	46	3	18	24	1
3ºUDD	115	12	64	8	31	33	4	16	8	4
Prom	130,7	11,7	63,3	27,0	28,7	43,0	4,0	19,3	15,3	4,0
Max-min	154-115	17-6	66-60	55-8	33-22	50-33	5-3	24-16	24-8	7-1

CONCLUSIONES

El análisis demuestra que como primer cirujano, los médicos de primero a tercer año realizan 21, 42 y 63 cesáreas de urgencia en un año, y 11, 16 y 28 forceps en un año. Esto supone un punto de referencia en cantidad de procedimientos que otros programas debieran replicar. El presente estudio no permite conocer cuál es el mínimo necesario para alcanzar las competencias quirúrgicas.



RESULTADOS A CORTO PLAZO DE FETOSCOPIAS LÁSER EN TRANSFUSIÓN FETO-FETAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

*Parra-Cordero M.1,2, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F.1,
Kiekebusch G.1,5, Rodríguez JG.3, Díaz A.3, Dezerega V.4, Rencoret G.2
1Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán,
3Hospital Luis Tisné, 4Hospital Barros Luco, 5Hospital Regional de Antofagasta.*

OBJETIVO

Evaluar tasas de sobrevivencia al parto y en el periodo neonatal de fetoscopías láser realizadas en embarazos gemelares complicados por transfusión feto-fetal severa.

METODO

Estudio descriptivo de casos consecutivos de transfusión feto fetal (TFF) que han sido referidos al Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre Diciembre 2008 y Julio 2013 y que requirieron una fetoscopia láser antes de las 26 semanas de gestación. La TFF se definió como la discrepancia de líquido amniótico y vejigas entre el gemelo receptor y donante. Se empleó la clasificación de Quinteros para clasificar a la TFF, indicándose la fetoscopia láser frente a estadios II o superiores.

RESULTADO

Se incluyeron un total de 15 casos con una edad gestacional al momento de la terapia láser de 20,3 semanas (rango 17-24). Cuatro casos se clasificaron en estadio II de Quinteros (26,7%), 10 casos en estadio III (66,7%) y 1 caso en estadio IV (6,6%). Dos tercios de los gemelares incluidos se asociaron a restricción de crecimiento fetal selectivo.

Al momento del parto observamos que en 7 casos (46,6%) ambos fetos nacieron vivos, mientras que en 4 casos (26,7%) solo uno de los recién nacidos nació vivo y en los restantes 4 casos ambos gemelos fallecieron (26,7%). Por lo tanto, en 73,3% (11/15) de los embarazos gemelares al menos un feto sobrevivió. La tasa de sobrevivencia global de los recién nacidos fue de 60,0% (n=18/30). La edad gestacional al momento del parto de los sobrevivientes fue de 29,6 semanas (rango 26,4-34,0) y el peso promedio y rango del peso del sobreviviente fue de 1338,0 grs. (rango 710-2180).

La evaluación en el periodo neonatal difiere de la observada al momento del parto. En 4 casos ambos fetos sobrevivieron al periodo neonatal (26,7%), en 7 solo uno de los gemelos sobrevivió (46,6%) y en los restantes 4, ambos neonatos fallecieron (26,7%). La sobrevivencia perinatal global fue de 50% (n=15/30) mientras que un 73,3% de los embarazos tuvieron al menos un neonato vivo (n=11/15).

CONCLUSION

Este análisis preliminar de los resultados de la terapia láser en un Centro Universitario de Chile es similar a los mostrados por otros centros de nuestro país y en experiencias preliminares de centros internacionales. El gran número de centros de terapia fetal en nuestro país, y en una misma ciudad, determinan una lenta adquisición de las herramientas técnicas y experiencia necesaria para optimizar los resultados en estos complejos casos.



CARACTERIZACIÓN DE UN POLICLÍNICO ESPECIALIZADO EN PACIENTES CON MALA HISTORIA OBSTÉTRICA

*Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1
Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal,
Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 / Clínica Alemana de Santiago 2
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago. 3*

INTRODUCCIÓN

Se suele syndicar a una paciente como portadora de mala historia obstétrica (MHO) cuando tiene antecedentes de aborto recurrente (AR), preeclampsia severa (PES), restricción del crecimiento fetal precoz (RCF), o feto muerto in utero (FMIU). En esta población la falla en la formación de la placenta está presente como causa común fisiopatológica en la mayoría de los casos. El estado de hipercoagulabilidad, propio del embarazo, puede exacerbarse ante la presencia de condiciones protrombóticas conocidas como trombofilias, afectando el bienestar placentario.

OBJETIVOS

1) Mostrar la experiencia de un policlínico enfocado en pacientes con antecedentes de MHO y enfermedad tromboembólica. 2) Caracterizar a las pacientes en función de las trombofilias de mayor prevalencia en éste grupo y su manejo.

Material y método:

Se estableció como criterios de inclusión a aquellas mujeres con mala historia obstétrica, definida como la presencia de uno o más de los siguientes criterios: 1) antecedente de aborto recurrente, 2) muerte fetal, 3) enfermedad tromboembólica, en curso o su antecedente, 4) trombofilia conocida: personal o familiar, 5) antecedente de preeclampsia severa de inicio precoz, restricción del crecimiento intrauterino en contexto de insuficiencia placentaria. Se solicitó estudio de trombofilias con pesquisa de déficit de antitrombina III, déficit de proteína C y S, factor V de Leiden y mutación del gen de la protrombina y metiltetrahidrofolato reductasa (MTHFR) y presencia de anticuerpos antifosfolípidos. Se realizó un manejo individualizado con ecografías seriadas, vigilando el doppler de arterias uterinas y el crecimiento y bienestar fetal. En los casos con trombofilia subyacente se planteó la administración de heparina de bajo peso molecular (HBPM).

RESULTADOS

Desde Enero de 2010 a Julio de 2013, se realizó control prenatal de 158 embarazos con MHO. Se realizó estudio de trombofilia en 103 mujeres, de las cuales el 67% arrojó resultado positivo. De esas, un 71% eran trombofilias aisladas, siendo el Síndrome Antifosfolípidos (SAAF) la más prevalente (18% del total) seguido por el déficit de Proteína C, con un 13% del total. Con respecto a las trombofilias mixtas, la asociación más frecuente fue la de SAAF junto a la mutación de la MTHFR, en casi la mitad de los casos (45%). Se indicó HBPM en 85 pacientes, 56% de ellas con dosis profiláctica. En relación a los resultados prenatales, la edad gestacional promedio al parto fue de 37 semanas, el peso promedio fue de 3046 gramos. Se registraron 2 FMIU y 2 abortos del total de pacientes analizadas, lo que arroja una tasa de éxito de un 98%.

CONCLUSIONES

Según nuestro estudio, las trombofilias están presentes en un alto porcentaje de mujeres con MHO, lo cual aconseja su investigación. Creemos necesaria la existencia de un policlínico especializado en el cuidado de estas pacientes, a fin de asegurar un embarazo exitoso.



CAUSAS DE INGRESO A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL EMBARAZO O PUERPERIO

Valdebenito P., Haye M.T., Sierra A., Gutiérrez J.

*Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

INTRODUCCIÓN

Dentro de las causas de ingreso a unidad de paciente crítico en mujer joven, las obstétricas dan cuenta de un alto porcentaje, siendo este, alrededor de un 15% en la literatura mundial. Las patologías que más frecuentemente requieren manejo intensivo durante el embarazo o peri-parto son el Síndrome hipertensivo del embarazo y la pielonefritis aguda complicada con distrés respiratorio del adulto. En el presente trabajo se hace revisión de las pacientes ingresadas en unidades de cuidado intensivo menores de 49 años, enfocado a identificar las principales causas de ingreso en el embarazo o puerperio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evaluó en forma retrospectiva las pacientes menores de 49 años que ingresan a las unidades de paciente crítico (UCI/UTI) en el complejo hospitalario San José, en el periodo comprendido entre enero del 2011 y junio del 2013. Se analizan las causas de ingreso y marco clínico en el que ocurren.

RESULTADOS

En el período estudiado, un total de 314 mujeres menores de 49 años ingresaron a unidades de cuidado crítico (ICU/UTI), de ellas, 43 (13.6 %) eran pacientes embarazadas o púerperas. En este subgrupo, más de la mitad de ellas (25) ingresa por Síndrome hipertensivo del embarazo: preeclampsia severa o síndrome de HELLP y 6 pacientes requieren cuidado intensivo por patologías infecciosas/inflamatorias que complican la evolución normal del embarazo: SDRA secundario a pielonefritis aguda, y pancreatitis aguda secundaria a patología biliar.

CONCLUSIONES

Es infrecuente el ingreso a UCI en mujeres jóvenes; una causa frecuente lo constituye el embarazo, siendo el ingreso a UPC un indicador de morbi-mortalidad materna. De las causas que llevan a la paciente embarazada a ingresar a una unidad de paciente crítico, las principales son las relacionadas a insuficiencia placentaria: Síndrome Hipertensivo del Embarazo con sus complicaciones pre y post-parto, y las patologías infecciosas asociadas al embarazo principalmente el SDRA secundario a pielonefritis aguda. Esto es concordante con las causas de morbi-mortalidad materna en la literatura nacional y en el mundo, en que las enfermedades concurrentes al embarazo y SHE dan parte de las primeras causas de mortalidad materna en las últimas décadas.



PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOFÍSICOS COMO MODELO PREDICTOR DE PREECLAMPSIA

*Terra R.1, Parra-Cordero M.2,3, Zúñiga L.2, Sepúlveda-Martínez A.2,
Kiekebusch G.2, Valdés E.2, Rencoret G.3, Hasbun J.2*

*1 CERPO, Hospital Luis Tisné, 2Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile,
3Hospital Clínico San Borja Arriarán.*

OBJETIVO

El objetivo de este estudio fue actualizar nuestro modelo predictor de PE, basado en características clínicas y biofísicas, en el primer trimestre de la gestación.

METODO

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo en 5502 embarazadas que acudieron a realizarse una ecografía entre 11+0-13+6 semanas. Se identificaron 176 embarazadas que posteriormente desarrollaron PE (3,2%), de las cuales 36 fueron clasificadas de inicio precoz (<34 sem), 48 intermedio (34-37 sem), y las restantes 92 de inicio tardío (>37 sem). El Doppler de las arterias uterinas (AUt) se evaluó de acuerdo al índice de pulsatilidad (IP) promedio, pero también en relación a su menor (IP-menor) y mayor (IP-mayor) valor en cada paciente. Los IP AUt se transformaron logarítmicamente, ajustaron por variables clínicas, y se expresaron como MoM del grupo no afectado. Finalmente, para determinar el mejor modelo predictor de PE se utilizó un análisis multivariado y curva de ROC.

RESULTADO

El IP AUt fue ajustado por la edad materna y LCN, y expresado como MoM del grupo no afectado. Los factores clínicos que se asociaron significativamente con la aparición de PE fueron el aumento del IMC (1,06 [1,04-1,09]) y los antecedentes de hipertensión crónica (OR=170,4 [37,8-767,7]), lupus (OR=12,0 [3,7-39,4]) y PE previa (OR= 9,5 [4,6-19,3]). Entre los parámetros evaluados en el Doppler de arteria uterina, el MoM del IP-menor (OR=14,3 [6,6-31,0]) se asoció significativamente con PE de inicio precoz e intermedia, pero no así con la tardía. Con una tasa fija de falsos positivos de 10%, el modelo generado en base a los factores clínicos dio una sensibilidad de 29,1% para cualquiera de los tipos de PE. Sin embargo, la sensibilidad aumenta para PE intermedia y precoz al incorporar al modelo el MoM IP-menor, siendo 37,5 y 59,4%, respectivamente.

CONCLUSION

Este estudio confirma que la historia clínica detecta un tercio de las mujeres que desarrollarán PE, mientras que la adición del Doppler de arterias uterinas en el primer trimestre de la gestación es capaz de aumentar las tasas de detección de PE precoz al 60%.

FONDECYT 1130668



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <32 SEMANAS ASOCIADA A OLIGOAMNIOS: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN A INFECCIÓN FETAL Y MATERNA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Ferrer F, Catalán C, Riquelme N, Valdés R, Martinović C, Vargas P, Pons A, Sepúlveda E, Córdova V, Díaz F, Silva K, Figueroa C, Kusanović JP. Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río, División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) representa un problema tanto para obstetras como neonatólogos por la gran morbimortalidad perinatal asociada. Si bien la mayor proporción de RPM ocurre en embarazos de término, ésta corresponde a la causa identificable más frecuente de parto prematuro. Si bien el período de latencia en RPM es inversamente proporcional a la edad gestacional, una relación entre latencia prolongada con corioamnionitis y oligohidroamnios (OHA) ha sido descrita. El OHA es uno de los parámetros más importantes de mortalidad perinatal en RPM de aparición precoz, asociándose a corioamnionitis, infección neonatal, compresión de cordón e hipoplasia pulmonar, entre otros. El objetivo de este estudio es evaluar la RPM de aparición precoz asociada a OHA y sus complicaciones infecciosas.

MATERIALES Y MÉTODO

Se revisaron todos los casos de RPM ocurridas <32 semanas de gestación en el Hospital Dr. Sótero del Río en un periodo de 2 años (2011 y 2012). Se evaluaron todas las RPM que presentaron OHA desde el ingreso a nuestro centro asistencial. OHA fue definido como ausencia de bolsillo único ≥ 2 cm. Corioamnionitis clínica fue definido por los criterios descritos por Gibbs.

RESULTADOS

Desde Enero del 2011 hasta Diciembre del 2012 fueron ingresadas a nuestra Unidad de Embarazo Patológico 84 pacientes con RPM menores a 32 semanas de gestación. Fueron excluidas del análisis 3 pacientes por data incompleta. Un 21% (17/81) se asoció a OHA. De las 81 pacientes con RPM, 27% (22/81) ocurrieron <24 semanas, 30% (25/81) entre las 24 y 28 semanas y 42% (34/81) entre las 28 y 32 semanas de gestación. Un 31% (7/22) de las pacientes con RPM <24 semanas se asoció a OHA, ocurriendo esto en un 36% (9/25) en las pacientes entre 24 y 28 semanas y en un 8,8% (3/34) entre las 28 y 32 semanas. De las pacientes con RPM antes de las 28 semanas (47), la tasa de infección intra-amniótica (IIA) fue de un 34% (16/47), mientras que las RPM entre las 28 y 32 semanas (34), la tasa de IIA fue de un 8% (3/34). En el sub-grupo de las pacientes con OHA asociado a RPM, las <28 semanas tienen una tasa de IIA de un 50% (8/16) mientras que en las RPM con OHA entre las 28 y 32 semanas, la tasa de IIA fue de 33% (1/3). De las 81 pacientes con RPM <32 semanas de gestación, 3,7% (3/81) presentaron una corioamnionitis clínica. Los 3 casos de corioamnionitis ocurrieron en pacientes con OHA asociado.

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que un cuarto de las pacientes con RPM antes de las 32 semanas de gestación se asocian a OHA. La asociación de RPM e IIA es 2 veces mayor en las pacientes con OHA vs las pacientes con liquido amniótico en cantidad normal (47% vs. 20%), respectivamente. Por lo tanto, el sub-grupo de pacientes con RPM asociado a OHA supone un riesgo elevado tanto de infección fetal como materna.



TRANSFUSION FETO FETAL. TRATAMIENTO CON FETOSCOPIA LASER EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA: PRIMERA SERIE NACIONAL EN UN HOSPITAL PUBLICO

*Becker J, Araneda M, De la Fuente S.
Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule*

INTRODUCCIÓN

La transfusión feto fetal (TFF) es una patología propia del embarazo gemelar monocorial, que ocurre en el 10% de ellos y tiene casi 100% de mortalidad en su historia natural. El tratamiento de elección es la fetoscopia láser, terapia que cambia radicalmente la sobrevida llegando a un 60-70% global. La implementación de esta técnica implica compra de equipos costosos y personal altamente entrenado, situación inexistente hasta el año 2012 en la red de salud pública en Chile.

OBJETIVO

Dar a conocer los resultados de la primera serie nacional de TFF tratada con fetoscopia láser en un hospital público chileno.

MATERIAL Y MÉTODO

Una vez evaluada la necesidad nacional de cubrir esta patología con tratamiento adecuado en el sistema público y considerando que estaba el recurso humano para hacerlo en nuestro hospital, se ofreció esta terapia a todas las maternidades públicas de Chile, recibiendo un total de 22 pacientes durante 16 meses (mayo 2012 a agosto 2013), que cumplían criterio para cirugía endoscópica (estadio II a IV de la clasificación de Quintero). Todas fueron sometidas a fetoscopia láser según protocolos internacionales conocidos y luego fueron devueltas a su centro de origen donde terminaron finalmente sus embarazos. Los resultados perinatales fueron obtenidos telefónicamente con los médicos tratantes y/o con las pacientes.

RESULTADOS

Se recibieron pacientes entre la II y X Regiones de Chile (desde Antofagasta hasta Chiloé), la edad gestacional promedio de diagnóstico fue de 19 semanas (15+4 a 23+3 semanas) y de cirugía de 19+3 semanas (16+1 a 23+4 semanas). El 45,5% (10/22) estaba en estadio II al momento de su evaluación en nuestro hospital, el 45,5 % (10/22) en estadio III y el 9% (2/22) en estadio IV. El 41% (9/22) tenía placenta anterior. A la fecha hay 20 pacientes resueltas con los siguientes resultados: edad gestacional promedio de parto 32 semanas (23-39 semanas). Sobrevida global de 62,5% (25/40 fetos) sobrevida de al menos un feto de 85% (17/20 pacientes), sobrevida de ambos fetos 40% (8/20 pacientes), muerte de ambos fetos 15% (3/20 pacientes). Peso promedio al nacer de 1660 gr (690-3400 gr), secuelas neurológicas de 4% (1/25 recién nacidos).

CONCLUSIONES

Esta es la primera serie de TFF tratada con fetoscopia en un hospital público chileno. El número de pacientes recibidas en el período de tiempo descrito, refleja que era una necesidad no cubierta en el sistema público. El corto tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento probablemente se debe a que no hay problemas administrativos al ocurrir todo dentro del sistema público de salud. Los resultados obtenidos son similares a los publicados por centros privados nacionales y también por centros del extranjero.



INCIDENCIA DE FACTORES PSÍQUICOS EN LA REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO BIOMÉDICO DE LA DIABETES GESTACIONAL

*Rubio A., van Dorsee A., Gutiérrez J., Haye M.T, Vásquez P., Farías L.,
USMM - UMMF, Hospital San José*

INTRODUCCION

La diabetes gestacional (DG) es una enfermedad prevalente durante el embarazo, ocupando una de las primeras causas de ingreso en las unidades de medicina materno fetal. Su manejo es fuertemente dependiente de la buena adherencia al tratamiento y es muchas veces uno de los motivos de fracaso del mismo. En nuestra UMMF se aborda esta enfermedad, con un enfoque biopsicosocial del paciente, realizando manejo multidisciplinario con Gineco-obstetricia, Perinatología, Nutricionista y Psicología. Este modo de dirigir el manejo, que hemos sostenido desde hace 6 años, ha implicado que pacientes de la UMMF -refractarias al tratamiento exclusivamente biomédico de la diabetes DG-, reciban a la vez atención psicológica en la USMM. El trabajo psicoterapéutico con dichas pacientes ha permitido distinguir ciertos factores psíquicos (contenidos en diagnósticos descritos en el CIE-10 y/o DSM, ver sección "Resultados"), que permiten configurar un "perfil psicológico de la paciente resistente al tratamiento biomédico de la DG".

MATERIALES Y METODOS

Desde octubre de 2011 a septiembre de 2013 se atienden 85 pacientes bajo la siguiente modalidad: Junto al tratamiento biomédico de la DG, reciben (bajo la figura de co-terapia) psicoterapia de orientación psicoanalítica. En lo específico, asisten a sesiones individuales, las cuales tienen una regularidad semanal y son de tiempo indefinido (sesiones breves, extensas o de tiempo regular, de acuerdo a criterio clínico en cada caso). Cada tratamiento psicoterapéutico se extiende por aproximadamente 6 meses.

RESULTADOS

Durante el inicio de la aproximación antes descrita, fue posible distinguir factores psíquicos comunes a la mayoría de las pacientes refractarias al tratamiento biomédico de la DG, los cuales son coincidentes con sintomatología contenida en el Trastorno Depresivo Leve, Distimia, Trastorno de Ansiedad Generalizado, Duelo Patológico y/o Trastorno por Atracones (CIE-10/DSM).

CONCLUSION

El ejercicio profesional de carácter multidisciplinario y el trabajo clínico en co-terapia ha fortalecido la necesidad de un abordaje biomédico-psicológico de la DG cuando la paciente se muestra refractaria a los tratamientos tradicionales (exclusivamente biomédicos) de DG. Ello permite i) distinguir los factores psíquicos que influyen en la refractariedad al tratamiento ii) ofrece un tratamiento integral a la paciente, es decir, uno que considere los aspectos tanto orgánicos como subjetivos iii) facilita, a través de la implementación de la psicoterapia, la adhesión a tratamiento, evita el autosabotaje del tratamiento y mejora la calidad de vida de las pacientes y de sus hijos.

1Unidad de Salud Mental de la Mujer

2Unidad de Medicina Materno-Fetal



EVALUACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN MUJERES DE 45 AÑOS Y MAS CONTROLADAS EN CLINICA DAVILA

Osorio E, Iglesias LR, Cortez J, Spichiger O, Montenegro L, Barrera V, Lizana S, Navarrete I, Ureta C, Ruiz M.

INTRODUCCION

Sabemos que el sobrepeso y la obesidad representan un factor de riesgo para la población. Durante la vida reproductiva de las mujeres el sobrepeso y la obesidad afectan la edad de inicio de la menarca y la duración del ciclo menstrual. A medida que la fertilidad disminuye y hasta que se establece la menopausia varios años después, impresiona que el aumento de peso es un evento dependiente de la edad. Nuestro objetivo principal fue evaluar y caracterizar a las mujeres en estudio según IMC, secundariamente es crear una base de datos que nos permita en el futuro cruzar información con otras variables. Los autores evaluamos como varía el índice de masa corporal en mujeres de 45 años y más, que fueron controladas en clínica Dávila.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión retrospectiva de fichas clínicas obtenidas del registro clínico electrónico disponible en clínica Dávila, administrados por TISAL. Durante el periodo comprendido entre el 01/01/2012 y el 06/06/2013, se evaluaron 2908 registros, de los cuales 1118 fueron excluidos por carecer de datos suficientes. La información final se obtuvo del análisis de 1790 registros clínicos. Utilizamos el índice de masa corporal para clasificar a los sujetos en bajo peso (IMC < 18.5); peso normal (IMC 18.5-24.9); sobrepeso (IMC 25-29.9); obesidad I (IMC 30-34.9); obesidad II (IMC 35-39.9); obesidad III (IMC \geq 40). El rango de edad fue de 45 a 89 años con una media de 53,4 años.

RESULTADOS

El 44% (790) de las pacientes se encontraban con sobrepeso, un 26% (469) presentaba obesidad principalmente tipo I (19.6%). Sólo un tercio de las pacientes (526) tenía un IMC normal. En el grupo estudiado el IMC se incrementó levemente en relación al aumento de la edad de las pacientes.

CONCLUSIONES

El 70% de las pacientes en el estudio se encuentran con sobrepeso o en rango de obesidad. De las pacientes obesas, el 75% es tipo I. La edad parece ser por sí sola un factor importante para explicar el aumento de peso de las pacientes en esta revisión.



EVALUACIÓN DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS EN CLÍNICA DÁVILA

Osorio. E1, Spichiger. O1, Iglesias. L1, Cortez. J1, Barrera. V1, Montenegro. L1, Navarrete. I1, Ureta. C1, Ruiz. M2
1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago.
2 Interna, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN

La enfermedad coronaria corresponde a la segunda causa de muerte en las mujeres Chilenas, luego del accidente cerebro vascular, y la gran mayoría de estas muertes son debidas a infarto agudo al miocardio (IAM). En la última década se ha visto una reducción en las tasas de mortalidad, la cual podría ser explicada por una disminución en la incidencia, por una mejora en el manejo de los factores de riesgo y/o a un mejor manejo terapéutico.

El propósito de este trabajo es evaluar a las mujeres mayores de 45 años con IAM, determinar letalidad y factores de riesgo asociados, principalmente el uso de terapia de reemplazo hormonal (TRH) y el control ginecológico.

MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional, donde se analizaron todas las pacientes mayores de 45 años que se presentaron al servicio de urgencia de Clínica Dávila con IAM entre enero de 2010 a diciembre 2012.

RESULTADOS

La edad promedio de las pacientes fue 71 años. La tasa de letalidad corresponde a un 8,8%. El factor de riesgo más común fue hipertensión arterial (HTA) (78,8%), seguido de tabaquismo (35%) y otros como diabetes mellitus (29%), dislipidemia (29%) y alcoholismo (5%). 10 (12,5%) de nuestras pacientes estaban en control ginecológico regular, de las cuales 2 (3,5%) se mantenían en TRH.

CONCLUSIONES

El IAM sigue siendo una patología de importancia por la alta letalidad que presenta. Se ve asociado a diversos factores de riesgo, los cuales deben ser manejados con fin de prevención tanto primaria como secundaria. En nuestra serie sólo el 3,5% era usuaria de TRH, por lo tanto no es posible formular conclusiones al respecto.



INCIDENCIA DE CESAREAS EN MADRES MAYORES DE 35 AÑOS

Pertossi E. (1); Correa P. (2); Goity C. (3) Troncoso M. (3) Figueroa H.(4)
(1) Alumno Medicina. Facultad de medicina de Universidad de los Andes
(2) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes
(3) Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial San Bernardo
(4) Departamento Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN

Actualmente se ha observado una tendencia a la postergación de la maternidad. Internacionalmente se describe un aumento del 2% de la tasa de partos en mujeres entre 35 y 39 años entre el año 2011 y 2012. Se estima que en Chile ha ocurrido el mismo fenómeno. Al mismo tiempo, mujeres mayores de 35 años tienen mayor riesgo de desarrollar patologías como diabetes gestacional, preeclampsia, placenta previa o presentaciones distócicas y cicatrices de cesárea anteriores, lo que implica que existe un mayor riesgo de interrumpir el embarazo por esta vía. Se describe que las mujeres mayores de 35 años tienen una mayor incidencia de éstas que mujeres bajo este punto de corte etario.

OBJETIVO

Determinar la incidencia de cesáreas en el grupo de mujeres mayores de 35 años que recibieron atención del parto en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) durante un periodo de 3 años aproximadamente y compararlo con el grupo total y el grupo menor de 35 años.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio observacional retrospectivo, analizando la base de datos del registro de partos en el servicio de obstetricia de HPSB entre el 01 de enero del 2011 y el 14 de agosto del 2013. Se clasificó la población en estudio según edad, en dos grupos, bajo 35 años y mayores o igual a 35 años. Se evaluó la vía de parto, peso de nacimiento, sexo del recién nacido, apagar a los 5 minutos, edad gestacional, indicación de cesárea electiva y de urgencia más frecuente.

RESULTADOS

Se analizó un total de 5337 partos en HPSB. Ochenta y un mujeres no tenían los datos completos, quedando un total de 5256 mujeres. El grupo de mujeres menores de 35 años se conformó con 4537 mujeres, de las cuales 43% (n=1951) tuvo como vía de parto cesárea, 52,96% (n=2403) parto espontáneo y 4,03% (n=183) fórceps, un total de partos vaginales del 56,99% (n=2586). El 7,89% (n=358) de los RN fueron macrosómicos. Respecto a las indicaciones de cesáreas electivas más frecuentes se observa una tendencia al predominio de cicatriz de cesárea anterior junto con macrosomía fetal u otra patología y doble cicatriz de cesárea anterior. El grupo de madres mayores de 35 años corresponde al 13,67% del total (n=719). La vía de parto cesárea constituye un 52,43%(n=377), parto espontáneo un 43,53%(n=313) y fórceps 4,03% (n=29), con total de 47,56%(n=342) de partos vía vaginal. El 12,37% (n=89) de los RN fueron macrosómicos, el promedio de EG de este grupo se calculó con el 76% de la muestra (n=550) resultando una EG promedio de 38+1 semanas. Respecto a la indicación de cesárea más frecuente se observa una tendencia a mayor número de comorbilidades como PE, DG y condiciones como macrosomía y cicatriz de cesárea anterior.

CONCLUSIÓN

En HPSB el 13,67% de los partos fue en madres mayores de 35 años, valor que se encuentra bajo el corte nacional de 16% aproximado, con una mayor cantidad de cesáreas (52,43%) que en el grupo menor de 35 años (43%). Al mismo tiempo, existe una mayor cantidad de RN macrosómicos en el primer grupo (12,37%) que en el segundo (7,89%) y que lo descrito a nivel internacional (9% aproximado). Lo que podría asociarse a una mayor cantidad de indicaciones de cesárea y por lo tanto en un factor que debe tenerse en cuenta en el control prenatal de este grupo de mujeres. En las madres mayores de 35 años se observa una tendencia al desarrollo de mayor comorbilidad materna y fetal, hecho que debe ser considerado porque sigue constituyendo un problema de salud pública. Por otro lado, no se pueden comparar el resultado de las cesáreas totales con lo recomendado para América Latina porque en la muestra se incluyen partos del servicio y privados.



FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNTOMA DE PARTO PREMATURO DURANTE EL PERIODO 2012-2013, REALIDAD DE LA CIUDAD DE ILLAPEL

Abudinén GA (1), Vega SI (1), Paravic NA (1), Arrau NP (1).
(1)Médico – Cirujano, Etapa de destinación y Formación (EDF), Hospital Illapel, Illapel, Chile.

INTRODUCCION

El parto prematuro es definido por la OMS como el parto que ocurre antes de las 37 semanas y son responsables de 75 a 80% de la mortalidad perinatal. Según datos del MINSAL la tasa de parto prematuro se encuentra entre 5-6%. El conocimiento de las condiciones asociadas con el parto prematuro permitirá establecer conductas e intervenciones que probablemente lograrán reducir el nacimiento prematuro, su recurrencia y la morbimortalidad asociada

MATERIALES Y METODO

Se realizó un estudio transversal, retrospectivo, con muestreo no probabilístico, donde se revisaron fichas de pacientes con síntoma de parto prematuro durante el periodo 2012- 2013. Las variables estudiadas fueron las comorbilidades que presentaron las embarazadas con síntoma de parto prematuro: Diabetes Gestacional, Ruptura prematura de membrana, Alteraciones del Líquido Amniótico, Edad Gestacional Dudosa, Síndrome Hipertensivo del Embarazo, Factores Maternos (Embarazo adolescente, infecciones maternas, incompatibilidad rh), Factores fetales (Distocias, Alteraciones del crecimiento, embarazo gemelar).

RESULTADOS

Ingresaron 152 pacientes al estudio. La incidencia de SPP durante el periodo 2012-2013 fue de un 13,2%. El promedio de primigestas fue de un 51,3% . Del total de pacientes, un 15,1% (n: 23) presentaron algún factor de riesgo materno (embarazo adolescente 9,2% n:14; infecciones 3,8% n:6; incompatibilidad rh 2%) y un 9,2% presentaron un factor de riesgo fetal. En relación a las patologías concomitantes del binomio madre-hijo fueron en orden decreciente: Alteraciones del líquido amniótico (polihidroamnios y oligohidroamnios) 10,5% (n: 16), Diabetes Gestacional 9,8% (n:15), Ruptura Prematura de Membrana 3,9% (n: 6), Síndrome Hipertensivo del Embarazo 3,3% (n: 5), Metrorragia del embarazo 2,6% (n: 4), Edad Gestacional Dudosa 2,6% (n: 4).

DISCUSION

En el presente estudio retrospectivo se evidencia una incidencia de síntomas de parto prematuro de 13.2% dada desde enero de 2012 hasta Septiembre de 2013.

La incidencia de partos prematuros en adolescentes fue de 9.2%, porcentaje que puede ser modificado con intervenciones a la comunidad de forma de educación sexual. Cabe destacar el elevado porcentaje de mortalidad que un parto prematuro presenta, por lo que una baja en su incidencia sería clave para disminuir tanto mortalidad como costos en salud.

Por otra parte el porcentaje de parto prematuro asociado a RPM comparado con la bibliografía no alcanza el 33% descrito clásicamente, de hecho tan solo se presentó en un 3.6% de los pacientes. Dato que llama la atención y que tendrá que ser evaluado posteriormente en otro estudio, ya que puede existir un subdiagnóstico de RPM.

Al analizar las comorbilidades obstétricas nos encontramos además con una prevalencia de diabetes (gestacional y pregestacional) de 9.8% en los pacientes que presentaron SPP, además las alteraciones de líquido amniótico fueron de un 10.6%. Al analizar este hecho uno podría fácilmente asociarlo a diabetes en el embarazo dado su relación con el PHA(polihidroamnios) pero al comparar la relación de los pacientes estudiados, tan solo 1 de los pacientes presentó PHA y Diabetes.

Existe poco registro de nuestra estadística local en la literatura científica nacional. Aún hay mucho que estudiar al respecto, y quedan las puertas abiertas para nuevos estudios que nos permitan plantear y realizar intervenciones a la comunidad con el fin de mejorar los índices de salud en Hospital de Illapel y la provincia del Choapa.



UNA DÉCADA DE ACTIVIDAD CLÍNICA: CAMBIOS EN EL PERFIL DEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS EMBARAZADAS EN LAS COMUNAS DE LA GRANJA, LA PINTANA Y SAN RAMÓN

Stambuk M., Carrillo J., Insunza A.

Hospital Padre Hurtado; Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.

OBJETIVO

Caracterizar la población de mujeres gestantes atendidas en la Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido del Hospital Padre Hurtado en el período de tiempo comprendido entre los años 1999 y 2012.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte retrospectivo de los partos ocurridos entre el 1 de Enero de 1999 hasta el 31 de Diciembre del 2012. Se seleccionaron tres períodos de estudio: inicial (1999-2001), intermedio (2005-2007) y reciente (2010-2012) Se analizaron y compararon variables demográficas, obstétricas y perinatales para cada período de tiempo.

RESULTADOS

Hubo 55.906 partos en el total de años analizados. La edad materna (media \pm DS) fue de $25,4 \pm 6,7$ años (rango: 12-47 años), 59,2% de las pacientes pertenecían a Fonasa A-B o no tenían previsión, 40,7% de las mujeres fueron nulíparas y 57,3% fueron multíparas, la edad gestacional (media \pm DS) fue de $39,1 \pm 1,9$ semanas (rango: 22-43 semanas). La comparación entre los años estudiados mostró una tendencia al descenso de las gestantes adolescentes ≤ 18 años y de las grandes multíparas, un aumento de los partos de pretérmino, tanto <37 ; <35 y <32 semanas, y un incremento en la tasa de cesáreas de urgencia ($p < 0,05$). La principal patología asociada fue la preeclampsia.

CONCLUSIÓN

La población de mujeres no presentó cambios significativos en las características socio-demográficas en el período de estudio. No obstante, aumentaron la prematuridad y las cesáreas, sin un cambio relevante en las patologías asociadas.



GESTIÓN DE ATENCIONES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Yamamoto C, Blanco S, Rojas J, Jordán F, Leiva W, Carrillo J, Latorre R, Gomez R, Paiva E, Insunza A, Behnke E.
Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y Recién Nacido
Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

Las atenciones médicas ambulatorias son de alto costo en recursos humanos y espacios físicos. El estudio es retrospectivo de tres años de funcionamiento de la ficha clínica electrónica del PARO, poniendo especial énfasis en las patologías atendidas, el número de atenciones por patología y el resultado perinatal de esta población.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todas las atenciones del PARO entre los años 2010 a 2012. Se analizó la cantidad de atenciones, pacientes y embarazos. Se realizó un estudio de las patologías atendidas, el número de consultas por patología, y finalmente el resultado perinatal de toda la población.

RESULTADOS

Se registraron 23.184 consultas del PARO en 3 años, en que Diabetes gestacional y una cesárea anterior fueron los principales motivos de derivación. Sin embargo, diabetes e hipertensión arterial crónica fueron aquellos que más consultas requirieron, al considerar ingreso y controles.

Diagnóstico de ingreso	Ingresos	Total de consultas	% del total de consultas
Diabetes gestacional	710	2625	11%
1 cesárea anterior	596	1082	4,6%
Embarazo EVP	339	389	1,6%
HTA crónica	291	2075	8,9%
EG dudosa	251	433	1,8%
hipotiroidismo	215	346	1,49%

CONCLUSIONES

Es factible tener una gestión de las consultas en un nivel secundario, en relación a los diagnósticos, de modo que se pueda conocer aquellos que son más frecuentes, y aplicar modificaciones en torno a la disminución o contención de costos. La evolución en el tiempo de estos indicadores permitirá realizar la correcta vigilancia.



CARACTERIZACIÓN DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS HOSPITALES CARLOS VAN BUREN, DR.GUSTAVO FRICKE Y DR.ALMIRANTE NEF DURANTE EL AÑO 2012

Acuña Pa, González Va, Moreno J 1,2, De la Torre L1,2

(a) Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(1) Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(2) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso. Chile.

INTRODUCCIÓN

El perfil demográfico de las pacientes embarazadas de la V región y la descripción de lo que respecta a sus nacimientos ha sufrido cambios significativos en los últimos años. El registro de éstas en los principales centros de salud de dicha región, Hospital Carlos Van Buren (HCVB), Hospital Dr.Gustavo Fricke (HGF) y Hospital Naval Almirante Nef (HAN), permite describir los perfiles de pacientes según cada centro y los grandes cambios que han ocurrido respecto a las tasas de parto vaginal y cesárea, tanto global como por cada centro.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, en el cual se analizaron los nacimientos, independiente de la vía de parto, ocurridos en los centros HCVB, HGF y HAN durante todo el año 2012. Los datos fueron obtenidos del registro de embarazadas de las bases de datos de los Sistemas Informáticos Perinatales de los centros HCVB y HAN entre el 1 de enero y 31 de Diciembre del 2012. Respecto al HGF se realizó un muestreo por conveniencia, trabajando con un 49.7% del total.

RESULTADOS

Se analizaron los datos de 2712 nacimientos en el HCVB, 1348 en el HGF y 634 en el HAN, con un total de 4694 nacimientos. La edad promedio fue de 26 años (DE 6.7), con un 18.6% de gestantes precoces, escolaridad secundaria rendida en un 81%. Un 59.6% de las pacientes eran multíparas, cursando con embarazo único (>96%), sin patologías durante éste (74,6%), y con un mínimo de 4 controles prenatales en un 88.9% de los casos. Del total de los nacimientos, un 62% (2908) correspondieron a partos vaginales, 35% (1611) a cesáreas y 3% (128) a fórceps. El promedio de cesáreas de urgencia fue de 48.2% para el total de los centros. Del total de los partos vaginales, un 87.9% de éstos fueron atendidos por matronas. Se objetivó, en el total de la muestra, la realización de episiotomías en un 36.3% de los casos (1079). Se registraron un total de 1184 desgarros durante el trabajo de parto, correspondiendo a un 39.9% del total de los partos vaginales. No se presentaron casos de mortalidad maternal durante el año de estudio.

CONCLUSIÓN

El perfil demográfico entregado nos demuestra que la tasa de embarazo adolescente se encuentra por sobre lo registrado a nivel nacional, requiriendo un análisis con lo que respecta a la educación y a la información entregada por el equipo de salud. Destaca notoriamente la alta tasa de cesárea electiva y global presente en los 3 centros de salud (34.33%), así como aquella de fórceps, muy por sobre lo recomendado por la OMS.



EVOLUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Y DEL PESO DE NACIMIENTO EN CHILE EN LAS DOS ÚLTIMAS DECADAS, HACIA HIPÓTESIS EXPLICATIVAS

López P.a

a Universidad de Valparaíso, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

En varios países de Europa y de América del norte, el perfil de los nacimientos se modificó a menudo en el sentido de un aumento de la prematuridad, un estancamiento o una disminución del peso de nacimiento y un aumento de los nacimientos múltiples. Entre los factores que han contribuido a modificar este perfil se encuentran profundos cambios en el dominio de la obstetricia y de la perinatología, principalmente, el desarrollo de la ecografía fetal para estimar la edad gestacional, la práctica creciente de la cesárea y de la inducción del parto, el aumento de la sobrevivencia de recién nacidos prematuros y el desarrollo de las técnicas de procreación asistida. También han contribuido las modificaciones en el registro de los nacimientos así como los cambios socio demográficos en la población materna.

MATERIAL Y MÉTODO

Este estudio epidemiológico descriptivo incluyó a todos los nacidos vivos en Chile, tanto únicos como múltiples, registrados en la Base Nacional de Nacidos Vivos durante el período 1991-2008 (N = 4.559.917).

El análisis de la distribución de la edad gestacional considera la tasa de prevalencia (%) de los nacimientos prematuros (<37 semanas, incluyendo las categorías <32 y 32 a 36 semanas), se describen los nacimientos de término (37 a 41 semanas) y los nacimientos de post término (42 semanas o más). El análisis del peso al nacer considera la prevalencia de nacimientos con menos de 1500 gr, de 1.500 a 2.499 gr, los nacimientos de 2.500 a 3.999 gr, y de 4.000 gramos o más.

