

XXXV Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología



CONTRIBUCIONES

2015

OBSTETRICIA GENERAL

1

VÍA DEL PARTO EN EMBARAZO GEMELAR.

Drs. Bernardita Walker, Andres Valenzuela, Felipe Jordán, Masami Yamamoto, Alvaro Insunza Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

2

CLASIFICACION DE ROBSON EN CESAREAS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Masami Yamamoto, Felipe Jordán, Andrés Valenzuela, Rodrigo Latorre, Jorge Carrillo, Alvaro Insunza. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

3

COMPARACIÓN DE VARIABLES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ENTRE GESTANTES INMIGRANTES Y NO INMIGRANTES EN UN HOSPITAL DEL AREA CENTRO DE SANTIAGO. 2015.

Ortiz J, Quiroz J, Pavez J, Carroza M, Díaz M, Araya B M Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

4

TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS DEL PRE-TÉRMINO EN CHILE, PERÍODO 1994 – 2012

Araya B M1, Díaz M1, Ortiz J1 1. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

5

“PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO DEL PARTO EN LA PACIENTE QUE CONSULTA POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

Pais F, Guíñez C, Witker D, Jordán F, Latorre R1 1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

6

“ROTURA UTERINA EN EMBARAZO DE 15 SEMANAS EN PACIENTE CON ÚTERO UNICORNE Y CUERNO RUDIMENTARIO EN MALFORMACIÓN MULLERIANA, REPORTE DE CASO CLÍNICO”

Carvajal A, Pais F, Errázuriz J, Guíñez C, Latorre R. 1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

7

ESTADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO. HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA) 2015.

Poblete A. 1, Marques X. 1, Staig P. 1, Chacón V.1, Sáez J.2. 1Becado(a) Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán, Docente Universidad de Chile.

8

MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN PACIENTES CON RPO \leq 24 SEMANAS SEGÚN CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Silva K.1, Díaz F.1, Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

9

EMBARAZO Y VIH: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 10 AÑOS EN DOS CENTROS DE SANTIAGO DE CHILE

Rodríguez M. Fernanda, Asenjo Alicia, Bernal Fernando, Caro Claudia, Muñoz Marisol, Giadalah Carolina, Vásquez Patricia, Wolff Marcelo, Cortés Claudia. Fundación Arriarán-Hospital San Borja Arriarán, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

10

SEGUIMIENTO DE INDICADORES DE CALIDAD DE ASISTENCIA EN OBSTETRICIA

Salinas, H.; Vásquez, M.; Arce, K.; Aránguiz, P.; Gutierrez, J.; Morales, N. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile

11

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

Maldonado, H.1; Guiñez, R.1; Sepúlveda, A.1; Pedraza, D1.; Valdes, E.1; Parra-Cordero, M1,2. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile1 y Hospital San Borja Arriarán2

12

EFFECTO DE METFORMINA EN LA PREVENCIÓN DE MACROSOMÍA EN POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON ANTECEDENTES CON INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. (ANÁLISIS PRELIMINAR)

Valdés, E.1; Sepúlveda-Martínez A1; Candia P2.; Manukian B4.; Norambuena C4.; Abusada N3.; Orellana R3.; Cuellar E2.; Silva C5.; Schell C5; P Valencia, C.2; Bascuñán, J.2; Castro A. 6 Valdés, E. 7 1Unidad Medicina Materno-Fetal, 3Departamento de Farmacia, Hospital Clínico Universidad de Chile; 4 Becadas de Obstetricia y Ginecología 5Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 6Bio-estadístico Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Barros Luco Trudeau. 7Estudiante de Medicina UNAB.

13

RESPUESTA INFLAMATORIA ALTERADA EN HIJOS DE MADRES OBESAS.

1,2Cifuentes F, 1,2Fernández C. MD, 1,2Muñoz-Muñoz E. MSc, 2Castro-Rodríguez J. MD, 1,2Casanello P. PhD, 1Krause B. PhD. 1División de Obstetricia y Ginecología, 2División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

14

EXPERIENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE EMBARAZOS CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS LETALES

Muñoz A., Negrete M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile.

15

MORTALIDAD POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN CHILE (2000-2012)

Negrete M., Muñoz A., Lemus M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

16

ESTIMACIÓN DE PESO EN EMBARAZO GEMELAR.