RESULTADOS

La base Nacional de Nacidos vivos presenta características de exhaustividad y los errores y valores ausentes disminuyen en el tiempo. El número de nacidos vivos de término y pos término disminuyó y el número de nacimientos múltiples aumentó significativamente. El peso al nacer superior a 4.000 g no presentó variaciones significativas. El total de nacimientos prematuros aumentó de 5,0 % a 6,6 %, con incrementos de 28 % para los únicos y 31 % para los múltiples ($p < 0,0001$), algunas categorías específicas de prematuros aumentaron aún más, como los menores de 32 semanas (+32,3 % en únicos y +50,6 % en los múltiples ($p < 0,0001$)). La tasa global de bajo peso al nacer (< 2500 gr.) aumentó de 5,0 % a 6,6 %. Esta variación no fue estadísticamente significativa para los únicos ($p = 0,06$), los análisis específicos mostraron un aumento importante en la categoría de peso < 1.500 g (42% para los únicos y 43 % para los múltiples).

CONCLUSIONES

La edad gestacional y el peso al nacer de los recién nacidos vivos ha cambiado significativamente en las últimas dos décadas en Chile. El monitoreo de las tasas generales de nacimientos prematuros y de bajo peso al nacer es insuficiente, pero su seguimiento por grupos específicos de edad gestacional y de peso al nacer proporciona una base sólida para la planificación de intervenciones y para medir y prevenir algunos resultados adversos.

Este análisis descriptivo también muestra la necesidad de evaluar los diversos factores que pueden jugar un papel en estas tendencias, ya que los cambios demográficos, las intervenciones médicas y el aumento de la supervivencia de prematuros extremos podrían estar contribuyendo a las tendencias observadas.



OUTCOME PERINATALES EN EMBARAZOS TRIPLES: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Sierra P, Vargas P, Kusanovic JP, Fernandez C.

CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal. Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, dada la introducción de técnicas de apoyo a la fertilización, la incidencia de embarazos múltiples ha aumentado considerablemente. Esto ha cobrado gran relevancia ya que estas gestaciones concentran un mayor porcentaje de complicaciones gestacionales y neonatales, requiriendo un especial control y seguimiento durante el embarazo y periodo neonatal. El propósito de este estudio es describir las principales características de los casos de embarazos triples en nuestro centro, con principal énfasis en las complicaciones maternas y el desafío que plantea su pesquisa temprana para la mejora de los resultados perinatales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó los casos de embarazos triples de los últimos 10 años por medio de la base de datos del Centro de Investigación Materno Fetal del Hospital Sótero del Río, obteniéndose las fichas clínicas de las pacientes de donde se recopiló la información analizada.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 7 casos de embarazos triples entre los años 2002 y 2011. La totalidad fueron embarazos espontáneos. La edad materna promedio fue de 28 años (17 a 37 años), siendo el 42,8% de ellas primigesta. Las principales complicaciones del embarazo fueron: cuello corto en cuatro casos (57,1%), preeclampsia moderada en dos casos (28,6%), metrorragia del primer trimestre en un caso (14,2%), restricción selectiva del crecimiento en un caso (14,2%) y restricción del crecimiento de los tres gemelos en un caso (14,2%). Respecto a la corionicidad, 4 casos eran bicorial triamniótico (57,1%), un caso (14,2%) monocorial triamniótico, dos casos tricorial triamniótico (28,5%). La edad gestacional al término fue entre la semana 27+6 y 34+2, con una edad gestacional promedio de 31+8 semanas. La vía de parto del 100% de los embarazos fue operación cesárea, siendo el 57,1% de ellas de urgencia. El 71,4% alcanzó a recibir corticoides. Las principales indicaciones de interrupción fueron: ruptura prematura de membranas y electiva a las 34 semanas.

El 100% de los gemelos nació vivo. El peso de nacimiento promedio fue de 1598 gr, con un rango de 810 a 2300 gr presentaron un apgar promedio 7 al minuto y 8 a los cinco minutos.

CONCLUSIONES

Los resultados perinatales con un adecuado control del embarazo son favorables, a pesar de la prematuridad de los nacimientos.

PALABRAS CLAVES

Embarazo múltiple triple, outcome perinatal, parto prematuro.

TRANSFUSIÓN FETO-MATERNA MASIVA, REPORTE DE UN CASO

Leiva P.1, Galaz J.2, Caradeux J.3, Montenegro L.4, Goity C.3-4, Figueroa H.3-4.
(1) Interna VII año Medicina Universidad de los Andes
(2) Alumno V año Medicina Universidad de los Andes
(3) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología,
y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes
(4) Clínica Dávila

INTRODUCCIÓN

Se define transfusión feto-materna (TFM) como la entrada de sangre fetal en la circulación materna, la cual puede ser aguda o crónica. Según la evidencia disponible 96% de los embarazos presentan TFM menor a 1 ml sin consecuencias materno-fetales y 0,2/1000 nacimientos se presenta como una transfusión masiva (>150 ml o >20% volemia fetal). La fisiopatología no es completamente conocida y los síntomas y signos dependerán de la velocidad con la que se presente el cuadro, describiéndose así: anemia neonatal, disminución de movimientos fetales (MF), frecuencia cardiaca fetal con patrón sinusoidal en el monitoreo antenatal y óbito fetal.

CASO CLÍNICO

Mujer primigesta de 30 años, cursando embarazo de 35+3 semanas con Diabetes Gestacional, Oligohidroamnios, grupo sanguíneo B II Rh(-) no sensibilizada. Consulta por disminución de MF. Al ingreso presenta un registro basal no estresante no Reactivo asociado a una desaceleración tardía en contexto de dinámica espontánea (Fig. 1) y una Ecografía Doppler de arteria umbilical normal (Fig. 2). Se realiza cesárea de urgencia. Neonato masculino, APGAR 0 al minuto, 0 a los 5 minutos y 3 a los 13 minutos. Test de Kleihauer-Betke muestra 6% de eritrocitos con hemoglobina fetal en sangre materna compatible con TFM (volumen transfundido estimado: 200 ml). Hematocrito fetal 9%. La madre recibe gammaglobulina anti Rh y se maneja al recién nacido con soporte ventilatorio, transfusión de glóbulos rojos, drogas vasoactivas y protocolo de hipotermia, evolucionando con encefalomalacia multiquística cortical y daño neurológico severo.

DISCUSIÓN

Si bien la transfusión feto materna es una entidad poco frecuente, probablemente su incidencia es subestimada. Los test diagnósticos más usados son: citometría de flujo, prueba de rosetas y test de Kleihauer-Betke, siendo este último el más disponible en la práctica clínica. El pronóstico dependerá de la edad gestacional en la que ocurra, el volumen transfundido y la temporalidad (agudo vs crónico). Se debe sospechar TFM ante la presencia de: disminución persistente de movimientos fetales, óbito fetal, Hidrops, aumento inexplicable de la velocidad máxima de flujo de la arteria cerebral media y anemia neonatal. En cuanto al manejo de la paciente, fue el recomendado por las guías de TFM, regulando la dosis de gammaglobulina anti D según el volumen transfundido estimado. (1 dosis por cada 30 ml de volumen transfundido).



Fig. 1: Registro basal no estresante



Fig. 2: Ecografía Doppler Arteria Umbilical



SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLICH: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Saens P, Doren A, Leiva JE, Torres D.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Talca, Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich se caracteriza por útero didelfo, hemivagina ciega total o parcial y agenesia renal ipsilateral. La baja prevalencia asociada a las variadas formas de presentación hace que su diagnóstico sea difícil, por lo que es importante conocer la patología para realizar un estudio y tratamiento adecuados, teniendo en cuenta que se reporta hasta un 50% de error en el diagnóstico y/o tratamiento de este síndrome. Se presenta un caso clínico, su resolución quirúrgica y evolución clínica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años, sexo femenino, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos. Dentro de los antecedentes ginecológicos destaca menarquia 3 meses previa a la consulta, con ciclos regulares (III/30) y flujo normal, sin método anticonceptivo ni actividad sexual. Derivada desde atención primaria a oncología ginecológica con diagnóstico de tumor pélvico sintomático en estudio. La paciente refería dolor pélvico cíclico desde su menarquia que llegaba a ser invalidante, asociado a constipación progresiva. Se realiza ecografía ginecológica transabdominal informando tumor quístico de 15 x 10 cm que ocupa el fondo de saco de Douglas, con cuerpo uterino desplazado a izquierda, sin lograr visualizarse ovarios, y ausencia de riñón derecho. Se solicitan marcadores tumorales que resultan normales y resonancia magnética que informa útero didelfo asociado a hematometra y hematocolpo derecho, en el contexto de hemivagina derecha tabicada casi a nivel vulvar (malformación mülleriana tipo III ASRM), ovarios normales, y se confirma la ausencia riñón derecho. Se deriva para evaluación por equipo encargado de ginecología adolescente del servicio, quienes describen al examen físico desarrollo puberal adecuado para la edad, y un tumor abdominopélvico palpable hasta nivel umbilical, móvil, de aproximadamente 15 cm de diámetro, levemente sensible a la palpación. A la inspección genital destacaba la presencia de vagina doble: la de la derecha cerrada por un tabique transversal abombado prácticamente a nivel himeneal; y la de la izquierda permeable. Se plantea el diagnóstico de Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich y se indica resolución quirúrgica programada bajo anestesia, en la que se reseca el tabique vaginal descrito dando salida a abundante líquido achocolatado sin signos de sobreinfección. La paciente evoluciona en el posoperatorio inmediato satisfactoriamente con indicación de anticonceptivos orales combinados (etinilestradiol y dienogest). Durante el seguimiento la paciente evoluciona asintomática y con reglas regulares. Se realiza resonancia magnética de control a los 3 meses de la cirugía en la que se describe dos cavidades endometriales con ambos endometrios de grosor normal, leve ectasia en hemivagina superior derecha en el contexto de acentuada distensión antigua, pero sin zonas de distensión al examen actual.

CONCLUSIONES

Si bien el Síndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich es una patología poco frecuente, el conocimiento de este tipo de malformación mülleriana permitirá tener un alto nivel de sospecha frente a pacientes perimenárquicas con tumor pélvico y agenesia renal ipsilateral. Es importante realizar un examen físico acucioso e indicar el estudio imagenológico adecuado con resonancia magnética, de modo de identificar claramente el tipo de malformación y así evitar tratamientos inadecuados y agresivos como metroplastía o resección de un falso cuerno aberrante no comunicante. La indicación ante este escenario clínico es sólo corregir la obstrucción del flujo menstrual, preservando el potencial reproductivo.



TRANSLOCACION ROBERTSONIANA T13-T14, COMO CAUSA DE ABORTO RECURRENTE. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONSEJO GENÉTICO. REPORTE DE UN CASO CLINICO

*Salinas P(1,3), Matamala P(2), San Martin F(1,3), Olguin F.
(1) Servicio integral de la mujer, Clínica Hospital del Profesor.
(2) Interna de Medicina Universidad Finis Terrae.
(3) Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae.*

INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de una mujer de 34 años sana, con historia de 1 aborto, 1 parto a término fisiológico y 2 abortos posteriores. En uno de ellos la biopsia fue informada como restos ovulares con alteraciones sugerentes de aberraciones cromosómicas, motivo por el cual se efectúa cariotipo a la paciente revelando 45 xx, t13- t14 (q10,q10). La paciente solicita consejo genético para decidir si planifica un nuevo embarazo.

DISCUSION

Los cariotipos anormales en población general se estiman cerca del 1% y las translocaciones recíprocas (t) en 0,1 a 0,2%(1). La más común de estas translocaciones Robertsonianas es la que ocurre entre los cromosomas 13 y 14, siendo un 75% de ellas (2). Los portadores de t (13;14) son usualmente fenotípicamente normales pero tienen riesgo de producir gametos desbalanceados, en hombres aparecen en el estudio de infertilidad, teniendo una frecuencia 10 veces mayor que los normales y manifestándose como oligospermia(3,4). Los resultados reproductivos en mujeres habían sido poco consistentes principalmente por lo pequeñas de las muestras estudiadas, lo que se resolvió hace unos años en la serie de Engels et al (5) que mostró una frecuencia de aborto de 27% en embarazos espontáneos, una tasa de óbito fetal de 3.3% y un 66.7% de recién nacidos vivos. No hubo nacidos vivos con translocaciones de trisomía 13 y/o síndrome de Patau. Sólo un 2.5 % de esta serie fue diagnosticada como infértil, lo cuál es menor a la reportada en series previas.

A partir de la evidencia más actualmente disponible podemos inferir que la frecuencia de abortos espontáneos está aumentada (27% vs 15%), lo cual se puede explicar por la mayor frecuencia de trisomías 13 y 14, 100 veces al comparar con población sana, y la alta letalidad de estas mismas trisomías en las etapas tempranas del embarazo(6). También es posible sostener que es muy poco probable observar recién nacidos con trisomía 13 en concordancia con lo descrito en estudios previos.

Estos son los puntos más importantes que deben ser mencionados cuando una paciente acuda a solicitar un consejo genético: Aumento de la tasa de abortos casi al doble y un muy bajo riesgo de recién nacido vivo con translocaciones de trisomía 13.

REFERENCIAS

- (1) Nielsen et al. Hum Genet 1991; 87(1):81.
- (2) Gardner y Sutherland. Chromosome abnorm and genetic counseling. 2ª edición Oxford university press.
- (3) Seriven et al. Human Reproduction 2001, vol 16 (11):2267-2273.
- (4) Molina et al, J Assist Repprod Fenet 2009, 26(2-3):113-117.
- (5) Engels et al. Am J Med Genet 2008; 146A:2611-2616.
- (6) Hook et al. Am J Med Genet 1989,33;14-53



FÍSTULA ENTEROUTERINA SECUNDARIA A CÁNCER DE CERVICO UTERINO, UNA COMPLICACION INFRECUENTE, CASO CLÍNICO

San Martin F.1,4, Salinas P1,4, Olguín F.1,2,4, Bernal N.3, Muñoz S.3, Vivanco F.3

1Clínica Hospital del Profesor; 2Hospital San Juan de Dios;

3Interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae; 4Docente Universidad Finis Terrae.

Se expone caso clínico de Paciente M.A.R, 71 años, con antecedentes de enfermedad diverticular de colon quien consulta a cirugía general por cuadro de dolor abdominal inespecífico, baja de peso, diarrea y flujo vaginal de mal olor. En la evaluación ginecológica se observa en la especuloscopía eliminación de abundante deposiciones líquidas por cuello uterino, el cual está dilatado constituyendo un canal para la eliminación de deposiciones. Los exámenes muestran anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis e hipoalbuminemia. Al TAC abdomino pélvico se visualiza fístula ilio-uterina con DIU en trayecto fistuloso. La colonoscopia resulta normal y la RNM destaca útero de tamaño normal en AVF con presencia de aire en cavidad endometrial en relación a fístula y engrosamiento parietal en asa de yeyuno. Se practica intervención quirúrgica en conjunto con equipo de cirujanos con diagnóstico de : fístula entero uterina secundaria a DIU incrustado. Se realiza LMIU, visualizando adherencias de asa de íleon a fondo uterino, al liberar asa de íleon aparece T de cobre en el trayecto fistuloso el cual es de 1 cm de diámetro en fondo uterino .Se practica histerectomía total mas resección de asa de íleon con anastomosis termino terminal. La paciente evoluciona satisfactoriamente en post operatorio siendo dada de alta a los 7 días .Al control post operatorio la paciente se encontraba en buenas condiciones y la biopsia se informo como : cuerpo y cuello uterino con carcinoma pavimentoso que infiltra tercio externo miometrial y espesor pared cervical. no encontrando endometrio En íleon hay carcinoma pavimentoso con perforación intestinal en relación a zona tumoral y los márgenes están libres de tumor .La paciente fue enviada GES por cáncer de cuello uterino y se indico radioterapia , la paciente rechazo tratamiento 3 meses post cirugía se encuentra asintomática y subiendo de peso.

DISCUSION

Las fistulas del tracto genital femenino generalmente son secundarias a un trauma obstétrico o quirúrgico, a enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn o colitis ulcerosa) , a secuela de radioterapia , a infecciones pélvicas o cáncer de colon .Las fistulas del tracto genital femenino se pueden clasificar en 1 : Vesico-vaginales, Vesico-uterinas, Recto-vaginales , entero-uterinas, urétero-vaginales , urétero uterinas y uretro-vaginales. Las mas frecuentes son la fistula véscico uterina , generalmente secundaria histerectomia¹ y la recto vaginal , de las cuales el 88 % son por un trauma obstétrico y ocurren en el 0,1% de los partos vaginales². Las fistulas de intestino a útero son raras, existiendo muy pocos casos señalados en la literatura; las mas frecuentes corresponden a fistulas de colon a útero secundaria a enfermedad de Crohn² . Hay reportes de fistulas entero-uterina secundario a cáncer primario de colon y hay un solo caso descrito de fistula de íleon a vagina³ secundario a un cáncer de cúpula vaginal. La mortalidad por CaCu ocupa el 5º lugar entre las muertes por cáncer en Chile, con una disminución desde 14 x 100.000 mujeres en 1990 a 6,5 x 100.000 en 2009 , con la menor reducción en el grupo de mujeres mayores de 80 años⁴, probablemente por que los esfuerzos de las políticas preventivas se han enfocado en menores de 65 años. La manifestación clínica mas frecuente del CaCu invasor es el sangrado vaginal y la formación de una fistula a intestino delgado con la eliminación de deposiciones por vagina es un evento raro en la clínica del CaCu.

1Tafesse B New classification of female genital fistula. J Obstet Gynaecol Can 2008;30(5):394-5

2Bradley L Rectovaginal. Fistula Surg Clin N Am 2010;90 : 69-82

3J MT Howat Carcinoma of the vagina with entero vaginal fistula Postgraduate Med J 1984;60:435

4Vidal C Hoffmeister Tendencia de la mortalidad por cáncer de cuello uterino en Chile .Rev Panam Salud Publica 2013;33(6):407-13



HIPERREACCIÓN LÚTEA ASOCIADA A HIPOTIROIDISMO SEVERO DURANTE EL EMBARAZO: DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Alwane E., Haya M.T, Vásquez P., Gutiérrez J.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La hiperreacción lútea es una condición, extremadamente rara en el mundo, existiendo alrededor de 100 casos reportados en la literatura. Se caracteriza por la aparición de múltiples quistes teca-luteínicos, que confluyen en un tumor, de gran tamaño, generalmente bilateral, con aumento de la producción de andrógenos. Principalmente ocurre en mujeres jóvenes, multíparas, sometidas a inducción de ovulación. La sospecha es clínica-ecográfica, asociado a un aumento excesivo de los niveles de b-HCG. El tratamiento consiste principalmente en un manejo expectante, en donde la resolución de la enfermedad ocurre una vez terminado el embarazo, con regresión completa de la lesión, sin secuelas. En este trabajo, se describe el caso clínico de una paciente que presenta en forma espontánea esta enfermedad, y su evolución hasta el final del embarazo.

CASO CLINICO

Se realiza revisión de ficha clínica e imágenes de la paciente (con consentimiento), además de revisión de la literatura. La paciente ingresó a nuestro hospital en el año 2013, cursando cuadro clínico de dolor abdominal, donde se pesquiza tumor pélvico de gran tamaño. Además presenta antecedente de hipotiroidismo severo, sin tratamiento. El ultrasonido muestra tumor bilateral multiquístico que ocupa todo el abdomen hasta xifoides. El manejo fue quirúrgico por tumor bilateral de crecimiento rápido, realizando ooforectomía parcial. Presenta además exposición de membranas y se realiza cerclaje de rescate, pero inicia trabajo de parto a los 8 días, abortando a las 22 semanas. La biopsia diferida da el diagnóstico, reportando la presencia de una hiperreacción lútea.

CONCLUSIONES

La hiperreacción lútea es un diagnóstico diferencial, dentro del estudio de una masa anexial, durante el embarazo. Sin embargo, es una entidad clínica muy poco frecuente y de difícil sospecha, y debido a sus características estructurales, que impresionan similares a una lesión maligna, el abordaje quirúrgico con criterio oncológico puede verse respaldado. La similitud de la HCG y de la TSH, nos permitiría plantear, que el hipotiroidismo severo de la paciente, con una TSH sobre 90 $\mu\text{u/L}$, podría haber participado en la génesis de la enfermedad. Otro elemento de ayuda en el estudio de los tumores ováricos son los marcadores tumorales. En este caso pudo haber ayudado al diagnóstico la B-HCG, pero no se conocen los valores de normalidad y el rol pronóstico real que pueden tener durante el embarazo.



ABORTO COMPLETO EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO POR SIFILIS: EXPERIENCIA EN SICHILI, ZAMBIA, AFRICA

*Drs. Sepúlveda A; Ceroni J; Martin D
Sichili Mission Hospital, Zambia, África*

La sífilis materna es responsable de por lo menos 460.000 abortos o mortinatos al año en el mundo, 270.000 recién nacidos con bajo peso o prematuros y 270.000 casos de sífilis congénita. Los abortos sifilíticos, tienen por característica, el aparecer en un periodo relativamente tardío, en la segunda mitad del embarazo. El feto suele infectarse en el Segundo y Tercer trimestre del embarazo con el mayor riesgo que concita en este periodo. La posibilidad de infección en el Primer trimestre es mucho menor, pudiendo desencadenar un aborto temprano.

Se presenta el caso de una paciente de 16 años, primigesta, cursando un embarazo de 22 semanas según fecha de última regla. Es derivada de BMUINA por dolor hipogástrico, progresivo, que se irradiaba a dorso. Al ingreso se constata una paciente orientada, hemodinámicamente estable, afebril. Al examen ginecológico, destaca flujo genital de mal olor, se realiza tacto vaginal en el cual se encuentra 7 centímetros de dilatación cervical y membranas íntegras. Evoluciona con Dinámica Uterina intensa, sin signo clínicos evidentes de compromiso séptico, se deja en evolución espontánea. A las 4 horas de ingreso la paciente presenta un aborto completo. Dentro de los exámenes de laboratorio solicitado destaca RPR reactivo. Se realiza tratamiento a la paciente y su pareja. En Zambia se realiza RPR como parte del screening prenatal, sin embargo, la distancia de los poblados con de los centros de salud, lo que dificulta el control adecuado del embarazo.

A pesar de los avances de la Medicina, con la detección precoz y tratamiento exitoso de las pacientes con Sífilis durante el embarazo, en nuestra realidad permanece como un problema de Salud Pública. Pese a que esta enfermedad y su relación con la gestación sigue existiendo a nivel mundial, es difícil ver casos tan floridos de esta patología, con estos resultados.



SINDROME DE STEVENS JOHNSON Y EMBARAZO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Niemann F1, Couve C2,3, Bachmann M 2

1 Residente de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso,

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Carlos Van Buren,

3 Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso

INTRODUCCIÓN

El Síndrome Stevens Johnson (SSJ) y la Necrolisis Epidérmica Tóxica (NET) son reacciones por hipersensibilidad secundaria a fármacos que afectan la piel y mucosas. Su incidencia es de de 1-2/1.000.000 considerándose una emergencia médica por su mortalidad asociada. Ambas entidades se caracterizan por un periodo prodrómico catarral inespecífico seguido de lesiones mucocutáneas extensas con signo de Nikolsky positivo. El compromiso mucoso afecta principalmente la región oral (93%), ocular (78-85%), genital (63%) y anal. El diagnóstico se sospecha por el cuadro clínico y se confirma con histología que muestra necrosis epidérmica en todas sus capas. El manejo es similar al de grandes quemados sin existir un tratamiento específico. A continuación se presenta un caso clínico de SSJ y Embarazo.

CASO CLÍNICO

G2P1A0, 36 años, con antecedente de asma crónica e insuficiencia renal grado IV de etiología no filiada. Cursando embarazo de 24s ingresa a unidad de patología obstétrica por crisis asmática refractaria a manejo ambulatorio asociado a edema palpebral, ardor y secreción ocular purulenta. Evaluación por oftalmología sugiere diagnóstico de SSJ. Paciente evoluciona con aparición de lesiones maculopapulares en todo el cuerpo y erosiones en la mucosa oral, nasal y vaginal. Al interrogatorio dirigido paciente relata consumo reciente de Aspirina, Biopsia Cutánea confirma Necrolisis Epidérmica Tóxica -Síndrome de Stevens Johnson. Paciente se traslada a UCIM manejándose con corticoides en dosis altas y aseos cutáneos. Evolución favorable con regresión de lesiones mucocutáneas e inflamación, UFP indemne. Paciente se mantiene hospitalizada requiriendo Hemodiálisis por IRC durante el IIIer Trimestre evolucionando con Restricción de Crecimiento Fetal (RCF). A las 33+4 semanas se realiza Cesárea de Urgencia por RCF con flujo diastólico ausente de arteria umbilical. RNPT, 1440g, PEG que se hospitaliza en Neonatología siendo dado de alta posteriormente, sano.

DISCUSIÓN

El SSJ y la NET constituyen reacciones infrecuentes de hipersensibilidad secundaria a fármacos. Dada su baja incidencia existen muy pocos casos reportados en la literatura de SSJ y Embarazo, siendo la mayoría de ellos en pacientes VIH positivas tratadas con Nevirapina. El manejo de estas pacientes es complejo y requiere de unidades de cuidado intensivo para evitar la sepsis de origen cutáneo y las alteraciones hidroelectrolíticas. En la embarazada además se debe tener vigilancia fetal estricta y no debe olvidarse la prevención de sinequias vulvares y vaginales descritas como consecuencia de las lesiones genitales del SSJ.



EXPERIENCIA HOSPITAL CARLOS VAN BUREN MANEJO AMBULATORIO PREECLAMPSIA MODERADA

*Niemann F., Papuzinski C., Granada J., González P., Márquez R.,
Bachmann M., Soto A., Rodríguez M., Vidal K.
Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren*

INTRODUCCIÓN

Los desórdenes hipertensivos representan la complicación más frecuente asociada al embarazo, y son una de las principales causas de morbimortalidad materna y fetal. Se divide en preeclampsia moderada (PEM) y severa (PES). El tratamiento definitivo está dado por la interrupción del embarazo, sin embargo ante una presentación precoz se debe retrasar en espera de una mayor madurez fetal. Esta espera suele realizarse con la paciente hospitalizada, sin embargo se ha planteado últimamente la posibilidad del manejo ambulatorio en unidades diurnas de pacientes que requieren control de exámenes y monitoreo materno fetal para definir manejo. Ante la interrogante de si es seguro el manejo ambulatorio de la PEM, tenemos que la tasa de complicaciones es baja, con menos del 1% de desprendimiento prematuro placenta normoinserta (DPPNI) o eclampsia. Diversos estudios han demostrado que el manejo ambulatorio no representa una diferencia en outcome materno ni perinatal con respecto a pacientes hospitalizadas, y mejora la ansiedad y depresión tanto de la madre como su familia. Es importante considerar que el grupo candidato a este manejo debe cumplir con diferentes criterios de selección establecido.

Con toda la evidencia disponible y dado el alto número de pacientes hospitalizadas por PE en nuestro servicio, se decide desde el año 2012 instaurar un protocolo para manejo de PEM ambulatorio.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de cohortes retrospectivo que considera todas las pacientes en manejo ambulatorio de PEM, hasta la fecha, con embarazo resuelto y pareando cada una con un control del grupo hospitalizada, según edad y paridad. Los criterios de inclusión para el manejo ambulatorio en el HCVB son embarazo único, presión arterial < 150/100mmHg, proteinuria de 24 horas < 1 gr, paciente asintomática neurosensorial, laboratorio normal, (enzimas hepáticas, LDH, recuento plaquetas, función renal), evaluación fetal normal, consideraciones logísticas y socioculturales adecuadas (acceso fácil al hospital las 24 horas, posibilidad de reposo, entorno familiar y red de apoyo, capacidad para comprender y cumplir las indicaciones). El control consiste en evaluación tres veces por semana. Los días lunes y miércoles las pacientes acuden al hospital para control PA, anamnesis dirigida en búsqueda síntomas de severidad y examen físico. Los días jueves se realiza hospitalización abreviada para control exámenes laboratorio y evaluación unidad feto placentaria, dándose de alta al día siguiente si cumple con los criterios.

RESULTADOS

Desde el año 2012 a la fecha 14 pacientes han cumplido con los criterios para manejo ambulatorio. Cuatro de ellas fueron excluidas debido a que se encuentran aún en control. De las 10 restantes, una fue excluida dado que resolvió su parto en extrasistema. No existían diferencias estadísticas en cuanto a edad, paridad, antecedentes mórbidos (hipertensión, diabetes, PE previa), uso de aspirina entre ambos grupos. En cuanto a los outcome maternos y perinatales sólo se encontró diferencia estadísticamente significativa en la edad gestacional al momento del diagnóstico de la PEM, con una edad menor en el grupo de manejo ambulatorio. No hubo diferencias en proteinuria máxima, edad gestacional al momento de interrupción, indicación para interrupción, vía de parto, peso recién nacido, Apgar a los 5 minutos, ni ingresos a UCI neonatal.

CONCLUSIONES

A pesar que hasta la fecha el número de pacientes manejadas de manera ambulatoria es pequeño, los resultados ya muestran una tendencia en cuanto a que no existen grandes diferencias en los outcome maternos o perinatales, muy similar a lo descrito en la literatura. Sin embargo hay que recalcar la importancia de cumplir con estrictos criterios de inclusión para el grupo ambulatorio.



¿ES EL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE UN BUEN PREDICTOR DE RESULTADO ADVERSO EN EMBARAZOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?

*Sepulveda-Martínez A1; Zúñiga L3; Zúñiga L1; Soto L3; Parra-Cordero M.1,2
1Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile; 2Hospital San Borja Arriarán;
3Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

OBJETIVO

Determinar si el Doppler de arterias uterinas (DAUt) en el primer y Segundo trimestre es una herramienta útil para identificar embarazos con Lupus eritematoso sistémico (LES) en riesgo de resultado adverso perinatal.

METODOLOGÍA

Este es un estudio de caso-control que incluyó 37 embarazos con LES y 370 embarazos sin LES que fueron evaluadas en la Unidad de Medicina Fetal desde el 2004 al 2012. Los controles fueron seleccionados de aquellos embarazos de la población general que tuvieron parto inmediatamente después de cada caso índice en una relación 1:10 (n=370). Todos los embarazos incluidos en este estudio tuvieron un DAUt a las 11-14 y/o 20-25 semanas de gestación. Test de Mann Whitney U o t student fueron usados de acuerdo a la distribución de las variables continuas. Las variables categóricas fueron analizadas con test de chi2. Un valor $p < 0,05$ se consideró como significativo.

RESULTADOS

En análisis bivariado, hubo una tendencia a tasas mayores de preeclampsia en las embarazadas con LES comparadas con los controles (8,1 vs 3,2%, $p=0,1$) y un incremento significativo de tasas de parto prematuro < 34 semanas en pacientes con LES vs controles (16,2 vs 4,1%, $p < 0,001$). Sin embargo, no hubo diferencias en las tasas de pequeños para la edad gestacional ni abortos entre ambos grupos. Los embarazos con LES se caracterizaron por Doppler de arterias uterinas con índices de pulsatilidad promedio significativamente menores a las 20-25 semanas que el grupo control (0,82 [0,66-0,93] vs 0,92 [0,77-1,12], $p < 0,05$), aunque esta diferencia no fue identificada a las 11-14 semanas.

CONCLUSIÓN

Este estudio confirma que las gestantes con LES tienen más riesgo de tener partos prematuros y desarrollar preeclampsia. Sin embargo, el Doppler de arterias uterinas alterado en el primer y Segundo trimestre aparentemente no se asocian con este resultado adverso en pacientes con LES.

Financiado por Fondecyt #1130668



TASA DE CESAREAS EN EMBARAZO GEMELAR

*Yamamoto M, Carrillo J, Avila F, Latorre R, Jordán F, Rojas J, Gómez R, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo*

INTRODUCCIÓN

Los embarazos gemelares son frecuentemente resueltos por cesárea, dado la alta frecuencia de la presentación podálica en relación al embarazo único. El análisis de la tasa de cesárea en este grupo es interesante para definir si es importante un cambio de conducta dirigido a este grupo.

MÉTODOS

Se realizó una evaluación retrospectiva de los protocolos de parto desde Mayo del 2005 a Diciembre del 2012. Se tomó en consideración la vía del parto de ambos gemelos.

RESULTADOS

375 embarazos gemelares fueron atendidos en este período de 7 años y fracción, período en que hubo 42.498 embarazos registrados, constituyendo el 0,88% del total. La tasa de cesáreas de embarazos únicos en todo el período fue de 24,9%. La tasa de cesáreas en embarazo gemelar fue 71%, considerando 8 casos que se requirió una cesárea para el segundo gemelar. Las cesáreas por gemelar constituyen solo el 2,5% de las 10.496 cesáreas en embarazo único, y su reducción a la mitad no afecta la tasa global de cesáreas, pues no logra bajar ni un punto porcentual.

Vía del parto	N(%)
Cesárea-Cesárea	262 (69%)
Vaginal-Cesárea	8 (2,1%)
Vaginal-Vaginal	76 (20,2%)
Vaginal-Foceps	24 (6,4%)
Forceps-Vaginal	
Forceps-Forceps	
Podálico/vaginal alguno de los dos	5 (1,3%)

CONCLUSIÓN

Debido a la baja incidencia, una reducción importante de cesáreas en embarazo gemelar no tiene efecto poblacional en la tasa. Sin embargo, la opción del parto vaginal no debe desaconsejarse a las pacientes por razones individuales, por los riesgos inherentes a la cesárea reiterativa. Estas condiciones pueden cambiar en instituciones donde la frecuencia de embarazo múltiple fuera mucho mayor.



RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO INDUCE CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DE PROTEÍNAS RELACIONADAS CON EL CICLO L-ARGININA/NO EN RIÑÓN EMBRIONARIO DE CONEJAS

Leiva P.1, Jeria R. 1, Goity C. 2, Tagle I. 2, Cifuentes J2,3, Lozano M3, Figueroa H2, Irrázabal C3.

(1) Interna Medicina Universidad de los Andes

(2) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes.

(3) Laboratorio de Fisiología, Universidad de los Andes.

INTRODUCCIÓN

La Restricción del Crecimiento Intrauterino (RCIU) se asocia a un aumento del riesgo de desórdenes del desarrollo fetal normal, tales como hipoxia perinatal, defectos del desarrollo neurológico y muerte fetal. Numerosos estudios en animales y humanos sugieren una relación entre RCIU y el desarrollo de enfermedades en la vida adulta, como resultado de una programación genética adaptativa fetal. En el presente estudio analizamos la expresión de genes relacionados con el ciclo de L-Arginina/NO en riñones de fetos de conejos sometidos a un modelo de RCIU.

MATERIALES Y MÉTODOS

Conejos albinos Newzealand fueron sometidos a ciclos de luz de 12 horas con acceso libre a alimentación y agua. El día 25 de gestación la hembra fue sometida a una intervención quirúrgica en donde cada feto fue sometido a ligadura de la arteria uteroplacentaria de 40-50%. Los fetos vivos fueron obtenidos por cesárea 5 días luego de la ligadura. Se analizó la expresión de genes del ciclo de L-Arginina/NO (eNOS, iNOS, eNOS fosforilado, Arginasa II, Hemooxigenasa y proteínas nitradas) en riñón fetal mediante Western blot y qRT-PCR.

RESULTADOS

El peso de los fetos de conejos RCIU fue significativamente menor que los controles ($p < 0.005$; $n = 7$). Los riñones de fetos RCIU poseen una inducción significativa de la expresión de Arginasa-II e iNOS. La expresión de eNOS y hemooxigenasa disminuyó significativamente en riñones de fetos RCIU en comparación con controles ($p < 0.05$; $n = 7$). En este grupo experimental se analizó la fosforilación de eNOS en Ser1177 para evaluar la activación de eNOS y la nitración de proteínas como marcador de daño celular por peroxinitrilos.

CONCLUSIONES

Los resultados revelan que los fetos sometidos a ligadura de la arteria uteroplacentaria poseen menor peso corporal en comparación con los controles, validando el modelo de RCIU. Los riñones de fetos RCIU tienen un desbalance en la expresión de genes asociados al ciclo de L-Arginina/NO, inhibiendo la vasodilatación y promoviendo el daño celular asociado a peroxinitrilos. Esto sugiere que el RCIU induce un estado fisiopatológico renal en los fetos y establece la necesidad de estudiar el potencial deterioro en la funcionalidad de este órgano en la vida adulta.



RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL PRECOZ INTERRUMPIDAS ANTES DE LAS 34 SEMANAS

González F.J., Palma C., Haye M.T., Banderas B., Farías L., Vásquez P., Gutiérrez J. Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La restricción del crecimiento fetal afecta entre el 5-10% de la población. Su base fisiopatológica es la mala-placentación. La presentación precoz de esta patología, se asocia a elevada morbi-mortalidad perinatal. El objetivo del presente trabajo es evaluar el resultado perinatal en pacientes con diagnóstico de restricción del crecimiento fetal (RCF) en forma precoz e interrupción antes de las 34 semanas de edad gestacional durante el año 2012, en la Unidad de Medicina Materno- Fetal del Hospital San José, con la finalidad de conocer la realidad del pronóstico de esta patología en nuestro centro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron en forma retrospectiva las fichas clínicas de 16 pacientes a las cuales se efectuó el diagnóstico de restricción del crecimiento fetal y se interrumpieron antes de las 34 semanas, las que fueron hospitalizadas en la unidad de medicina materno-fetal del Hospital San José durante el año 2012, para vigilancia estricta de la unidad feto-placentaria principalmente con Doppler de los vasos feto-maternos. Estas pacientes fueron manejadas con seguimiento estricto del Doppler según la alteración detectada (Doppler de arteria umbilical (A.U), Arteria cerebral media (ACM) y ductus venoso (DV) en todas ellas, y agregando medidas adicionales como ítem aórtico e índice TEI, los cuales no fueron usados para definir conducta). El seguimiento se detuvo y se programó interrupción con cupo de neonatología, según criterios descritos en la literatura internacional (bajo 30 semanas si presentaron onda ausente o reversa en DV, y sobre esta edad gestacional considerando además flujo diastólico de AU). Se analizó edad gestacional al parto, peso de nacimiento, vía de parto, puntaje de Apgar, días de hospitalización en Unidad de Cuidados Intensivos neonatales y morbimortalidad de los recién nacido.

RESULTADOS

En el período estudiado, 16 pacientes se hospitalizan por RCF severo, de ellas 13 tuvieron su parto en HSJ y 3 fueron derivadas a otros centros asistenciales por ausencia de cupo de UCI neonatal. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 28+2 semanas. Se encontró asociación con Preeclampsia en 11/13, y dos casos de diabetes gestacional. Hubo 3 casos de mortinatos, con un promedio de 410 gr y 25+4 semanas. De los 10 Recién nacidos vivos, la edad gestacional al parto fue de 31 semanas en promedio, el peso fue de 1121,3 gr, y el APGAR 7/9. Todos los RN requirieron hospitalización en UCI neonatal, con un promedio de días de estada de 40,4 días y de oxigenoterapia de 5,4 días. Respecto a la morbilidad neonatal asociada, hubo 3 casos de Enfermedad de Membrana Hialina, 4 de Síndrome de Distress Respiratorio Transitorio, 7 de Hiperbilirrubinemia del prematuro, 2 de Hipermagnesemia, 1 de Hemorragia Intracerebral y 3 casos de Sepsis. Los 13 nacimientos fueron por cesárea de urgencia, 7 de ellas debido a compromiso fetal (alteración del Doppler Fetal, DPPNI, bradicardia fetal al monitoreo electrónico) y 6 por causa materna, principalmente Síndrome de HELLP y crisis hipertensiva. Con el manejo propuesto, se logró prolongar el embarazo en 10,5 días promedio.

CONCLUSIONES

La RCF severa, es una de las principales causas de morbimortalidad perinatal en el mundo, asociado a hospitalizaciones prolongadas por enfermedad neonatal grave (EMH SDRT, HIC, ECN y Sepsis). En su totalidad la vía de parto es cesárea, siendo muchas veces de urgencia por alteraciones tardías del Doppler o del monitoreo, o por morbilidad materna también asociada a mala- placentación. Nuestros hallazgos muestran que, pese a un manejo en centro perinatal terciario, adecuada vigilancia prenatal, y una prolongación del embarazo en más de 10 días (con la mejoría conocida que esto tiene en morbimortalidad neonatal) los resultados siguen siendo preocupantes.



ISOINMUNIZACIÓN MATERNA POR FACTOR RH. EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL

Ignacio De la Torre Ch. 1 Cristian Papuzinski A. 2

1. Ginecólogo Obstetra. Profesor Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.

2. Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCIÓN

La isoimmunización por factor RH es una patología que puede determinar patología fetal y neonatal grave. En los últimos 10 años, producto de las estrategias de vacunación durante el puerperio mediato, hemos visto disminuir la frecuencia de pacientes con RH negativo sensibilizado a valores mínimos. Sin embargo existe evidencia que avala el riesgo de sensibilización durante fines del segundo y comienzos del tercer trimestre del embarazo. El presente trabajo quiso describir la frecuencia de pacientes RH negativo y su evolución durante los últimos 10 años.

OBJETIVO

Describir la frecuencia de mujeres con factor RH negativo sensibilizado y no sensibilizado en los últimos 10 años en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo que analiza la frecuencia embarazadas con factor RH negativo entre todas las mujeres atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, desde el año 2003 a la fecha. Se analizó además la frecuencia de sensibilización. Los datos fueron obtenidos de los registros del SIP del hospital.

RESULTADOS

Se analizaron 29.368 nacimientos en los últimos 10 años. 1216 mujeres presentaron grupo RH negativo. (4,1%). De ellas 1122 mujeres no estaban sensibilizadas al momento del parto y 94 si lo estaban. El mayor número de pacientes sensibilizadas se observó en los primeros 4 años del estudio, representando el 71% de todos los casos sensibilizados. (2003, 8 casos; 2004, 27; 2005, 25; 2006, 7; 2008, 5; 2009, 5; 2010, 3; 2011, 2; 2012, 2 y 2013, 5).

DISCUSIÓN

Las mujeres con factor RH negativo se han mantenido estables durante esta década, pero ha disminuido considerablemente su sensibilización. Podemos asumir que este fenómeno evidente en nuestra casuística desde el 2005, se debe principalmente a la administración de la vacuna Anti-D en las primeras 48 horas del puerperio, lo cual ha sido un gran avance como medida de salud pública. Sin embargo podemos observar que la sensibilización materna no ha desaparecido y esto parece estar asociado al porcentaje de pacientes que se sensibilizan durante el segundo o tercer trimestre de la gestación. Dada la morbilidad fetal y perinatal asociada a esta patología se requieren estudios locales que avalen el uso de la vacunación durante el embarazo.



ANÁLISIS DE AMNIOCENTESIS GENÉTICAS REALIZADAS EN FETOS MALFORMADOS EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL CONCEPCIÓN, AÑOS 2003-2013

*Inzunza C; Quiroz V; Massoc P, Vergara M; Astudillo E. Facultad de Medicina.
Universidad de Concepción. Hospital Guillermo. Grant Benavente.,
Concepción*

INTRODUCCIÓN

La introducción de la amniocentesis en el estudio genético, se ha generalizado en nuestro medio desde hace años, para el diagnóstico de aneuploidías en pacientes con marcadores ecográficos de sospecha. Si bien, no es un procedimiento exento de riesgos, esto se sitúan por debajo del 1% de pérdidas fetales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis y estudio retrospectivo de amniocentesis ,para estudio de cariotipo, en fetos que presentan marcadores ecográficos de aneuploidías. Se analizan nuestros registros desde el año 2003 hasta julio 2013

RESULTADOS

Se realizan un total de 143 procedimientos, en pacientes con rango de edad entre los 14 y 44 años (44 % entre 20-29 años). El rango de edad gestacional fue de 17 a 35 semanas, con promedio de 25 semanas. El 2,6 % de los casos presentaron complicaciones; 2,0 % (3 casos) presentaron bradicardia y el 0,6 % (1 caso) presentó hemorragia, ninguno de los casos significó la interrupción del embarazo.

Las principales malformaciones fetales por las que se le indicó el procedimiento fueron cardiopatías congénitas (20%); hidrops fetal (8%); higroma quístico (7%); restricción crecimiento fetal severo (6%); onfalocele (5%).

Los resultados de los cariotipos fetales fueron normales en 54 % (77 casos); 16 % (23 casos); trisomía 18; 11 % (16 casos) trisomía 21; el 9 % (13 casos) no hubo desarrollo celular; 4% (6 casos) Turner ; el 3 % (4 casos) tetraploideas y 3 % (4 casos) trisomía 13.

CONCLUSIONES

Cabe destacar la amniocentesis como procedimiento de bajo riesgo en complicaciones, donde en ninguno de nuestros casos significó la interrupción del embarazo ni pérdidas fetales secundarias al procedimiento. Pero con la desventaja de un alto número de casos donde no se pudo obtener el cariotipo por falta de desarrollo celular.



PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EXTENDIDA EN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU IMPACTO EN PERÍODO DE LATENCIA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JOSÉ

Uribe A, Carson C, Haya MT, Gutiérrez J.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

INTRODUCCIÓN

La Rotura Prematura de Membranas (RPM), definida como la amniorraxis antes de las 37 semanas y/o antes del inicio espontáneo del trabajo de parto, ocurre en un 3-5% de todos los embarazos. El manejo de ésta condición depende de la edad gestacional de presentación y requiere sopesar el riesgo de complicaciones materno fetales con el manejo conservador versus la interrupción del embarazo. La evidencia actual pregona el manejo con antibióticos profilácticos por 7 días con el objetivo de aumentar la latencia y reducir la frecuencia de infecciones materno fetales, en aquellas embarazadas candidatas a manejo expectante, obteniéndose un tiempo promedio reportado al parto de 5.2 días. Presentamos nuestra experiencia utilizando un protocolo de manejo que comprende el uso extendido de un esquema biasociado de antibióticos profilácticos.

OBJETIVOS

1. Establecer tiempo promedio de latencia con manejo protocolizado brindado. 2. Comparar efecto de la profilaxis antibiótica mantenida versus esquemas acotados de 7 días con los mismos fármacos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio basado en el análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes con RPM entre las 26 y 34 semanas de gestación, durante el año 2012 en la unidad de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico (HOPAR) del Hospital San José. El protocolo de manejo incluyó hospitalización, deambulacion, hidratación forzada de la paciente, aseo genital con técnica estéril cada 8 horas, uso de apósito genital estéril, control de signos vitales maternos/fetales tres veces al día, exámenes de parámetros inflamatorios bisemanales, evaluación médica diaria, profilaxis antibiótica con Ampicilina + Eritromicina EV por 48 horas y luego Amoxicilina + Eritromicina VO hasta las 35 semanas o hasta inicio espontáneo de trabajo de parto o ante la aparición de signos de infección intraamniótica después de las 30 semanas, corioamnionitis clínica a cualquier edad gestaciones o ante desprendimiento prematuro de placenta normoinserta.

RESULTADOS

Sobre un total de 69 pacientes, encontramos que la edad gestacional promedio a la que se rompieron las membranas fue de 30+6 semanas, estableciéndose una latencia promedio de 12 días y obteniéndose en promedio una edad gestacional al parto de 32+6 semanas.

CONCLUSIONES

Nuestro protocolo de manejo, que contempla administración extendida de antibióticos según los criterios indicados, confiere mayor latencia que el esquema de 7 días, más del doble del tiempo referido en la literatura mundial, lo cual teóricamente disminuiría las complicaciones neonatales de la RPM asociadas a la prematuridad, sin aumento de la morbilidad materna. Esto es especialmente relevante dado que nacer sobre las 32 semanas -en lugar de hacerlo alrededor de las 30- implica un aumento de un 10% en la sobrevida neonatal según nuestra unidad de Neonatología.



CORDOCENTESIS PARA ESTUDIO DE ANOMALIAS CROMOSOMICAS EN PACIENTES CON FETOS MALFORMADOS. REVISION DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO. HOSPITAL G. GRANT B. CONCEPCION

*Quiroz V., Massoc P., Inzunza C.. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.
Hospital Gmo. Grant B. Concepción .*

INTRODUCCIÓN

Desde hace varios años que se ha introducido en nuestra especialidad y en nuestro Servicio ,la cordocentesis con el objeto de obtener muestras de sangre fetal para evaluar anemia fetal en los casos de isoimmunización Rh severa y también la presencia de alteraciones cromosómicas en pacientes con fetos que presentan sospecha ecográfica de aneuploidía .

MATERIAL Y MÉTODO

Se revisa nuestra experiencia en la realización de cordocentesis para estudio de cariotipo fetal en pacientes que presentaban fetos con marcadores ecográficos de aneuploidías . Se revisan nuestros registros , auditorías de mortalidad fetal y fichas clínicas desde el 2010 a la fecha (9/13).

RESULTADOS

En total se realizaron 41 procedimientos a un número similar de pacientes .Edad entre 15 y 44 años, con un promedio de 29 años. > 35 años :14 (34%) ,> 40 años :7 (17 %). Edad gestacional entre 22 a 36 semanas, con un promedio de 30 semanas .Bajo 30 semanas el 41%.En el 83 % se los casos se obtuvo la muestra de sangre fetal en 1 intento. En 25 casos se puncionó el cordón en la zona de inserción placentaria(61 %).En el resto de los casos se obtuvo sangre del cordón en asa libre o en la unión al abdomen fetal. No hubo complicaciones en 33 casos (80,5 %). Hubo complicaciones en 8 casos : hemorragias del cordón no mayores a 2 minutos, y bradicardias en 2 casos .No fue necesario interrumpir el embarazo en ninguna de estas pacientes que continuaron con sus embarazos posteriormente . Los resultados del cariotipo fetal fueron normales en 24 pacientes (58.5 %) y anormales en el resto que incluyen 1 triploidía, 6 trisomías 18, 4 trisomías 21 , 1 trisomía 13 y otras alteraciones en 5 pacientes(síndrome de Pallister Killian, trisomía 14 ,delecciónQ11,etc). Entre los marcadores ecográficos que fueron utilizados más frecuentemente , destacan las cardiopatías fetales, hidrocefalias , hidrops, fisuras labio palatinas , hernia diafragmática, restricción del crecimiento severo, malformaciones múltiples, translucencia nucal aumentada, pie bott, arteria umbilical única,etc.

Se obtuvo el resultado del parto en 35 pacientes , debido a que hubo pacientes que no tuvieron el parto en nuestros hospital, como ejemplo en aquellos casos en que había cardiopatía fetal con cariotipo normal y que fueron enviadas a tener su parto en Hospitales de Santiago. El lapso entre la realización del procedimiento y el parto fluctuó entre 4 y 75 días .En 7 casos fue menor a 10 días (20 %), entre 10 y 30 días en 12 casos (34%), y en el resto mayor de ese tiempo. Hubo restricción fetal severa en 13 Recién Nacidos :p < 2 (37 %). Hubo 5 mortinatos, 2 en fetos con anomalías cromosómicas : 1 feto con triploidía y otro con síndrome de Pallister Killian, 2 fetos con hidrops no inmunológico y citomegalovirus, y un feto con malformaciones múltiples.

CONCLUSIONES

Este es un procedimiento no exento de riesgos ,pero de utilidad en la obtención del cariotipo fetal, especialmente en pacientes con fetos malformados y en aquellos casos en que es importante tomar alguna decisión a corto plazo sobre la interrupción del embarazo, vía y lugar del parto, como es el caso de los fetos con cardiopatía fetal, hernia diafragmática, etc. En nuestro Servicio se utiliza además la amniocentesis con los mismos fines, pero hay que esperar un mayor tiempo para conocer los resultados, y no siempre es posible obtener el cariotipo fetal en todas las muestras enviadas a examen.



OLIGOAMNIOS SEVERO DE ORIGEN DESCONOCIDO, ¿QUÉ IMPLICANCIA TIENE?

*Palma C. Haye M.T, González F., Vásquez P., Fariás L., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

INTRODUCCIÓN

La severa disminución del Líquido Amniótico u Oligoamnios Severo (OHA) diagnosticado en el tercer trimestre, usualmente se asocia a rotura prematura de membranas (RPM), Restricción del Crecimiento fetal (RCF), anomalías fetales y desprendimiento de placenta. A pesar de esto, en muchos casos de OHA severo, no se logra identificar la etiología, generando un escenario clínico poco tranquilizador. A esta condición se denomina Oligoamnios Idiopático o de origen desconocido.

MATERIALES Y METODOS

Se presenta una serie de 13 pacientes, en las cuales se pesquiza incidentalmente OHA severo (ILA <5 cm), durante su hospitalización en la unidad de medicina materno-fetal del Complejo Hospitalario San José, entre el 1ro de enero del 2012 y 31 de agosto del 2013, en el contexto de otra causa de ingreso. Se confirma ausencia de RPM, indemnidad de unidad feto-placentaria mediante estimación del crecimiento ecográfico y Doppler materno-fetal y se descartan anomalías morfológicas fetales mediante ultrasonografía detallada. Se realiza seguimiento clínico y ecográfico con Doppler feto-placentario y se evalúan los resultados obstétricos obtenidos al parto.

RESULTADOS

De las 13 pacientes en seguimiento, el 100% mantuvo condición de OHA severo sin aparente origen hasta el parto, siendo todos estos de término. Durante la ecografía diagnóstica, la edad gestacional promedio fue de 34+2 semanas, con un ILA de 3,3 cm, y EPF promedio de 2466 gramos. En el 77% de los casos se descarta RPM por Amnisure®. La edad gestacional promedio al momento del parto fue de 38+3 semanas; 5 de ellos tuvieron parto eutócico, hubo 2 cesáreas electivas (por distocia de presentación) y 8 cesáreas de urgencia por malas condiciones obstétricas para inducción de parto vaginal. El promedio de peso al nacer fue de 3327 gramos, hubo solo 1 caso con APGAR menor a 9/9 y ninguno requirió hospitalización en UCI neonatal.

CONCLUSION

Concordante con la literatura, las pacientes con diagnóstico de OHA severo idiopático del 3er trimestre, suelen tener un resultado obstétrico favorable, lo que permite un manejo expectante, no existiendo la necesidad de hospitalización ni interrupción previa a las 38 semanas.



REALIDAD DE LA ESTIMACIÓN ECOGRÁFICA DE PESO FETAL EN UN MUESTRA DE 1700 CASOS

Winkler, C.; Yamamoto, M.; García, A.; Ávila, F.; Honorato, M.; Bustamante, M.; Jacobsen, C.; Jordán, F.; Insunza, A.
Unidad de Gestión Clínica del La Mujer, Hospital Padre Hurtado, San Ramón, Santiago

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la ecografía constituye el gold estándar para la estimación del peso fetal y la valoración de su crecimiento. Para todas las fórmulas de estimación de peso fetal mediante ultrasonografía, el error entre el peso real y el estimado es de hasta 10%. Se ha descrito que este margen de error aumenta en casos de restricción de crecimiento, macrosomía fetal y disminución de líquido amniótico, entre otros factores.

OBJETIVO

Analizar la diferencia entre el peso estimado por ecografía en un lapso de 7 días hasta el parto y el peso del recién nacido en la Unidad de Gestión Clínica de la Mujer del Hospital Padre Hurtado de Santiago, Chile.

MATERIAL Y MÉTODOS

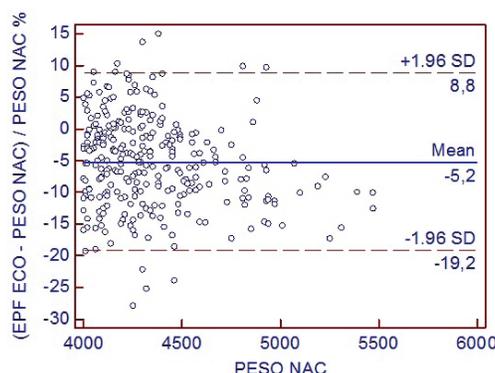
Se analizaron retrospectivamente gestaciones únicas que contaban con estimación de peso fetal obtenido en los últimos 7 días previos al parto con el peso del recién nacido, entre los años 2010 y 2012. Se estimó el peso de cada feto con la fórmula de Hadlock, se obtuvieron los datos de 1700 fetos del programa computacional Astraia y de la base de registro de hoja de parto del Hospital Padre Hurtado.

RESULTADOS

Se analizó 1700 embarazos únicos entre el año 2010 y el año 2012, con una edad gestacional de nacimiento entre 20+0 y 42+3 semanas, con una EPF entre 221 y 5408 gramos y un peso de nacimiento entre 180 y 5470 gramos. La diferencia entre el peso estimado y el peso del recién nacido fue entre 0 y 1187 gramos, con un porcentaje de dispersión entre 0 y 41,8%, con un promedio de $9,6 \pm 5\%$ (321 ± 172 gramos). En el 95% de los casos esta variación osciló entre 13% y 18,9%. En fetos sobre 4000 gramos al nacer, la EPF fue en promedio menor en 5,2% del peso real, y el 95% de los casos fue de 8% a -19%. En el 22,4% de las pacientes la dispersión fue $>10\%$ reportado en la literatura

CONCLUSIÓN

En nuestro centro contamos con una tasa de error del 9,6% (321 gramos) para la estimación de peso fetal. Esta evaluación confirma una cifra internacional hasta ahora no demostrada en medios locales. El gran tamaño de la muestra y la diversidad de operadores confirman que el método aplicado internacionalmente es reproducible.





RESULTADO PERINATAL EN GESTANTES DE 45 Y MAS AÑOS EN CLINICA DAVILA 2002-2012

*Osorio E., Barrera L., Cortés J., Iglesias L., Lizana S., Montenegro L., Navarrete I., Spichiger o., Ruiz M., Ureta C.
Clínica Dávila.*

INTRODUCCION

El embarazo en gestantes tardías ha aumentado en los últimos años, entre otras razones, por el desplazamiento de la intención de embarazo hacia edades más tardía secundario a la búsqueda de mejores condiciones laborales, económicas y académicas. La literatura reporta un mayor riesgo de morbilidad materna y perinatal en gestantes tardías, principalmente en primigestas. Nuestro objetivo es determinar el número de embarazos en el subgrupo de edad 45 y más años y si los resultados perinatales son comparables con lo descrito en la literatura.

MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo observacional, revisando las fichas clínicas de embarazadas de 45 y más años al momento del parto, atendidas en Clínica Dávila entre los años 2002 y 2012. Se consignó edad de la paciente, tipo de parto (vaginal, cesárea), Apgar al minuto y 5 minutos, estado de egreso del recién nacido (vivo, fallecido).

RESULTADOS

En el período hubo 60759 partos, de los cuales 62 fueron en mujeres de 45 y más años (0,91%). La edad máxima fue 49 años. Todos los partos fueron de feto único. Entre los años 2002 y 2006 hubo 12 pacientes y entre el 2007 y el 2012, 50 pacientes. Trece partos fueron vaginales (20,97%), diecinueve cesárea (79,03%). El Apgar promedio al minuto de vida fue 8.9, y a los 5 minutos 9.4. El estado de egreso de todos los recién nacidos fue vivo.

CONCLUSIONES:

El embarazo en edades muy tardías aún no representa más del 1% de los embarazos atendidos en Clínica Dávila. Si bien el porcentaje impresiona como menor, ha ido aumentando paulatinamente por razones sociodemográficas.

En nuestra serie se obtuvieron muy buenos resultados en relación al score Apgar, no hubo mortinatos y al egreso todos los recién nacidos se encontraban con vida.

La vía de parto predominante fue cesárea (79%), concordante a lo reportado en la literatura internacional.

Nuestros resultados difieren de lo publicado en la literatura por el buen resultado perinatal de las pacientes que tuvieron su parto en Clínica Dávila.

Es necesario realizar mayor número de investigaciones con el objeto de determinar los riesgos y morbilidad de dicho grupo etario dado su incremento progresivo en el tiempo.



EVALUACIÓN DEL EMBARAZO EN EDAD MATERNA AVANZADA Y SUS FACTORES DE RIESGO PARA RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN CLÍNICA DÁVILA

*Cortez. J1, Iglesias. L1, Osorio. E1, Ureta. C1, Ruiz. M2
1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago.
2 Interna, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes*

INTRODUCCION

El embarazo a edades avanzadas es una condición que ha aumentado en nuestra población dentro de los últimos años. Estudios han demostrado el mayor riesgo de una edad materna avanzada frente al resultado perinatal adverso, siendo la etiología de éste aún desconocida.

Estos se han visto relacionados con aumento de la morbimortalidad materna, fetal tardía, neonatal y bajo peso al nacer entre otras.

Los objetivos de este estudio son determinar el comportamiento de esta población en Clínica Dávila, vislumbrar potenciales factores de riesgo asociados a esta condición y plantear necesidad de crear un control obstétrico diferencial para disminuir el riesgo. Además consideramos que es necesario implementar estrategias de permitan entregar anticoncepción segura en este grupo de pacientes.

MÉTODO

Estudio retrospectivo observacional, donde se analizaron todos los partos y abortos atendidos en Clínica Dávila entre 01 enero de 2002 a 30 abril 2013.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado el numero total de partos en la clinica fue de 63835 y 2323 (3.6%) se verifico en mujeres entre 40 y 49 años. El número de abortos en este periodo fue de 3081(4.82%) del total de partos, en el grupo de 40 años y más el numero de abortos fue de 327 (0.51%), pero si consideramos el numero total de partos en el grupo de 40 y más años el porcentaje asciende a 14%.

CONCLUSIONES

Los partos en mujeres de 40 años y más representan el 3.6%. Los abortos si bien se distribuyen normalmente en la población estudiada, en números absolutos el porcentaje de abortos en el grupo de estudio fue de 14%, lo que representa un riesgo cuatro veces mayor que la población menor de 40 años. El grupo de mujeres mayores de 40 años debe ser aconsejada sobre el riesgo de aborto en este grupo y la necesidad de considerar terapia anticonceptiva segura.



SIFILIS DURANTE EL EMBARAZO: UNA MIRADA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Ignacio De la Torre Ch.1 Cristian Papuzinski A. 2

1.Ginecólogo. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Universidad de Valparaíso.

2.Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

INTRODUCCION

La sífilis es una enfermedad infecciosa de carácter sistémica, con manifestaciones clínicas variables, causada por la espiroqueta *Treponema Pallidum*. Su forma más frecuente de contagio es por contacto sexual. Sin embargo la transmisión vertical puede tener mayores complicaciones por cuanto si no se detecta y trata a tiempo genera daño fetal y neonatal grave. Por ello es necesario contar con un sistema eficiente de screening para las embarazadas y los recién nacidos.

OBJETIVO

Describir la frecuencia de VDRL reactivos durante el embarazo, en los últimos 10 años en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio longitudinal retrospectivo que analiza la frecuencia de VDRL reactivos durante el embarazo, de todas las mujeres atendidas en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, desde el año 2003 a la fecha. Se analizó la estadística de los registros materno-perinatales con los que dispone el hospital.

RESULTADOS

Se analizaron 29.368 atenciones de parto en los últimos 10 años. La frecuencia de nacimientos se mantiene similar entre los años del estudio, con un promedio de 2937 partos por año. Se reporta una frecuencia de VDRL reactivos durante la gestación, de 2,5% para el 2003; un 2,9% para el año 2004; un 3,1% para el año 2005; un 1,9% para el año 2006, un 1,8% para el año 2007; un 2,3% para el año 2008; un 1,1% para el año 2009; un 0,6% para el año 2010; un 1,3% para el año 2011, un 1% para el 2012 y un 2,5% en lo que va del año 2013.

DISCUSIÓN

La frecuencia de VDRL reactivos muestra pequeñas fluctuaciones año a año, pero que tras alcanzar un máximo de 3,1% el 2005, fueron decreciendo sistemáticamente hasta un mínimo de 0,6% el 2010 para volver a aumentar en los últimos 3 años. Estas variaciones, más que corresponder a cambios en la frecuencia de la enfermedad, pueden deberse a modificaciones en la política de control. Debemos insistir en la relevancia de identificar y tratar esta patología durante la gestación, para evitar las secuelas derivadas de su transmisión vertical. En este sentido desde el año 2012, hemos empezado a incluir una tercera muestra de VDRL en las madres durante la gestación, lo cual puede explicar en parte el aumento observado en la seropositividad para el 2013.



PERFIL DE PREMATUREZ EN EMBARAZO GEMELAR

Yamamoto M, Carrillo J, Avila F, Latorre R, Jordán F, Rojas J, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo

INTRODUCCION

Los embarazos gemelares son considerados de alto riesgo de prematurez, siendo motivo de importantes conductas preventivas. Para validar estas posibles terapias, se necesita conocer el perfil de prematurez de estos.

MÉTODOS

Se realizó una evaluación retrospectiva de los protocolos de parto desde Mayo del 2005 a Diciembre del 2012. Se tomó en consideración la EG al parto, la forma de inicio, la corionicidad y y los antecedentes de prematurez de la paciente.

RESULTADOS

375 embarazos gemelares fueron atendidos en el Hospital Padre Hurtado en este período de 7 años y fracción, período en que hubo 42.498 embarazos registrados, constituyendo el 0,88% del total. La mediana de la EG al nacimiento fue 36 semanas [21-39], demostrándose que no tiene distribución normal como se esperaba (D'Agostino Pearson $p < 0,001$). Hubo 7.358 partos prematuros en embarazos únicos y 244 gemelares prematuros que correspondieron a 488 recién nacidos, lo que correspondió al 6% de los prematuros.

	Bicoriales	Monocoriales Biamnióticos	Monoamnióticos	Corionicidad dudosa o desconocida
N	198	118	3	56
Parto <24 semanas	1	5	0	2
Parto 24-32 semanas	18	15	1	11
Parto 33-36 semanas	97	72	1	21
Término 37-40 semanas	82	26	1	22
Prematurez (%) 24-36 Semana)	59%	78%	66%	61%

CONCLUSIÓN

La Tasa de prematurez supera el 50%, llegando a 78% en los monocoriales biamnióticos. Los datos no incluyen los embarazos derivados al centro de referencia que atiende partos bajo 32 semanas, por lo que la tasa real pudiera ser mayor, pero no menor. La carga de recién nacidos prematuros es al menos 6%. El grupo de embarazo gemelar constituye un alto riesgo de prematurez y debe concentrarse el mayor esfuerzo en su tratamiento.



PERFIL DE LA PACIENTE CON FETO MUERTO EN HSJ

*YAlwane E., Haye M.T., Protasowicki N., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

INTRODUCCIÓN

La muerte fetal, es definida por la OMS, como ausencia de actividad cardíaca, de presentación tardía en el embarazo, después de las 22 semanas de gestación o 500gr de peso, en adelante. Esta patología es una complicación bastante común, alcanzando a alrededor de 3 millones de embarazos anualmente en el mundo. En Chile, la incidencia es de 5/1000 embarazos, siendo similar a las tasas de EEUU y de los países desarrollados. Un gran número de estos casos no tiene etiología precisada, pero existen una serie de patologías médicas, que incrementan el riesgo de presentar muerte fetal. Entre estas, se encuentran la obesidad, las infecciones, síndromes hipertensivos, diabetes gestacional, colestasia intrahepática, trombofilias, enfermedades tiroideas, renales y reumatológicas. Además se debe considerar que la edad materna (>40 años), el estilo de vida, las condiciones socio-económicas y un mal control prenatal, son factores de riesgo, que inciden en la presentación de este evento. El propósito de este trabajo, es determinar el perfil, tanto de las patologías como los factores de riesgo que están presentes en nuestras pacientes que presentan un feto muerto in útero.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza revisión retrospectiva de los casos de feto muerto in útero, con revisión de ficha clínica y auditorías de todos los casos ocurridos en el periodo comprendido entre enero de 2010 a Julio de 2013. Se analizan datos epidemiológicos de las madres cuyo embarazo tuvo este desenlace, haciendo especial énfasis a detectar las patologías maternas más importantes que se ven asociadas a FMIU.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado hubo 176 casos de FMIU, de un total de 28.633 partos ocurridos en el mismo centro asistencial, lo cual da una tasa de 6,1/1.000 NV. Se obtuvieron datos de 157 auditorías. La edad gestacional promedio fue de 31 semanas, ocurriendo el 38% en embarazo de término. El perfil de las madres es diverso: un 27% eran primigestas y un 73% multíparas. De las multíparas el 95% no tiene antecedente de un evento similar, solo un 5% tiene historia de FMIU previo. Un 21% era mayor de 40 o menor de 19, con una edad promedio de 30 años. La mitad de las madres (47%) no tiene ninguna patología asociada al evento, y ocurren por accidentes de placenta como DPPNI o accidentes de cordón (30%). De las patologías detectadas lo más frecuente fue la presencia de Infección (23 casos), y fueron corioamnionitis (16 casos), sífilis detectada durante el embarazo (5 casos), infección por VIH (1 caso) y sepsis de foco urinario (1 caso). De las patologías maternas asociadas, las más frecuentes fueron: obesidad (24 casos), diabetes gestacional (17 pacientes), Síndrome hipertensivo del embarazo (22 casos), colestasia intrahepática del embarazo (2 casos), hipotiroidismo (2 casos) y LES asociado a insuficiencia renal crónica (1 caso). El abuso de sustancias (drogas duras) se encontró en 5 pacientes, y el Tabaco en 3 pacientes. Alrededor de un 19%, no tuvo un adecuado control de su embarazo.

CONCLUSIONES

La muerte fetal continúa siendo un problema para la Obstetricia actual, manteniendo su frecuencia en el tiempo; y es especialmente difícil porque no hay un perfil característico de riesgo, siendo la mayor parte de las madres multíparas y sin antecedente de evento similar; y más aún, la mitad de ellas, no tiene ninguna patología médica asociada. Destaca la importancia de los eventos como DPPNI o accidentes de cordón, impredecibles per-se. De las causas detectables y por lo tanto "prevenibles/tratables" las más llamativas son la obesidad, la corioamnionitis clínica, la diabetes gestacional, y los síndromes hipertensivos. El control prenatal por tanto, juega un rol esencial al intentar disminuir la mortalidad in útero.



SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL: EXPERIENCIA DE 56 CASOS

*Yamamoto M, Walker B, Astudillo J, Pedraza D, Fleiderman J, Hidalgo G, Insunza A, González M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago,
Faculta de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.*

INTRODUCCIÓN

La demostración del mayor beneficio de la fetoscopia y fotocoagulación láser por sobre el amniodrenaje fue publicado en el año 2004, donde se demostró que la sobrevida a 6 meses del nacimiento fue 76%, en comparación con solo 51% del amniodrenaje a repetición. En el año 2009 se reportó el resultado perinatal de los primeros casos de Síndrome de transfusión feto fetal tratados en Clínica Alemana, con una sobrevida de al menos uno de los fetos de 72,8%. El objetivo de esta publicación es actualizar los resultados, para conocimiento del medio nacional. Los resultados han probado que es factible realizar tratamientos complejos en el ámbito nacional, a pesar de sus diversos orígenes y lugares de parto. La principal inquietud al momento de establecer la terapia fue si este podía impactar favorablemente en la salud pública chilena, dado la diversidad de orígenes en cuanto a ciudades de residencia, hospitales de referencia, estado al momento de la derivación, calidades de las maternidades de nacimiento y capacidad de las unidades de neonatología. Los resultados de sobrevida permitirán obtener conclusiones al respecto.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de revisión de bases de datos. Las pacientes confirmaron su participación por consentimiento informado escrito. El procedimiento fue realizado en forma descrita, con anestesia local, visión directa de las anastomosis y fotocoagulación láser buscando la dicorionización. El seguimiento completo está revisado, buscando conocer la tasa de complicaciones y la sobrevida al parto. Se han presentado 3 casos de TAPS en la serie.

CONCLUSIÓN

Actualmente se han tratado 56 pacientes con esta modalidad. La tasa de embarazos con al menos un hijo vivo llega a 80% en toda la serie, con un excelente resultado. El 44% del total tiene ambos fetos vivos, lo que es una cifra que puede mejorar aún. Actualmente hay 2 embarazos en curso. Los resultados son adecuados en relación a cifras internacionales, y se ha podido incluir un proceso terapéutico en forma ordenada para el país.



MANEJO DE TROMBOEMBOLISMO EN EL EMBARAZO

*Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1
Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal,
Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 / Clínica Alemana de Santiago 2/
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago. 3*

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un estado fisiológico de hipercoagulabilidad por lo que se considera un factor de riesgo pro-trombótico. Las enfermedades tromboembólicas (TE) son eventos poco frecuentes, pero, por su elevada mortalidad, tienen un gran impacto clínico. Se hace imperioso un diagnóstico y manejo adecuado de dicha patología. La idea del presente trabajo es caracterizar las enfermedades tromboembólicas durante el embarazo, su relación con trombofilias y su tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM).

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó una revisión de fichas clínicas de las pacientes evaluadas en el policlínico de mala historia obstétrica, entre los años 2011-2013. Se analizaron los tipos de eventos trombóticos, su progresión, su ocurrencia previa o durante la gestación, probables causas y su asociación con trombofilias.

RESULTADOS

Durante el período estudiado, hubo 44 pacientes que cursaron una enfermedad tromboembólica, entre las que se incluyeron 31 casos de trombosis venosa profunda (TVP), 4 casos de tromboembolismo pulmonar (TEP) y 9 casos de accidente vascular cerebral (AVC) trombótico. De estos eventos, más de la mitad de los casos (59%) se presentaron durante el embarazo en curso. De las pacientes con antecedentes de TVP las causas asociadas fueron: 7 casos asociados a anticonceptivos orales, 2 durante el puerperio de un embarazo previo, 1 caso por trauma, 1 por infección y 2 se presentaron de manera espontánea.

Se realizó estudio de trombofilias en un 64% de las pacientes, siendo positivo en un 72% de las estudiadas. La trombofilia más frecuente fue el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos (28.5%). De las TVP, un 3.2% se asoció también a TEP y porcentaje similar a AVC. Respecto al manejo, el 61% recibió dosis terapéuticas (100% de las con TE durante el embarazo y sólo 5.5% de las con antecedente).

El peso promedio de los recién nacidos fue de 2971 grs, con edad gestacional promedio al parto de 36 semanas. Si bien no hubo muertes maternas, ocurrió un aborto de primer trimestre y 3 mortineonatos. Los casos asociados a mal resultado perinatal se debieron a partos prematuros menores a 32 semanas por: eclampsia con edema pulmonar agudo materno, un desprendimiento placentario y una rotura prematura de membranas.

CONCLUSIÓN

La enfermedad tromboembólica es una de las principales causas de mortalidad materna. El adecuado manejo con HBPM previene la progresión de la enfermedad y aparición de complicaciones mayores. En nuestra serie, la presencia de trombofilias fue muy prevalente, lo que justifica su estudio. Cabe destacar que, en un gran número de casos, el diagnóstico se estableció durante el embarazo, por lo que se deberían enfocar los esfuerzos en realizar un adecuado manejo preventivo estableciendo el riesgo para cada paciente.



ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN LOS HIJOS DE EMBARAZO CON OBESIDAD MATERNA

*1Villalobos-Labra R, 1,2Sáez PJ, 1,2Westermeier F, 2Kusanovic JP, 2Poblete J, 1,2Sobrevia L, 1,2Fariás-Jofré M.
1Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM),
2División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La obesidad materna (OM) se ha asociado a un aumento de la masa grasa neonatal, resistencia a la insulina (RI) subclínica en el nacimiento y desarrollo a largo plazo de la diabetes mellitus en la descendencia. Múltiples componentes de la vía de señalización de estrés del retículo endoplásmico (RE) se han implicado en el desarrollo de RI en estados de obesidad. Por lo tanto, se evaluó el efecto de la obesidad materna sobre la presencia de marcadores de estrés del RE y RI en células endoteliales de la vena umbilical humana (HUVEC). Métodos: Cultivos primarios de HUVEC se utilizaron para evaluar la respuesta a la insulina y la presencia de marcadores de estrés ER en las células aisladas de embarazos con estado nutricional normal (HUVEC-N) o con OM (HUVEC-OB). Se utilizó western blot para estimar la relación entre los niveles totales y fosforilados de los niveles de proteína de las proteínas IRS-1, Akt, p42/44MAPK, eNOS, ATF6, IRE-1, PERK y eIF2- α . Se evaluó la distribución subcelular de los factores de transcripción ATF6 y ATF4 mediante inmunofluorescencia indirecta y microscopía confocal. Se obtuvo aprobación del Comité de Ética y consentimiento informado.

RESULTADOS

En HUVEC-OB se observó reducción y retardo en la fosforilación de Akt y p42/44MAPK en respuesta a la estimulación con insulina, en comparación con HUVEC-N. Además, se encontró una menor fosforilación de eNOS y un aumento de la fosforilación inactivadora de IRS-1 en el residuo serina 307 en HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N. No se observaron diferencias en la activación de IRE-1 ni en los niveles del sustrato funcional de esta proteína (XBP-1) en ambos tipos de células. En HUVEC-OB se observó un ligero aumento en los niveles totales de ATF6, que regula otra rama de señalización de estrés del RE. No obstante, este factor de transcripción mostró una mayor localización intranuclear en HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N. Por último, en HUVEC-OB se observó un aumento de la fosforilación de PERK y de la quinasa aguas abajo de esta proteína, llamada eIF2- α . Adicionalmente, se observó el aumento de co-localización de ATF4 con ATF6 en el núcleo de HUVEC-OB, en comparación a HUVEC-N. Conclusión: La obesidad materna se asoció a una menor respuesta a insulina en HUVEC, probablemente a través de una alteración en la vía de señalización intracelular de esta hormona. La activación de los componentes de la vía de estrés del RE en HUVEC-OB, sugiere que este mecanismo fisiopatológico podría participar en la RI observada en HUVEC aisladas de embarazos con OM.

FONDECYT (1121145 , 1110977 , 1090594) , CONICYT (ACT- 73 PIA).



RESULTADOS DE EMBARAZO POST MIOMECTOMIA ABDOMINAL VERSUS LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Garrido MF, Urzúa M, Fuenzalida J, Cuello M. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Los miomas uterinos son una patología frecuente en mujeres a toda edad. Usualmente causan hipermenorrea, dismenorrea y presión pélvica, mientras que su impacto sobre la reproducción es controvertido. Los miomas pueden afectar la fertilidad a través de la distorsión de la cavidad uterina, obstrucción de los ostium tubarios, y alterando el endometrio impidiendo la implantación. Estas constituyen las indicaciones quirúrgicas más frecuentes en las mujeres portadoras de esta patología. La miomectomía debiese ser de elección para los miomas sintomáticos en pacientes que tienen deseos de paridad futura o desean conservar su útero.

OBJETIVOS

Describir las características demográficas de las pacientes sometidas a miomectomía en nuestro centro, analizar los aspectos quirúrgicos e histológicos, y describir los resultados de embarazo, complicaciones, vía de parto en este grupo de pacientes. Además comparar los resultados previamente descritos según la vía quirúrgica utilizada: laparotomía versus laparoscopia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de miomectomías realizados en el hospital clínico de la Universidad Católica de Chile durante el período comprendido entre 11/2006 y 9/2011. Se elaboró una base de datos a partir de la revisión de protocolos quirúrgicos de la unidad de ginecología, que incluye aspectos demográficos y quirúrgicos y de la revisión de la ficha electrónica de la red de Salud UC que contiene los antecedentes de la hospitalización, informe de anatomía patológica y seguimiento post cirugía. Finalmente se completó la información contactando vía telefónica o e-mail a las pacientes, quienes consintieron a entregar sus datos para ser presentados en forma anónima en publicaciones científicas. Se analizaron los datos obtenidos en forma general y posteriormente se analizó el subgrupo de pacientes con edad menor a 40 años y deseos de fertilidad en cuanto a los resultados reproductivos y según la vía de abordaje, excluyendo del análisis la vía vaginal.

RESULTADOS

En el periodo descrito, se operaron 295 pacientes con diagnóstico de mioma uterino. La edad promedio es de $36,6 \pm 6,8$ años (20 a 70 años), de las cuales un 75% son ≤ 40 años y declaraban deseos de paridad. Respecto a la vía de abordaje 63,3% fue por laparotomía (LPA, 42% Pfannenstiel, 50,7% Pelosi, 1,4% Maylard, 5,8% LMIU), 34% vía endoscopia (LPX/HX) y 2,7% vía vaginal. La tasa de conversión de laparoscopia a laparotomía fue de 3,8%. Sólo 1,7% presentaron complicaciones intraoperatorias y un 6,3% complicaciones postoperatorias siendo la más frecuente la anemia sintomática con requerimiento de transfusión de glóbulos rojos. El tiempo de hospitalización promedio fue de $2,6 \pm 1$ días (1-8 días). En cuanto a las características del mioma mayor: 3,9% fueron submucosos, 53,7% intramurales, 26,3% subserosos y 16,1% pediculados; y su tamaño: promedio $6,2 \pm 4,1$ cm (0,5-30 cm, mediana 5 cm). La mediana de miomas extraídos fue 1 mioma (rango: 1-24 miomas). Hubo entrada a la cavidad endometrial en un 16,3% de los casos (LPX: 5,5% vs LPA 23,4%, $p < 0,0001$, Chi cuadrado). El estudio anatomo-patológico confirmó el diagnóstico de leiomioma en un 96,2% de los casos. La tasa de embarazo del total de pacientes es de un 26,8% y de 21,5% en el grupo ≤ 40 años con deseos de paridad. La mediana a la primera concepción fue de 11 meses (rango 1 a 52 meses). Del total de embarazos, 12 correspondieron a abortos del primer trimestre (2,6%), 1 óbito fetal, 4 partos prematuros (8,9%), 27 recién nacidos vivos de término con una edad gestacional promedio al parto de 38 semanas (69%). La vía de parto fue vaginal en 4 casos y cesárea en 27 (87,1%). No se registraron complicaciones intraparto o postparto. No hubo RN de bajo peso nacimiento. Actualmente hay 1 embarazo en curso. No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de embarazo según vía de abordaje ($p=0,26$; Chi cuadrado). 12 pacientes han tenido más embarazo posterior.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados avalan la seguridad de la miomectomía en pacientes con deseos de paridad futura. La probabilidad de embarazo y los resultados perinatales de éstos son similares independiente de la vía de abordaje y no se asocian a un mayor riesgo de complicaciones tanto para la madre como el feto.



TOT EN PACIENTES OBESAS: MEJORÍA A 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Urzúa M.1, Rondini C.1,2, Casteblanco V.1, Tagle M.1, Troncoso F.1,2, Braun H.1,2

1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Actualmente la obesidad es una patología de alta prevalencia en la mujer. Durante años se la consideró un factor de riesgo para falla en el tratamiento quirúrgico de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE). Evidencia reciente ha demostrado resultados comparables del TOT en pacientes con peso normal comparadas con pacientes obesas.