Drs. Felipe Jordán, Juan Rojas, Bernardita Walker, Alvaro Insunza, Masami Yamamoto. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

17

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE APEGO SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL LA FLORIDA.

Dr. Figueroa, C., Mat. Díaz, S., Ps. Prieto, MJ., Dr. Gómez R., Dr. González, F., Mat. Godoy A., Dra. Lindemann, B., AS. Meza, A., Mat. Morales, A., Mat. Molina, G.

18

REDUCCIÓN PROGRESIVA Y SOSTENIDA DE LA TASA DE CESÁREAS EN CLÍNICA SANTA MARÍA: INTERVENCIÓN MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE UN PROTOCOLO DE RETROALIMENTACIÓN INDIVIDUAL Y EN EQUIPO.

Rojas I. y Gómez R. Clínica Santa María, Santiago, Chile.

19

INCORPORACIÓN DE CRIBADO UNIVERSAL PARA ENFERMEDAD TIROIDEA EN EL CONTROL PRENATAL. REPERCUSIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Durán R. 1,2 Stern J.i2, Valderrama C. i2, Carrasco A. 1,2, González P.1,2, Yamamoto M.1,2 e Inzunza A. 1,2.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Padre Hurtado, Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.2 Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago.

20

PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO PERINATAL EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO”

Gárate M, Pais F, Guiñez C, Latorre R1 1Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado.

21

COMPARACIÓN DE RESULTADO PERINATAL ENTRE EL CONSENSO NICHD 1997 Y NICHD-ACOG 2008 EN LA INTERPRETACIÓN DE MONITERO FETAL EN TRABAJO DE PARTO”.

Pais F, Guiñez C, Masami Y, Valenzuela A, Latorre R1 1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

22

“PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO DEL PARTO EN PACIENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES”

Pais F, Witker D, Guiñez C, Latorre R1 1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

23

MADURACIÓN CERVICAL CON DINOPROSTONA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA VERSUS MISOPROSTOL: RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE “DR. LUIS TISNÉ BROUSSE”.

Díaz A., De Petris V.

24

MADURACIÓN CERVICAL CON MISOPROSTOL: UNA NUEVA APROXIMACIÓN A LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO.RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

Díaz A., De Petris V.

25

INDUCCIÓN DEL PARTO CON DINOPROSTONA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA: EXPERIENCIA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL “DR. LUIS TISNÉ BROUSSE”.

Díaz A., De Petris V., Cancino M.

26

DESCRIPCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES QUE CONCIBIERON UN HIJO CON UNA MALFORMACION CONGÉNITA LETAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES UC

Muñoz A., Díaz, S., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

27

EL ANÁLISIS SISTEMÁTICO Y CRÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA TASA DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Figueroa, C.1,2, Gómez, R.1,2, González, F.1, Díaz, S.1, Godoy, A.1, Peralta, D.1, Bustamante, M. 1, Winkler C. 1, Fuenzalida, J. 1,2, Ávila, F.1, Ramírez, J.1. 1Hospital Clínico La Florida – CEDIP; 2Pontificia Universidad Católica de Chile.

28

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON INFECCION URINARIA

Sáez J, Barriga T, Osses - Hospital Clínico San Borja Arriaran

29

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UREA-PLASMA UREALYTICUM, Y SU POSIBLE IMPACTO EN INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA Y MORBILIDAD NEONATAL

Fernando Abarzúa C (1), Karen Rehren L(*) , Tatiana Díaz L(2), Arturo Meissner S(1). (1): Servicio Obstetricia y Ginecología (2): Laboratorio Microbiología. Clínica Alemana Temuco. (*): Interna Medicina Universidad de La Frontera.

30

APLICACIÓN DE NORMOGRAMA PARA PREDICCIÓN DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR EN HOSPITAL PADRE HURTADO”.

Rodrigo Alliende F.1, Francisca Pais L.1, Rodrigo Latorre R.2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Obstetra residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

31

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE EMBARAZADAS EXTRANJERAS ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Acuña L.1, Santelices J.1, Kiekebusch G.2 1. Internas séptimo año Medicina. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta. 2. Ginecólogo-Obstetra. Unidad Medicina Materno Fetal. Hospital Regional Antofagasta.

32

SEGUIMIENTO AL AÑO DE VIDA DE FETOS CON MALFORMACIONES ALTAMENTE LETALES DURANTE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO).