OBJETIVO

Comparar el resultado subjetivo a largo plazo del TOT en pacientes con peso normal y pacientes obesas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio de cohorte. Se compara el resultado subjetivo en 294 pacientes obesas vs 65 pacientes con peso normal con diagnóstico de IOE pura o mixta con predominio de esfuerzo sometidas a TOT. Las pacientes se clasificaron según los criterios de la OMS en: normo peso (IMC 18.5-24.9), Obesidad tipo I (IMC 30-34.9), Obesidad tipo II (IMC 35-39.9) y Obesidad tipo III (IMC >40). Para evaluar el éxito de la cirugía se utilizó la encuesta validada PGI-I. Se consideraron como tratadas exitosamente todas aquellas pacientes que se encontraban mejor, mucho mejor o muchísimo mejor que en el preoperatorio, respecto de su sintomatología de incontinencia urinaria. Se compararan las variables demográficas entre los grupos. Las tasas de curación se expresan como tasas de sobrevida actuariales utilizando el método de Kaplan Meier. Se considera como significativo $p < 0.05$

RESULTADOS

El IMC promedio para las pacientes normo peso y obesas fue de 23.4 ± 1.3 vs 34.1 ± 3.3 respectivamente con un $p < 0.001$. En relación a las variables edad (59.0 ± 9.9 vs 60.5 ± 9.5 $p=0.3$), paridad (3.4 ± 1.8 vs 3.6 ± 1.7 ; $p=0.4$) y antecedente de cirugía previa de incontinencia urinaria (6.2 % vs 5.1%; $p=0.5$) no se encontró diferencias entre pacientes normo peso y pacientes obesas. El 32.3 % de las pacientes normo peso y el 39% de las pacientes obesas tenían el diagnóstico de IOM con predominio de esfuerzo ($p=0.3$).

El tiempo de seguimiento promedio fue de 82.3 ± 16.5 meses para el grupo normo peso y de 87.2 ± 15.1 meses para el grupo de pacientes obesas, $p=0.03$. La tasa de éxito subjetivo a 7 años de seguimiento es similar entre las pacientes normo peso y las pacientes obesas: 67.2% vs 67.6% log Rank: $p=0.521$. Cuando se compararan las tasas de éxito a 7 años en las pacientes obesas según los distintos grados de obesidad, estas también son comparables: Obesidad tipo I: 64.2%; Obesidad tipo II: 62.9; Obesidad tipo III: 63.6%, Log Rank $p=0.906$.

CONCLUSIÓN:

La tasa de cura subjetiva del TOT a los 7 años de seguimiento es comparable en las pacientes con peso normal y las pacientes obesas. Asimismo, en las pacientes obesas, la tasa de éxito es comparable, independientemente del grado de obesidad.



ESTUDIO URODINÁMICO EN MUJERES CON SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: RESULTADOS DE LA FASE DE CONTINENCIA

*Valdevenito JP, Naser M, Manriquez V, Wenzel C.
Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la forma más frecuente de incontinencia urinaria en la mujer mayor. El estudio urodinámico (EU) busca reproducir los síntomas y cuantificar los hallazgos. El objetivo de este estudio es describir los resultados de la fase de continencia del EU de mujeres con IUM.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de la fase de continencia del EU de 206 mujeres con síntomas de IUM. Se excluyeron 36 pacientes, principalmente por cirugía previa de incontinencia urinaria de esfuerzo. Se siguieron las recomendaciones de la ICS. La cistometría de llene se realizó infundiendo a una velocidad entre 50 y 70 ml/min. La evaluación de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se hizo a la mitad de la capacidad cistométrica máxima o con 300 ml en vejiga en posición sentada y de pie. Se describe presencia de IUE urodinámica, valores de presión de punto de escape con Valsalva (VLPP), frecuencia de detrusor hiperactivo (DH), capacidad, acomodación y sensibilidad vesical.

RESULTADOS

Se analizaron 170 pacientes. Un 86% de las pacientes presentaron IUE urodinámica (n=144). El VLPP fue \geq a 90 cm de agua, entre 60 y 89 cm de agua y menor de 60 cm de agua en 80%, 15% y 5% de las pacientes respectivamente. De las 24 pacientes en que no se demostró IUE, 5 (21%) presentaron DH inducido por Valsalva. En 2 pacientes no se pudo evaluar la IUE por DH severo. En un 59% de los casos se reprodujo la urgencia miccional (n=101): un 55% presentó detrusor hiperactivo (n=94), en un 27% de los casos asociado a incontinencia urinaria (n=25) y un 4% presentó urgencia miccional sin detrusor hiperactivo (n=7). Un 28% de las pacientes presentaron sensibilidad aumentada (n=48). Un 35% de las pacientes presentaron capacidad vesical disminuida (n=59) y un 6,5% capacidad vesical aumentada (n=11). Sólo 2 pacientes presentaron acomodación vesical disminuida (1,2%).

CONCLUSIÓN

Existen diferencias en el resultado de la fase de continencia del estudio urodinámico de mujeres con IUM que son importantes en el manejo clínico de estas pacientes, las cuales pueden ser importantes en su manejo clínico. Un 3% de las mujeres con IUM presentan DH inducido por Valsalva sin IUE urodinámica.



EXPERIENCIA EN HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE

Neumann.T., Gálvez J., Toledo.V., Ascencio. R.

INTRODUCCIÓN

La patología uterina endocavitaria constituye un desafío importante para el clínico, dada la importante incidencia de ella y la dificultad que implica su diagnóstico con los métodos tradicionales. La histeroscopia es el procedimiento mediante el cual se ingresa a la cavidad uterina, lográndose una visión endoscópica de ella, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. Como método diagnóstico, su máxima utilidad está en determinar la etiología de metrorragias; tiene una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de pólipos y miomas, cáncer de endometrio, DIU incrustado, tabiques, sinequias e infertilidad. La histeroscopia quirúrgica, permite remover estos pólipos y miomas; realizar resección endometrial y resección de tabiques o sinequias; con todo lo que implica la cirugía mínimamente invasiva.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realiza un estudio transversal descriptivo sobre la experiencia del autor en histeroscopia quirúrgica en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HCUCH. Se incluyeron un total de 158 histeroscopías, realizadas entre Enero del 2007 y Agosto del 2013. Se describen la edad de la paciente, periodo post menopáusico, manifestaciones clínicas, diagnóstico ecográfico, procedimiento realizado, diagnóstico histeroscópico y diagnóstico histológico. En todos los procedimientos se utilizó un histeroscopio marca Storz de 9 mm. con asa de resección electroquirúrgica y energía monopolar. El medio de instilación utilizado fue la Solución urológica en bolsa de 3 litros y aspiración continua. En todas las intervenciones se utilizó profilaxis antibiótica.

RESULTADO

Se efectuaron 158 intervenciones, 38 % corresponden a pacientes premenopausicas y 62 % a postmenopausicas. El motivo de consulta principal fue la alteración de flujos rojos con un 79.7% de los casos. Ecográficamente, los diagnósticos principales son el engrosamiento endometrial (39.2%), la imagen de un pólipo intracavitario (39.7%) o de un mioma submucoso (15.8%). En total, se efectuaron 186 procedimientos, ya que en algunas intervenciones se realizó más de un procedimiento. Se desglosan en polipectomía (42.7%), resección endometrial (10.8%), polipectomía mas resección endometrial (17.7%), miomectomía (19.6%), extracción de DIU (8.9%) y resección de tabique endometrial (0.6%). Los diagnósticos histológicos principales, corresponden a Pólipos (51.1%), Miomas (16.7%) y endometrio normal (11.9%).

Dentro de las complicaciones se produjo un caso de perforación uterina, durante el proceso de dilatación; el cual fue diagnosticado en forma oportuna. Sin consecuencias posteriores.

CONCLUSIÓN

La histeroscopia quirúrgica constituye un método eficiente para resolver la patología endocavitaria. Realizándose con técnica adecuada y tomando las precauciones necesarias, tiene un bajo porcentaje de complicaciones, con todos los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, tales como alta precoz, poco dolor y rápida reincorporación a las actividades habituales.



¿ES POSIBLE PREDECIR DETRUSOR HIPERACTIVO EN LA URODINAMIA DE MUJERES CON SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA MIXTA? ESTUDIO PROSPECTIVO

*Valdevenito JP, Manriquez V, Naser M, Wenzel C.
Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria mixta (IUM) es la forma más frecuente de incontinencia urinaria en la mujer mayor. La presencia de detrusor hiperactivo en el estudio urodinámico puede predecir la persistencia de incontinencia urinaria de urgencia (IUU) después de la cirugía para el componente de esfuerzo. El objetivo de este estudio es evaluar si es posible predecir la presencia de detrusor hiperactivo (DH) e incontinencia urinaria por DH en la urodinamia de mujeres con síntomas de IUM.

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio prospectivo de mujeres con síntomas de IUM sometidas a estudio urodinámico. Se siguieron las recomendaciones de la ICS. La cistometría de llene se realizó infundiendo a una velocidad de 70 ml/min. Se analizaron los siguientes posibles factores predictores de DH y de incontinencia urinaria por DH: 1) presencia de síntomas de IUU más molestos, 2) frecuencia de la IUU, 3) magnitud de la IUU, 4) nicturia, 5) presencia de incontinencia urinaria durante el sueño, 6) presencia de incontinencia urinaria durante relaciones sexuales y 7) presencia de incontinencia urinaria insensible. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de chi-cuadrado o prueba exacta de Fisher. El estudio multivariado se hizo con regresión logística. Se definió significancia estadística un $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 147 pacientes, 78 con DH (53,1%) y 25 con incontinencia urinaria por DH (17%). En el análisis univariado fueron predictores de DH la presencia de síntomas de IUU más molestos ($p=0,02$) y la presencia de incontinencia urinaria insensible ($p=0,017$) y predictores de incontinencia urinaria por DH la presencia de síntomas de IUU más molestos ($p=0,35$), la magnitud de la IUU ($p=0,023$) y la presencia de incontinencia urinaria insensible ($p=0,021$). En el análisis multivariado sólo se mantuvo la presencia de incontinencia urinaria insensible como predictor de DH ($p= 0.03$; odds ratio 2,45; intervalo de confianza 1,09 – 5,52), sin predictores independientes de incontinencia por DH.

CONCLUSIÓN

En mujeres con síntomas de IUM sólo la presencia de incontinencia urinaria insensible se correlaciona en forma independiente con el hallazgo de DH en el estudio urodinámico.



ES FACTIBLE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD?

Braun H.1,2, Urzúa M.1, Rondini C.1,2, Miranda I.1, Carvajal A.1, Troncoso F.1,2,
 1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.
 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La colposacropexia por vía abdominal es considerada el gold standard para el tratamiento del defecto apical. La vía laparoscópica nos permite una aproximación magnífica a la pelvis femenina, en especial al retroperitoneo y las zonas más profundas. Esto, sumado a los beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, ha despertado un enorme interés en su desarrollo. En contra del abordaje laparoscópico se ha argumentado la mayor dificultad técnica, tiempos operatorios más largos y mayores costos.

OBJETIVO

Hacer un análisis de costo y factibilidad de la Colposacropexia Laparoscópica en un hospital público del área Sur Oriente de Santiago.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizaron los primeros 12 casos de Colposacropexia por vía laparoscópica realizados en el Hospital Padre Hurtado entre Mayo y Septiembre de 2013. La técnica utilizada es la de la escuela de Clermont Ferrand. Concomitantemente a la colposacropexia se realizó histerectomía subtotal en 3 pacientes e histerectomía total en 1 paciente. 2 pacientes tenían prolapso de la cúpula vaginal y en las 7 restantes se realizó la técnica con conservación uterina. En 8 pacientes se realizó corrección de incontinencia urinaria y/o colpoperineoplastia. Los costos se calcularon para cada una de las pacientes considerando: evaluación y estudio preoperatorio, costos de hospitalización y cirugía, incluyendo horas de pabellón, de cirujano, de anestesista, de personal, insumos y días cama. El promedio del costo y tiempo operatorio fue comparado con los costos y tiempo operatorio promedio histórico de las pacientes sometidas a Colposacropexia por vía abdominal en el mismo hospital y por el mismo equipo quirúrgico. Para el análisis estadístico se utilizó SPSS 15. En el análisis de las variables el test de Mann-Whitney.

RESULTADOS

Las características demográficas de las pacientes son: Edad 47,9 años (27 - 61), Paridad 3,5 (1-2), IMC 27,4 (23,4-30,4). El tiempo operatorio promedio fue de 172 min (125-220) y el costo promedio fue de \$623.292 pesos (504.340 - 788.550). No hubo complicaciones intraoperatorias ni post-operatorias. El tiempo de hospitalización promedio fue de 2,5 días (2-4). La tabla 1 muestra los costos y tiempo operatorio según tipo de cirugía. La tabla 2 compara los costos, tiempo operatorio y tiempo de hospitalización de la vía laparoscópica con los históricos por vía abierta.

Tabla1: costos y tiempo operatorio según Tabla2: comparación de ambas vías en CSP cirugía realizada

Cirugía	Costo(peso)	Tiempo (min)	Vía abordaje	Laparoscópica	Abierta	P
SPF + HsT	777.863	171	Costo (peso)	623.292	623.412	0.799
SPF conserv Uterina	560.489	176	Tiempo (min)	172	106	< 0.001
SPF prolapso de cúpula	536.400	125	Días de Hospitalización	2,5	3	0.282

CONCLUSIÓN

La Colposacropexia por vía laparoscópica, si bien requiere de un mayor tiempo operatorio, no se asocia a mayores costos y aparece como una alternativa atractiva y factible de implementar en el sistema público de salud.



CAUSAS DE INFERTILIDAD FEMENINA EN UN CENTRO DE REPRODUCCIÓN PÚBLICO LATINOAMERICANO

Chamy V^{1,2}, Nuñez D¹, Yañez C¹, Videla V^{1,2}, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}

¹Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

²Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad primaria es la dificultad de concebir un primer embarazo después de uno o más años de actividad sexual sin métodos de anticoncepción, mientras que la infertilidad secundaria es la dificultad de concebir un segundo o subsecuente embarazo. Las causas de infertilidad varían en cada región geográfica del mundo, especialmente según las características de desarrollo de los países.

Objetivos: Determinar la proporción de parejas con infertilidad primaria o secundaria. Caracterizar a las pacientes en torno a variables que contemplen antecedentes personales, médicos, quirúrgicos y ginecológicos, y compararlas según tipo de infertilidad. Establecer la distribución de las causas de infertilidad femenina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en el que se incluyeron 258 pacientes con antecedente de infertilidad, ingresadas a la Unidad de Medicina Reproductiva del Hospital Carlos Van Buren, durante el periodo enero 2010 a enero del 2012. Completaron el estudio básico diagnóstico de infertilidad 217 pacientes. El método de recolección de datos fue la revisión del expediente clínico de las pacientes.

RESULTADOS

La infertilidad secundaria predominó con un 61.47%. El factor femenino fue el 54,15% de las causas de infertilidad, de este los principales factores fueron el ovulatorio 30.59%, tuboperitoneal 24.71% y asociación de factores femeninos 30.59%. Se observó diferencias significativas en las variables edad ($p=0.0013$), años de infertilidad ($p=0.0038$), antecedentes quirúrgicos ($p<0.001$) y uso de método anticonceptivo ($p<0.001$) según tipo de infertilidad.

Conclusiones: Las pacientes tuvieron mayor infertilidad secundaria, caracterizándose estas por ser de mayor edad, poseer menos años de infertilidad, tener más antecedentes de cirugías ginecológicas y utilizar distintos métodos anticonceptivos con respecto a las que tuvieron infertilidad primaria. El factor femenino fue el más predominante y de él los principales fueron ovulatorio y tuboperitoneal.



HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA EN UN CENTRO FORMADOR DE ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Celle C., Pomés C., Durruty G., Zamboni M., Cuello M.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las vías de abordaje preferidas para la histerectomía son la vía vaginal y la vía laparoscópica. Dichas alternativas ofrecen una serie de ventajas, con similar tasa de complicaciones, comparado con la vía abdominal. Es deber de los centros formadores de especialistas que sus educandos se capaciten en todas las vías de abordaje para la histerectomía considerando que se trata de la cirugía ginecológica más frecuente. La mayoría de los centros formadores nacionales contempla el entrenamiento laparoscópico como parte de su programa. Sin embargo, la mayoría de ellos lo limita a los niveles básico o medio (niveles I y II, ESGE), restringiendo la formación en nivel III donde se incluye la histerectomía total. Una de las razones esgrimidas para ello es que tal nivel amerita un entrenamiento adicional, más allá de lo que permite el tiempo formativo asignado, a fin de evitar complicaciones atribuibles a la inexperiencia del operador.

OBJETIVO

Comparar los resultados obtenidos con histerectomía laparoscópica en un centro formador de especialistas (donde los educandos realizan más del 90% de las cirugías laparoscópicas) con los descritos en la literatura internacional.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos de histerectomía total laparoscópica (HT LPX) con participación de becados como primer cirujano o primer ayudante realizados en el Hospital clínico de la Universidad Católica en el período comprendido entre los años 2006 y 2013. Análisis estadístico de variables que incluyeron tiempo operatorio, necesidad de conversión a laparotomía, complicaciones intra y postoperatorias y estadía hospitalaria.

RESULTADOS

En el período de estudio se efectuaron 384 HT LPX en que hubo participación de becados como primer cirujano o primer ayudante. En promedio cada becado hizo 7 (Rango: 0-10) HT LPX en los últimos 3 años. La edad promedio de las pacientes fue de 48 años. 36% (n=137) tenía como antecedente 1 o más cesáreas (mediana 1, rango: 1-4). En 87,7% de los casos (n=337) la indicación de la histerectomía fue por patología benigna y en un 12,2% (n=47) por patología maligna. La principal indicación de cirugía fue mioma uterino sintomático (40% n=155). El tiempo promedio de cirugía fue de 132 minutos (rango: 50-360 min). El porcentaje de conversión a laparotomía fue de 1% (n=4). Hubo un 3,6% de complicaciones (n=14). Un 50% (n=7) en el intraoperatorio (1 lesión vesical, 2 lesiones térmicas de uréter, 1 lesión de mesorecto, 2 lesiones de vasos y 1 enfisema subcutáneo) y 57% (n=8) en el postoperatorio (1 hemoperitoneo por sangrado activo de vasos uterinos, 1 uroperitoneo por lesión inadvertida de uréter, una pielonefritis aguda en una de las pacientes con antecedente de lesión térmica de uréter, 1 fístula vesicovaginal, 1 hematoma de cúpula, 1 granuloma de cúpula, una celulitis de cúpula y una fibrilación auricular en el postoperatorio inmediato). De las complicaciones observadas, las lesiones de las vías urinarias representan el 1% (n=4) del total de HT LPX realizadas. Hubo un 1,8% (n=7) de reingresos. 3 de ellos para manejo antibiótico endovenoso de absceso de la cúpula y/o celulitis pelviana y a uno de los cuales se debió instalar además un doble J por hidroureteronefrosis. Hubo un caso de lesión inadvertida de uréter que debió reingresar por uroperitoneo a los 12 días y ser reintervenida para reimplante ureteral con evolución favorable. El último reingreso se debió a estudio de una fístula vesicovaginal que apareció a los 7 días y que fue manejada de forma ambulatoria con sonda y se encuentra actualmente en control por urología.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados como centro formador de especialistas demuestran tiempos quirúrgicos, tasa de conversión, de complicaciones y de estadía hospitalaria para HT LPX similares a lo reportado por la literatura internacional. La participación como operador de los becados en HT LPX, durante su periodo de formación, no aumenta la morbilidad de las pacientes cuando son asistidos por un operador entrenado y se cuenta con un programa de capacitación progresivo. Estadías de perfeccionamiento sólo conllevan el beneficio de transformar un cirujano con experiencia limitada en cirujano experto.



ABSCESO TUBOOVÁRICO EN PACIENTE CON MALFORMACIÓN COMPLEJA NO DIAGNOSTICADA

*Canessa MJ, Bofill M, Honorato M, Carvajal A, Miranda I, Troncoso F, Insunza A.
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y del Recién Nacido,
Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Padre Hurtado.*

INTRODUCCIÓN

El síndrome de OHVIRA (también conocido como síndrome de Herlyn Werner Wunderlich) es una malformación mülleriana compleja de muy baja incidencia. Se caracteriza por la triada de útero didelfo, hemivagina obstruida y agenesia renal ipsilateral. La forma de presentación habitual es asociada a dismenorrea severa postmenarquia temprana, secundaria a la colección en la hemivagina obstruida. Ésta puede verse como un abombamiento en el examen físico o como una colección a la ecografía o Resonancia magnética (RM). En algunos casos el tabique puede estar microperforado impidiendo la formación del hematocolpo y retrasando el diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODO

Se presenta un caso clínico: Adolescente de 13 años, monorrea congénita izquierda diagnosticado por pielonefritis en la infancia, y menarquia hace 1 año con ciclos regulares y spotting por 7 a 10 días postmenstrual de mal olor. Sin actividad ni contacto sexual. Consulta en el Servicio de Urgencia Pediátrica del Hospital Padre Hurtado por cuadro de más o menos dos semanas de evolución de dolor en hipogastrio, y en los 4 días previo a su ingreso, febril hasta 40°C, compromiso del estado general progresivo, vómitos y deposiciones líquidas. Al examen físico destaca: T 39.4°C, PA 127/77, FC 128x', FR 18x', IMC 21, abdomen blando depresible sensible en hipogastrio, RHA+, masa no, blumberg (+).

EXÁMENES

Leucocitos 23.100 cel/ul, 80% segmentados, sedimento orina normal, PCR 307. Se realiza una laparoscopia por cuadro de abdomen agudo, encontrándose un absceso tuboovárico (ATO) a izquierda. Además hallazgo de útero doble. Se toma cultivo del líquido libre. Se realiza anexectomía izquierda y apendicectomía.

Evoluciona satisfactoriamente. A las 48 hrs el urocultivo es positivo para corynebacterium spp >100.000 UFC/ml, cultivo de líquido peritoneal: desarrollo de corynebacterium spp y enterococo faecalis (EFA), EFA sensible a vancomicina. Se solicita RM que muestra útero de ubicación normal, didelfo, asociado a la presencia de un septo vaginal longitudinal incompleto en su tercio superior con un componente transversal a izquierda que determina leve dilatación proximal de la hemivagina ipsilateral. Monorrea izquierda. Se indican anticonceptivos orales combinados continuos, suspendidos una semana previa a la cirugía. Se realiza una laparoscopia para evaluar la presencia de endometriosis, la cual se confirma y se fulguran los focos. En el mismo tiempo quirúrgico se realiza una vaginoscopia. Se evidencia la microperforación y se reseca el tabique vaginal longitudinal y transversal desobstruyendo la hemivagina izquierda. La paciente evoluciona favorablemente sin nuevos episodios de algia pelviana.

CONCLUSIONES

A pesar de que las malformaciones müllerianas obstructivas son infrecuentes, deben buscarse como primera posibilidad en pacientes perimenárquicas con procesos inflamatorios pelvianos no asociados a actividad sexual. Por otra parte, es importante recalcar que toda paciente con alguna malformación renal o de las vías urinarias diagnosticada en la infancia, debe ser evaluada con imágenes ginecológicas en la pubertad para evitar el retraso en el diagnóstico y manejo de su patología, evitando así las complicaciones



EVOLUCIÓN EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO EN EL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

Arab C1, Cisterna P2, Besio2, Aedo S3.

1. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

3. Gineco-Obstetra, Magister Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El residuo tumoral postquirúrgico es considerado factor pronóstico en cáncer de ovario avanzado (COAV).

Objetivo:

Comparar sobrevida global (SG) de pacientes tratadas de COAV con cirugía con residuo tumoral menor a 1 cm, estratificando por edad (E) y quimioterapia neoadyuvante (QN).

MÉTODOS

En consideración que desde 2008 la cirugía óptima de COAV, considero en nuestro centro una citorreducción extensa, con residuo tumoral menor a 1cm; Para 51 operadas de COAV en periodo de cirugía (PCX) 2002 a 2006 y 2008 a 2011, se registran E, QN y los tiempos desde cirugía hasta la presencia del evento muerte, siendo no censurados aquellos en que al control no se verifican los eventos mencionados. Se evalúa sobrevida por curva de Kaplan-Meier, realizando regresión de Cox para E, PCX y QN, valorando el cumplimiento de supuestos por métodos gráficos y prueba residuos de Schoenfeld.

RESULTADOS

La edad media observada fue de 54,3 años [CI95% 51,2 a 57,3] (Shapiro-Wilk $p > 0,15$), sin diferencias para PCX (Prueba igualdad varianza p-valor: 0,59; Prueba t diferencias medias con igualdad varianzas p-valor: 0,88). La QN se observó 7,2% para 2002-2006 versus 56,5% para 2008-2011 (p-valor $< 0,01$). Para tiempo seguimiento máximo de 3795 días, se evidenció 13,4% de SG [CI95%: 4 a 28,4%]. La sobrevida a 4,9 años, para 2002-2006 versus 2008-2011 son respectivamente de 17,9% [CI95%: 6,5 a 33,8] versus 34,6% [CI95%: 13,4 a 57].

Previo cumplimiento supuestos modelo Cox, los Hazard ratio para edad (1,04) y PCX 2008-2011 (0,45), son significativos a una cola ($p < 0,05$); no así para QN.

CONCLUSIONES

Durante el período 2008-2011, estratificando por edad, se observa una mejoría en la SG de COAV. El residuo tumoral mínimo dado por la extensión de la cirugía abdominal en COAV, es un factor pronóstico de sobrevida en COAV.



¿ES ÚTIL LA CISTOMETRÍA SIMPLE PARA PREDECIR FALLA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INCONTINENCIA DE ORINA?

Pattillo A.1,2, Arellano M.1, Blümel B.1, Cuevas R.1,2, Pizarro-Berdichevsky J.1,2,3
1 Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río 2 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Glyckman Urology Institute, Cleveland Clinic

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina de esfuerzos (IOE) es una enfermedad frecuente en mujeres. Dentro de las opciones de manejo quirúrgico, las cintas suburetrales libres de tensión (TVT/TOT) se han transformado en la técnica de elección, dado su alta tasa de cura, baja tasa de complicaciones y a su naturaleza mínimamente invasiva. En nuestro centro, el estudio básico que se realiza a una paciente con incontinencia de orina se basa en una cistometría simple con test de stress (CS). El objetivo de nuestro estudio es identificar variables de la CS que se asocien a una menor tasa de cura con cintas suburetrales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de fichas clínicas de pacientes sometidas a cirugía para IOE entre agosto de 2011 y septiembre 2013. Se incluyeron pacientes sometidas a TVT o TOT, con cistometría simple y test de stress realizado previo a la cirugía, que hayan asistido a al menos un control postoperatorio en nuestra unidad. Se excluyeron pacientes sometidas previamente a cirugía para corrección de IOE. Se definió como falla subjetiva que la paciente relatará cualquier escape involuntario de orina posterior a la cirugía, sin otra causa evidente (e.g. ITU), y como falla objetiva que se observara durante el examen clínico escape de orina con maniobra de Valsalva. El hallazgo de IOE en la cistometría fue calificado como leve, moderado o severo según una escala estandarizada desarrollada por los autores.

RESULTADOS

De un total de 220 pacientes operadas en el periodo, 186 asistieron a al menos un control. Cuatro pacientes tenían cirugías previas por IOE y fueron excluidas. El grupo de estudio (n=182) tenía una edad promedio de 55,1 ± 10,4 años y un IMC promedio de 30,1 ± 4,6 kg/cm². La paridad promedio fue 3,1 ± 1,7 hijos. Un 13% eran histerectomizadas (n=23) y un 3% tenían cirugías previas por prolapso (n=6). Un 84% (n=154) de las pacientes tenía historia de incontinencia de orina. La CS mostró IOE en 176 pacientes (96,7%), inestabilidad del detrusor en 45 pacientes (24,7%) y urgencia sensitiva en 75 pacientes (41,2%). La IOE fue catalogada como severa en un 61,5% de los casos. A 127 pacientes (69,8%) se les instaló un TVT, a las 55 restantes se les realizó un TOT. En un 60% de los casos se realizó simultáneamente una cirugía por prolapso genital. La mediana de seguimiento fue de 5 meses (rango 1-25). La tasa de falla subjetiva fue de 22,5%, y la de falla objetiva de 1,1%. No se observaron diferencias en la tasa de falla subjetiva en relación a tipo de cinta (OR 1,03 para TVT, 95% IC 0,48-2,2) o al realizar cirugía de prolapso concomitante (OR 1.21, IC 95% 0,59-2,48). La asociación de los distintos elementos de la CS con falla subjetiva de tratamiento se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Odds ratio para falla de tratamiento de elementos de la cistometría

	OR (IC 95%)	Valor P (Fisher's)
IOE severa (vs leve y moderada)	0,72 (0,36-1,47)	N.S.
Inestabilidad del detrusor	0,79 (0,35-1,81)	N.S.
Urgencia sensitiva	1,12 (0,56-2,26)	N.S.
Escape post vaciamiento vesical	0,78 (0,39-1,58)	N.S.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio ninguno de los parámetros de la CS demostró tener asociación con riesgo de falla de tratamiento quirúrgico de la IOE. Las tasas de éxito observadas son comparables a lo descrito en la literatura.



PERFIL BIO – PSICO – SOCIAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO, VALPARAÍSO, 2013

Calderón, F.

González, O

*Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso
Departamento de Salud Pública, FEUV*

INTRODUCCIÓN

La condición de la mujer es central en el desarrollo humano y de las sociedades: sobre ella recae la responsabilidad y los riesgos del proceso reproductivo, tanto en lo biológico como en la esfera social y psicológica. Hoy en día, la salud integral de la mujer, no es enfocada solo al ámbito de su período reproductivo y el binomio materno – fetal, constituye desde el nacimiento hasta la vejez, como un proceso continuo, acorde además, a los cambios y desafíos epidemiológicos actuales.

El climaterio es una etapa de la vida, posterior a los 45 años, de cambios complejos debido a factores personales, ambientales y culturales, que se pasa de manera gradual de la adultez a la vejez.

El objetivo general de la investigación es analizar el perfil bio – psico – social de las mujeres en etapa de climaterio, en la comuna de Valparaíso

MATERIAL Y MÉTODO

Es un estudio observacional – descriptivo, en donde se utilizó un instrumento autoaplicado con 35 preguntas cerradas y escalas de likert, divididas en tres secciones, los aspectos biológicos, los psicológicos y los sociales de estas mujeres en etapa de climaterio.. En el ámbito de la ética en la investigación, se aplicó consentimiento informado.

El universo fue de 100 mujeres que se encontraban en controles de climaterio, en consultorios y cesfam de Valparaíso y Viña del Mar. Los criterios de inclusión utilizados para tal estudio fueron usuarias en control de climaterio en el consultorio o cesfam de su sector, multiparas, con o sin antecedentes de patologías y/o intervenciones ginecológicas.

RESULTADOS

Entre los resultados relevantes se encuentran la edad de las mujeres (54,2 años promedio), con un promedio de 3,2 hijos, edad de la menarquía promedio de 12,6 años y de la menopausia de 45,4 años. El 43% de las mujeres se encontraba en control con psicólogo, 15% con psiquiatra y 56% en control con nutricionista.

El 25% de las mujeres se encuentra en control de hipertensión, 34% de diabetes, 12% de hipotiroidismo y 30% en Policlínico de cardiología por patologías asociadas.

El 54% de las mujeres menores de 64 años tienen su PAP al día, según situación particular, mientras que sólo el 37% de mujeres sobre 64 años tienen tal examen citológico al día.

CONCLUSIONES

Las mujeres en etapa de climaterio, requieren de una normativa en salud especial e integral, que se fundamenta en el trabajo multisectorial que debe realizar los equipos de salud, en conjunto a estas mujeres.

Además como desafío para el Sistema de salud público, aumentar la cobertura y controles a estas mujeres tanto con médicos, matronas, enfermeras, nutricionistas como otros especialistas.



EXPERIENCIA EN COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Fuenzalida J3, Orlandini E3, Cuevas R1,3, González F2, Larrain D2, Pizarro-Berdichevsky J1,3, 4, Pattillo A1,3, Blümel B, Arellano M1.

Unidad de Uroginecología Hospital Sótero del Río1; Unidad de Infertilidad y Cirugía Endoscópica Hospital Sótero del Río2; División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile3; Glickman Urology Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio4.

INTRODUCCIÓN

Dentro de la patología de piso pélvico, la colposacropexia es el tratamiento quirúrgico de elección para el manejo del prolapso del compartimiento apical, tanto por sus buenos resultados anatómicos y funcionales a largo plazo como su baja tasa de recidiva, esto especialmente en mujeres jóvenes y sexualmente activas. La vía laparoscópica ha permitido agregar los beneficios de una técnica mínimamente invasiva con similares complicaciones comparada con la vía clásica de abordaje abdominal. No existen actualmente reportes retrospectivos que analicen la experiencia con esta arma terapéutica en hospitales públicos de Chile. Aunque el resultado de la cirugía se relaciona con la corrección anatómica, el objetivo principal debe ser el alivio de los síntomas secundarios a esta patología.

OBJETIVOS

Describir la experiencia de nuestro centro en la implementación de la colposacropexia laparoscópica para el manejo del prolapso de órganos pélvicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de las pacientes sometidas a colposacropexia laparoscópica en la Unidad de Uroginecología del Hospital Sótero del Río por cinco cirujanos, dos laparoscopistas formados en Francia y tres uroginecólogos que iniciaron su entrenamiento en esta técnica con este grupo de pacientes. Se analizaron variables demográficas, clínico-quirúrgicas y de seguimiento. Se incluyeron las pacientes con defecto apical y al menos un control post-operatorio y se evaluó la mejoría subjetiva utilizando cuestionario PGI-I y el estadio anatómico con la clasificación POP-Q, considerando mejoría objetiva un Estadio \leq I de POP-Q.

RESULTADOS

En el período comprendido entre 09/2011 y 09/2013, se realizaron un total de 97 colposacropexias de las cuales 82 (84,5%) fueron abiertas y 15 (15,5%) laparoscópicas. Dentro de estas últimas, se analizaron 11 pacientes las cuales contaban con al menos un control postoperatorio. La edad promedio de las pacientes fue de $57,2 \pm 6,4$ años (40-65) con una paridad de 2; el IMC era de 29,3 y un 45,5% eran sexualmente activas. Todas las pacientes reportaron en la anamnesis la sensación de "bulto vaginal". En cuanto a la clasificación preoperatoria según POP-Q, 8 pacientes (72,7%) eran Estadio IIIc y 3 pacientes (27,3%) Estadio IVc. Variables Intra-quirúrgicas: el tiempo operatorio promedio fue de 292 ± 86 minutos, en 7 de las pacientes se realizaron cirugías concomitantes (3 TVT, 1 TOT y 3 plastías posteriores). Hubo una complicación quirúrgica que correspondió a una perforación vesical secundaria a un TVT, no se reportaron complicaciones relacionadas con el tiempo laparoscópico. En cuanto al tiempo de hospitalización, éste fue en promedio de $2,1 \pm 0,7$ días (1-3). El tiempo promedio de seguimiento fue de $9,8 \pm 6,5$ meses. Del total de pacientes, un 54,5% tuvieron éxito objetivo. En el POP-Q post operatorio, 2 pacientes (18,2%) estaban en Estadio 0; 4 pacientes (36,4%) en Estadio I; 4 pacientes (36,4%) en Estadio II y 1 paciente (9,1%) en Estadio III. En relación al PGI-I, todas las pacientes refieren estar excelente o mucho mejor que previo a la cirugía. Hasta la fecha, ninguna paciente ha requerido reoperación por prolapso de órganos pélvicos ni se han reportado complicaciones relacionadas con el uso de mallas.

CONCLUSIONES

En este estudio, se evidencia que es factible incorporar de forma permanente la vía endoscópica en un Hospital público para realizar la colposacropexia en pacientes con defecto apical. Con resultados anatómicos y funcionales comparables a aquellos descritos en la literatura, sin una mayor tasa de complicaciones. Es necesario analizar a futuro la evolución de la curva de aprendizaje y las eventuales complicaciones a largo plazo relacionadas con este procedimiento. Se requieren estudios prospectivos randomizados para comparar la vía laparoscópica vs abierta.



EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE GNRH (GNRH(A)) Y ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO) EN LA VASCULOGÉNESIS DEL NÓDULO RECTO VAGINAL (NRV) DE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

*Miranda-Mendoza I, Tapia V, Poblete C, Romero C, Vega M
Laboratorio Endocrinología y Biología Reproductiva, Departamento Obstetricia y Ginecología,
Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile;
Clínica Dávila, Santiago Chile*

INTRODUCCIÓN

Endometriosis profunda se define como la invasión de las células endometriales en el peritoneo y/o tabique recto-vaginal de mayor a 5 mm, y su lesión característica es el NRV. El objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias en las densidades vasculares de los implantes endometriósicos del NRV de pacientes con endometriosis profunda sin tratamiento hormonal (Grupo Control), respecto a mujeres con endometriosis profunda tratadas con GnRH(a) o ACO. Además, evaluar si el líquido peritoneal de estas mujeres logra inducir vasculogénesis en una línea de células endoteliales humanas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes con endometriosis profunda y NRV palpable de >1 cm, tratadas con GnRH(a), ACO y sin tratamiento hormonal (grupo control) previo a la cirugía. El NRV se analizó mediante inmunohistoquímica (CD31). Cultivos células endoteliales de cordón umbilical (EA.hy926) fueron tratadas con los líquidos peritoneales de estas pacientes. Estadística: Programa Graph Pad usando el test de Mann-Whitney para muestras no paramétricas.

RESULTADOS

En 11 pacientes, se evidenció que existe una menor densidad de vasos sanguíneos (CD31) en los implantes endometriósicos del grupo ACO (14.9 vasos/implante endometriósico) versus GnRH(a) (22.1 vasos/implante endometriósico) y Control (22.8 vasos/implante endometriósico) ($P < 0.05$). Además, in vitro se observa claramente la vasculogénesis (cultivos EA.hy926) con formación de agrupaciones de células, líneas celulares y polígonos desde las 24 h de cultivo de los grupos GnRH(a) y ACO, aumentando el efecto vasculogénico a las 48 h. Aún más, se observa un efecto mayor del líquido peritoneal proveniente del grupo GnRH(a).

CONCLUSIONES

El líquido peritoneal de las pacientes con endometriosis profunda posee propiedades vasculogénicas importantes, generando estructuras vasculares iniciales en el cultivo de células endoteliales. En inmunohistoquímica (CD31) se observa gran densidad de vasos en los implantes endometriósicos del NRV. El grupo ACO posee una marcada disminución de la densidad de capilares en los implantes endometriósicos respecto al grupo de GnRH y Control que podría estar explicado por el tiempo de uso del ACO.

FONDECYT N° 1130053 y 110372



USO DE MISOPROSTOL EN VACIAMIENTO DE MOLA HIDATIDIFORME Y RIESGO DE MOLA PERSISTENTE

*Fernández C, Sierra P, Puga O, Barriga M, Figueroa C.
Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río.
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional corresponde a un conjunto de formas clínico patológicas con alteración del crecimiento de la placenta. Su importancia clínica radica en la potencial evolución hacia una neoplasia persistente, metatásica o el desarrollo de un corio carcinoma, que en globo ocurre en 10%-20% de los casos. El diagnóstico y tratamiento se basa en el legrado uterino aspirativo, que habitualmente se realiza previa dilatación cervical. El uso de Misoprostol como fármaco para lograr una dilatación cervical más eficiente previo al vaciamiento uterino ha sido cuestionado por la relación que pudiera tener con el desarrollo de Mola persistente.

OBJETIVOS

Describir la relación entre uso de Misoprostol previo a vaciamiento uterino en enfermedad molar y persistencia de enfermedad en pacientes tratadas en el Hospital Sotero del Río (HSR) durante los años 2007 a 2012.

PACIENTES Y MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó todas las pacientes con sospecha de enfermedad molar y posterior confirmación histopatológica tratadas entre enero de 2007 y diciembre de 2012 en el Hospital Sotero del Río. Se revisaron fichas clínicas e informes de biopsia de pieza operatoria. El análisis estadístico se realizó con promedios, desviación standard y porcentajes.

RESULTADOS

En el período estudiado en 45 pacientes se confirmó el diagnóstico de Mola Hidatidiforme y completaron seguimiento en HSR. En 38 (85%) pacientes se realizó vaciamiento aspirativo, en 4 (8%) legrado uterino y en 2 (4%) histerectomía total. De las manejadas con vaciamiento aspirativo, en el 50 % se preparó el cuello uterino con misoprostol previo al procedimiento y en el 50% no. La dosis utilizada de este medicamento fue de 200 ug en dosis única. En el grupo con preparación cervical 4/19 (21%) presentaron mola persistente, mientras que en el grupo sin uso de misoprostol fueron 5/19 (26%). No hubo complicaciones graves en ninguna de las 38 pacientes, no requiriendo transfusión sanguínea ninguna de ellas. Tres pacientes presentaron como única complicación desgarros cervicales, dos casos ocurrieron en el grupo sin uso de misoprostol y uno en el grupo con preparación cervical . Al evaluar el porcentaje de metástasis, solo una paciente presentó metástasis vaginal perteneciente al grupo con misoprostol. No hubo ningún caso de diseminación a distancia.