Aguilera S, Cisternas D, Narvaez S, Martínez M, Rodríguez JG, Marengo F, Sedano R, Terra R, Zúñiga L. CERPO, Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

33

EFFECTO DE METFORMINA EN LA PREVENCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL EN POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON ANTECEDENTES DE INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. (ANÁLISIS PRELIMINAR)

Valdés, E.1; Sepúlveda-Martínez A1; Candia P2.; Manukian B4.; Norambuena C4.; Abusada N3.; Orellana R3.; Cuellar E2.; Silva C5.; Schell C5; PValencia, C.2; Bascuñán, J.2; Castro A. 6 Valdés, E. 7 1Unidad Medicina Materno-Fetal, 3Departamento de Farmacia, Hospital Clínico Universidad de Chile; 4 Becadas de Obstetricia y Ginecología 5Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 6Bio-estadístico Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Barros Luco Trudeau.7Estudiante de Medicina UNAB.

34

CARACTERIZACION DE MUJERES EN EMBARAZO Y POST PARTO CON CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS:

Autores: Rowlands MS, Miranda I, Arcila M. Hospital el Pino, UNAB

35

UTILIZACIÓN DE SERVICIO DE GINECO-OBSTERICIA POR INMIGRANTES LATINOAMERICANAS EN UN HOSPITAL DE SANTIAGO. RESULTADOS A 6 MESES DE SEGUIMIENTO.

Palavecino C, Fuentes A, Hinojosa C, Fuentealba C, Muñoz G, Sofjer B, Camús V, Corón T, Rodríguez MF, Casals A, Cortés C. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile. Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile

36

N-ACETILCISTEINA PREVIENE LOS EFECTOS DE LA HIPOPERFUSIÓN UTERINA SOBRE EL FLUJO FETO-PLACENTARIO Y LA FUNCIÓN ENDOTELIAL UMBILICAL EN UN MODELO DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO EN COBAYOS

Fernández C. MD, Herrera E. PhD, Farias M. MD PhD, Díaz-López F. DVM., Casanello P. PhD, Krause B. PhD.

37

INDUCCIÓN DE PARTO CON SONDA FOLEY EN PACIENTES CESARIZADAS EN HOSPITAL PÚBLICO. REPORTE DE LA EXPERIENCIA

Platero A., Ramirez G., Rojas A. UNIVERSIDAD DE CHILE, FACULTAD DE MECICINA SUR. HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU.

38

RESULTADO PERINATAL DE LAS PRINCIPALES MALFORMACIONES DESCRITAS COMO LETALES

Rencoret G, Figueroa J, Leiva JL, Saez J, Parra M, Ocaranza M, Sepulveda E. Unidad Medicina Materno Fetal Hospital Clínico San Borja Arriarán. (UMMF-HCSBA) Facultad de Medicina Centro Universidad de Chile

VÍA DEL PARTO EN EMBARAZO GEMELAR.

1

Drs. Bernardita Walker, Andres Valenzuela, Felipe Jordán, Masami Yamamoto, Alvaro Insunza

Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

Los gemelares son relativamente infrecuentes, sin embargo tiene una alta ocurrencia de cesáreas. Esto a pesar de tener fetos de menor peso, mayor probabilidad de trabajo de parto prematuro, lo que parece contradictorio. El objetivo es revisar los datos locales.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los gemelares en el hospital padre Hurtado, desde el 2005 al 2012. La edad gestacional, la vía del parto fueron los principales outcomes a revisar.

RESULTADOS

Hubo 42.879 nacidos vivos en este período, de los cuales 755 corresponden a 377 embarazos dobles y uno triple. La incidencia en nuestra población es de 0,8%, considerando que no hay técnicas de reproducción asistida. La mortalidad fetal desde las 24 semanas fue 5/1000 en únicos, 33/1000 en gemelos en general, siendo 51/1000 en monocoriales. La edad gestacional al parto fue 35 semanas (21-39), con 34% de 37 semanas o más. 69% fueron sometidos operados, de cesárea, 4% por vía combinada parto / cesárea y solo un 27% logró un parto vaginal.

CONCLUSIÓN

Nuestros datos confirman la alta tasa de cesáreas en esta población. Importantes esfuerzos deben realizarse para lograr mejoras en este subgrupo. Un aumento en la frecuencia de embarazo múltiple puede implicar un efecto importante en la tasa global de cesáreas a futuro.