CONCLUSIONES

El uso de misoprostol no demostró diferencias en la persistencia de la mola, el porcentaje de metástasis, ni en las complicaciones durante el procedimiento de vaciamiento y legrado, al compararlo con las pacientes que fueron directamente a dilatación y aspiración

PALABRAS CLAVES

Mola Hidatidiforme, Misoprostol, Mola persistente



LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO ENDOMETRIOIDE ESTADIO I RIESGO INTERMEDIO

Arab C1, Besio2, Cisterna P2, Aedo S3.

1. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

2. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse,

3. Gineco-Obstetra, Magister en Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La linfadenectomía (LFD) en cáncer de endometrio inicial sigue siendo motivo actual de controversia. En dos importantes estudios Europeos con un reclutamiento de aproximadamente 1900 pacientes se observó que no existe evidencia que la LFD mejore la supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE), pero sí agrega una mayor morbilidad.

OBJETIVO

Comparar SG, SLE, tasa de mortalidad y recidiva en pacientes con cáncer de endometrio riesgo intermedio (CERI) en las que realizó LFD versus no LFD.

MÉTODOS

En 42 sujetos operados desde enero 2003 a junio 2011, con diagnóstico de CERI, se registran la LFD así como los tiempos desde su cirugía hasta la presencia del evento muerte y aparición de recidiva, siendo no censurados aquellos en que al control no se verifican los eventos mencionados. Se realizan análisis de sobrevida de Kaplan-Meier comparando la sobrevida y ausencia de recurrencia para LFD por prueba de Logrank. Se determinan tasas de mortalidad y recidiva para toda la cohorte así como por LFD.

RESULTADOS

Se realizó LFD en 22 casos [52,4% CI95%: 37,3 a 67,5]. En 38 casos [90,5% CI95%: 77,9 a 96,2] se realizó radioterapia. Para un tiempo de seguimiento de 4427 días se observa 94,9% [CI95%: 81,4 a 98,7] de sobrevida y 95,2% [CI95%: 82,3 a 98,8] para ausencia de recidiva. En ambos casos no se observaron diferencias significativas para la presencia de LFD (logrank p-valor, sobrevida: 0,87 y ausencia recidiva: 0,13)

Las tasas de mortalidad y recidiva expresadas en 10.000 días mujer son respectivamente de 0,2 [CI95%: 0,02 a 0,71] y 0,2 [CI95%: 0,02 a 0,73] sin diferencias significativas (p-valor > 0,05) entre el grupo con LFD y sin LFD.

CONCLUSIONES

La LFD en CERI no varía SG, SLE, Tasa de recidiva y Mortalidad.



RESULTADOS COLPOSCOPICO E HISTOLOGICO DE PACIENTES CON CITOLOGIA ASC-US EN UN HOSPITAL DEL SERVICIO DE SALUD SUR-ORIENTE, SANTIAGO, CHILE

*Carvajal N., Alliende R, Nuñez F., Torres P., Goycoolea J.P., Larenas S, Troncoso F, Sanchez A.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana*

INTRODUCCIÓN

La citología exfoliativa (PAP) ha sido el método más usado como screening de cáncer cervicouterino con una sensibilidad del 62% y especificidad de 95%, para lesiones preinvasoras (NIE) de alto grado o más. Las células escamosas atípicas de significado indeterminado (ASC-US) son la anomalía más común en la citología cervical. Es un reporte citológico que crea un dilema para los patólogos y clínicos debido a que no representa necesariamente una entidad patológica. En reportes internacionales se evidencia que ASCUS puede estar presente en lesiones de bajo grado (LSIL) y lesiones de alto grado (HSIL) en porcentajes que varían entre 12,8 a 38,6%, y 5% a 17 % respectivamente. El riesgo de ocultar un cáncer invasor en una citología atípica es bajo (0.1 a 0.2%). En Chile, existen pocos reportes respecto a la historia natural de los ASCUS en la población femenina. El objetivo de este estudio es describir el resultado histológico y seguimiento de las pacientes derivadas a la unidad de patología Cervical del Hospital Padre Hurtado con PAP ASCUS.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Patología Cervical (UPC) del Hospital Padre Hurtado,. La muestra poblacional corresponde a mujeres provenientes del area Sur-oriente de Santiago de Chile, derivadas a UPC por PAP ASC-US, desde febrero 1998 a Mayo 2013. Todas las pacientes con seguimiento fueron evaluadas y tratadas por miembros de la Unidad de Patología cervical.

RESULTADOS

De un total de 387 pacientes, a 298 se les realizó biopsia y 89 pacientes sólo contaron con diagnóstico colposcópico por corresponder a lesiones benignas. De los hallazgos realizados por biopsia, de un total de 298 pacientes, resultado normal o benigno en 54 pacientes (18,1%), lesiones de bajo grado (HPV + NIE I) en 141 pacientes (47,3%), lesiones de Alto Grado (NIE II+ NIE III) en 90 pacientes (30,2 %) y cáncer (Carcinoma microinvasor + Carcinoma invasor) en 13 pacientes (4,4%). Los hallazgos realizados sólo por colposcopia, de un total de 89 pacientes, colposcopías normales en 60 pacientes (67,4%) y colposcopías con alteraciones benignas en 29 (32,6%).

CONCLUSIONES

Estos resultados difieren de lo reportado en la literatura internacional y nacional en donde se describe una histología normal o benigna en 50% de los casos, LBG en el 20 %, LAG en 5 a 35 % y cáncer 0 a 1,4%. En nuestro estudio obtuvimos mayor porcentaje de LBG, LAG y cáncer cervicouterino. Sin embargo es importante destacar que, a diferencia de otros estudios internacionales, la gran mayoría de las pacientes en nuestra serie fueron derivadas a UPC con dos PAP ASCUS separados por 6 meses y esto podría explicar un mayor porcentaje de lesiones cervicales. Por otra parte la reproductibilidad de la interpretación citologica en ASCUS/ LBG es moderada. Por ultimo, a la luz de la literatura revisada, es indiscutible la necesidad de promover estudios epidemiológicos en Chile, sobre la frecuencia y evolución de los resultados de Papanicolau atípicos.



CALIDAD DE VIDA, AUTOEFICACIA, APOYO SOCIAL E INDICADORES FÍSICOS EN MUJERES MENOPAUSICAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR

Vilchez Barboza V, Salazar Molina A, Paravic Klinj T.
Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud considera las enfermedades no transmisibles la principal causa de morbi-mortalidad mundial; constituyendo un reto para los sistemas de salud, por ello se incluyen en Objetivos Sanitarios 2011-2020 de Chile. En las mujeres menopaúsicas el riesgo de padecer de enfermedad cardíaca aumenta, relacionado a la aparición o incremento de diversos factores de riesgo cardiovascular.

OBJETIVO

Conocer la calidad de vida relacionada con salud (CVRS), el apoyo social, autoeficacia e indicadores físicos Presión Arterial (PA), Circunferencia Abdominal (CC); Colesterol Total (CT), Col-HDL, Col-LDL, Triglicéridos (TGL), Índice de Aterogenicidad (IA), Factor de Riesgo Cardiovascular (FRC) e IMC en las mujeres menopaúsicas que presentan conjuntamente tres factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia y sobrepeso), que se atienden en Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) de los Centros de Salud Municipalizados de Concepción.

MATERIAL Y MÉTODO

Cuantitativo, descriptivo, transversal. Población 60 mujeres, entre 50 y 62 años con tres factores de riesgo cardiovascular, ingresadas al PSCV en alguno de los 6 Centros de Salud Municipales de Concepción. Criterios de exclusión: mujeres con ningún factor de riesgo, que no presentaron los tres factores de riesgo descritos, diabéticas, con síndrome metabólico, enfermedades tiroideas, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular con secuelas, EPOC, con alguna enfermedad mental o demencia, con enfermedades terminales o inmovilizadas, alcoholismo.

INSTRUMENTOS Y MEDICIONES

Cuestionario Variables Sociodemográficas, SF-36, Escala de Autoeficacia General, Escala de Percepción de Apoyo Social e Indicadores Físicos Presión Arterial (PAS/PAD), IMC, Circunferencia Abdominal (CA); Colesterol Total (CT), Col-HDL, Col-LDL, Triglicéridos (TGL), Índice de Aterogenicidad (IA), Factor de Riesgo Cardiovascular (FRCV). Incorpora requisitos éticos E. Emmanuel.

RESULTADOS

Edad promedio 58 años, 52% son casadas, 47% con educación media, 40% dueñas de casa El 35% tuvo su menopausia entre los 48 y 50 años, el 100% no consumen terapia de reemplazo hormonal. El 28% fuma. En cuanto a la autoimagen, 67% se percibe con sobrepeso y 30% con peso normal, sin embargo, solo el 44% manifiesta que la forma de cuidar su peso es controlando la alimentación y un 8% realizando ejercicio; el restante 48% no realiza acciones para controlar su peso; justificado en dos razones principales: un 28% expresa que no tienen tiempo, seguido de un 18% que indica que le falta motivación. Los valores obtenidos en: CVRS: salud física (CSF) =79 (DE 10,2), salud mental (CSM) =74 (DE 8,1). Percepción de autoeficacia =35 (DE 4,7) y apoyo social =36 (DE 9,5). PAS =131 (DE 14) y PAD =91 (DE 8,8), IMC =28 (DE 1,7). CA =93 (DE 6,9). CT =190 (DE 38), HDL =53,4 (DE 10) y LDL =115,1 (DE 31,7). TGL =107,22 (DE 51,3). IA =2,1 (DE 0,5) y FRCV =3,6%.(DE 0,6).

CONCLUSIONES

Los resultados indican una CVRS regular, que a pesar de utilizar tratamiento farmacológico requieren mayor compensación desde el punto de vista de indicadores físicos. Constituyen factores protectores sus altos puntajes en autoeficacia y apoyo social. Se evidencia la necesidad de trabajar de manera continua con esta población, para modificar estilos de vida; ya que en la menopausia aumenta el riesgo cardíaco y debe prestarse mayor atención a la prevención de ello.



EVALUACIÓN DE UNA ESCALA SEMI-CUANTITATIVA PARA CLASIFICAR LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZOS

Pattillo A.1,2, Blümel B.1, Arellano A.1, Cuevas R.1,2, Pizarro J.1,2,3

1 Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río 2 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Glyckman Urology Institute, Cleveland Clinic

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina de esfuerzos (IOE) es una patología frecuente y que puede tener gran impacto en la calidad de vida de las mujeres. Para orientar el tratamiento a realizar tradicionalmente se busca clasificar la severidad de la incontinencia mediante algún estudio urodinámico (VLPP, perfil uretral, etc.). Estos métodos, si bien aportan información relevante, son de alto costo, disponibilidad limitada y su uso rutinario no ha demostrado tener impacto en los resultados clínicos. Nosotros proponemos un método semi-cuantitativo para clasificar la incontinencia de orina de esfuerzos en forma estandarizada mediante un test de stress. El objetivo de este estudio es evaluar la correlación de este método con severidad de síntomas y resultados de tratamiento quirúrgico de IOE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de registros clínicos de la unidad de uroginecología del Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río. Se incluyeron pacientes sometidas a cirugía para IOE (TVT/TOT) entre agosto de 2011 y septiembre de 2013 que consultaban por incontinencia de orina de esfuerzos o mixta, que hubiesen sido estudiadas previo a su cirugía con una cistometría simple con test de stress (CS), y que tuvieran al menos un control postoperatorio en nuestra unidad. Se excluyeron pacientes con cirugías previas por IOE o con registros incompletos. Todas las pacientes fueron evaluadas con CS. Se realizó test de stress con 300, 200 y 100cc de llene vesical. Para cada volumen se registraba la magnitud del escape (gotas, chorro débil, chorro intenso). La clasificación se resume en la tabla 1. De los registros clínicos se obtuvo el Incontinence Severity Index (ISI) calculado al ingreso de la paciente a la unidad, y el seguimiento postoperatorio. Se definió como falla subjetiva que la paciente relatará cualquier escape involuntario de orina posterior a la cirugía, sin otra causa evidente (e.g. ITU), y como falla objetiva que se observara durante el examen clínico escape de orina con maniobra de Valsalva.

Tabla 1. Escala de severidad. Se asigna la mayor severidad alcanzada.

	Gotas	Chorro débil	Chorro intenso
300cc	Leve	Leve	Severa
200cc	Leve	Moderada	Severa
100cc	Moderada	Moderada	Severa
Post vaciamiento	Severa	Severa	Severa

RESULTADOS

Un total de 125 pacientes cumplieron los criterios descritos. La edad promedio fue 55,1 10,5 años, con una paridad promedio de 3 1,3 hijos. El IMC promedio fue 30,2 4,5 kg/m². Todas las pacientes referían historia de IOE, la cual fue confirmada en 124 pacientes (99,2%). El ISI promedio al ingreso fue de 9 3,1. El 69,6% de las pacientes fueron catalogadas como IOE severa, 22,4% como moderada y 7,2% como leve. Un 74,4% de las pacientes fue tratada con un TVT, y un 25,6% con un TOT. En la mitad de los casos se realizó una cirugía de prolapso concomitante (50,3%). La mediana de seguimiento fue de 4 meses (rango 1-23), y en este periodo hubo un 24% de falla subjetiva y un 1,6% de falla objetiva. Los ISI promedio por grupo fueron: Severa 9,5 2,7, Moderada 8,3 3,7 y Leve 7 3,6. Se realizó una prueba de ANOVA para comparar los puntajes ISI para las 3 categorías de severidad, que mostró diferencias significativas con un valor P de 0,02. La tasa de falla subjetiva fue de 33,3% para IOE leve (11,1% TVT / 88,9% TOT), 28,6% para IOE moderada (21,4% TVT / 78,6% TOT) y 20,7% para IOE severa (97,7% TVT / 2,3% TOT). La diferencia de falla entre los grupos no fue significativa (prueba exacta de Fisher).

CONCLUSIONES

La escala propuesta se correlaciona bien con la severidad de síntomas de las pacientes, sin embargo no se observó una diferencia en el resultado quirúrgico. Esto puede deberse a que la decisión sobre la intervención a realizar no fue ciega a los resultados de la CS, favoreciendo TVT en pacientes con mayor severidad de IOE.



INFLUENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD SOBRE EL RESULTADO ONCOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

*Sanhueza C., García K., Mondaca S., Briones J., Leal JL., Barrena N., Brañes J., Cuello M., Ibáñez C.
Centro de Cáncer, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

En Chile, la tasa de sobrepeso femenino alcanza el 33,6% y de obesidad el 30,7%. Es claro el rol del sobrepeso en el riesgo y pronóstico en cánceres de mama y colon. En cáncer de ovario, esta información es controvertida. Nuestro objetivo fue mostrar retrospectivamente la situación local de nuestro centro respecto a la proporción de mujeres con cáncer de ovario avanzado sometidas a quimioterapia con sobrepeso y obesidad, analizar los cambios de peso durante el tratamiento y explorar la asociación de estas variables con la sobrevida libre de progresión.

MÉTODOS

Se incluyeron a todas las pacientes con diagnóstico de cáncer epitelial de ovario avanzado, que recibieron quimioterapia entre mayo de 2012 y mayo de 2013, obteniéndose datos epidemiológicos, etapa e histología tumoral, tratamiento recibido, estado de citorreducción, talla, y peso al inicio y al fin del tratamiento con quimioterapia. Se determinó la sobrevida libre de progresión (SLP) por método de Kaplan-Meier para la población total (T), sin sobrepeso al inicio (Ni), con sobrepeso u obesidad al inicio (Si), para la población que se mantiene o baja de categoría de peso (M) y para la población que sube a categoría sobrepeso u obesidad al fin del tratamiento (S).

RESULTADOS

Un total de 43 pacientes fueron analizadas, el 77% debutó en etapa IIIc. La media de índice de masa corporal (IMC) del grupo total al inicio del tratamiento fue 24,89 Kg/m², con 49% de las pacientes con sobrepeso u obesidad. 79% de las pacientes mantuvo su categoría de peso al final del tratamiento, mientras un 13% lo subió. No existen diferencias clínicamente significativas entre los grupos propuestos respecto al estado de citorreducción, etapa tumoral, tipo histológico y variables epidemiológicas. La media de seguimiento fue de 18,3 meses. Las sobrevidas libre de progresión para los grupos (T), (Ni), (M), (Si) y (S) fueron 19, 20, 18, 14 y 14 meses respectivamente. Las pacientes con sobrepeso y obesidad al inicio recurrieron antes que las normopeso al inicio, con una diferencia de 6 meses (14 versus 20 meses), resultado estadísticamente significativo ($p=0.043$).

CONCLUSIÓN

Alrededor del 50% de la población con cáncer de ovario avanzado es obesa o tiene sobrepeso. Esta situación no cambia significativamente durante el transcurso del tratamiento.

La población analizada con cáncer de ovario avanzado, tratada en nuestra institución, con sobrepeso u obesidad, tiene menor sobrevida libre de progresión, al ser comparada con las pacientes normopeso, siendo ambos grupos comparables respecto al estado de citorreducción, quimioterapia, tipo histológico y otros datos epidemiológicos.



NEUROMODULACION TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTANEA (NMTP T.C.) EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA EN ADOLESCENTES. SERIE DE CASOS

*SManríquez V, Naser M, Guzmán R, Wenzel C, Aguilera A, Castro A.
Unidad de Piso Pélvico Femenino. Dpto. Obstetricia y Ginecología.
Hospital Clínico Universidad de Chile.*

INTRODUCCIÓN

La dismenorrea primaria es una patología de alta incidencia en mujeres adolescentes y jóvenes. En los casos más severos afecta la calidad de vida, reportándose un alto porcentaje de ausentismo laboral y escolar. Se presenta una serie de casos clínicos tratados con NMTP T.C. con éxito terapéutico en el manejo del dolor, los síntomas sistémicos asociados y disminución del impacto laboral o escolar.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reclutaron pacientes entre 14 y 25 años sin antecedentes mórbidos relevantes, no usuarias de anticonceptivos orales, sin deseo de embarazo, con evaluación clínica y ecográfica dentro de límites normales, que manifestaron dismenorrea severa (EVA $> 0 = 7$) como motivo de consulta. Se aplicó NMTP T.C. diaria por 30 minutos desde el inicio del período menstrual hasta el inicio del siguiente período menstrual. Para la evaluación de la intensidad del dolor se utilizó EVA y para la evaluación de la magnitud del impacto laboral, síntomas sistémicos y necesidad de analgesia la encuesta de Andersch (American Family Physician 2005; V71 nº2). Ambos instrumentos se aplicaron al inicio y al finalizar la intervención.

RESULTADOS

Se reclutaron cuatro pacientes que cumplieron con los requisitos de inclusión. En la evaluación de la EVA la magnitud del dolor se redujo en promedio de 8 a 3 (9-2) lográndose en todas las pacientes una disminución del puntaje de la escala de impacto laboral, síntomas sistémicos y necesidad de analgesia. El efecto obtenido se mantuvo en promedio por tres meses luego de suspender la terapia y no se reportaron efectos adversos con la aplicación de la NMTP T.C. Todas las pacientes tratadas eligieron continuar con el tratamiento como medida para mitigar el dolor y los síntomas asociados al motivo de consulta.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de la dismenorrea primaria con NMTP T.C. aparece como una nueva y promisoriosa alternativa de manejo en el control del dolor, los síntomas sistémicos asociados y en la reducción del impacto laboral que genera el ésta patología. El impulso de esta experiencia preliminar esperamos refrendarlo con la realización de un ensayo clínico en nuestra Unidad el cual se encuentra concursando a fondos del concurso FONIS 2013.



HISTERECTOMIA TOTAL SIMPLE CON CONSERVACION DE OVARIOS POR VIA LAPAROCOPICA, PUERTO UNICO DISPOSITIVO GEL POINT®

Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Torres P. (1), Mc Conell Y. (1)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN

Las directrices actuales en cirugía ginecológica y oncológica es la mínima invasión, donde los actores principales son la cirugía laparoscópica y la robótica. Dentro de la cirugía laparoscópica en ginecología, la técnica con puerto único, es una técnica novedosa e innovadora.

El objetivo del estudio es la evaluación de la técnica con puerto único en cirugía ginecológica laparoscópica frecuente, como lo es la histerectomía: en relación a la curva de aprendizaje, fiabilidad, seguridad y reproducibilidad de la técnica.

A raíz de un caso clínico se presenta una revisión del tema.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 48 años de edad, sana, multípara de 2 partos vaginales. Antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica. Portadora de Hiperplasia Glandular sin atipias, menometrorragia y dismenorrea refractaria a manejo médico con AINE y progestágenos. Paciente es evaluada en comité y se decide Histerectomía Total con conservación de ovarios por vía laparoscópica puerto único. Descripción de la técnica:

- 1) Open lap. de 3 cms. en puerto umbilical, se constata asa de intestino delgado adherida a ombligo, enterotomía accidental puntiforme que se sutura en dos planos sin incidentes.
- 2) Instalación de puerto único umbilical con dispositivo Gel point®.
- 3) Instalación de tres trócares a través de dispositivo Gel point®.
- 4) Coagulación y sección de ligamentos utero-ováricos, previa apertura de peritoneo de pared pélvica bilateral e identificación de ambos uréteres.
- 5) Descenso vesical.
- 6) Coagulación y sección de arterias uterinas.
- 7) Coagulación y corte de parametrios posteriores
- 8) Colpotomía
- 9) Colporrafia por vía vaginal.

RESULTADOS

Tiempo quirúrgico fue de 220 minutos, no requirió transfusión de hemoderivados. Estadía hospitalaria fue de 3 días, se observó por 48 horas más de lo habitual por la lesión intestinal reparada. Realimentación a partir del segundo día de post operatorio. El requerimiento analgésico fue mínimo: ketorolaco 30mg/ev cada 8 horas durante el primer día de post operatorio. A partir del segundo día ketorolaco 10 mg cada 8 horas v.o. que fue suspendido al 5 día de post operatorio. Evolucionó sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El abordaje puerto único es una técnica reproducible y segura, en ginecólogos habituados a la cirugía por vía laparoscópica convencional. Esta técnica habitualmente es utilizada en urología y cirugía colorrectal. Al revisar la literatura existen alrededor de 80 trabajos en relación a puerto único en cirugía ginecológica tanto laparoscópica como robótica, sin embargo no existe evidencia capaz de demostrar los beneficios de la laparoscopia puerto único por sobre la técnica convencional de puertos múltiples. Sería necesario un mayor número de casos para la estandarización de la técnica, creemos importante haber iniciado el camino con la primera paciente en el área ginecológica sometida a esta técnica quirúrgica publicada en nuestro país.



TRAQUELECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA: MANEJO CONSERVADOR DE LA FERTILIDAD EN CANCER CERVICOUTERINO INICIAL. CASO CLINICO

Barrena N.(1), Torres P.(1), Ramírez S.(1), Mc Conell Y.(1), Meneses M.(2)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es una patología que afecta en su gran mayoría a pacientes en edad fértil y en muchas ocasiones nuligestas. El tratamiento estandar en estadios IA1, IA2 y IB1, es la Histerectomía Radical + Linfadenectomía Pélvica Bilateral. Sin embargo en pacientes con deseo de conservar fertilidad, la traquelectomía radical aparece como la primera alternativa quirúrgica y si sumamos menor estadía hospitalaria, reintegro precoz a la vida laboral: la vía laparoscopica, pareciera ser una alternativa superior. A raíz de un caso clínico, mostraremos la técnica quirúrgica y una revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 29 años, nuligesta con deseo de conservar fertilidad. PAP compatible con LIE AG, colposcopia y biopsia compatible con NIE III. Cono con asa LEEP, biopsia informa carcinoma escamoso invasor de 8 mm. de extensión y 3,5 mms. de profundidad: IB1. Discutida en comité oncológico, estudiada con PET/CT y RNMI de pélvis: descarta compromiso a distancia o loco regional. Paciente es consentizada para Traquelectomía Radical laparoscopica + Linfadenectomía Pélvica Bilateral. La técnica, consta de los siguientes pasos por vía laparoscopica: 1) Apertura de los espacios paravesical y pararectal, 2) Linfadenectomía Pélvica bilateral, 3) Clips de vasos uterinos en su base, 4) Apertura de espacio vesico vaginal y rectovaginal, 5) Tunelización de ureteres, 6) Sección de parametrio y paracervix al llegar a la tabla ósea. 7) Sección Ligamento útero sacro a 2 cms de inserción en el cuello uterino. 8) Sección uterina a 1 cm. bajo el itsmo
9) Colpotomía a 1 cm bajo el cuello, extracción de pieza operatorio se informan márgenes negativos en biopsia rápida. Por vía vaginal se completa cirugía: cerclaje en itsmo con prolene 2.0 y sutura de vagina a neocuello con 6 puntos radiados de vycril.

RESULTADOS

Tiempo Operatorio 5 hrs. 5 minutos, estadía hospitalaria 3 días. No requirió de transfusión de hemoderivados. Traquelectomía Radical con márgenes negativos, parametrios negativos, 0 de 23 ganglios pélvicos comprometidos. A los 21 días del postoperatorio retoma sus actividades laborales habituales. Último control julio 2013, sin evidencias de enfermedad, citología negativa, corresponde al 8º mes libre de enfermedad.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscopica cobra un rol fundamental en oncología ginecológica, en cáncer cervicouterino en etapas iguales o menores a IB1 parece ser de elección. Sin embargo en pacientes con deseo de fertilidad era un problema, que en nuestro caso demuestra excelentes resultados tanto del punto de vista oncológico, como en los tiempos operatorios, estadía y retorno a las actividades habituales sin complicaciones.

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR

Braun H.1-2,UrzúaM.1,Silva M.2,Rondini C.1-2,Honorato M.2,Troncoso F.1-2,Rojas I.1-2

1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

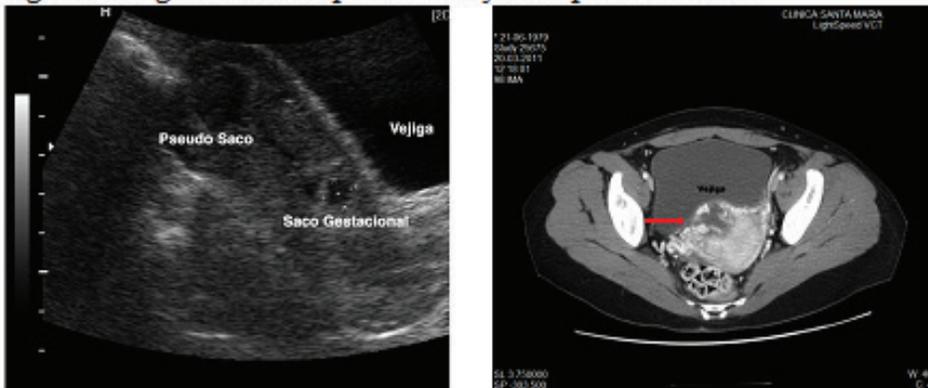
INTRODUCCIÓN

El embarazo localizado en la cicatriz de cesárea anterior es la presentación más infrecuente de los embarazos ectópicos, sin embargo la incidencia es creciente en la medida que las tasas de cesárea se ha incrementado en los últimos años. La información disponible en la literatura corresponde principalmente a reporte de casos o series de casos. Su diagnóstico es complejo, siendo la ecografía transvaginal, la resonancia nuclear magnética (RNM) y la laparoscopia herramientas útiles para certificar el diagnóstico. En lo que respecta al tratamiento, existen diferentes opciones terapéuticas que se deben valorar individualmente según las características clínicas de la paciente y la experiencia del grupo médico tratante.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presentan dos casos de pacientes que recibieron tratamiento combinado médico - quirúrgico, con resultado exitoso. Ambas pacientes eran multíparas de 1 con 1 CCA, cursando un embarazo de 6 semanas y que consultan por síntomas de aborto. En ambas el estudio de imágenes mostró un aborto retenido con el saco gestacional a nivel de la cicatriz de la cesárea (ver imágenes). Se decide realizar tratamiento con Metotrexato en dosis de 50 mg/m² im. Se realizó resección quirúrgica en cuña de la lesión en ambas pacientes. En la paciente 2 el procedimiento se realizó el día 17 debido al tamaño de la lesión y del defecto uterino; en tanto que en la paciente 1 se realizó 2 meses después de la negativización de la subunidad beta debido a metrorragia escasa y persistencia de la lesión. Las pacientes evolucionaron satisfactoriamente, siendo dadas de alta al tercer día postoperatorio. La biopsia diferida informó tejido fibroso hemorrágico, con vellosidades coriales vascularizadas, confirmando el diagnóstico de embarazo ectópico en cicatriz de cesárea en ambos casos. Al tercer mes de seguimiento las pacientes refirieron menstruaciones regulares y normales. Se realizó histerosalpingografía y ecografía transvaginal que resultaron normales.

Imágenes diagnósticas de paciente 1 y 2 respectivamente



CONCLUSIÓN

El embarazo ectópico en cicatriz de cesárea es una patología infrecuente y sin clínica específica que requiere de imágenes para establecer el diagnóstico. En pacientes no complicadas puede plantearse primariamente el tratamiento médico con Metotrexato sistémico. En pacientes con deseo de paridad futura, la resección de la lesión y la reparación uterina, pudiesen disminuir el riesgo de recurrencia y rotura uterina en un embarazo posterior.

TUMOR GINECOLÓGICO GIGANTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

*Segovia, M.[2,5]; Figueroa, H.[2,5]; Cerda, E. [3,5]; González, J. [3,5];
Herrera, G.[3,5]; Castillo, F. [2,5]; Artal, C. [4,6]; Pierotic, M. [1,5,6]; Sukni, M. [1,5,6]*

*1: Gineco Obstetra; 2: Internos de Medicina; 3: Estudiantes de Medicina; 4: Matrona UPC; 5: Universidad Católica del Norte;
6: Hospital San Juan de Dios, La Serena*

INTRODUCCIÓN

Los tumores ginecológicos de gran tamaño, han sido calificados de variadas maneras; incluyendo “inmensos”, “enormes”, “extensos”, “voluminosos”, “masivos”, “grandes”, “muy grandes”, “gigantes” o “gigantescos”. Sin embargo, en 1971, Beacham y cols., los definieron como gigantes a todos aquellos con un peso mayor de 11,3 kg. Son poco frecuentes en la literatura médica mundial.

OBJETIVO

Dar a conocer un caso complejo de un tumor ovárico gigante, manejado en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios de La Serena.

CASO CLÍNICO

Paciente de 43 años, proveniente de Monte Patria, múltipara de 5, con antecedentes de una ooforectomía derecha el año 2001, consulta en Marzo de 2012 con historia de 2 años de evolución, de una masa pelviana de rápido crecimiento. Al examen físico impresiona abdomen de gran tamaño y ascitis moderada. Estudio: marcadores tumorales positivos, levemente altos. TC abdominopélvico: gran masa en cavidad abdominal de 48 x 36 x 37 cms, con hallazgos sugerentes de teratoma, que comprime grandes vasos. Se planifica cirugía y se extrae tumor gigante de 36 kg, dependiente del ovario izquierdo. Biopsia rápida indica teratoma maduro. Se completa con histerectomía total, con técnica de Heaney más omentectomía, apendicectomía y colecistectomía. Posterior a la cirugía, la paciente evolucionó favorablemente, sin mayores complicaciones.



CONCLUSIÓN

En términos generales, la resolución de tumores ginecológicos gigantes, representa un reto para el equipo quirúrgico, debido a las potenciales complicaciones derivadas de éstos. Por lo que en esta paciente, destaca la adecuada evolución clínica, dadas las características benignas del tumor, ya que considerando su magnitud, el desenlace podría haber sido desfavorable. Cabe destacar, que este caso de teratoma maduro, es el más grande publicado a nivel nacional.



TROMBOCITOSIS ESENCIAL EN EMBARAZO, COMPLICADO CON SINDROME DE HELLP

Walker B., Astudillo J., Yamamoto M.

Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

La Trombocitosis esencial es la neoplasia mieloproliferativa adquirida más frecuente en mujeres en edad fértil, incidencia 0.65-2.5/100.000 habitantes. Se caracteriza por la presencia de trombocitosis y la tendencia a presentar complicaciones trombóticas o hemorrágicas.

Se ha asociado a un aumento en el riesgo de complicaciones maternas y fetales, siendo la más frecuente el aborto de primer trimestre, aborto recurrente, RCIU, DPPNI, Preeclampsia y MFIU.

Las complicaciones puerperales; son menos frecuentes alcanzando un 9%, pero de gran importancia dada su alta morbimortalidad generalmente en relación a eventos trombóticos o hemorrágicos.

Existe escasa información publicada sobre forma de presentación, diagnóstico y manejo de estas complicaciones

OBJETIVOS

Presentar el diagnóstico y evolución clínica de un HELLP en una paciente con diagnóstico de trombocitosis esencial, su manejo y complicaciones puerperales.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años, Multípara de 1 con antecedente de Trombocitosis esencial, con recuento plaquetario al inicio del embarazo $>500.000/\text{mm}^3$, en tratamiento con Aspirina 100 mg/ día. Como antecedente llama la atención placenta grado 3 con marcada demarcación de cotiledones desde el inicio del tercer trimestre

Cursando semana 35, se hospitaliza por pesquiza de cifras tensionales elevadas 140/90 mmHg. Durante hospitalización asintomática para SHE, sin requerimiento de hipotensores, con proteinuria de 350 mg/24 hrs. En exámenes de laboratorio destaca elevación progresiva de transaminasas (SGOT > 100) y LDH 574, con recuento plaquetario normal ($>200.000/\text{mm}^3$), pero clara disminución en relación a los valores habituales. En estudio conjunto con hematólogos destaca creatinina elevada, Dímero D elevado 1605 ng/mL sin aumento del fibrinógeno 319 mg/dL y Haptoglobina normal bajo, lo que obliga a sospechar microangiopatía. Se decide manejar como Síndrome de HELLP y se interrumpe embarazo. Se realiza cesárea electiva obteniendo RN AEG.

En segundo día post cesárea paciente evoluciona con dolor abdominal y distensión, que no cede con analgesia habitual. Se realiza ecografía abdominal, donde se evidencia hematoma subaponeurótico de 13 x 10 cm, con caída progresiva del hematocrito y dificultad en el manejo del dolor. Se realiza drenaje de hematoma sin inconvenientes, sin otros hallazgos intra operatorios. Paciente evoluciona febril, con difícil manejo de herida operatoria, requiriendo hospitalización en Unidad de Cuidados intermedios con Antibióticos de amplio espectro hasta resolución del cuadro.

CONCLUSIÓN

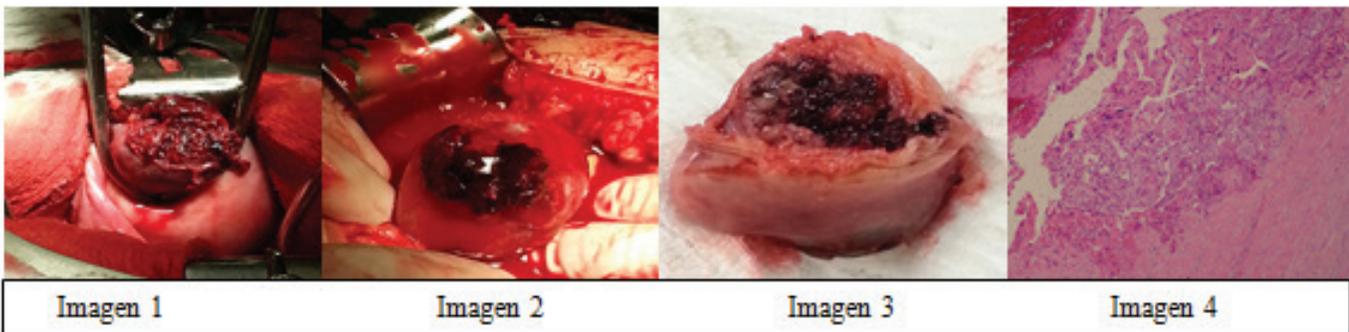
La trombocitosis esencial es una de la neoplasias hematológicas más frecuentes en el embarazo, se asocia a una alta tasa de complicaciones maternas y fetales durante el embarazo y post parto que son necesarias de conocer. El presente caso muestra la dificultad en el diagnóstico de Sd. HELLP y la presentación de una de las complicaciones más frecuentes del puerperio; las hemorrágicas.

CORIOCARCINOMA CORNUAL ROTO: REPORTE DE UN CASO

Catalán C, Viguera S, Cuevas R, Puga O. Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) corresponde a toda expresión anormalmente prolongada de la actividad trofoblástica después de un evento gestacional. Un subconjunto de esta que tiende a la persistencia y eventual diseminación, es la neoplasia trofoblástica gestacional (NTG); la cual incluye a la mola invasora, el tumor del sitio de inserción placentaria y el coriocarcinoma. Este último, es una de sus formas más graves, cuya incidencia se estima entre 1/50.000 a 1/20.000 embarazos. Su ubicación más frecuente es el útero, siendo su presentación ectópica un evento raro con pocos casos reportados en la literatura internacional. Material y método: Reportamos el caso de una paciente de 26 años, múltipara de uno, con antecedente de aborto completo no legrado en enero del 2013. Cuatro meses después consulta a la urgencia por metrorragia, anemia severa y test pack de embarazo positivo; por lo que se hospitaliza, realizándose legrado uterino de urgencia. Control de bhcg en ascenso hasta 234.338 mUI/ml dos semanas post-legrado. Se rehospitaliza para estudio y manejo. Biopsia informa endometrio gestacional temprano sin restos ovulares. Ecografía de ingreso muestra imagen nodular heterogénea de 6 cms en fondo uterino-cornual izquierdo. TAC torax, TAC abdomen y pelvis y TC cerebral sin signos de diseminación, equivalente a Etapa 1. Previo a inicio de quimioterapia (QT), la paciente evoluciona con abdomen agudo y caída del hematocrito, por lo que se realiza laparotomía exploratoria de urgencia, identificándose hemoperitoneo de aproximadamente dos litros, tumoración de 5 cm en fondo uterino y cuerno izquierdo con sangrado activo arterial (imagenes 1 y 2). Considerando deseo de fertilidad de la paciente, se extrae tumoración en cuña (imagen 3). Posteriormente se realiza ciclo de QT con EMACO, y control de bhcg que resulta en 729 mUI/ml. Resultado de biopsia señala coriocarcinoma (imagen 4), indicándose nuevo ciclo de QT, con buena respuesta. Actualmente paciente en espera de ciclo de QT de consolidación tras resultados de bhcg en valores mínimos.



DISCUSIÓN

La clínica del coriocarcinoma extrauterino es inespecífica, teniendo como principal diagnóstico diferencial el embarazo ectópico. Su presentación clínica es variable e incluye amenorrea, dolor abdominal (88%), sangrado vaginal irregular (75%) y test de embarazo positivo (100%); síntomas que estuvieron presentes en su totalidad en nuestra paciente. Los casos reportados le asignan un peor pronóstico que a su contraparte intrauterina, con tasas de metastasis de un 75% al diagnóstico. En el caso de nuestra paciente el estudio de diseminación por imágenes resultó negativo. La sospecha se realiza mediante la clínica, la medición de bhcg y las imágenes, siendo su imagen ecográfica más típica una masa heterogénea con hipervascularización al doppler. El diagnóstico definitivo se realiza mediante histología. Su manejo de primera línea es quirúrgico, radical o conservador, siempre asociado a QT. Su seguimiento tiene que ser estricto hasta negativización de bhcg. Conclusión: El coriocarcinoma ectópico es una patología infrecuente, de difícil diagnóstico y pronóstico variable, asociado a resultados que abarcan desde la muerte materna hasta curación completa posterior a QT.



CASO CLÍNICO: EMBARAZO ECTÓPICO 5 AÑOS DESPUÉS DE UNA HISTERECTOMÍA SUBTOTAL

*Carvajal N., Barrientos J., Martínez P., Urzua M., Allende I., Encina A., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana*

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico posterior a una histerectomía es un evento muy infrecuente. El primer caso fue publicado por Wendler en 1985; posteriormente se han reportado solo 55 casos. Debido a lo infrecuente de esta condición, suele no ser considerada habitualmente entre los diagnósticos diferenciales de abdomen agudo en mujeres en edad fértil. Se presenta un caso clínico de una paciente histerectomizada con embarazo ectópico tubario complicado.

CASO CLÍNICO

Paciente 39 años, multipara de 3, con antecedentes de histerectomía obstétrica subtotal el año 2007 por acretismo placentario. Consulta en Servicio de Urgencia Adulto por cuadro de 12 horas de evolución de dolor hipogástrico asociado a vómitos y deposiciones líquidas. A su ingreso presenta compromiso cualitativo de conciencia, hidratación límite, mal perfundida, hipotensa (90/60 mmHg), saturación ambiental de 80%. Como hallazgo al examen físico destaca dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, Blumberg positivo. Dentro de los exámenes de laboratorio se objetivizan leucocitos 20.000/mm³, Hematocrito 27,4% y PCR 4. Se realiza TAC de abdomen y pelvis, el que revela abundante líquido libre en la cavidad peritoneal y una imagen pélvica, sólida y heterogénea de origen no precisado.