CLASIFICACIÓN DE ROBSON EN CESAREAS DEL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Masami Yamamoto, Felipe Jordán, Andrés Valenzuela, Rodrigo Latorre, Jorge Carrillo, Alvaro Insunza.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.

La clasificación de Robson permite estudiar las indicaciones de cesárea internacionalmente. Esto no se ha hecho en Chile hasta la fecha.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de todos los partos del 2005 al 2013, en un hospital metropolitano de Santiago. Todos los nacimientos fueron incluidos en los grupos de Robson. Esta clasificación está organizada de manera que los grupos sean mutuamente excluyentes, en forma progresiva.

RESULTADOS

La Tabla muestra la tasa de cesáreas en 53.788 nacimientos en 9 años. Hay un incremento de 24% a 27%, con mayor incremento en los grupos 1,2, 4 y 5. Los demás se mantuvieron estables. Se resume que el principal incremento es en las mujeres primigestas. Grupo 5, consistente en mujeres con una o más cesáreas, la tasa es la más alta, y deberá tener un plan de manejo.

CONCLUSIÓN

La decisión de la vía del parto en primigestas es determinante en la tasa de cesáreas futura en nuestra institución. Las mejoras en las decisiones clínicas deberán apoyar el resultado en esta población.

Año	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
N	6286	6286	6282	6103	6250	6172	5600	5377	5432
tasa cesáreas	24,9%	24%	25,8%	25,5%	27,6%	28,1%	28%	27,3%	27,5%
1° Nulipara, ≥37s, cef, TP esp.	13,4%	11%	12,5%	12,6%	13,2%	14,8%	15%	14,4%	15,4%
2° Nulipara, ≥37s, cef, inducción o ces. Elec.	35,5%	34%	36,6%	40,2%	40,1%	45,5%	42%	39,9%	39,3%
3° Multipara, ≥37s, cef, s/Ces, TP esp.	4,1%	3,8%	4,6%	4,2%	5,8%	4,8%	5,0%	5,9%	4,8%
4° Múltip, ≥37s, cef, s/ Ces, ind. o ces elec.	21,0%	24%	24,2%	22,7%	27,0%	27,1%	27%	24,6%	27,2%
5° Multipara, ≥37s, cefálica, con Cesareas	64,1%	66%	67,3%	67,6%	71,1%	70,7%	66%	66,8%	69,2%
6° Nulíparas en podálica	98,7%	93,0%	88,8%	93,6%	86,4%	92,8%	91,7%	93,9%	91,1%
7° Multiparas en podálica	92,7%	92,6%	92,9%	92,3%	87,5%	94,4%	92,4%	89,9%	95,1%
8° Embarazo multiple	72,6%	66,0%	75,0%	63,3%	79,4%	72,5%	68,6%	79,6%	76,0%
9° presentación transversa	100,0%	92,9%	100%	100%	100%	100,0%	96,4%	100,0%	100,0%
10° Embarazos menor o igual a 36 semanas	43,3%	37,3%	42,1%	37,8%	40,4%	41,5%	40,6%	41,1%	37,9%

COMPARACIÓN DE VARIABLES OBSTÉTRICAS Y NEONATALES ENTRE GESTANTES INMIGRANTES Y NO INMIGRANTES EN UN HOSPITAL DEL AREA CENTRO DE SANTIAGO. 2015.

3

Ortiz J, Quiroz J, Pavez J, Carroza M, Díaz M, Araya B M

Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Existe un acelerado aumento de la inmigración, con un importante componente femenino, lo cual ha generado en Chile la necesidad de establecer políticas públicas para esta población. Dentro de éstas, en la atención en salud existe el acceso libre al control prenatal y al parto. Sin embargo, en Chile no hay estudios actualizados que revelen la condición de salud de gestantes inmigrantes. Por tanto, el objetivo de este estudio fue determinar si existen diferencias en características biosociodemográficas, obstétricas y neonatales entre gestantes inmigrantes (GIM) y no inmigrantes (GNIM) atendidas en un Hospital Clínico del área Centro de Santiago.