Se realiza laparotomía exploradora por equipo de cirugía en contexto de cuadro de abdomen agudo, encontrándose un hemoperitoneo de 2000 cc y un tumor de aproximadamente 10 cm de origen anexial derecho. Se solicita evaluación por residencia de Ginecología, encontrándose un embarazo ectópico que a la manipulación da salida a embrión de 10-12 semanas de gestación. Anexo contralateral sano, ausencia de útero y presencia de cervix. Se realiza salpingectomía derecha sin incidentes. La paciente cursa un post-operatorio sin complicaciones, decidiéndose su alta al 3er día post-cirugía.

DISCUSIÓN

De las 55 publicaciones en la literatura, la mitad de ellas se presentaron precozmente luego de la histerectomía, lo que permite presumir la existencia de un embarazo no diagnosticado al momento de la cirugía. De los casos reportados, sólo 3 han ocurrido en pacientes con antecedentes de una histerectomía subtotal, lo que marca la excepcionalidad del caso clínico presentado, dada su presentación tardía de 6 años posterior a la cirugía uterina. A pesar de su incidencia extremadamente baja y tal como lo demuestra este caso clínico, es recomendable que en cualquier mujer en edad fértil, incluso en aquellas con antecedente de haber sido histerectomizadas, y que consultan por dolor abdominal en el servicio de urgencia, debe considerarse la posibilidad de un embarazo ectópico complicado. A modo de conclusión, señalemos que esta patología es extremadamente infrecuente y sólo un alto índice de sospecha podrá realizar el diagnóstico en forma precoz y certera.



“SALPINGITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA PRIMARIO DE TROMPAS UTERINAS, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”

Olguín F. (1,2,4) Salinas P(1, 4), San Martín F.(1,4), Bernal N. (3), Muñoz S.(3), Vivanco F.(3), Saldías V (5)

(1) Departamento de Ginecología, Clínica Hospital del Profesor; (2) Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital San Juan de Dios; (3) Interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae; (4) Docente Universidad Finis Terrae; (5) Becaria Ginecología, Hospital San Juan de Dios

Se presenta caso clínico de mujer de 38 años, nulípara, con antecedentes de ATO bilateral tratado con antibióticos en enero 2013. Ingresa en junio 2013 al servicio de urgencia con cuadro de dolor súbito en fosa iliaca derecha, dolor intenso, signos clínicos de abdomen agudo. Se decide laparotomía exploradora, en la cual se realiza minilaparotomía de Pfannenstiel, se observa lesión anexial derecha de aspecto inflamatoria, friable, muy adherida, que impregna ATO derecho, se realiza adhesiolisis, liberación de la lesión, y se procede a anexectomía derecha. Paciente presenta buena evolución post operatoria con alta a las 48 hrs post cirugía. Se indica ciprofloxacino más metronidazol por 10 días y control.

La biopsia del anexo derecho muestra tumor tubario polipoideo, tipo adenocarcinoma papilar, que infiltra hasta la capa muscular. Además se encuentra endometriosis tubaria y salpingitis aguda y crónica focalmente granulomatosa.

DISCUSIÓN

El carcinoma primario de trompas de Falopio (CPTF) es la neoplasia menos frecuente en el tracto genital femenino, representando cerca del 1% de éstos tumores (1). Según los casos reportados en la bibliografía, es una neoplasia rara a nivel mundial, presentando en USA una incidencia de 4,1 por un millón de mujeres al año (2). Es más común en la 5°-6° década de la vida, y clínicamente se presenta con sintomatología poco específica (3).

En Chile se han reportado 3 casos de adenocarcinoma papilar, representando el 1% de la patología tubaria, siendo más frecuente el adenocarcinoma con un 1.7% de incidencia (4).

En este trabajo se presentará un nuevo caso de CPTF diagnosticado recientemente, manifestado como absceso tuboovárico. La paciente evoluciona bien, asintomática. Se activa GES por diagnóstico de cáncer de ovario. Paciente no vuelve a consultar.

REFERENCIAS

(1) Pectasides D, Pectasides E, Economopoulos T. Fallopian tube carcinoma: A review. *Oncologist*. 2006 Sep;11(8):902-12

(2) Stewart SL, Wike JM, Foster SL, Michaud F. The incidence of primary fallopian tube cancer in the United States. *Gynecol Oncol* 2007; 107: 392-397.

(3) Flores-Romero AL, Leyva-García O, García MR, Vásquez-Ciriaco S, Navarro-Hernández Q, Valencia-Mijares NM. Carcinoma de trompa de Falopio. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Evid Med Invest Salud* 2012; 5 (2)

(4) Mauricio Cuello F., Paulina Merino O., Alejandra Etcheagaray B., Juan Pablo Ortega R., Cristián Pomés C., Nicanor Barrena G., Roger Gejman E. Distribución de la patología anexial en mujer chilena: experiencia de la universidad Católica de Chile. *Rev obtet ginecol* 2004; 69: 429- 440



ANGIOMIXOMA DE CORDON UMBILICAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”

Olguin F.1,2,5, Salinas P1,5, San Martin F.1,5, Benavides A.3, Bernal N.4, Muñoz S.4, Vivanco F.4, Saldias V.6

1 Departamento de Ginecología, Clínica Hospital del Profesor; 2 Departamento de Oncología Oncología, Hospital San Juan de Dios; 3 Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Hospital del Profesor, 4 Interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae; 5 Docente Universidad Finis Terrae 6 Becaria Ginecología, Hospital San Juan de Dios

Paciente de 18 años, nulípara, cursando embarazo de 20 semanas por FUR, sin antecedentes mórbidos. Acude a control de embarazo, donde se pesquiza ausencia de latidos a la ecografía, y presencia de lesión quística en cordón umbilical de aproximadamente 3 cm de diámetro, por lo que se decide hospitalizar para inducción y vaciamiento.

Se obtiene feto sexo masculino de aproximadamente 16 semanas, peso 108 gr, sin malformaciones externas ni internas. En tercio medio de cordón umbilical se observa lesión quística, engrosada, homogénea, parda, de 2,8 x 2 cm.

A la histología destaca lesión parda, lisa, brillante y parcialmente envuelta por membranas ovulares, compatible con Angiomixoma de cordón. Placenta con desarrollo vellositario de segundo trimestre. Membranas ovulares dentro de límites histológicos normales

DISCUSIÓN

El angiomixoma es una neoplasia infrecuente, de crecimiento lento, la cual se presenta fundamentalmente en la región pélvica, genital y/o perineal femenina (1)

Se presenta como tumor sólido, gelatinoso, de bordes pocos definidos. El diagnóstico es histológico donde se observan células de miofibroblasto con patrón mixoide y vascular marcado, carente de atipias y escasa mitosis. Con frecuencia presenta receptores positivos a estrógenos y progesterona. (2-3)

Los tumores de cordón umbilical como el angiomixoma, son raros e infrecuentes, generalmente benignos, que se asocian a muerte fetal por obstrucción de cordón (4). En la ecografía se presentan como masas solidas o solidoquísticas.

En la bibliografía no se encuentran casos locales reportados, y muy escasos reportes a nivel internacional, el único caso que encontramos de feto vivo es en una paciente de 29 años donde se le diagnosticó angiomixoma de cordón umbilical en el segundo trimestre a través de ecografía. Parto a las 38 semanas, recién nacido normal (4).

REFERENCIAS

- (1)Evans E, Poulsen R, Gómez H. Angiomixoma da la Vulva. Rev Chil Obstet Ginecol. 2003 69(5)
- (2)Padilla-Rodríguez AL et al. Angiomiofibroblastoma de vulva. Rev Med Hosp Gen Mex 2003; 66 (1): 29-32
- (3)Pinedo R, Neira C, Bravo LE. Angiomixoma agresivo. Informe de casos y revisión de la literatura. Colombia Med. 1995 26(3): 86-8.
- (4) Hung-Pin Cheng, Chin-Yuan Hsu, Chih-Ping Chen, Tsung-Hsien Su. Angiomyxoma of the umbilical cord. Taiwanese J Obstet Gynecol. December 2006, Vol 45, No 4



TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE VENA OVÁRICA POST-LEGRADO UTERINO

Jara G, López S

Universidad de Valparaíso. Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.

INTRODUCCIÓN

La tromboflebitis séptica de vena ovárica es una complicación poco frecuente descrita habitualmente en relación a operación cesárea y parto vaginal. Su incidencia fluctúa entre 1/600 a 1/3000 partos, siendo mayor en parto cesárea y afectando más frecuentemente la vena ovárica derecha. Existen pocos casos descritos en relación a cirugía ginecológica, abortos y casos espontáneos, observándose en estos una alta asociación a trombofilias. Se presenta un caso asociado a legrado uterino por aborto incompleto.

CASO CLÍNICO

Paciente de 29 años, múltipara de 3, en amenorrea de lactancia por 2 años, usuaria de preservativo en forma irregular. Consulta en unidad de emergencia por cuadro de metrorragia severa con compromiso hemodinámico, se realiza legrado uterino y transfusión de 3 unidades de glóbulos rojos, logrando control del sangrado y estabilidad hemodinámica. Examen de b-HCG de 6492 mUI/ml. Al día siguiente al legrado cursa con fiebre que se interpretó asociada a transfusión, siendo dada de alta. Vuelve a consultar en urgencia a las 48 horas post-legrado por calofríos y fiebre objetivada hasta 40,9°C, asociado a dolor abdominal de mayor intensidad en fosa ilíaca derecha. Al examen destacaba dolor a movilización uterina con flujo de mal olor. Se realiza ECOTV con endometrio de 4 mm, anexos normales y escaso líquido libre. Se hospitaliza con diagnóstico de endometritis, iniciando antibioticoterapia endovenosa con Ceftriaxona y Metronidazol. La paciente evoluciona en regulares condiciones, con tendencia a la hipotensión y afebril. En exámenes de control destacaban una pancitopenia con elevación de parámetros inflamatorios e hipokalemia, con buena función hepática y renal. Se repite ECOTV que muestra líquido libre sin otros hallazgos. Por algia en fosa iliaca derecha se solicita PielotC y evaluación por cirujano que descarta cuadro apendicular agudo. Dado regular estado general y tendencia a hipotensión es trasladada a recuperación para observación continua. Se realiza TC tórax-abdomen-pelvis con contraste que muestra imagen de trombo en vena ovárica derecha. Se mantiene con antibióticos endovenosos y se inicia anticoagulación con Dalteparina. La paciente evoluciona favorablemente con mejoría notable del estado general y recuperación progresiva de parámetros hematológicos y de índices de actividad inflamatoria. Es evaluada por hematólogo quien apoya diagnóstico de tromboflebitis séptica, atribuyendo compromiso de parámetros hematológicos a una coagulación intravascular diseminada y descartando necesidad de estudio de trombofilias. Se decide completar 10 días de antibióticos de amplio espectro endovenosos y traslape a anticoagulante oral Acenocumarol. Biopsia de legrado informó restos de aborto inflamados necrohemorrágicos en organización. Es dada de alta en buenas condiciones con indicación de TC de control al tercer mes para definir duración de terapia anticoagulante.

DISCUSIÓN

La tromboflebitis séptica de vena ovárica se describe habitualmente en relación al puerperio, sin embargo existen reportes de casos en otros contextos como abortos y legrados. Dada la baja frecuencia de estos casos, muchos aspectos deben extrapolarse de lo observado en parto vaginal y cesárea. El cuadro clásico es un síndrome febril de aparición precoz, debiendo sospecharse especialmente cuando este persiste a pesar de la terapia empírica inicial, asociado a dolor abdominal especialmente en fosa iliaca derecha. Sus diagnósticos diferenciales incluyen la apendicitis aguda, la pielonefritis aguda, PIP y tumores anexiales complicados. El examen confirmatorio de mayor rendimiento es el TC con contraste (sensibilidad cercana a 100%) seguido por la RNM y la Ecografía. Los tratamientos habitualmente descritos se centran en dos pilares: antibioticoterapia endovenosa de amplio espectro asociado a anticoagulación. La evidencia es controversial en relación al uso de las heparinas, aunque siguen siendo una práctica recomendada, habitualmente heparina no fraccionada EV, aunque existen descritos casos de buenos resultados con heparinas de bajo peso molecular. Se sugiere mantener a estas pacientes con terapia anticoagulante oral, describiéndose duraciones de esta de entre 6 semanas a 6 meses. Se sugiere considerar estudios para trombofilias dentro de su evaluación.



METÁSTASIS DE CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO A TERATOMA MADURO DEL OVARIO

Acevedo F 1, Salgado C 1, Galdames A 2, Mucientes F 3

1 Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción/Hospital Guillermo Grant Benavente

2 Interna de Medicina Universidad de Concepción

3 Docente Anatomía Patológica, Departamento de Anatomía, Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

El ovario recibe frecuentemente metástasis de carcinomas gástricos, mamarios, colorrectales y vesiculares como carcinoma de células en anillo de sello (CAS), existiendo también tubulares y mucinosas. Generalmente las metástasis afectan al ovario nativo y excepcionalmente comprometen a neoplasias preexistentes.

PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Mujer de 54 años, sin antecedentes, consulta por dolor abdominal bajo de un mes de evolución. La ecografía abdominal mostró tumor sólido de 5.5 cm en el ovario derecho (OD) y tumor quístico de 12.5 cm con pelos en el ovario izquierdo (OI). Se realiza histerectomía total, salpingooforectomía bilateral, omentectomía y citología. En el post operatorio presenta tromboembolismo pulmonar masivo, falleciendo. No se realizó autopsia. La histopatología reveló útero, epiplón y citológico sin neoplasia. OD de 5.8 cm sólido tumoral, formado por CAS con respuesta estromal hiperplásica. OI de 10.5 cm biloculado con teratoma maduro y estroma infiltrado masivamente por CAS citoqueratina positivo.

DISCUSIÓN

Se presenta un caso raro de metástasis ovárica bilateral de CAS de origen desconocido y que en el lado izquierdo comprometió a un teratoma maduro quístico.



CORIOCARCINOMA POSTERIOR A UN ABORTO ESPONTÁNEO

Autores: Astudillo E¹, Salgado C¹, Acevedo F¹, Becerra P¹

1. Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

El Coriocarcinoma es un tumor poco frecuente, más común en mujeres jóvenes, con una incidencia que varía en 1 entre 25.000 a 40.000 embarazos. Puede ser precedido por cualquier evento gestacional: 50% después de una mola hidatiforme, 25% después de un aborto espontáneo, 22,5% después de un embarazo normal y 2,5% después de un embarazo ectópico. Generalmente, el embarazo inmediatamente anterior es el que predispone la aparición del tumor. Se presentará caso de Coriocarcinoma posterior a un aborto espontáneo.

CASO

Paciente nulípara de 20 años, con antecedentes de un aborto espontáneo en diciembre de 2007 tratado con legrado uterino. El 29/05/08 consulta por genitorragia abundante y dolor cólico en hipogastrio. Signos vitales: temperatura 37,5 °C, pulso 108 por minuto, PA 110/70. Examen ginecológico: útero con aumento de volumen discreto, orificio cervical entreabierto, con sangrado moderado. BhCG cualitativa positiva. Se realiza Ecografía TV que evidencia hallazgos concordantes con aborto retenido, por todo lo anterior, se hospitaliza con diagnóstico de aborto séptico. En su ingreso presenta cuadro convulsivo, metrorragia severa, signos de shock hipovolémico, por lo que es sometida a legrado uterino de urgencia, obteniéndose tejidos "carnificados" de mal olor, a pesar de ello continúa con metrorragia profusa incoercible que lleva a la paciente a estado de shock hipovolémico decidiéndose realizar Histerectomía total de urgencia, más transfusión de 3 U de Glóbulos Rojos, 6 U de plaquetas y 2 U de plasma fresco congelado, se plantea diagnóstico de mola invasora, se cuantifica BHCG (1528 mUI/ml), ingresando posteriormente a UCI quirúrgica donde permanece con ventilación mecánica. Evoluciona satisfactoriamente, es dada de alta el 6/06/08. El 11/06/08 se recibe informe de biopsia: coriocarcinoma invasivo al cuerpo uterino, invasión tumoral de mitad interna del miometrio, permeación linfovascular +, necrosis y hemorragia tumoral. Cervix y trompas sin compromiso neoplásico. Se realiza etapificación con Radiografía de tórax, TAC de cerebro, abdomen y pelvis, BhCG cuantitativa, creatinina sérica, hemograma. Comité oncológico decide realizar quimioterapia combinada como tratamiento coadyuvante.

COMENTARIO

El coriocarcinoma se presenta en pacientes jóvenes menores de 25 años, un cuarto de los casos ocurre posterior a un aborto espontáneo. El Coriocarcinoma pertenece a un espectro de enfermedades (Neoplasia Trofoblástica Gestacional NTG) del cual constituye la última etapa, con un índice elevado de proliferación y necrosis celular que inducen regresión espontánea del tumor primario; pero no de las metástasis. En la mayoría de los cuadros corresponde a sangrado vaginal persistente de moderada cuantía, náuseas, vómitos, descarga por el pezón y dolor abdominal bajo leve a moderado; en este caso la paciente evolucionó rápidamente con shock hipovolémico, y terminó con una cirugía de urgencia, lo que según las revisiones de coriocarcinoma constituye una rareza. El raspado y aspiración puede ser beneficioso para la paciente. Los niveles de BHCG >100.000 mUI/mL apoyan el diagnóstico de coriocarcinoma, en este caso se encontraban en 1528 mUI/mL, por lo que influyó en no sospecharlo inicialmente. Debido a la NTG metastásica se manejó con quimioterapia combinada, mejoró el curso natural de la enfermedad.

EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA

Fernández D. 1, Caradeux J. 2, Troncoso M. 2, Kottmann C. 2

1 Interno, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El dispositivo intrauterino (DIU) es un elemento que impide el embarazo. Corresponde a unos de los métodos anticonceptivos más eficientes y el más utilizado a nivel mundial. La extracción de los DIU es típicamente un procedimiento sencillo, que a través de la tracción de las guías sale de la cavidad endometrial. Se describe que entre un 4,5 a 18,1% de las usuarias, no es posible visualizar las guías en los controles o en el momento de la extracción. Una vez que es necesaria la extracción del DIU, sin certeza de su ubicación ni la presencia de las guías, la ecografía abdominal y transvaginal es considerada una buena herramienta para determinar la ubicación del DIU en relación con el útero. Presentamos una serie descriptiva de 279 pacientes, en las cuales mediante visión ecográfica transabdominal se intentó la extracción del DIU. Además, se propone una técnica sencilla para el retiro de DIU, para los casos en que su extracción por los métodos tradicionales no fue efectiva.

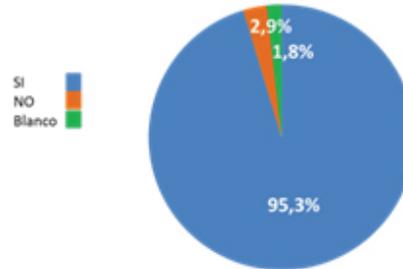
PACIENTES Y MÉTODOS

Se presentan 279 casos de pacientes que acudieron a nuestro servicio entre febrero del 2006 y junio del 2013. En las que, a solicitud de la paciente se intentó mediante visión ecográfica la extracción del DIU. Las características generales de la población participante se resumen en la tabla n° 1. La técnica de extracción requiere de dos operadores. Con la confirmación del DIU intrauterino por alguna ecografía transvaginal, un segundo operador bajo visión ecográfica abdominal introduce pinza laparoscópica y extrae el DIU por tracción.

Tabla n° 1

Características generales	n
Promedio de edad (años)	40,1
Promedio tiempo de uso (meses)	122,3
Promedio intentos de extracción previos a consulta	1,4
Antecedentes parto vaginal	207
Antecedentes cesárea	58

GRAFICO N° 1 : EXTRACCIÓN EXITOSA DIU



RESULTADOS:

De las 279 pacientes, el procedimiento fue exitoso en 266 (95,3%) de los casos, mientras que en sólo en 8 (2,9%) casos no se logró extraer el DIU (Gráfico n° 1). Sólo 2 casos (0,71%) presentaron complicaciones asociadas al procedimiento, ambas corresponden a un proceso inflamatorio pélvico. Se describen además 20 pacientes con embarazo inicial y DIU in situ, en las cuales se extrajo el DIU bajo visión ecográfica. De estas, 10 pacientes (50%) presentan seguimiento ecográfico durante su embarazo hasta el término, sin complicaciones. 1 paciente (5%) se confirmó el diagnóstico de aborto y en los 9 casos restantes (45%) hubo pérdida de seguimiento. En relación al tiempo de procedimiento, el tiempo promedio fue 3,3 min, y el promedio de intentos para lograr la extracción fue de 1,2. La evaluación del dolor fue de un EVA promedio de 5,2. El 81% dijo que sí volverían a sacar el DIU bajo esta técnica, un 3,2% dijo que no y un 15,7% de las pacientes se mantuvo indiferente.

DISCUSIÓN

Acorde a nuestra serie la extracción del DIU bajo visión ecográfica constituye una técnica rápida, sencilla y altamente efectiva. Se caracteriza por una baja tasa de complicaciones y una buena aceptación por parte de las pacientes, siendo factible de realizar incluso en embarazos iniciales. Presenta claras ventajas que hacen factible su implementación, es un procedimiento ambulatorio simple y ahorra recursos tanto a la paciente como a quien da el servicio. En relación al subgrupo de embarazadas, presenta alto porcentaje de pérdida. Sin embargo, si se asume que los casos perdidos corresponden con abortos del primer trimestre nuestra tasa alcanza el 50%, que es acorde a lo descrito.



ROL DE LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

Honorato M, Nuñez F, Winkler C, Bustamante M, Urzúa MJ, Levancini M, Carrasco A, Canessa MJ, Troncoso F. Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado.

INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia endometrial (HE) es una proliferación anormal del endometrio en respuesta a la estimulación estrogénica y que puede preceder el desarrollo de cáncer endometrial.

Se estima que entre el 10 y 20% de las metrorragias postmenopáusicas se deben a HE. Histológicamente se observan cambios en la arquitectura glandular, aumento de la relación Glándula/ Estroma y la presencia o ausencia de atipias nucleares.

Se puede clasificar en Simple o Compleja asociada o no a atipias celulares que determina un riesgo de cáncer que va desde 1% hasta el 27% (complejas con atipias). En presencia de una Hiperplasia Compleja con Atipias se debe descartar Adenocarcinoma que se encuentra en un 30%. La ecografía tiene una Sensibilidad cercana al 95% para Cáncer, sin embargo sólo llega al 80% para HE. Se plantea correlacionar el grosor endometrial ecografico con la histología en pacientes que se sometieron a biopsia de endometrio (ambulatoria o en pabellón) con el diagnóstico definitivo de HE.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 169 pacientes que se realizaron Biopsias de endometrio entre Noviembre del 2009 y Enero del 2013 y que el informe histológico de ellas fue Hiperplasia Endometrial. Se revisaron las Ecografías Ginecológicas realizadas en el CRS del Hospital Padre Hurtado a estas pacientes y se obtuvo el grosor endometrial previo a la toma de Biopsia. Las pacientes fueron divididas de acuerdo a su edad en: Grupo 1 edad \leq 45 años, Grupo 2 entre 46 y 55 años y Grupo 3 $>$ 55 años.

RESULTADOS

Grupo 1: 55 pacientes, edad promedio de 39 años (22-45).

Grupo 2: 78 pacientes, edad promedio de 49 años (46-55).

Grupo 3: 36 pacientes, edad promedio de 65 años (55-82).

El grosor endometrial promedio para los tres grupos fue 16,3 mm

El grosor endometrial para los diferentes grupos fue de 16,72 (DS 4.84) grupo 1; 16,47 (DS 5.28) grupo 2 y 14,8 mm (DS 5,20) grupo 3, sin diferencias significativa (P= 0.83)

CONCLUSIONES

El grosor endometrial promedio para los tres grupos no presenta diferencias estadísticamente significativa por lo que que la ecografía no permite discriminar a las pacientes de riesgo con HE. Sin embargo, dado que la Ecografía muestra un endometrio de 16 mm como promedio para los tres grupos, sobre este valor se debería ir directamente a biopsia. Es por esto que los factores de riesgo para HE, asociados a la metrorragia de la peri y postmenopausia, deberían ser razones suficientes para motivar una biopsia.



FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD RESIDUAL EN HISTERECTOMIA LUEGO DE CONIZACIÓN POR NEOPLASIA INTRAEPITELIAL, CARCINOMA IN SITU Y ADENOCARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO

*Pérez. M; Puga. O; Fernández. M; Saavedra. M; Barriga. M; Sierra. P; Figueroa. C.
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile*

INTRODUCCIÓN

Se han descrito múltiples factores asociados a enfermedad residual cervical en el tratamiento de las lesiones preinvasoras de cuello uterino. El compromiso de los márgenes se reconoce como uno de los más relevantes, con reportes de enfermedad residual entre 10% a 40 %. El objetivo de este trabajo es determinar factores predictores de enfermedad residual en piezas de histerectomía de pacientes previamente sometidas a conización cervical por asa electroquirúrgica en nuestra población.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisó en forma retrospectiva los informes de biopsias entre los años 2001 y 2012 de pacientes sometidas a histerectomía posterior a conización uterina por asa electroquirúrgica. Se encontraron 217 casos, excluyéndose 159 dado que el cono demostró enfermedad invasora. Se obtuvieron datos demográficos (edad), tamaño de cono (volumen calculado), presencia de extensión glandular, compromiso de bordes, tiempo de latencia a histerectomía y hallazgo o no de lesión residual, preinvasoras o invasora, en pieza operatoria. Se realizó un análisis determinando porcentajes y correlación estadística de los distintos factores estudiados.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 85 casos de histerectomía posterior a conización cervical por patología preinvasora. La edad promedio fue 47 años (33 a 70 años). En un 79% de los casos se realizó en forma directa la histerectomía y en un 21% se realizó previa confirmación histológica de persistencia de patología preinvasora. El análisis de la pieza de los conos mostró que en el 63 % presentaban extensión glandular, en el 77% presentaban márgenes positivos, siendo el margen endocervical el afectado en el 82%. El promedio de tiempo de latencia a la histerectomía fue de 6,6 meses. En las piezas de histerectomía el 65% presentaban lesión residual, porcentaje que alcanzó un 78% cuando hubo confirmación histológica previa. En 49 casos (93%) la lesión residual correspondió a lesión preinvasora y en 7 % a patología invasora. El 87% de las piezas de histerectomía con lesión residual provenían de NIE 3, CIS y adenocarcinoma in situ.

La distribución de patología preinvasora en el cono previo a la histerectomía fue: NIE 1: 1 caso (1%); NIE2: 9 casos (11%); NIE3: 48 casos (57%); CIS: 21 casos (25%) y adenocarcinoma in situ: 6 casos (7%). Hubo un caso en que no se pudo precisar el grado debido a la presencia de acentuado artefacto térmico. El porcentaje de lesión residual según patología preinvasora previa fue: NIE 1: 0%; NIE 2: 75%; NIE 3: 63%; CIS: 66%; adenocarcinoma in situ: 66,6%. En el 68% de los conos con presencia de extensión glandular, en el 65 % de los conos con bordes positivos y en el 64 % de los conos con borde endocervical positivo se encontró lesión residual en la histerectomía. Solo en un 15% de los casos de conos con bordes positivos hubo confirmación histológica previa a la histerectomía, alcanzando en este subgrupo el porcentaje de lesión residual un 70%. Se encontraron 18 casos de histerectomía provenientes de conos con bordes negativos, hubo 11 (61%) de lesión residual; en este subgrupo un 44% de los casos existió confirmación histológica de persistencia de enfermedad previa a la histerectomía. Se encontró una alta correlación entre mujeres menores de 50 años y presencia de lesión residual (0,81). No se encontró correlación entre volumen del cono y presencia de lesión residual.

CONCLUSIONES

Existe un alto porcentaje de lesión residual en las piezas de histerectomía luego de conización por patología preinvasora. Esta es mayor a la reportada en la literatura. No encontramos factores que la expliquen.

El porcentaje de lesión invasora en la pieza de histerectomía es alto.

Estos resultados hacen necesario nuevos trabajos que nos ayuden a caracterizar mejor los factores asociados a lesión residual en nuestra población y mejorar nuestra práctica clínica.



LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL CANCER DE ENDOMETRIO: REVISION DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA

*Sáez N, González Carvallo CA, Sierra P, Brañes J, Barrena NI, Cuello M.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

El uso de la laparoscopia para el manejo quirúrgico del cáncer de endometrio disminuye la morbilidad peri-operatoria y ha demostrado tener resultados similares en efectividad terapéutica al ser comparados con laparotomía en mujeres con enfermedad en etapa inicial. El presente estudio busca comparar el uso de laparoscopia y laparotomía en un hospital universitario.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio operadas por el equipo de Ginecología Oncológica en nuestro centro entre noviembre del 2007 y junio del 2013. Se revisó la base de datos de protocolos operatorios de la división de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico P. Universidad Católica. Además se revisaron las fichas clínicas para evaluar estadía hospitalaria y complicaciones peri-operatorias.

RESULTADOS

En el período analizado se operaron 67 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales 33 (49,25%) se operaron por laparotomía, 31 (46,27%) se operaron por laparoscopia y 3 (4,48%) se operaron por vía vaginal. El tiempo operatorio promedio fue de 130 minutos para laparotomía en comparación con 151 minutos para laparoscopia. No hubo conversiones desde laparoscopia a laparotomía en el período de tiempo analizado. Se presentaron complicaciones intraoperatorias en 3 pacientes (9,09%) en el grupo de laparotomía en comparación con 2 pacientes (6,45%) en el grupo de laparoscopia. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 12 pacientes (36,36%) en el grupo de laparotomía en comparación con 4 pacientes (19,35%) en el grupo de laparoscopia. La estadía hospitalaria promedio en el grupo de laparotomía fue de 6,25 días (rango 2-53) en comparación con 4,18 días (rango 1-41) en el grupo de laparoscopia. Del total de pacientes, a 30 se les realizó linfadenectomía para etapificación durante el mismo acto quirúrgico. De este grupo, 19 pacientes (63,3%) se operaron por laparotomía y 11 pacientes (36,7%) lo hicieron por laparoscopia. Dieciséis pacientes (84,2%) del grupo laparotomía fueron sometidas a linfadenectomía para-aórtica en comparación con 8 (72,7%) del grupo laparoscopia. Al comparar el recuento ganglionar entre laparotomía y laparoscopia, se obtuvo un promedio de 17,4 versus 14,5 ganglios, respectivamente. Al desglosar estos recuentos por territorios explorados, se obtiene un recuento promedio de ganglios pelvianos de 12,7 en laparotomía y 11,8 en laparoscopia, y un recuento promedio de ganglios para-aórticos de 6,35 en laparotomía y 3,75 en laparoscopia. Cinco pacientes (26,3%) del grupo laparotomía resultaron tener metástasis ganglionares en comparación con 3 pacientes (27,3%) del grupo laparoscopia.

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica es una alternativa viable en el tratamiento del cáncer de endometrio en etapa inicial al ser comparada con la laparotomía, resultando más segura en cuanto a complicaciones peri-operatorias y presentando estadías hospitalarias más breves. La selección adecuada de las pacientes candidatas a este procedimiento junto a la presencia de un equipo de ginecología oncológica entrenado en laparoscopia favorece una baja o nula tasa de conversión a laparotomía. El número promedio de ganglios obtenidos y el porcentaje de ganglios con metástasis es comparable entre una técnica y otra, a excepción de la evaluación del territorio para-aórtico. Esto es debido, probablemente, a la dificultad para explorar el territorio sobre la arteria mesentérica inferior en el abordaje laparoscópico clásico.



CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

*Sáez N, González Carvallo CA, Sierra P, Brañes J, Barrena NI, Cuello M.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

INTRODUCCIÓN

El manejo y tratamiento adecuado del cáncer de endometrio requiere una etapificación quirúrgica juiciosa respaldada por una biopsia intraoperatoria. Para alcanzar este objetivo es necesario un alto nivel de precisión. El presente estudio busca analizar el nivel de precisión en profundidad de invasión miometrial y grado de diferenciación tumoral de la biopsia intraoperatoria al compararla con la biopsia diferida.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las pacientes tratadas por cáncer de endometrio a las que se les realizó biopsia intraoperatoria en nuestro centro, entre noviembre del 2007 y junio del 2013. Se revisó la base de datos de protocolos operatorios de la división de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico P. Universidad Católica con sus respectivas biopsias intraoperatorias y diferidas. Además se revisaron las fichas clínicas para estimar si el error diagnóstico se asoció a un tratamiento quirúrgico sub-óptimo.

RESULTADOS

En el período analizado se operaron 67 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales 38 fueron candidatas a realizarse una biopsia intraoperatoria. Las 29 pacientes a las que no se les realizó biopsia intraoperatoria tenían biopsia preoperatoria, ya fuera por Pipelle o por legrado uterino, y no se les realizó ésta por pertenecer al grupo de histologías desfavorables (seroso, células claras o endometriode G3), porque en el estudio preoperatorio de la paciente se sospechó compromiso extrauterino o porque las comorbilidades y edad de la paciente no hacían prudente una etapificación ganglionar completa.

La precisión diagnóstica de la biopsia intraoperatoria comparada con la biopsia diferida en cuanto a la profundidad de invasión miometrial y el grado de diferenciación fue de 86,8% y 78,9%, respectivamente. Los errores son mayoritariamente atribuibles a dificultades respecto a la interpretación del grado tumoral, pero resultó en un tratamiento quirúrgico sub-óptimo sólo en 3 casos (7,9%). Uno de los casos pasó de IAG2 a IAG3, otro se reclasificó como cáncer de cérvix y requirió linfadenectomía laparoscópica en un segundo tiempo quirúrgico y otro mostró compromiso superficial del cuello del útero y recibió braquiterapia.

CONCLUSIONES

La biopsia intraoperatoria tiene un buen nivel de precisión en el diagnóstico de profundidad de invasión miometrial y grado de diferenciación tumoral. En nuestro centro, el error diagnóstico de la biopsia intraoperatoria resultó en un tratamiento quirúrgico sub-óptimo sólo en 7,9% de los casos. De esto se concluye que la biopsia intraoperatoria es una buena arma para tomar decisiones de etapificación durante la cirugía.



TASAS DE CONVERSIÓN A LAPAROTOMIA EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA GINECOLÓGICA. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA Y LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

Donoso M.1, González J.A.1, Serra R.2, Conejero M.J.3, Jensen R.1, Caradeux J.1, Monkeberg M.3, Tapia J.1

(1) Departamento de Obstetricia, Ginecología y Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. (2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

(3) Internos de Medicina, Universidad de los Andes.

La cirugía endoscópica en ginecología es un procedimiento quirúrgico validado y aceptado en todo el mundo. En cada cirugía endoscópica, existe la posibilidad de convertir el procedimiento a una laparotomía por dificultades técnicas o complicaciones que pueden ocurrir en cualquier momento de la cirugía. Los cirujanos y los pacientes deben conocer la probabilidad de que esto ocurra acuerdo al tipo de cirugía endoscópica ginecológica realizada y la experiencia del equipo quirúrgico.

OBJETIVO

Determinar la tasa de conversión a laparotomía según el tipo de cirugía endoscópica realizada, el momento de la decisión, la experiencia del equipo quirúrgico y la causa de la conversión. Evaluar que variables se asocian a la necesidad de conversión.

MÉTODO

Se diseñó un estudio retrospectivo de cohorte, que incluyó todas las cirugías endoscópicas realizadas en el Hospital Parroquial de San Bernardo (Santiago, Chile), entre Diciembre 2006 y Mayo 2013. Las cirugías fueron clasificadas en tres grupos en función de la complejidad quirúrgica (histeroscopias, cirugías anexiales y cirugías avanzadas). Se consideró cirugías avanzadas las miomectomías, hysterectomías, promontofijaciones con malla para las cirugías de prolapso apical y las cirugías oncológicas. Las causas de conversión fueron clasificadas en cinco grupos (dificultad de entrada, adherencias intraabdominales, otras dificultades quirúrgicas, lesiones vasculares y viscerales). Los cirujanos fueron clasificados de acuerdo a sus habilidades técnicas en juniors, para aquellos que hacen sólo cirugía anexial y seniors, para aquellos que hacen cirugías avanzadas.

ESTADÍSTICAS

Las variables se describen sobre la base de los porcentajes y medianas, las comparaciones entre ellas se realizan mediante Chi 2 de Pearson y Wilcoxon test en función de variables. Finalmente, para evaluar la asociación entre la necesidad de conversión y los diferentes factores de riesgo se realizó un modelo de regresión logística múltiple. La variable dependiente fue la necesidad de conversión. Se utilizó el programa estadístico STATA 10.0 para el análisis.

RESULTADOS

Se realizaron 615 procedimientos quirúrgicos en 573 pacientes. De ellos, 158 fueron histeroscopías, 313 cirugías anexiales y 144 cirugías avanzadas. La edad promedio de todos los procedimientos fue de 39,5 años (rango 12 a 84 años. DE 11.3). El promedio de días de hospitalización fue de 1,59 días (rango de 0.5 a 10 días). El promedio de estadía post operatoria fue de 1, 1,3 y 2,2 días para las histeroscopías, cirugías anexiales y avanzadas, diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.5$). Hubo 30 conversiones a laparotomía. Todas ellas se produjeron en las cirugías anexiales y avanzadas. Excluyendo las histeroscopías, fue necesaria conversión a laparotomía en 30/457 casos (6,56%). Las cirugías anexiales fueron convertidas en 11/313 casos (3,5%) y las cirugías avanzadas en 19/144 casos (13,19%). Las conversiones se decidieron sobre todo durante la cirugía (80%).

Tras el análisis de regresión logística se determinó que la complejidad quirúrgica fue el único factor que se asoció con una mayor tasa de conversión (OR 6,36 IC 2,4-16,3).

Otros factores asociados como la edad, el equipo quirúrgico, y la experiencia del centro medida por las tasas anuales de conversión, no influyen en la tasa de conversión a laparotomía

CONCLUSIONES

Las conversiones se producen principalmente durante la cirugía. El tipo de cirugía es el único factor, de los evaluados, que aumenta la probabilidad de conversión a laparotomía.



EL ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO SIMULADO ES BENEFICIOSO PARA LA ADQUISICIÓN DE DESTREZAS QUIRÚRGICAS EN DOS DIMENSIONES

Donoso M.1, Tapia J.1,3, Serra R.2, Miranda I.3, Martic A.3, Guilof N. 3, Mena N.4, Bustos B.1, Arraztoa J.A1.

(1) Departamento de Obstetricia, Ginecología y Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes. (2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes. (3) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila de Santiago. (4) Médico – Cirujano.

La cirugía laparoscópica requiere destrezas quirúrgicas distintas a la cirugía tradicional. Estas habilidades especiales se explican por necesidad de trabajar en dos dimensiones. Estas capacidades deben ser adquiridas antes de comenzar a realizar cirugías en pacientes reales. Existen distintos modelos simulados que permiten adquirir estas habilidades.

OBJETIVO

Determinar el nivel de adquisición de habilidades quirúrgicas laparoscópicas a médicos en formación en especialidades quirúrgicas y especialistas en Obstetricia y Ginecología que realizan un curso teórico práctico de laparoscopia. Se comparan estos alumnos con instructores especialistas en cirugía laparoscópica .

MÉTODO

Desde el año 2011 a la fecha se realiza un programa de entrenamiento teórico-práctico en cirugía anexial laparoscópica a especialistas en Obstetricia y Ginecología que tiene una duración de un mes. Desde el año 2012 se desarrolla un programa de entrenamiento paralelo para médicos en formación de post título en especialidades quirúrgicas como ginecología, cirugía y urología. El programa de entrenamiento incluye ejercicios en simuladores quirúrgicos. La adquisición de estas destrezas fue evaluada con tres tipos de ejercicios de habilidad espacial con ambas manos utilizando una bandeja de acrílico con pilares y perforaciones, una cuerda y argollas de acrílico. Estos ejercicios fueron realizados en un simulador de abdomen y pelvis desarrollado por Pro DelphusR utilizando instrumental y cadena de visión Storz S.A. El ejercicio 1 consistió en poner una argolla en cada pilar, el ejercicio 2 requería enhebrar una argolla en una cuerda y en el ejercicio 3 se debía pasar la cuerda por 2 perforaciones que tenía la caja de acrílico. Al final del curso se evaluó además el tiempo requerido para realizar un punto de sutura intracorpórea en una plataforma de goma especialmente diseñada. Se tomó el tiempo que demoraron en realizar dichos ejercicios tanto los alumnos-especialistas que se inscribieron en este curso como los médicos en formación de especialidades quirúrgicas y los instructores especialistas en cirugía laparoscópica. El tiempo requerido en estos ejercicios se midió en varias sesiones durante el programa de entrenamiento.

ESTADÍSTICAS

Las variables se describen sobre la base de los porcentajes, promedios y desviaciones estándar(DE). Las comparaciones entre ellas se realizaron mediante Chi 2 de Pearson y Kruskal-Wallis test dependiendo del tipo de variables. El valor p para todas las hipótesis fue testeado a dos colas y la significancia estadística se definió como $p < 0,05$. Se utilizó el programa STATA 10.0 para el análisis.