MÉTODO

Estudio observacional, analítico de prevalencia. Se consideró a todas las gestantes con gestaciones únicas que asistieron su parto entre los meses de enero y julio del 2015 (n=2301). Los datos fueron obtenidos de la ficha clínica, agenda salud y una encuesta previa firma de consentimiento informado. Las variables incluidas fueron: Edad, estado civil, previsión de salud, ocupación y estado nutricional; paridad, ingreso a control prenatal, morbilidad obstétrica y tipo de parto; Peso al nacer (en promedio y clasificado según Alarcón- Pittaluga) y prematurez. El análisis se realizó en el programa estadístico STATA 13.0. Las variables cualitativas fueron descritas como frecuencia y porcentaje, y las cuantitativas en promedio y desviación estándar. La comparación estadística de las variables cualitativas se realizó a través de Chi cuadrado y las cuantitativas a través de ANOVA de un factor. Se consideró estadísticamente significativo un p value < 0,05.

RESULTADOS

La prevalencia de GIM fue de 42,2% (n=983). La edad promedio de las GIM fue de 28,1±6,4 y de 26,8±6,9 años en las GNIM (p < 0,001), siendo más prevalente la gestación adolescente en GNIM (14,9%) respecto a GIM (8%) (p<0,05). La prevalencia de control prenatal tardío fue mayor en las GIM que las GNIM (56,1% vs 34,4%) (p<0,001). No hubo diferencia estadística en la paridad. Respecto al estado nutricional al parto, el sobrepeso fue de 38,5% en GIM y 34,6% en GNIM y la obesidad fue de 19,3% en GIM y de 38,3% en GNIM (p<0,001). En relación al tipo de parto, el vaginal se presentó en un 68,5% vs 64,3% en GIM y GNIM respectivamente y la cesárea en un 31,5% en GIM vs 35,7% en GNIM (p<0,05). Respecto a la morbilidad obstétrica, al comparar GNIM con las GIM, la hipertensión transitoria, fue de 5,1% vs 3% (p < 0,05), la pre-eclampsia fue de 3,9% vs 1,7% (p<0,05), la Diabetes Gestacional 9,1% vs 4,4% (p<0,001), RCIU 5,3% vs 3,1% (p<0,05), no hubo diferencia en la prevalencia de Rotura Prematura de Membranas (RPM) (10,9% vs 10,2%) respectivamente. En los resultados neonatales, el peso al nacimiento fue en promedio 3.358±487grs en las GIM y de 3285±613 en las GNIM (p<0,05), la prematurez fue más prevalente en el grupo de GNIM que en GIM (15,1% vs 6,8%; p<0,001). No hubo diferencia en las prevalencias de Recién nacidos PEG y GEG en ambos grupos.

CONCLUSIÓN

Este estudio demostró que, a excepción del ingreso al control prenatal, variables maternas como estado nutricional, morbilidad obstétrica y vía de resolución del parto, presentan mejores indicadores en las GIM que en las chilenas (GNIM). Respecto a los resultados neonatales, la prematurez fue más frecuentes en gestantes chilenas que en inmigrantes, lo cual se tradujo también en un menor promedio de peso de nacimiento. Estos hallazgos relevan la necesidad de generar futuras líneas de investigación que permitan dilucidar los factores asociados a estos resultados.

TENDENCIAS Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS MATERNAS DEL PRE-TÉRMINO EN CHILE, PERÍODO 1994 – 2012.

4

Araya B M¹, Díaz M¹, Ortiz J¹

1. Departamento de Promoción de la Salud de la Mujer y el Recién Nacido, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Nacer prematuramente aumenta la probabilidad de morir antes del año de vida e incrementa tanto la morbilidad asociada al periodo perinatal como en el largo plazo. La prevalencia de pretérmino en el mundo es de aproximadamente 11%. El objetivo de esta investigación es describir la tendencia del pretérmino (PT) en Chile durante el periodo 1994-2012 y su asociación con características sociodemográficas maternas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño descriptivo de asociación cruzada. El Universo correspondió al total de nacimientos ocurridos en Chile entre los años 1994-2012 (n=4.714.306). Se utilizó el registro nacional de nacimientos del departamento de estadísticas e información de Salud del Ministerio de Salud de Chile. Las variables se categorizaron como edad de gestación (prematuros extremos, severos, moderados y tardíos), tipo de parto (único, doble, triple y más), edad materna (≤ 19 , 20-35 y > 35 años) y nivel educacional (< 8 años, 8-12 y > 12 años); las variables trabajo, estado civil, ruralidad y sexo del recién nacido fueron categorizadas como nominales dicotómicas; fueron consideradas 15 regiones y 19 cohortes de nacimientos. Se utilizó el programa estadístico Stata 13 y las variables fueron descritas como porcentajes con sus respectivos intervalos de confianza (IC) al 95%. Se realizaron regresiones logísticas para describir la asociación entre PT y las variables independientes del estudio.