RESULTADOS

En los tres años en que se ha realizado el programa de entrenamiento han participado 37 alumnos. Diecisiete alumnos eran especialistas en Obstetricia y Ginecología y 20 alumnos eran médicos que realizaban su formación de post- título en ginecología (11 alumnos), cirugía (8 alumnos) y urología (1 alumno) en la Universidad de los Andes. La edad promedio fue de 41,1 años (DE 9,8) para los especialistas, 26,4 años (DE 1,5) para los alumnos de post título y 39,5 años (DE 3,1) para los instructores del curso. El porcentaje de zurdos en los especialistas, alumnos de post-título e instructores fue de 17,64%, 20% y 25% ($p=0,98$). El tiempo promedio del ejercicio 1, 2 y 3 fue disminuyendo durante el transcurso del curso en los alumnos-especialistas y alumnos de post título, acercándose a los instructores sin lograr igualarlos. Al final del curso, el tiempo promedio que demoran en hacer y anudar un punto de sutura intracorpórea fue de 5,47 (DE 3,6) , 4,82 (DE 1,4) y 1,25 (DE 0,2) minutos para los alumnos especialistas, alumnos de post título e instructores, respectivamente ($p=0,06$).

CONCLUSIONES

Este programa de entrenamiento laparoscópico permite la adquisición de habilidades de trabajo en dos dimensiones en alumnos especialistas y alumnos en formación de post título que lo realizan.



XXXIV CONGRESO CHILENO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

PRESENTACIÓN Y PUBLICACIÓN

C-1 SEAMOS CONSECUENTES, ¿QUIÉN DEBE REALIZAR LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA?

*Guerra F.A., Moore P., Mansilla J., Vogt S., Negrón R., Acuña E.
Unidad Materno-Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral
Clínica Alemana de Valdivia, Chile*

C-2 CARACTERIZACIÓN DE LA CONDUCTA SEXUAL Y FACTORES PSICOSOCIALES EN ALUMNOS(AS) DE DOS LICEOS ESTATALES DE VALPARAÍSO

*De La Torre, P., Astorga, M¹
1. Becada de Pediatría, Escuela de medicina Universidad de Valparaíso,
2. Obstetra y Ginecólogo, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso*

C-3 MARCADORES BIOQUÍMICOS DE PRIMER TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO PRECOZ

*Kiekebusch G,¹ Parra-Cordero M^{1,2}, Sepulveda-Martinez A¹, Rencoret G^{1,2}, Díaz F¹
Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,¹ Hospital San Borja Arriarán.²*

C-4 EXPERIENCIA EN CRIOPRESERVACIÓN DE TEJIDO OVÁRICO EN POBLACIÓN INFANTIL, ADOLESCENTE Y MUJERES JÓVENES AFECTADAS POR PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

*Ralph C¹, Cuello M¹, Zamboni M¹, Wietstruck MA², Rojas N², Barriga F², Pomés C¹
Institución: ¹División de Obstetricia y Ginecología, ²Servicio de Hematología y Oncología Pediátrica. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.*

C-5 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE EMBARAZO ADOLESCENTE EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

*Soto M¹, Pertossi E¹, Valdivieso J², Goity C³, Troncoso M³
1. Interno de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile
2. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes
3. Médico, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo*

C-6 RELACIÓN ENTRE INDICE DE MASA CORPORAL, AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y PESO DEL RECIEN NACIDO

*Leiva P.¹, Galaz J.², Kottmann C.³, Figueroa H.³.
(1) Interna 7° Medicina, Universidad de los Andes.(2) Alumno 5° Medicina, Universidad de los Andes.
(3) Gineco-obstetra Hospital Parroquial de San Bernardo. Profesor Ginecología y obstetricia Universidad de los Andes.*

C-7 GESTACIÓN ADOLESCENTE: UNA MIRADA MULTIDIMENSIONAL

*Calderón, F
Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso
Departamento de Salud Pública, FEUV*

C-8 CARACTERIZACIÓN DE LAS GESTANTES MAYORES DE 35 AÑOS ATENDIDAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN EN EL AÑO 2012

*Loyola, Nicole¹. De La Torre, Ignacio^{2,3}
¹ Interna Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso
² Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso
³ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso*

C-9
VIABILIDAD DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DE 15 AÑOS O MENOS EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

*Jeria R¹, Valdivieso J², DeAlvarado M, Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.
¹Internos medicina Universidad de los Andes ²Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes
³Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo*

C-10
SUPEROBESIDAD MATERNA Y RESULTADOS PERINATALES ADVERSOS

*Moreno JA1, 2, Armijo R3, Sepulveda F3, Papuzinski C3, Cid L3
¹Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso. ² Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, ³ Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

C-11
INCIDENCIA DE PATOLOGÍAS DE LA GESTANTE EN LA POBLACION DE EMBARAZADAS ATENDIDAS EN EL AREA SUR-ORIENTE DE SANTIAGO (2003-2012)

María Luisa Garmendia 1; Juan Pedro Kusanovic 2,3,4; Marcela Araya1; Camila Corvalán1; Karla Silva2; Paola Casanello4; Michael Velten5; Macarena Mayol5; Christian Figueroa3; Ricardo Uauy 1,4 Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)²; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río³; Pontificia Universidad Católica de Chile⁴; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁵

C-12
ALARMANTE CAMBIO EN EL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO EN MUJERES CHILENAS DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO

Juan Pedro Kusanovic 1,2,3 ;Marcela Araya4; María Luisa Garmendia 4; Camila Corvalán4; Karla Silva1; Paola Casanello3; Michael Velten5; Macarena Mayol5; Christian Figueroa2; Ricardo Uauy 3,4 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)¹; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río²; Pontificia Universidad Católica de Chile³; Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)⁴; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁵.

C-13
RESULTADO PERINATAL DE EMBARAZOS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL SEVERO DIAGNOSTICADO ANTES DE LAS 28 SEMANAS EN COMPLEJO ASISTENCIAL SOTERO DEL RIO: 2008-2013

*Valdés R, Martinović C, Riquelme N, Catalán C, Gutiérrez V, Vargas P, Pons A, Sepúlveda E, Córdova V, Ferrer F, Díaz F, Silva K, Figueroa C, Kusanović JP.
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile*

C-14
CRIBADO DE PREECLAMPSIA PRECOZ COMBINANDO PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

*Sepúlveda-Martínez A.1, Tobar H.1, Rubilar M.a, Galleguillos F.a, Guiñez R.1, Díaz F.1, Kiekebusch G.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,21Hospital Clínico Universidad de Chile,
²Hospital Clínico San Borja Arriarán, a Internos Medicina Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

C-15
IMPLEMENTACION DE UN CENTRO DE REFERENCIA NACIONAL EN EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD PARA PATOLOGIAS DEL EMBARAZO MULTIPLE

*Becker J, Veloso D, Chacón C, Silva R, Leiva J, Gómez R
Institución: Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule, CEDIP*

C-16
MISOPROSTOL PARA LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO

*Bachman M.¹, Mahan D.², Niemann F.¹, Márquez R.¹, Papuzinski C.².
¹-Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso ²-Universidad de Valparaíso*

C-17

EVALUACIÓN DE LA INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL COMO FACTOR PREDICTOR DE PRE-ECLAMPSIA

*Valdés E, Sepúlveda-Martínez A, Norambuena C, Manukian B, Parra-Cordero M.
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Medicina Materno Fetal*

C-18

Z - SCORE EN PREDICCIÓN DE MACROSOMIA >4500G.

*Yamamoto M, Bustamante M, Walker B, Carrillo J, Jordán F, Rojas J, Insunza A..
Hospital Padre Hurtado
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo*

C-19

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN PRIMIGESTAS

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal A., Martínez P., Insunza A, Gomez R., Latorre R.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado , Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

C-20

RESULTADO DEL PARTO SEGÚN LA MODALIDAD DE INICIO EN PRIMIGESTAS CON EXPECTATIVA DE PARTO VAGINAL. EVALUACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA

*Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal N., Honorato M., Insunza A., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado,
Universidad del Desarrollo.*

C-21

CARACTERIZACIÓN DE PARTOS Y RESULTADOS PERINATALES, HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE, ENERO A ABRIL DE 2013

*González P², Gutiérrez D¹, Valdivia J¹, González F¹, Jara M².
¹Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.
²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.*

C-22

CAMBIOS LONGITUDINALES Y NOMOGRAMA DE LA CERVICOMETRÍA DURANTE EL EMBARAZO EN NULÍPARAS Y MULTÍPARAS DE LA POBLACIÓN CHILENA

*Kusanovic JP^{1,2,3}; Tarca A⁴; Silva K^{1,2}; Pons A^{1,2}; Sepúlveda E^{1,2}; Vargas P^{1,2,3}; Figueroa C^{1,2,3}
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)¹
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río²
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile³
Department of Computer Science, Wayne State University and Perinatology Research Branch,
NICHD/NIH, Detroit, USA⁴*

C-23

CAPACIDAD PREDICTIVA DE MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN PACIENTES CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA AISLADA: EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS EN LA UNIDAD DE ECOGRAFÍA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

*Ferrer F, Palma D, Vargas P, Urbano N, Kusanovic JP, Vera C, Poblete J.
Unidad de Ecografía y Medicina Materno-Fetal de la Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C-24

PERFIL DE CITOQUINAS PLASMÁTICAS DURANTE EL EMBARAZO Y PARTO EN MUJERES QUE DESARROLLARON PREECLAMPSIA Y EMBARAZOS FISIOLÓGICOS

*Diaz F,1 Parra-Cordero M1,2, Ribeiro-Dias AA3, López M3, Sepúlveda-Martínez A1
Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,1 Hospital San Borja Arriarán,
2 Centro de Investigación de Inmunología, Facultad de Medicina Universidad de Chile.3*

C-25

UTILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA RELACIÓN PROTEINURIA/CREATININURIA EN MUESTRA AISLADA COMO DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA

*Valdés E, Sepúlveda-Martínez A, Castro M, Castro D.
Hospital Clínico Universidad de Chile. Unidad de Medicina Materno Fetal*

C-26

CARACTERÍSTICAS DEL CICLO MENSTRUAL TRAS LA SUSPENSIÓN DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

SOTO MJ¹, ARAZTOA JA², DONOSO M², MALLEA M³, FIGUEROA H²

1) Interna, Medicina Universidad de los Andes

2) Médico, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes

3) Matrona, Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes

C-27

CÁNCER CERVICOUTERINO DIAGNOSTICADO EN EL EMBARAZO: EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Autores: Leiva J.¹, Correa E.¹, Paredes C.¹, Vallejos P.², Agurto D.², González C.²

1. Gineco-oncólogo Departamento Ginecología Hospital Regional de Talca

2. Becada Ginecología-Obstetricia Universidad Católica del Maule – Hospital Regional de Talca.

C-28

MANEJO EXPECTANTE EN EMBARAZO DE 20 SEMANAS CON DIAGNÓSTICO DE MIELODISPLASIA CON RIESGO DE TRANSFORMACIÓN A LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA

Walker B., Yamamoto M., Astudillo J.

Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.

C-29

CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES: SERIE DE 27 CASOS DEL HCVB DIAGNOSTICADAS Y CONTROLADAS ENTRE LOS AÑOS 2009 Y 2012

Loézar C.a, Ávila M.a, González V.a, De la Torre L1,2

(a) Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(1) Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.

(2) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso. Chile.

C-30

CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA PACIENTES SOP EN HOSPITAL HIGUERAS TALCAHUANO 2012-2013

Vigueras A., Candia M., Poquè K. Hospital Las Higueras Talcahuano

C-31

EFFECTIVIDAD DE LA REALIZACIÓN DE MARCACIONES RADIO-QUIRÚRGICAS EN LESIONES MAMARIAS SOSPECHOSAS

Aris R.⁽⁵⁾ Díaz C.^(1,2,3,5) Valenzuela V.^(3,6) Arenas P.⁽⁶⁾ De la Torre I.^(2,4,5) Silva D.^(2,4) Parada R.^(2,4)

(1)Unidad de Imagenología, Hospital Carlos Van Buren (2)Unidad de Patología mamaria, Hospital Carlos Van Buren (3)Corporación Nacional del Cáncer (CONAC) (4)Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren (5)Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso

(6)Escuela de Tecnología Médica, Universidad de Valparaíso

C-32

CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA DURANTE EL AÑO 2012 EN TRES HOSPITALES DOCENTES. HOSPITAL CARLOS VAN BUREN, HOSPITAL GUSTAVO FRICKE Y HOSPITAL NAVAL ALMIRANTE NEF

Durante M., De La Torre I**, Tapia F*, Ondarza C*, Tobar M**

**Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

***Ginecólogo Obstetra. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

C-33

CUMPLIMIENTO DE PLAZOS GES EN LAS PACIENTES DIAGNOSTICADAS DE CÁNCER DE MAMA DURANTE EL AÑO 2012 EN TRES HOSPITALES DOCENTES

*De La Torre I**, Durante M.*, Tapia F*, Ondarza C*, Tobar M**

***Ginecólogo Obstetra. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

**Alumnos Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso*

C-34

HISTERECTOMIA VAGINAL SIN PROLAPSO. EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLINICO REGIONAL DE CONCEPCION

Correa L, Olivari A, Villanueva J, Navarrete J, Benites M, Paz M.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Regional Concepción

Departamento de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

C-35

MANEJO QUIRURGICO DEL EMBARAZO ECTOPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

*Autores: Palma O¹, Agurto D², Jara S², Benítez R¹. Relator: Palma O.
¹Residentes Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca.
²Becaria de Ginecología y Obstetricia Universidad Católica del Maule.
³Interna de Medicina Universidad Católica del Maule.*

C-36

PAPEL DE LA ECOGRAFÍA DE PRIMER TRIMESTRE EN LA PREDICCIÓN DE PÉRDIDA REPRODUCTIVA MAYOR DE 20 SEMANAS

*Zuñiga, L.1, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F.1, Valdés E.1, Hasbun J.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán*

C-37

DETERMINACIÓN DE LOS VALORES NORMALES DE LA LONGITUD CERVICAL EN EMBARAZOS GEMELARES ENTRE LAS 20-24 SEMANAS

*Fernández C, Vargas P, Díaz F, Silva K, Sierra P, Vera C, Kusanovic JP.
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile*

C-38

ASOCIACIÓN ENTRE ÍNDICE DE PULSATILIDAD DE LA ARTERIA UTERINA, ESTADO NUTRICIONAL DE LA MADRE Y PESO FETAL

*Correa P. (1), Soto MJ. (1), González I. (1), Guzmán A. (1), Peralta F. (2), Illanes SE.
(1)Departamento de Gineco-Obstetricia y Laboratorio de Biología de la reproducción,
Facultad de Medicina Universidad de los Andes, Facultad de Medicina, Universidad Estatal de Campinas.*

C-39

ISOMERISMOS CARDÍACOS FETALES: REPORTE DE CASOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Montaño I, Walton LB, Carstens E, Gutierrez J. Hospital San José, Universidad de Santiago.

C-40

CUMPLIMIENTO DE LOS INCREMENTOS DE PESO RECOMENDADOS POR IOM 2009 SEGÚN ESTADO NUTRICIONAL DE LAS EMBARAZADAS AL INICIO DEL EMBARAZO

*María Luisa Garmendia¹; Marcela Araya¹; Ricardo Uauy^{1,2};
Camila Corvalán¹; Karla Silva³; Paola Casanello²; Michael Velten⁴; Macarena Mayo⁴;
Christian Figueroa⁵; Juan Pedro Kusanovic^{2,3,5}
Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹; Pontificia Universidad Católica de Chile²;
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)³;
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁴.Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río⁵.*

C-41

OBESIDAD PREGESTACIONAL EN LAS EMBARAZADAS Y RIESGO PERINATAL EN GESTANTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO EN PERIODO (2003-2012)

*Marcela Araya¹; Juan Pedro Kusanovic^{2,3,4}; María Luisa Garmendia¹;
Camila Corvalán¹; Karla Silva²; Paola Casanello⁴; Michael Velten⁵;
Macarena Mayo⁵; Christian Figueroa³; Ricardo Uauy^{1,4}
Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)¹;
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)²; Servicio de Obstetricia y Ginecología,
Hospital Dr. Sótero del Río³; Pontificia Universidad Católica de Chile⁴; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente⁵.*

C-42

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE VÍA DE PARTO EN EMBARAZOS GEMELARES EN LAS PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO, REVISIÓN DE 10 AÑOS

*Vargas P., Kusanovic JP, Sepulveda E, Pons A, Diaz F, Silva K, Riquelme N, Cordova V, Ferrer F.
CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal.
Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C-43

CAMBIO DEL ESTADO NUTRICIONAL DURANTE EL EMBARAZO EN POBLACIÓN DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO: UNA NUEVA “EMERGENCIA OBSTÉTRICA”

*Kusanovic JP1,2,3; Araya M4; Garmendia ML4; Corvalán C4; Silva K1; Casanello P3; Velten M5; Mayol M5; Figueroa C1,2,3; Uauy R3,4
Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)1; Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río2; División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile3; Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)4; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente5.*

C-44

MODELO PREDICTOR DE RECIÉN NACIDOS PEQUEÑOS PARA LA EDAD GESTACIONAL SIN PREECLAMPSIA

*Kiekebush G.1, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F., Valdés E.1, Galleguillos F.a, Rubilar M.a, Rencoret G.2, Parra, M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán, a. Interno de Medicina, Facultad de Medicina Universidad de Chile.*

C-45

RELACIÓN ENTRE OBESIDAD PREGESTACIONAL Y COMPLICACIONES MATERNAS Y OBSTETRICAS EN MUJERES CHILENAS DEL ÁREA SUR ORIENTE DE SANTIAGO

*Marcela Araya1; María Luisa Garmendia1; Ricardo Uauy 1,2; Camila Corvalán1; Karla Silva3; Paola Casanello2; Michael Velten4; Macarena Mayol4; Christian Figueroa5; Juan Pedro Kusanovic 2, 3,5
Instituto de Nutrición y Tecnología en Alimentos (U. De Chile)1; Pontificia Universidad Católica de Chile2; Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)3; Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente4. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río5;*

C-46

DESARROLLO DE UN SIMULADOR DINÁMICO DE LA MONITORIZACIÓN ELECTRÓNICA DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL PARA FINES EDUCATIVOS

*Guerra FA^{1,2,4}, Moore P^{1,4}, Mansilla J^{1,4}, Vogt S¹, Negrón R¹, Robles F³, Muñoz J³ e Illanes A³.
¹Instituto de Obstetricia y Ginecología, ²Instituto de Fisiología, ³Instituto de Electricidad y Electrónica. Universidad Austral de Chile, Valdivia. ⁴Clínica Alemana, Valdivia.*

C-47

DESARROLLO DE UN PLATAFORMA QUE GUIE EN LA ESTANDARIZACIÓN DEL MONITOREO DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL INTRAPARTO DE ACUERDO A LA INTERPRETACIÓN DE PARER E IKEDA

*Guerra FA1,4, Cerda S3, Moore P1,3,4, Mansilla J1,4, Vogt S1, Negrón R1, Carrillo J2, Ferrand P2.
Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile, Campus Valdivia1, Campus Osorno2, Servicio de Obstetricia y Ginecología Valdivia3, Clínica Alemana Valdivia4.*

C-48

CERCLAJE CERVICAL TRANSVAGINAL DE RESCATE CON TECNICA DE MCDONALD, EXPERIENCIA EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE EN 11 AÑOS, (2002-2013)

Lattus José, Catalán Alejandra, Paredes Axel, Hidalgo Mario, De Langue Barbara, Narváz Patricio, Riquelme René, Herrera Francisca.

C-49

DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN POBLACION DE ALTO RIESGO: PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA

*Bustamante M, Winkler C, Honorato M, Yamamoto M, Insunza A, Jordan F.
Hospital Padre Hurtado.*

C-50

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y REPRODUCTIVO DE LA PACIENTE GESTANTE OBESA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Pais F., Avila F.,Valenzuela A., Sepulveda A.,Walker B., Insunza A.,Gomez R., Latorre R
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado, Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

C-51

GOBIERNO DEL PARTO BASADO EN GUIAS CLINICAS Y RESULTADO MATERNO Y PERINATAL: ANALISIS DE 10 AÑOS DE UN MODELO DE GESTION EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Latorre R, Carrillo J, Avila F, Valenzuela A., Carrillo C, Gomez R., Insunza A., Paiva E.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

C-52

ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO ACERCA DEL EFECTO DEL MANEJO AMBULATORIO VS. HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO Y UN CANAL CERVICAL SONOGRÁFICO > 25 MM

*Latorre R., Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carrillo J., Insunza A., Reyes F., Gomez R.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo*

C-53

ANALISIS DE LAS INDICACIONES DE CESAREAS ELECTIVAS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. UN MODELO DE CONTENCIÓN BASADO EN GUIAS CLINICAS PARA DISMINUIR SU PREVALENCIA EN EL FUTURO

*Latorre R., Pais F., Valenzuela A., Avila F., Carrillo J., Barrientos J., Gomez R., Insunza A.
Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,
Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.*

C-54

MORTALIDAD FETAL EN HOSPITAL REGIONAL TEMUCO

*Espinoza, R.; Ferrada, M.; Lagos, R.; Ferrada, R.; Carreño, G.; Quidel J.; Muñoz, J.
Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Hernán Henríquez A. Temuco*

C-55

USO DEL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS CONTEMPORÁNEO AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA COMO MARCADOR DE MAL RESULTADO PERINATAL

*Autores: Norambuena C,¹ Sepúlveda-Martínez A,² Díaz F,² Valdés E,² Parra-Cordero M.²
1 Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico
Universidad de Chile, 2 Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile.*

C-56

ECOGRAFÍA DOPPLER DE LA ARTERIA RENAL EN FETOS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO (RCIU)

*Leiva P.¹, Caradeux J.², Irazazabal C.², Goity C.²⁻³, Troncoso M.²⁻³, Figueroa H.²⁻³.
(1) Interna Medicina Universidad de los Andes
(2) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, y
Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes
(3) Clínica Dávila.*

C-57

FALLA HEPÁTICA FULMINANTE Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL EMBARAZO; SERIE NACIONAL DE CASOS

*Viguera S, Catalán C, Theodor M, Vera C, Poblete A.
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C-58

PROGRAMA CHILENO DE DETECCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL CON EL TEST DE 75 GRAMOS DE GLUCOSA ¿ ES UN COSTO INNECESARIO?

*Cox M., Muñoz F., Lama J., Saavedra P., Baldechi F., Salinas S., Fuentes A.
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Chillán. Universidad Católica de la Santísima Concepción.*

C-59

EVOLUCIÓN DEL PESO INTRAUTERINO EN EMBARAZADAS CON DISTINTO ESTADO NUTRICIONAL. COMPARACIÓN MEDIANTE DISTANCIAS FUNCIONALES

*Valdivieso J. (1), Pertossi E. (1), Valenzuela I. (1), Mena F. (1), Peralta F. (2), Illanes SE. (1)
1. Departamento de Gineco-Obstetricia y Laboratorio de Biología de la reproducción
2. Facultad de Medicina, Universidad Estatal de Campinas*

C-60

MACROSOMÍA FETAL Y VIA DE PARTO EN HPSB EN 3 AÑOS

Pertossi E.(1); Valdivieso J. (2); Goity C. (3) Troncoso M. (3)

(1) Alumno de Medicina. Facultad de medicina de Universidad de los Andes

(2) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes (3)

Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial San Bernardo

C-61

UTILIDAD DEL ÁNGULO CERVICAL EN SEGUNDO TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO EN POBLACIÓN DE BAJO RIESGO

Sepúlveda-Martínez A, Díaz F, Valdés E, Pedraza D, Muñoz H, Parra-Cordero M.

Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

C-62

ROL DE L-ARGININA EN LA MODIFICACIÓN DE LA DISFUNCIÓN PLACENTARIA, ESTRÉS OXIDATIVO Y ESTADO ANTIANGIOGÉNICO EN TROFOBLASTO EXTRAVELLOSITARIO HUMANO EXPUESTO A HIPOXIA IN VITRO

Parra-Cordero M1,2, Quezada S1, Sepúlveda-Martínez A1, Guiñez R1 ,Vega M.1

1 Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile, 2 Hospital San Borja Arriarán.

C-63

PREMATUROS TARDÍOS: ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO DE SUS CAUSAS Y CONSECUENCIAS

Stecher, J.F. Pablovic, M. Contreras, C. Carvajal, J.

Institución: Pontificia Universidad Católica de Chile – Universidad Católica de la Santísima Concepción.

C-64

ENFERMEDAD MOLAR: REVISIÓN DE CASOS EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Sierra P. , Puga O. , Fernández C. , Pérez M.V., Barriga M.I. , Figueroa C.

Complejo asistencial Hospital Dr. Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile

C-65

PREVALENCIA DEL FACTOR MASCULINO EN PAREJAS CON INFERTILIDAD EN LA PROVINCIA DE ÑUBLE

Muñoz J.F.1, 2,3 y Caballero M. 3,4.

1Universidad Católica de la Santísima Concepción; 2Hospital Clínico Herminda Martin;

3Laboratorio de Andrología, Fertilab Limitada, Chillán, 4 Instituto Profesional Santo Tomas, Chillan, Chile

C-66

COAGULACION BIPOLAR DE CORDON EN EL TRATAMIENTO DE DOS CASOS DE GEMELAR TRAP

Parra, M.1,2, Rencoret, G.2, Sepúlveda, A.1, Díaz, F.1, Figueroa, J.2

1Unidad Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile,

2Unidad Medicina Fetal Hospital Clínico San Borja Arriarán.

C-67

PROYECTO PILOTO DE TRATAMIENTO DE INFERTILIDAD BAJA COMPLEJIDAD AÑO 2011-2012 EN LA UNIDAD DE MEDICINA REPRODUCTIVA UNIVERSIDAD DE VALPARAISO - HOSPITAL CARLOS VAN BUREN (HCVB)

Chamy V^{1,2}, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}

1 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso.

2 Unidad de Medicina Reproductiva, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

C-68

PROCESO INFLAMATORIO PÉLVICO (PIP) Y ABSCESO TUBO-OVÁRICO (ATO): RESULTADOS DE SU MANEJO EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Fernández D. 1, González J. A.2, Donoso M. 2

1 Interno, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.

C-69

GANANCIA DE PESO GESTACIONAL EN EMBARAZADAS CON OBESIDAD Y RESISTENCIA A LA INSULINA NEONATAL

*1*Urzúa M, *2,3*Villalobos-Labra R, *2,3*Sáez PJ, *2,3*Westermeier F, *3*Kusanovic JP, *3*Poblete J, *2,3*Sobrevia L, *2,3*Fariás-Jofré M.

*1*Interno de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

*2*Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM),

*3*División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-70

LA VENTANA FÉRTIL DE LAS PACIENTES INFERTILES OVULATORIAS ES MENOR A LA VENTANA DE PACIENTES CON FERTILIDAD PROBADA

Donoso M.1, Arraztoa J.A.1, Serra R.2, Bustos B.1 Mallea X. 1, Gana M.T.1, Alliende M.E.1

(1) Programa de Cuidado y Estudio de la Fertilidad Humana – PROCEF,

Departamento de Obstetricia, Ginecología y Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes.

(2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes.

C-71

LINFADENECTOMÍA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO ENDOMETRIOIDE ESTADIO I RIESGO INTERMEDIO

Arab C1, Besio2, Cisterna P2, Aedo S3.

Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse,

Gineco-Obstetra, Magister en Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

C-72

COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN CLINICA SANTA MARIA Y HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE LOS PRIMEROS 20 CASOS

Braun H.1-2, Rondini C.1-2, Larraín D.2, Urzúa MJ.1, Miranda I.1, Díaz M.2, Rojas I.2, Troncoso F.1

*1*Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

*2*Clínica Santa María, Santiago, Chile.

C-73

MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO: REVISIÓN DE 13 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO U. CATÓLICA DE CHILE

García K., Brañes J., Barrena N., Cuello M, Majerson D., Cartagena J., Lehuedé A., Sanhueza C., Ibañez C.

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

C-74

ABLACIÓN ENDOMETRIAL HISTEROSCOPICA COMO TRATAMIENTO DEFINITIVO PARA EL SANGRADO UTERINO ANORMAL

Chamy V^{1,2}, Berhó J¹, Tudela B¹, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}

*1*Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso.

C-75

EMBOLIZACIÓN DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS UTERINAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO CHILENO

Duran R., Walker B., Parra M., Wenzel C., Vargas P., Verdugo J.

Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

C-76

CANCER CERVICOUTERINO ESTADIO IB2: SEGUNDA BRAQUITERAPIA EN PACIENTES CON TUMOR RESIDUAL POST HISTERECTOMIA EXTRAFACIAL

Salgado P, Suarez E, Olfos P, Larraguibel R, Rojas L, Solari M, Altamirano R, Acuña M, Rojas J, Nazzal O.

Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología

C-77

CANCER DE ENDOMETRIO: CORRELACIÓN BIOPSIA RAPIDA Y DIFERIDA

Acuña MJ, Altamirano R, Salgado P, Solari M, Suarez E, Larraguibel R, Rojas L, Nazzal O
Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital San Borja Arriarán Facultad de Medicina,
Campus Centro Universidad de Chile

C-78

ES POSIBLE Y ÚTIL PARA EL GINECÓLOGO APLICAR EL SISTEMA GI-RADS AL INFORME ECOGRÁFICO QUE CONCLUYE LA PRESENCIA DE UN TUMOR ANEXIAL?

Fuenzalida J.1, Ralph C.1, Garrido F.1, Tsunekawa H.1,2, Robles C.1,2, Durán H.1,2, Craig J.M.1,2, Cuello M.1
1.División de Obstetricia y Ginecología. 2.Unidad de Ultrasonografía.
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-79

VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DE BIOPSIA RÁPIDA INTRAOPERATORIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE OVARIO

Couve C1-4, Bazán C2, Lozano C3, Parry S1-4, Riesle H1-4, Vallejos H3
1 Servicio de Obstetricia y Ginecología HCVB, 2 Residente de Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso,
3 Servicio de Anatomía Patológica HCVB, 4 Departamento Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso.

C-80

COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. RECOPIACIÓN DE 1856 CIRUGÍAS EN 15 AÑOS

Carvajal N, Troncoso C., Rondini C., Levancini M., Troncoso F., Miranda-Mendoza I.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clinica Alemana

C-81

VAPORIZACION CON LASER CO2 EN LESIONES DE ALTO GRADO VAGINALES O VULVARES Y PATOLOGIA BENIGNA VULVAR

Ramírez S(1), Barrena N.(1), Mc Conell Y.(1), Torres P.(1), León H. (1), Meneses M. (2)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

C-82

BURCH LAPAROSCÓPICO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EXPERIENCIA EN ANTOFAGASTA

1- Carvajal JC 2- Rodríguez J, 3- Araneda R. 4- Díaz F. 5- Briceño T
1-2-3 Ginecólogo Clínica Antofagasta y Hospital Clínico Regional de Antofagasta.
5-Matrona Clínica Antofagasta.
4-Ginecologo Universidad de Antofagasta

C-83

ADENOCARCINOMA DE CERVIX ¿CUÁL ES SU MOTIVO DE DERIVACIÓN?

Altamirano R, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Solari M, Pincheira E, Rojas J, Acuña MJ, Nazzal O.
Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital San Borja Arriarán Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile

C-84

TRAQUELECTOMÍA EN CÁNCER CERVICOUTERINO: EXPERIENCIA EN 3 HOSPITALES DE CHILE

Lehuedé A., Sáez N., García K., Majerson D., Cuello M., Barrena N., Paredes C., Hinojosa M., Brañes J.
División de Obstetricia y Ginecología. Pontificia Universidad Católica de Chile.
Hospital Regional de Talca
Hospital Higuera Talcahuano

C-85

RADIOQUIMIOTERAPIA EN CÁNCER CERVICOUTERINO LOCALMENTE AVANZADO: SOBREVIDA Y EFECTOS ADVERSOS

Lehuedé A., Fernández M., Saavedra M., Pérez V., Barriga M., Figueroa C., Puga O.
Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río, Unidad de Ginecología Oncológica.

C-86

FACTORES HISTOPATOLÓGICOS PRONÓSTICOS EN CÁNCER DE CUELLO UTERINO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO. ESTUDIO RETROSPECTIVO CON 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Drs Puga O, Perez MV, Sierra P, Barriga MI, Farias M, Miranda C, Saavedra M, Fernandez M, Figueroa C, Rodriguez T.

Complejo Asistencial Dr Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Las Condes

C-87

USO DE PESARIO PARA PACIENTES ≤ 65 AÑOS CON PROLAPSO GENITAL SINTOMÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FACTIBILIDAD

Ralph C.1,2, Pohlhammer S.2, Blümel B.2, Pizarro-Berdichevsky J.1,2,3

1División Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile,

2Unidad Uroginecología Hospital Dr. Sótero del Río, 3Glickman Urology Institute, Cleveland Clinic, Cleveland, OH, USA.

C-88

COMPARACIÓN DE COSTOS EN LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMÍA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

González Carvallo CA, Sáez N, Palma D, Brañes J, Barrena NI, Cuello M. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.

C-89

RELACIÓN ENTRE EL GROSOR ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO Y PATOLOGÍA ENDOMETRIAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSIDAD CATÓLICA

Raby T., Sierra P., Craig J.M., Carvajal J., Tsunekawa H., Cuello M.

División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-90

LINFADENECTOMIA RETROPERITONEAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICO UTERINO GRAN VOLUMEN/LOCALMENTE AVANZADO

Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Mc Conell Y(1), Torres P. (1) (2), Meneses M. (3)

(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

(2): Oncología Ginecológica Clínica Bicentenario

(3): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)

C-91

HALLAZGOS URODINÁMICOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO PURA

Valdevenito JP, Wenzel C, Manriquez V, Naser M.

Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile.

C-92

COMPLICACIONES LAPAROSCÓPICAS EN CLÍNICA DÁVILA DE SANTIAGO. RECOPIACIÓN DE 1037 CIRUGÍAS EN 3 AÑOS Y 5 MESES

Miranda-Mendoza I, Martic A., Guilof N., Tapia J., Eisen D., Arraztoa J., Cifuentes J., Nuñez F., Cortez J., Peña A.

Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva;

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila de Santiago

C-93

INCONTINENCIA URINARIA: EVALUACIÓN DEL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA MEDIANTE ENCUESTA ICIQ – SF

Busquets M (1) Lopez JF. (2) Pertossi E.(3).

(1) Médico Departamento Ginecología y Obstetricia. Facultad de Medicina, Universidad de los Andes

(2) Becado Servicio de Urología Hospital Parroquial San Bernardo

(3) Interno de Medicina, Universidad de los Andes, Hospital Parroquial San Bernardo

C-94

EVALUACIÓN DE CALIDAD DE LA HISTERECTOMÍA RADICAL EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Parry S, Riesle H.

Hospital Carlos Van Buren, Universidad de Valparaíso.

C-95

MANEJO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA CLÍNICA DE TRES AÑOS DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

*Boldrini P.1, Vallejos G.1,2, Borda P.1,2, Jaeschke G.2
(1) Complejo Hospitalario San José, SSMN
(2) Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.*

C-96

HISTERECTOMIA RADICAL MAS LINFADENECTOMIA PELVICA BILATERAL LAPAROSCOPICA TOTAL EN CANCER CERVICOUTERINO INICIAL

*Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Mc Conell Y(1), Torres P. (1)(2), Meneses M. (3)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Oncología Ginecológica Clínica Bicentenario
(3): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)*

C-97

RESULTADO HISTOLÓGICO DE LOS CONOS REALIZADOS BAJO LA MODALIDAD “SEE AND TREAT” EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Autores: Sánchez A1, Nuñez F1, Goycoolea JP1, Torres P1, Honorato M1 Larenas S2, Maturana C3, Ares R3, Troncoso F4
1 Unidad de Oncología y Patología Cervical Hospital Padre Hurtado
2 Matrona Unidad de Patología Cervical Hospital Padre Hurtado
3 Unida Anatomía Patológica Hospital Padre Hurtado
4 Jefe Ginecología Hospital Padre Hurtado
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado.
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo.*

C-98

COMPARACIÓN ENTRE CISTOMETRÍA SIMPLE Y URODINAMIA MULTICANAL EN LA EVALUACIÓN DE INCONTINENCIA DE ORINA: ESTUDIO PROSPECTIVO, CIEGO.

*Manríquez V1, Naser M1, Boldrini P1, Schlageter F1, Guzmán R1, Lecannelier J1, Sandoval C1, Valdevenito R1, Aguilera A1, Castro A1.
(1) Unidad Piso Pélvico Femenino, Hosp. Clínico Universidad de Chile, Santiago.*

C-99

NEUROMODULACION TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTANEA (NMTP T.C.) VERSUS OXIBUTININA DE LIBERACION PROLONGADA EN PACIENTES CON VEJIGA HIPERACTIVA. ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

*Manríquez V, Naser M, Sandoval C, Lecannelier J, Valdevenito R, Guzmán R, Aguilera A, Castro A.
Unidad de Piso Pélvico Femenino. Dpto. Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile.*

C-100

PROLAPSO APICAL: SUSPENSION A LIGAMENTOS SACROESPINOSOS, EXPERIENCIA EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO.

*Busquets M. (1), Pertossi E.(2), Lazo, D. (2).
(1) Médico Departamento Ginecología Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.
(2) Internos Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.*

C-101

SIMVASTATINA INHIBE LA EXPRESIÓN DE MARCADORES DE TOTIPOTENCIALIDAD Y DE TRANSICIÓN EPITELIO MESENQUIMAL (EMT) EN CÉLULAS INICIADORAS DE CÁNCER DE OVARIO REDUCIENDO SU CAPACIDAD METASTÁSICA

*Cuello M., Kato S., Abarzúa L., Orellana K., Delpiano A., Barriga M.I., Brañes J., Castellón E., Owen G.I.
División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina,
Pontificia Universidad Católica de Chile (trabajo financiado por FONDECYT 1120292).*

C-102

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A NECESIDAD DE URETROLISIS TARDÍA POSTERIOR A CIRUGÍA DE SLING DE URETRA MEDIA

Rondini C.1-2, Braun H1-2, Urzúa M1, Tagle M1, Troncoso F1-2.

¹Departamento de Ginecología, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

²Clínica Santa María, Santiago, Chile.

C103

MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ENDOMETRIOSIS PROFUNDA: REVISIÓN DE MÁS DE 200 CASOS TRATADOS CON TÉCNICA LAPAROSCÓPICA ESTANDARIZADA

Celle C, Pomés C, Vergara A, Cuello M, Zamboni M, Gutierrez I¹, Chuang A², Durruty G.

División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

¹Interno Medicina. ²Alumna Medicina

C-104

IMPACTO DE LA DETECCIÓN RÁPIDA INTRAPARTO DE COLONIZACIÓN POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE POR UN MÉTODO MOLECULAR

Autor: Ralph C1, Wozniak A2, Villarroel L3, Urzúa S4, García P5, Abarzúa F6, Vera C1.

Institución: ¹División de Obstetricia y Ginecología, ²Laboratorio de Microbiología Molecular,

³Departamento de Salud Pública, ⁴División de Pediatría, ⁵Departamento de Laboratorios Clínicos, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. ⁶Unidad de Medicina Materno-Fetal, Clínica Alemana Temuco.

PUBLICACIÓN OBSTETRICIA

C-105

IMPACTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE GUÍAS CLÍNICAS PARA EL EMBARAZO EN VÍAS DE PROLONGACIÓN EN MULTIPARAS

Pais F., Avila F., Valenzuela A., Carvajal A., Insunza A., Reyes F., Latorre R.

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo.

C-106

CESÁREA ELECTIVA EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO; ¿SOMOS CAPACES DE REDUCIR SU INCIDENCIA?

Jeria R¹, Correa P², Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.

¹Interno medicina Universidad de los Andes

²Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes

³Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo

C-107

RESULTADO DEL PARTO SEGÚN LA MODALIDAD DE INICIO EN MULTÍPARAS CON EXPECTATIVA DE PARTO VAGINAL. EVALUACIÓN DE UNA GUÍA CLÍNICA

Pais F., Avila F., Valenzuela A., Stambuk M., Witker D., Insunza A., Latorre R.

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado, Universidad del Desarrollo

C-108

MANEJO PERINATAL DE LA GASTROSQUISIS

Márquez R(1,3), Moreno A (2,3), Quijada P (2,3), Bachman M (1,3), Soto A(1,3), Rodríguez M (1,3), González P (1,3), Egaña G(1,3).

Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.

Unidad de Cirugía Infantil, Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, Chile.

Universidad de Valparaíso, Chile.

C-109

AREA GLANDULAR CERVICAL COMO MARCADOR DE RIESGO DE PARTO PREMATURO EN PACIENTES CON CERVICOMETRIA LIMITE A LAS 22-24 SEMANAS

Autores: Daniela Longhi, Paulina González, Maritza Bachmann, Alejandro Soto, Rolando Márquez, Marcelo Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Van Buren, Valparaíso.

Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

C-110

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE EMBARAZOS GEMELARES EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO ENTRE LOS AÑOS 2011 y 2013

Soto Mj¹, Bustos B², De Alvarado M², Tagle I³, Goity C³

1. Interna de Medicina Universidad de los Andes, Santiago de Chile

2. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes

3. Medico, Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo

C-111

MEMBRANA DUODENAL: UNA CAUSA DEL SIGNO DE DOBLE BURBUJA

Couve C^{1,2}, Garrido M³.

1 Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Carlos Van Buren (HCVB).

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso.

3 Residente de Cirugía Pediátrica Universidad de Valparaíso, HCVB.

C-112

EVOLUCIÓN DE LAS PATOLOGÍAS MATERNAS INTERCURRENTES EN LAS MADRES QUE FUERON ATENDIDAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Luis Ignacio De la Torre Ch.¹ Cristian Papuzinski A.²

Ginecólogo. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Universidad de Valparaíso.

Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

C-113

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESAREA. ANÁLISIS DE INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Pais F., Avila F., Valenzuela A., Cadagan C., Urzua M., Insunza A., Gomez R., Latorre R

Unidad de gestión clínica de la mujer y del recién nacido del Hospital Padre Hurtado,

Centro de Diagnóstico e Investigaciones Perinatales (CEDIP), Universidad del Desarrollo.

C-114

AUMENTO PROGRESIVO DE RESISTENCIA ANTIMICROBIANA DE PATÓGENOS CAUSALES DE PIELONEFRITIS AGUDA EN LA EMBARAZADA: PERFIL CLÍNICO Y BACTERIOLÓGICO EN UMMF/ HOSPITAL SAN JOSÉ

Borda P., Canales J, Haye M. T., Farías L., Vásquez P., Gutiérrez J.

Unidad de Medicina materno Fetal / Complejo Hospitalario San José/

Departamento de Ginecología y Obstetricia / Universidad de Santiago de Chile.

C-115

ANÁLISIS DESCRIPTIVO SOBRE LA INDICACIÓN DE CESÁREA DE URGENCIA EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Montaño L³, Bustos B², Goity C¹

1- Doctora del Departamento de Gineco-Obstetricia. 2- Residente de Gineco-Obstetricia.

3- Interna de Medicina. Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes.

C-116

MANEJO EXPECTANTE DE PACIENTES CON PREECLAMPSIA SEVERA EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2012

González F.J., Haye M.T., Palma C., Vásquez P., Gutiérrez J.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-117

COMPROMISO NEUROLÓGICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE VON HIPPEL LINDAU Y EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Fuenzalida J.¹, Ralph C.¹, Urbano N.¹, Sandoval P.², Mery F.³, Lacassie H.4, Carvajal JA.1, Vera CM.1

Institución: 1División de Obstetricia y Ginecología, 2Departamento de Neurología,

3Departamento de Neurocirugía, 4División de Anestesiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica

C-118

USO PRACTICO DE BALON UTERINO PARA COHIBIR HEMORRAGIA EN PLACENTA PREVIA Y ACRETA

Muñoz JF1,2. ; Macchiavelo J1,2.; Fabbri R.2; Bertoglia P.1,2; Lépez JA 1,2; Cox M.1,2

1Universidad Católica de la Santísima Concepción ,

2Hospital Clínico Herminda Martin , Chillan

C-119

SINDROME DE MIRROR SECUNDARIO A CORANGIOMA PLACENTARIO

Montaño L3, Correa P2, Goity C1, Troncoso M1, Figueroa H1.

1 Doctor del departamento de Gineco-Obstetricia. 2 Residente Gineco-Obstetricia.

3 Interna de Medicina. Hospital Parroquial de San Bernardo, Universidad de los Andes.

C-120

BALÓN DE MADURACIÓN CERVICAL COMO MÉTODO DE INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. EXPERIENCIA LOCAL EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Saez, J., Vergara P., Espinoza C., Manukian B.,

Facultad Medicina Campus Centro Universidad de Chile, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

C-121

SINDROME RIÑÓN-PULMÓN: CARACTERIZACION DE PACIENTES EMBARAZADAS HOSPITALIZADAS EN COMPLEJO HOSPITALARIO SAN BORJA ARRIARÁN. REVISION 7 AÑOS

Sanhueza Pamela1, . Sanhueza Paola2,Román C3

1.-Residente Ginecología-Obstetricia USACH 2.-Residente UPC HCSBA 3.-Residente UPC HCSBA.

C-122

MANEJO DE DIABETES GESTACIONAL EN HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE , SEGUIMIENTO Y RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES COMPARATIVOS DURANTE 56 MESES DE SEGUIMIENTO

Lagos, N.García,C. Ilabaca, J Ferres ,M. Balboa ,M.

Unidad de Medicina Materno Fetal ,Hospital de Carabineros de Chile. Universidad Mayor. Santiago ,Chile.

C-123

EVALUACION DEL GRUPO 1 DE ROBSON: NULIPARAS CON EMBARAZO UNICO, CEFALICO Y DE TERMINO Y SU CONTRIBUCIÓN A LA TASA GLOBAL DE CESAREAS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO EN 2012

Moreno JA1, 2, Mahan D3, Galdames L3, Acuña P3

1Departamento de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.

2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso,

3 Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso.

C-124

EXPERIENCIA EN CERCLAJE DE URGENCIA

Espinoza, R.; Muñoz, J.; Lagos, R.; Echeverría, L.; San Martín, N.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Hernán Henríquez Temuco

Departamento de Obstetricia y Ginecología. Universidad de la Frontera

C-125

VIABILIDAD DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES EMBARAZADAS DE 15 AÑOS O MENOS EN EL HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Jeria R¹, Valdivieso J², DeAlvarado M, Goity C³, Troncoso M³, Kottmann C³.

¹Internos medicina Universidad de los Andes ² Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes

³ Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo

C-126

UTILIDAD DEL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS COMO PREDICTOR DE MAL RESULTADO OBSTETRICO EN PACIENTES CON PREECLAMPSIA DE INICIO TARDIO

Autores: Constanza Couve, Sebastian San Martín, Rolando Márquez, Paulina González, Alejandro Soto, Marcelo Rodríguez

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Van Buren, Valparaíso

Facultad de Medicina, Universidad de Valparaíso

C-127

RANGOS DE REFERENCIA DE ESTRUCTURAS DE FOSA POSTERIOR EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Tobar H.¹, Sepúlveda-Martínez A.1, Kiekebusch G.1, Díaz F.1, Zúñiga L.1, Rencoret G.2, Parra-Cordero M.1,2
1Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán

C-128

DIABETES GESTACIONAL EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE. INCIDENCIA, DESCRIPCIÓN EPIDEMIOLÓGICA Y RESULTADOS EN 56 MESES DE SEGUIMIENTO

Lagos, N. ¹, Ilabaca, J.García, C. Ferres, M. Balboa, M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital de Carabineros de Chile. Universidad Mayor. Santiago, Chile.

C-129

CONCENTRACIONES SÉRICAS DE SHBG EN SEGUNDO TRIMESTRE EN PACIENTES PORTADORAS DE DIABETES GESTACIONAL SE RELACIONAN A PRONÓSTICO MATERNO Y FETAL

Lagos, N. ¹, Hirsch, S.², Lera, L.³, García, C.
1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital de Carabineros de Chile, Santiago, Chile.
2 Departamento de Nutrición, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile.
3 Departamento de Epidemiología, Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos, Santiago, Chile.

C-130

USO EMPÍRICO DE HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR EN PACIENTE CON AUMENTO AISLADO DE RESISTENCIA DE LA ARTERIA UTERINA

Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1
Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 / Clínica Alemana de Santiago 2/ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago. 3

C-131

USO DE PESARIO DE ARABIN COMO ESTRATEGIA DE PREVENCIÓN DE PARTO PREMATURO. EXPERIENCIA HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Maques X., Chong L.*, Hidalgo D.*, Saez J.***
**Becado(a) ginecología y obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.*
*** Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriaran. Universidad de Chile*

C-132

ROTURA UTERINA: CAUSA POCO COMÚN DE ABDOMEN AGUDO DURANTE EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Fuenzalida J.¹, Ralph C.¹, Duarte I.², Riquelme V.3, Baladrón M.3, González R.1, Zamboni M.1, Cuello M.1
Institución: 1División de Obstetricia y Ginecología, 2Departamento de Anatomía Patológica, 3Departamento de Radiología. Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

C-133

ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN LOS HIJOS DE EMBARAZO CON OBESIDAD MATERNA

Villalobos-Labra R, 1,2Sáez PJ, 1,2Westermeier F, 2Kusanovic JP, 2Poblete J, 1,2Sobrevia L, 1,2Fariás-Jofré M.
1Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM), 2División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-134

ANEMIA FETAL POST OBITO DE UN GEMELO EN EMBARAZO MONOCORIAL. UN CASO DE TRANSFUSIÓN INTRAUTERINA DE EMERGENCIA

Walker B, Astudillo J, Insunza A, Yamamoto M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

C-135

EMBARAZO ECTÓPICO EN OMENTO: REPORTE DE UN CASO

*Couve C1., Palma F3., Uribe G3., Niemann F2., De La Torre L1.
1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.
2 Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso
3 Interno Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso*

C-136

ROTURA UTERINA SIN CIATRIZ DE CESAREA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE MEDICOS GENERALES EN SICHILI, ZAMBIA, AFRICA

*Martin D; Ceroni J; Sepúlveda A.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Sichili Mission Hospital, Sichili, Zambia África*

C-137

CASO DE IMAGEN ANTENATAL DE QUISTE OVARICO CON DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE DUPLICACION INTESTINAL. VALOR DE LA “NO INTERVENCIÓN”.

*Yamamoto M, Rodriguez G, Astudillo J, Alcoholado I.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago,
Faculta de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.*

C-138

HERPES GESTATIONIS CON COMPROMISO VENTILATORIO SEVERO, ¿VARIANTE ATIPICA NO DESCRITA DEL CUADRO?

*Pinto H.(2), Márquez R.(1), Granada J.(3), Loezar C.(3), Soto A.(1), Rodríguez M.(1), González P.(1), Bachmann M.(1).
Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Ginecología y Obstetricia.
1. Ginecólogo, 2. Becado, 3. Interno.*

C-139

EMBARAZO Y PARTO EN PACIENTES CON ANTECEDENTES DE CIRUGÍA TIPO FONTAN: REPORTE DE 2 CASOS Y RESUMEN DE LA LITERATURA

*Vargas P., Kusanovic J.P., Sepulveda E., Vera C.
CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal.
Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C-140

MANEJO DE LA PACIENTE EMBARAZADA CON ANTECEDENTE DE MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO

*Palma C., Haye M.T., Sierra A. Vásquez P., González F., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

C-141

NEUMOTORAX CATAMENIAL, A PROPÓSITO DE UN CASO

*Autores: C Salgado1, F Acevedo1, F Heredia1, P Becerra1, E Astudillo1
Servicio Ginecología y Obstetricia, Hospital Guillermo Grant Benavente, Universidad de Concepción.*

C-142

SÍNDROME DE COLON IZQUIERDO PEQUEÑO: UNA COMPLICACIÓN A CONSIDERAR EN EL HIJO DE MADRE DIABÉTICA

*Garrido M¹, De la Rosa A², Couve C³
1. Residente de Cirugía Pediátrica, Universidad de Valparaíso. 2. Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Carlos Van Buren (HCVB) 3. Servicio de Ginecología y Obstetricia HCVB.*

C-143

GEMELAS ONFALOPAGAS: PRIMER CASO TRATADO EXITOSAMENTE EN VALPARAÍSO

*Márquez R^{1,2}, Bachmann M^{1,2}, Bazán C³, Couve C^{1,2}, Garrido M⁴, González P¹,
Montedónico S^{5,6}, Rodríguez M^{1,2}, Soto A¹
1 Unidad de Medicina Materno-Fetal Hospital Carlos Van Buren (HCVB),
2 Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Valparaíso (UV),
3 Residente de Obstetricia y Ginecología UV, 4 Residente de Cirugía Pediátrica UV,
5 Servicio de Cirugía Pediátrica HCVB, 6 Departamento de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina UV.*

C-144

GLUCOGENOSIS HEPATICA TIPO I Y EMBARAZO: MANEJO Y RESULTADO

Saez J.¹, Norambuena C.², Chong L.¹

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología. Unidad de Medicina Materno Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán.

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile

C-145

ASOCIACIÓN ENTRE HIDROPS FETAL TRANSITORIO E INFECCIÓN POR VIRUS HEPATITIS E (VHE) DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Gómez E., Cortés S. - Hospital San Juan de Dios de La Serena

C-146

EMBARAZO ECTÓPICO ISTMICO – CERVICAL EN CICATRIZ DE CESAREA PREVIA

ACEVEDO F¹, SALGADO C¹, GALDAMES A², DIAZ E³

1 Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción/Hospital Guillermo Grant Benavente

2 Interna de Medicina Universidad de Concepción

3 Docente Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción

C-147

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO COMO DEBUT DE PREECLAMPSIA SEVERA CON GRAVE COMPROMISO MATERNO, 2 CASOS CLINICOS

Pinto H.(2), Nuñez C.(1), Granada J.(3), Loezar C(3), Bachmann M.(1), González P.(1), Márquez R.(1),

Rodríguez M.(1), Soto A.(1). Universidad de Valparaíso, Hospital Carlos Van Buren.

Servicio de Ginecología y Obstetricia. 1. Ginecólogo, 2. Becado, 3. Interno.

C-148

DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN SEGUNDO TRIMESTRE EN LA PREDICCIÓN DE RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CRONICA

Rencoret G.¹, Figueroa J.¹, Ocaranza M.¹, Leiva J.L.¹, Sepúlveda, A.2, Parra M1,2

1Hospital Clínico San Borja Arriarán, 2Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

C-149

ANÁLISIS DEL PORTAFOLIOS QUIRÚRGICO DE MÉDICOS EN FORMACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

Yamamoto M, Paiva E, Latorre R, Insunza A.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo.

C-150

RESULTADOS A CORTO PLAZO DE FETOSCOPIAS LÁSER EN TRANSFUSIÓN FETO-FETAL EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Parra-Cordero M.1,2, Sepúlveda-Martínez A.1, Díaz F.1, Kiekebusch G.1,5, Rodríguez JG.3,

Díaz A.3, Dezerega V.4, Rencoret G.2

1Hospital Clínico Universidad de Chile, 2Hospital Clínico San Borja Arriarán,

3Hospital Luis Tisné, 4Hospital Barros Luco, 5Hospital Regional de Antofagasta.

C-151

CARACTERIZACIÓN DE UN POLICLÍNICO ESPECIALIZADO EN PACIENTES CON MALA HISTORIA OBSTÉTRICA

Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1

Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal,

Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 /

Clínica Alemana de Santiago 2/ Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-152

CAUSAS DE INGRESO A UNIDAD DE PACIENTE CRÍTICO DURANTE EL EMBARAZO O PUERPERIO

Valdebenito P., Hays M.T., Sierra A., Gutiérrez J.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-153

PARÁMETROS CLÍNICOS Y BIOFÍSICOS COMO MODELO PREDICTOR DE PREECLAMPSIA

Terra R.1, Parra-Cordero M.2,3, Zúñiga L.2, Sepúlveda-Martínez A.2, Kiekebusch G.2, Valdés E.2, Rencoret G.3, Hasbun J.2

1 CERPO, Hospital Luis Tisné, 2Unidad Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile, 3Hospital Clínico San Borja Arriarán.

C-154

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <32 SEMANAS ASOCIADA A OLIGOAMNIOS: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN A INFECCIÓN FETAL Y MATERNA EN EL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Ferrer F, Catalán C, Riquelme N, Valdés R, Martinović C, Vargas P, Pons A, Sepúlveda E, Córdova V, Díaz F, Silva K, Figueroa C, Kusanović JP.

*Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF)
Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río
División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile*

C-155

TRANSFUSION FETO FETAL. TRATAMIENTO CON FETOSCOPIA LASER EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA: PRIMERA SERIE NACIONAL EN UN HOSPITAL PUBLICO

Becker J, Araneda M, De la Fuente S.

Institución: Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule

C-156

INCIDENCIA DE FACTORES PSÍQUICOS EN LA REFRACTARIEDAD AL TRATAMIENTO BIOMÉDICO DE LA DIABETES GESTACIONAL

Rubio A., van Dorsee A., Gutiérrez J., Haye M.T, Vásquez P., Farías L., USMM1- UMMF2, Hospital San José

C-157

EVALUACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN MUJERES DE 45 AÑOS Y MAS CONTROLADAS EN CLINICA DAVILA

Osorio E, Iglesias LR, Cortez J, Spichiger O, Montenegro L, Barrera V, Lizana S, Navarrete I, Ureta C, Ruiz M.

C-158

EVALUACIÓN DEL INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES DE RIESGO EN MUJERES MAYORES DE 45 AÑOS EN CLÍNICA DÁVILA

*Osorio. E1, Spichiger. O1, Iglesias. L1, Cortez. J1, Barrera. V1, Montenegro. L1, Navarrete. I1, Ureta. C1, Ruiz. M2
1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago.
2 Interna, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes*

C-159

INCIDENCIA DE CESAREAS EN MADRES MAYORES DE 35 AÑOS

*Pertossi E. (1); Correa P. (2); Goity C. (3) Troncoso M. (3) Figueroa H.(4)
(1) Alumno Medicina. Facultad de medicina de Universidad de los Andes
(2) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes
(3) Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial San Bernardo
(4) Departamento Ginecología y Obstetricia Universidad de los Andes*

C-160

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL SÍNTOMA DE PARTO PREMATURO DURANTE EL PERIODO 2012-2013, REALIDAD DE LA CIUDAD DE ILLAPEL

*Abudinén GA (1), Vega SI (1), Paravic NA (1), Arrau NP (1).
Médico – Cirujano, Etapa de destinación y Formación (EDF), Hospital Illapel, Illapel, Chile.1
1. Unidad de Salud Mental de la Mujer 2. Unidad de Medicina Materno-Fetal*

C-161

UNA DÉCADA DE ACTIVIDAD CLÍNICA: CAMBIOS EN EL PERFIL DEMOGRÁFICO Y CLÍNICO DE LAS EMBARAZADAS EN LAS COMUNAS DE LA GRANJA, LA PINTANA Y SAN RAMÓN

*Autores: Stambuk M., Carrillo J., Insunza A.
Institución: Hospital Padre Hurtado; Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo.*

C-162

GESTIÓN DE ATENCIONES DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

*Yamamoto C, Blanco S, Rojas J, Jordán F, Leiva W, Carrillo J, Latorre R, Gomez R, Paiva E, Insunza A, Behnke E.
Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y Recién Nacido
Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo*

C-163

CARACTERIZACIÓN DE LOS NACIMIENTOS OCURRIDOS EN LOS HOSPITALES CARLOS VAN BUREN, DR.GUSTAVO FRICKE Y DR.ALMIRANTE NEF DURANTE EL AÑO 2012.

*Acuña P^o, González V^o, Moreno J 1,2, De la Torre L1,2
(a) Interno de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
(1) Escuela de Medicina. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. Chile.
(2) Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Carlos Van Buren. Valparaíso. Chile.*

C-164

EVOLUCIÓN DE LA EDAD GESTACIONAL Y DEL PESO DE NACIMIENTO EN CHILE EN LAS DOS ÚLTIMAS DECADAS, HACIA HIPÓTESIS EXPLICATIVAS.

*López P.
Universidad de Valparaíso, Escuela de Obstetricia y Puericultura, Valparaíso*

C-165

OUTCOME PERINATALES EN EMBARAZOS TRIPLES: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

*Sierra P, Vargas P., Kusanovic JP, Fernandez C.
CIMAF Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal.
Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río.
Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C-166

TRANSFUSIÓN FETO-MATERNA MASIVA, REPORTE DE UN CASO

*Leiva P.1, Galaz J.2, Caradeux J.3, Montenegro L.4, Goity C.3-4, Figueroa H.3-4.
(1) Interna VII año Medicina Universidad de los Andes
(2) Alumno V año Medicina Universidad de los Andes
(3) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, y
Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes
(4)Clínica Dávila*

C-167

SÍNDROME DE HERLYN-WERNER-WÜNDERLICH: IMPORTANCIA DE LA SOSPECHA DIAGNÓSTICA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

*Saens P, Doren A, Leiva JE, Torres D.
Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital de Talca,
Universidad Católica del Maule.*

C-168

TRANSLOCACION ROBERTSONIANA T13-T14, COMO CAUSA DE ABORTO RECURRENTE. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y CONSEJO GENÉTICO. REPORTE DE UN CASO CLINICO.

*Salinas P(1,3), Matamala P(2), San Martin F(1,3), Olguín F. (1)
Servicio integral de la mujer, Clínica Hospital del Profesor.
(2) Interna de Medicina Universidad Finis Terrae.
(3) Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae.*

C-169

“FÍSTULA ENTEROUTERINA SECUNDARIA A CÁNCER DE CERVICO UTERINO, UNA COMPLICACION INFRECUENTE, CASO CLÍNICO”.

*San Martin F.1,4, Salinas P1,4,Olguín F.1,2,4, Bernal N.3, Muñoz S.3, Vivanco F.3
1Clínica Hospital del Profesor; 2Hospital San Juan de Dios; 3Interna,
Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae;4Docente Universidad Finis Terrae*

C-170

**HIPERREACCIÓN LÚTEA ASOCIADA A HIPOTIROIDISMO SEVERO DURANTE EL EMBARAZO:
DESCRIPCIÓN DE CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LITERATURA**

*Alwane E., Haya M.T, Vásquez P., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN.
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.*

C-171

**ABORTO COMPLETO EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO POR SIFILIS. EXPERIENCIA
ENSICHILI, ZAMBIA, AFRICA**

*Drs. Sepúlveda A.; Ceroni J; Martin D.
Sichili Mission Hospital, Zambia, África*

C-172

SINDROME DE STEVENS JOHNSON Y EMBARAZO, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Niemann F., Couve C^{2,3}, Bachmann M 2
1 Residente de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso,
2 Servicio de Ginecología y Obstetricia Hospital Carlos Van Buren,
3 Departamente de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso*

C-173

**EXPERIENCIA HOSPITAL CARLOS VAN BUREN
MANEJO AMBULATORIO PREECLAMPSIA MODERADA**

*Niemann E., Papuzinski C., Granada J., González P., Márquez R., Bachmann M., Soto A.,
Rodríguez M., Vidal K.
Universidad de Valparaíso. Hospital Carlos Van Buren*

C-174

**¿ES EL DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE UN BUEN
PREDICTOR DE RESULTADO ADVERSO EN EMBARAZOS CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?**

*Sepulveda-Martínez A1; Zúñiga L3; Zúñiga L1; Soto L3; Parra-Cordero M.1,2
1Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile;
2Hospital San Borja Arriarán; 3Servicio de Reumatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.*

C-175

TASA DE CESAREAS EN EMBARAZO GEMELAR

*Yamamoto M, Carrillo J, Avila F, Latorre R, Jordán F, Rojas J, Gómez R, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo*

C-176

**RESTRICCIÓN DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO INDUCE CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DE
PROTEÍNAS RELACIONADAS CON EL CICLO L-ARGININA/NO EN RIÑÓN EMBRIONARIO DE CONEJAS**

*Leiva P.1, Jeria R. 1, Goity C. 2, Tagle I. 2, Cifuentes J2,3, Lozano M3, Figueroa H2, Irrarrázabal C3.
(1) Interna Medicina Universidad de los Andes
(2) Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, y
Laboratorio de Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes.
(3) Laboratorio de Fisiología, Universidad de los Andes.*

C-177

**RESULTADOS PERINATALES EN PACIENTES CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL PRECOZ
INTERRUMPIDAS ANTES DE LAS 34 SEMANAS**

*González F.J., Palma C., Haya M.T., Banderas B., Farías L., Vásquez P., Gutiérrez J.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José. Universidad de Santiago.*

C-178

**ISOINMUNIZACIÓN MATERNA POR FACTOR RH.
EVOLUCIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS EN UN HOSPITAL PÚBLICO REGIONAL**

*Ignacio De la Torre Ch.¹ Cristian Papuzinski A. 2
Ginecólogo Obstetra. Profesor Escuela de Medicina Universidad de Valparaíso.
Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.*

C-179

ANÁLISIS DE AMNIOCENTESIS GENÉTICAS REALIZADAS EN FETOS MALFORMADOS EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL CONCEPCIÓN, AÑOS 2003-2013

Inzunza C; Quiroz V; Massoc P., Vergara M; Astudillo E. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Guillermo. Grant Benavente., Concepción .

C-180

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EXTENDIDA EN ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS Y SU IMPACTO EN PERÍODO DE LATENCIA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JOSÉ

Uribe A, Carson C, Hays MT, Gutiérrez J. Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-181

CORDOCENTESIS PARA ESTUDIO DE ANOMALIAS CROMOSÓMICAS EN PACIENTES CON FETOS MALFORMADOS. REVISIÓN DE LA EXPERIENCIA DEL SERVICIO. HOSPITAL G. GRANT B. CONCEPCIÓN

Quiroz V., Massoc P., Inzunza C.. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Gmo. Grant B. Concepción .

C-182

OLIGOAMNIOS SEVERO DE ORIGEN DESCONOCIDO, ¿QUÉ IMPLICANCIA TIENE?

Palma C. Hays M.T, González F., Vásquez P., Farías L., Gutiérrez J. Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-183

REALIDAD DE LA ESTIMACIÓN ECOGRÁFICA DE PESO FETAL EN UN MUESTRA DE 1700 CASOS

Winkler, C.; Yamamoto, M.; García, A.; Ávila, F.; Honorato, M.; Bustamante, M.; Jacobsen, C.; Jordán, F.; Insunza, A. Unidad de Gestión Clínica del La Mujer, Hospital Padre Hurtado, San Ramón, Santiago

C-184

RESULTADO PERINATAL EN GESTANTES DE 45 Y MÁS AÑOS EN CLÍNICA DÁVILA 2002-2012

Osorio E., Barrera L., Cortés J., Iglesias L., Lizana S., Montenegro L., Navarrete I., Spichiger o., Ruiz M., Ureta C. Clínica Dávila.

C-185

EVALUACIÓN DEL EMBARAZO EN EDAD MATERNA AVANZADA Y SUS FACTORES DE RIESGO PARA RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN CLÍNICA DÁVILA

*Cortez. J1, Iglesias. L1, Osorio. E1, Ureta. C1, Ruiz. M2
1 Servicio Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago.
2 Interna, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes*

C-186

SIFILIS DURANTE EL EMBARAZO: UNA MIRADA DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

*Ignacio De la Torre Ch.¹ Cristian Papuzinski A. 2
Ginecólogo. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Universidad de Valparaíso.
Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso*

C-187

PERFIL DE PREMATUREZ EN EMBARAZO GEMELAR

*Yamamoto M, Carrillo J, Avila F, Latorre R, Jordán F, Rojas J, Insunza A.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.*

C-188

PERFIL DE LA PACIENTE CON FETO MUERTO EN HSJ

Alwane E., Hays M.T., Protasowicki N., Gutiérrez J. Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José, SSMN. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago.

C-189

Actualización: SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL: EXPERIENCIA DE 56 CASOS

*Yamamoto M, Walker B, Astudillo J, Pedraza D, Fleiderman J, Hidalgo G, Insunza A, González M.
Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago,
Faculta de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.*

C-190

MANEJO DE TROMBOEMBOLISMO EN EL EMBARAZO

Sáez R 1,2, Alwane E3, Carson C3, Montaña I.1
Consultorio de Patologías de Alto Riesgo Obstétrico, Unidad de Medicina Materno Fetal,
Complejo Hospitalario San José, SSMN 1 / Clínica Alemana de Santiago 2/
Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago. 3

C- 191

ESTRÉS DEL RETÍCULO ENDOPLÁSMICO Y RESISTENCIA A LA INSULINA EN LOS HIJOS DE EMBARAZO CON OBESIDAD MATERNA

1Villalobos-Labra R, 1,2Sáez PJ, 1,2Westermeier F, 2Kusanovic JP, 2Poblete J, 1,2Sobrevia L, 1,2Fariás-Jofré M.
1Laboratorio de Fisiología Celular y Molecular (CMPL), Centro de Investigaciones Médicas (CIM),
2División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-192

RESULTADOS DE EMBARAZO POST MIOMECTOMIA ABDOMINAL VERSUS LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

Garrido MF, Urzúa M, Fuenzalida J, Cuello M. División de Obstetricia y Ginecología,
Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

PUBLICACIÓN GINECOLOGIA

C-193

TOT EN PACIENTES OBESAS: MEJORÍA A 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Urzúa M.¹, Rondini C.1,2, Casteblanco V.1, Tagle M.1, Troncoso F.1,2, Braun H.1,2
1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo,
Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

C-194

ESTUDIO URODINÁMICO EN MUJERES CON SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA MIXTA: RESULTADOS DE LA FASE DE CONTINENCIA

Valdevenito JP, Naser M, Manriquez V, Wenzel C.
Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile.

C-195

EXPERIENCIA EN HISTEROSCOPIA QUIRÚRGICA HOSPITAL CLÍNICO U. DE CHILE

Neumann.T., Gálvez J., Toledo.V., Ascencio. R

C-196

¿ES POSIBLE PREDECIR DETRUSOR HIPERACTIVO EN LA URODINAMIA DE MUJERES CON SÍNTOMAS DE INCONTINENCIA URINARIA MIXTA? ESTUDIO PROSPECTIVO

Valdevenito JP, Manriquez V, Naser M, Wenzel C.
Unidad de Piso Pélvico, Hospital Clínico Universidad de Chile.

C-197

ES FACTIBLE LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL SERVICIO PÚBLICO DE SALUD?

Braun H.^{1,2}, Urzúa M.¹, Rondini C.1,2, Miranda I.1, Carvajal A.1, Troncoso F.1,2,
1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo,
Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

C-198

CAUSAS DE INFERTILIDAD FEMENINA EN UN CENTRO DE REPRODUCCIÓN PÚBLICO LATINOAMERICANO

Chamy V^{1,2}, Nuñez D¹, Yañez C¹, Videla V^{1,2}, Scarella A^{1,2}, Moreno JA^{1,2}
1Escuela de medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile.
2Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de medicina, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

C-199

HISTERECTOMÍA TOTAL LAPAROSCÓPICA EN UN CENTRO FORMADOR DE ESPECIALISTAS EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Celle C., Pomés C., Durruty G., Zamboni M., Cuello M.

C-200

ABSCESO TUBOOVÁRICO EN PACIENTE CON MALFORMACIÓN COMPLEJA NO DIAGNOSTICADA

Autores: Canessa MJ, Bofill M, Honorato M, Carvajal A, Miranda I, Troncoso F, Insunza A. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y del Recién Nacido, Ginecología Infante Juvenil, Hospital Padre Hurtado.

C-201

EVOLUCIÓN EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO EN EL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

Arab C1, Cisterna P2, Besio2, Aedo S3. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Gineco-Obstetra, Magister Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

C-202

¿ES ÚTIL LA CISTOMETRÍA SIMPLE PARA PREDECIR FALLA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE INCONTINENCIA DE ORINA?

Pattillo A.^{1,2}, Arellano M.¹, Blümel B.¹, Cuevas R.^{1,2}, Pizarro-Berdichevsky J.^{1,2,3} 1 Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río 2 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Glyckman Urology Institute, Cleveland Clinic

C- 203

PERFIL BIO – PSICO – SOCIAL DE LAS MUJERES EN ETAPA DE CLIMATERIO, VALPARAÍSO, 2013

Calderón, F González, O Escuela de Obstetricia y Puericultura, Universidad de Valparaíso Departamento de Salud Pública, FEUV

C-204

TITULO: EXPERIENCIA EN COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Fuenzalida J³, Orlandini E³, Cuevas R^{1,3}, González F2, Larraín D2, Pizarro-Berdichevsky J1,3, 4, Pattillo A1,3, Blümel B , Arellano M1. Unidad de Uroginecología Hospital Sótero del Río1; Unidad de Infertilidad y Cirugía Endoscópica Hospital Sótero del Río2; División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile3; Glickman Urology Institute, Cleveland Clinic, Cleveland , Ohio⁴.

C-205

EFFECTOS DEL TRATAMIENTO CON ANÁLOGOS DE GNRH (GNRH(A)) Y ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO) EN LA VASCULOGÉNESIS DEL NÓDULO RECTO VAGINAL (NRV) DE PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA

Miranda-Mendoza I, Tapia V, Poblete C, Romero C, Vega M Laboratorio Endocrinología y Biología Reproductiva, Departamento Obstetricia y Ginecología , Facultad de Medicina y Hospital Clínico de la Universidad de Chile; Clínica Dávila, Santiago Chile

C-206

USO DE MISOPROSTOL EN VACIAMIENTO DE MOLA HIDATIDIFORME Y RIESGO DE MOLA PERSISTENTE

Fernández C, Sierra P, Puga O, Barriga M, Figueroa C. Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Sotero del Río. División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

C-207

LINFADENECTOMÍA EN TUMOR BORDERLINE DE OVARIO

*Arab C1, Ibañez C1, Cisterna P2, Besio C2, Aedo S3.
Unidad de Ginecología Oncológica. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
Unidad de Ginecología Oncológica Hospital Dr. Luis Tisné Brousse
Gineco-Obstetra, Magister Bioestadística. Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología
Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

C-208

RESULTADOS COLPOSCOPICO E HISTOLOGICO DE PACIENTES CON CITOLOGIA ASC-US EN UN HOSPITAL DEL SERVICIO DE SALUD SUR-ORIENTE, SANTIAGO, CHILE

*Carvajal N., Alliende R, Nuñez F., Torres P., Goycoolea J.P., Larenas S, Troncoso F, Sanchez A.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana*

C-209

CALIDAD DE VIDA, AUTOEFICACIA, APOYO SOCIAL E INDICADORES FÍSICOS EN MUJERES MENOPAUSICAS CON RIESGO CARDIOVASCULAR

*Vílchez Barboza V, Salazar Molina A, Paravic Klinj T.
Universidad de Concepción*

C-210

EVALUACIÓN DE UNA ESCALA SEMI-CUANTITATIVA PARA CLASIFICAR LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZOS

*Pattillo A.^{1,2}, Blümel B.¹, Arellano A.¹, Cuevas R.^{1,2}, Pizarro J.^{1,2,3}
¹ Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río ² División de Obstetricia y Ginecología,
Pontificia Universidad Católica de Chile ³ Glyckman Urology Institute, Cleveland Clinic*

C-211

INFLUENCIA DEL SOBREPESO Y OBESIDAD SOBRE EL RESULTADO ONCOLÓGICO EN PACIENTES CON CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

*Sanhueza C., García K., Mondaca S., Briones J., Leal JL., Barrena N., Brañes J., Cuello M., Ibañez C.
Centro de Cáncer, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile*

C-212

NEUROMODULACION TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTANEA (NMTP T.C.) EN EL TRATAMIENTO DE LA DISMENORREA PRIMARIA EN ADOLESCENTES. SERIE DE CASOS

*Manríquez V, Naser M, Guzmán R, Wenzel C, Aguilera A, Castro A.
Unidad de Piso Pélvico Femenino. Dpto. Obstetricia y Ginecología.
Hospital Clínico Universidad de Chile.*

C-213

HISTERECTOMIA TOTAL SIMPLE CON CONSERVACION DE OVARIOS POR VIA LAPAROCOPICA, PUERTO UNICO DISPOSITIVO GEL POINT

*Ramírez S. (1), Barrena N. (1), Torres P. (1), Mc Conell Y. (1)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)*

C-214

TRAQUELECTOMIA RADICAL LAPAROSCOPICA: MANEJO CONSERVADOR DE LA FERTILIDAD EN CANCER CERVICOUTERINO INCIAL. CASO CLINICO

*Barrena N.(1), Torres P.(1), Ramírez S.(1), Mc Conell Y.(1), Meneses M.(2)
(1): Oncología Ginecológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)
(2): Anatomía Patológica Fundación Arturo López Pérez (FALP)*

C-215

EMBARAZO ECTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR

*Braun H.1-2,Urzúa M.1,Silva M.2,Rondini C.1-2,Honorato M.2,Troncoso F.1-2,Rojas I.1-2
1Departamento de Ginecología, Unidad de gestión clínica de la mujer y el recién nacido.
Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo,
Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.*

C-216

TUMOR GINECOLÓGICO GIGANTE. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

*Autores: Segovia, M.[2,5]; Figueroa, H.[2,5]; Cerda, E. [3,5]; González, J. [3,5]; Herrera, G.[3,5]; Castillo, F. [2,5]; Artal, C. [4,6]; Pierotic, M. [1,5,6]; Sukni, M. [1,5,6]
1: Gineco Obstetra; 2: Internos de Medicina; 3: Estudiantes de Medicina;
4: Matrona UPC; 5: Universidad Católica del Norte;
6: Hospital San Juan de Dios, La Serena*

C-217

TROMBOCITOSIS ESENCIAL EN EMBARAZO, COMPLICADO CON SINDROME DE HELLP

*Walker B., Astudillo J., Yamamoto M.
Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.*

C-218

CORIOCARCINOMA CORNUAL ROTO: REPORTE DE UN CASO

*Catalán C, Viguera S, Cuevas R, Puga O.
Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital Sótero del Río.*

C-219

CASO CLÍNICO: EMBARAZO ECTÓPICO 5 AÑOS DESPUÉS DE UNA HISTERECTOMÍA SUBTOTAL

*Carvajal N., Barrientos J., Martínez P., Urzua M., Allende I, Encina A., Latorre R.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado;
Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana*

C-220

“SALPINGITIS AGUDA COMO MANIFESTACIÓN DE CARCINOMA PRIMARIO DE TROMPAS UTERINAS, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”

*Olguín E. (1,2,4) Salinas P(1, 4), San Martín F.(1,4), Bernal N. (3), Muñoz S.(3), Vivanco F.(3), Saldías V (5)
(1)Departamento de Ginecología, Clínica Hospital del Profesor;
(2) Departamento de Oncología Ginecológica, Hospital San Juan de Dios;
(3) Interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae;
(4) Docente Universidad Finis Terrae; (5) Becaria Ginecología, Hospital San Juan de Dios*

C-221

ANGIOMIXOMA DE CORDON UMBILICAL, PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO”

*Olguín E.^{1,2,5}, Salinas P^{1,5}, San Martín F.^{1,5}, Benavides A.³, Bernal N.⁴, Muñoz S.⁴, Vivanco F.⁴, Saldías V.⁶
¹ Departamento de Ginecología, Clínica Hospital del Profesor; ² Departamento de Oncología Oncología, Hospital San Juan de Dios; ³ Departamento de Anatomía Patológica, Clínica Hospital del Profesor, ⁴ Interna, Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae; ⁵ Docente Universidad Finis Terrae ⁶ Becaria Ginecología, Hospital San Juan de Dios*

C-222

TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE VENA OVÁRICA POST-LEGRADO UTERINO

*Jara G, López S
Universidad de Valparaíso. Servicio de Ginecología, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar.*

C-223

METÁSTASIS DE CARCINOMA DE CÉLULAS EN ANILLO A TERATOMA MADURO DEL OVARIO

*Acevedo F 1, Salgado C 1, Galdames A 2, Mucientes F 3
1 Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción/Hospital Guillermo Grant Benavente
2 Interna de Medicina Universidad de Concepción
3 Docente Anatomía Patológica, Departamento de Anatomía, Universidad de Concepción*

C-224

CORIOCARCINOMA POSTERIOR A UN ABORTO ESPONTÁNEO

*Autores: Astudillo E¹, Salgado C¹, Acevedo F¹, Becerra P¹
Hospital Guillermo Grant Benavente, Servicio de Ginecología y Obstetricia,
Facultad de Medicina, Universidad de Concepción*

C-225

EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU) BAJO VISIÓN ECOGRÁFICA

*Fernández D. 1, Caradeux J. 2, Troncoso M. 2, Kottmann C. 2
1 Interno, Escuela de Medicina, Universidad de los Andes. Santiago, Chile
2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. Santiago, Chile.*

C-226

ROL DE LA ECOGRAFIA EN EL DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA ENDOMETRIAL

*Honorato M, Nuñez F, Winkler C, Bustamante M, Urzúa MJ, Levancini M,
Carrasco A, Canessa MJ, Troncoso F.
Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido,
Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado.*

C-227

FACTORES ASOCIADOS A ENFERMEDAD RESIDUAL EN HISTERECTOMIA LUEGO DE CONIZACIÓN POR NEOPLASIA INTRAEPITELIAL, CARCINOMA IN SITU Y ADENOCARCINOMA IN SITU DE CUELLO UTERINO

*Pérez. M; Puga. O; Fernández. M; Saavedra. M; Barriga. M; Sierra. P; Figueroa. C.
Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río. Pontificia Universidad Católica de Chile.*

C- 228

LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

*Sáez N, González Carvallo CA, Sierra P, Brañes J, Barrena NI, Cuello M.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

C-229

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 6 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA

*Sáez N, González Carvallo CA, Sierra P, Brañes J, Barrena NI, Cuello M.
Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.*

C- 230

TASAS DE CONVERSIÓN A LAPAROTOMIA EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA GINECOLÓGICA. INFLUENCIA DE LA COMPLEJIDAD QUIRURGICA Y LA EXPERIENCIA DEL EQUIPO QUIRÚRGICO

*Donoso M.1, González J.A.1, Serra R.2, Conejero M.J.3, Jensen R.1, Caradeux J.1,
Monkeberg M.3, Tapia J.1
(1) Departamento de Obstetricia, Ginecología y Biología de la Reproducción,
Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
(2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile
(3) Internos de Medicina, Universidad de los Andes.*

C- 231

EL ENTRENAMIENTO LAPAROSCÓPICO SIMULADO ES BENEFICIOSO PARA LA ADQUISICIÓN DE DESTREZAS QUIRÚRGICAS EN DOS DIMENSIONES

*Donoso M.1, Tapia J.1,3, Serra R.2, Miranda I.3, Martic A.3, Guilof N. 3, Mena N.4, Bustos B.1, Arraztoa J.A1.
Departamento de Obstetricia, Ginecología y Biología de la Reproducción, Universidad de los Andes.
(2) Departamento de Epidemiología, Universidad de los Andes.
(3) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila de Santiago. (4) Médico – Cirujano.*