RESULTADOS

El PT aumentó en un 36% entre los años 1994 y 2012. La prevalencia este último año fue de 7,7% y el PT tardío correspondió al 70% de todos los casos (5,5 %); Las prevalencias entre las 32-33, 28-31 y < 28 semanas fueron de 1,0%, 0,8%, y 0,5% respectivamente el año 2012.

Los factores de riesgo ajustados y asociados a PT fueron: nivel educacional mayor a 12 años (OR 1.13 [1.11 – 1.16]), ser adolescente (OR 1.23 IC 95% [1.2 – 1.25]), tener más de 35 años (OR 1.45 IC 95% [1.42 – 1.48]), gestaciones de dos fetos (OR 19 IC 95% [17.9 – 19.3]) y tres o más fetos (OR 331 IC 95% [269 – 407]). Las regiones con mayor riesgo de PT en relación a la de menor riesgo (de la Araucanía) fueron la región de Magallanes (OR 1.42 95% [1.36 – 1.48]) y la región Metropolitana (OR 1.33 IC 95% [1.30 – 1.37]).

CONCLUSIONES

En Chile el PT aumentó durante el periodo estudiado, el porcentaje de cambio observado es mayor al del resto de los países, sin embargo la carga total es menor que la observada a nivel mundial. Siendo el PT tardío el componente que representa el mayor porcentaje de esta carga. La gestación múltiple sigue siendo el principal factor de riesgo y las edades extremas aumentan el riesgo de tener un parto de PT. Destaca como factor de riesgo tener más de 12 años de educación. Lamentablemente, las bases de datos omiten información respecto de patologías maternas, estado nutricional y tipo de parto lo que impidió incluir en este trabajo otras variables determinantes del PT.

“PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO DEL PARTO EN LA PACIENTE QUE CONSULTA POR ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS”

5

Pais F, Guiñez C, Witker D, Jordán F, Latorre R1

1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

Se estima que en 10% de los embarazos se produce rotura prematura de membranas (RPO), siendo en la gran mayoría posterior a las 37 semanas. En la literatura se describe que el 70% de los embarazos de término iniciará con trabajo de parto espontáneo dentro de las primeras 24 horas y el 90% dentro de las siguientes 72 hrs. En el Hospital Padre Hurtado contamos con guías clínicas de manejo de RPO, donde en pacientes sin contraindicación, inducimos con misoprostol a las 12 hrs de RPO si no ha iniciado el trabajo de parto.

MÉTODOS Y MATERIALES

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile. Se utilizó la base de datos electrónica, desde enero 2009 hasta diciembre 2014. Se seleccionaron todas las pacientes con diagnóstico de RPO que fuesen mayores a 34 semanas. Se evaluó edad materna, paridad, edad gestacional al momento del parto, tipo de inicio del trabajo de parto, vía del parto y resultado perinatal.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (2009 a 2014), hubo un total de 33.511 partos, de los cuales, 1.991 (5,94%) presentaron rotura prematura de membranas. De éstos, 1.013 (50,87%) se presentaron en primigestas y 978 (48,12%) en multíparas. La edad materna promedio en primigestas fue de 22,58 años [13 a 45] y en las multíparas fue de 29,27 [17-48]. El promedio de edad gestacional (EG) al parto en primigestas fue de 38 2/7 sem y en las multíparas 38 0/7 sem. En primigestas hubo 20 (1,97%) embarazos gemelares y en las multíparas 22 (2,24%). En cuanto al inicio del trabajo de parto, en el grupo de primigestas: 377 (37,2%) tuvieron un inicio espontáneo, 547 (54%) inducción con misoprostol, 55 (4,34%) conducción con oxitocina y 38 (3,75%) no tuvieron

trabajo de parto; mientras que en las multíparas: 375 (38,3%) tuvieron un inicio espontáneo del trabajo de parto, 330 (33,7%) inducción con misoprostol, 37 (3,78%) conducción con oxitocina y 217 (22,18%) no tuvieron trabajo de parto. Resultó estadísticamente significativo la diferencia en el inicio del trabajo de parto por inducción con misoprostol en primigestas en comparación a multíparas ($p < 0,05$). La vía del parto en primigestas con RPO, fue 488 (48,17%) parto vaginal, 143 (14,12%) fórceps y 375 (37,02%) cesárea de urgencia. Y en multíparas: 499 (51,02%) partos vaginales, 51 (5,21%) fórceps y 417 (42,63%) cesáreas urgencia. En cuanto a los resultados perinatales, el peso promedio de recién nacidos en primigestas fue de 3.235 g [1.430 - 4840] y en multíparas 3.244 g [1.510 - 5.050]. En ambos grupos hubo 7 recién nacidos con apgar <7 a los 5 minutos.

CONCLUSIONES

La presencia de RPO como consulta en pacientes de nuestro hospital es menor a la descrita en la literatura. Las primigestas con RPO tienen mayor probabilidad de iniciar su trabajo de parto mediante la inducción con misoprostol y por ende finalizar en cesárea. En las pacientes multíparas la alta tasa de cesárea esta condicionada por el antecedente de cesárea anterior.

“ROTURA UTERINA EN EMBARAZO DE 15 SEMANAS EN PACIENTE CON ÚTERO UNICORNE Y CUERNO RUDIMENTARIO EN MALFORMACIÓN MULLERIANA, REPORTE DE CASO CLÍNICO”

Carvajal A, Pais F, Errázuriz J, Guiñez C, Latorre R. 1

1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

Las malformaciones müllerianas tienen una incidencia promedio de 0,1 a 3,5%, de las cuales el útero unicorne es una de las menos frecuentes. Se clasifican en cuernos rudimentarios comunicantes y no comunicantes, siendo el más frecuente éste último. La literatura sugiere resección del cuerno rudimentario previo al embarazo dado el riesgo de embarazo ectópico y rotura uterina.

El objetivo de esta presentación es analizar el caso de una paciente con diagnóstico de embarazo ectópico de un cuerpo rudimentario en un útero unicorne.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo de 14 6/7 semanas por fecha de última menstruación, sin control, consulta en el Servicio de Urgencia Maternidad Hospital Padre Hurtado, por cuadro de dolor en hipogastrio asociado a molestias urinarias. Dada persistencia de sintomatología se decide hospitalizar para observación y manejo del dolor, con diagnóstico de dolor abdominal en estudio. Al ingreso paciente orientada, hemodinamia estable, afebril, al examen físico impresiona abdomen blando depresible sensible en hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal. En la ecografía feto único intrauterino latidos cardio-fetales (LCF) presentes, biometría acorde. A las cuatro horas de hospitalización evoluciona con compromiso hemodinámico y aumento de dolor abdominal, se objetiva hipotensión (PA: 90/46), taquicardia (FC: 120 lpm), abdomen agudo, se realiza ecografía transvaginal: líquido libre abundante, feto 15 semanas LCF negativos ¿Obs. Embarazo ectópico roto?; se realiza laparotomía exploradora, donde se evidencia hemoperitoneo abundante (1.600 cc), útero unicorne con un cuerno rudimentario izquierdo roto con feto de 15 semanas y

placenta libre en cavidad abdominal. Se realiza lavado de cavidad y rafia del cuerno izquierdo con vycril 1-0 en dos planos, hemostasia conforme. Especuloscopia: se identifica solo un cuello uterino. Posteriormente manejada en UCI, con evolución favorable, alta a las 96 horas posterior a cirugía. Se realiza RMN que evidencia: anomalía del desarrollo de los conductos de Müller con útero unicorne, derecho normal y rudimentario izquierdo.

CONCLUSIONES

El embarazo unicorne es una condición infrecuente, dentro de las malformaciones mullerianas, existiendo escasos reportes de casos en la literatura. Es importante diagnosticar y corregir la malformación previa al embarazo para prevenir estas complicaciones.

ESTADO DE VIOLENCIA OBSTÉTRICA DURANTE ATENCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO Y PARTO. HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN (HCSBA) 2015.

Poblete A. 1, Marques X. 1, Staig P. 1, Chacón V.1, Sáez J.2.

¹Becado(a) Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

²Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán, Docente Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La violencia obstétrica es una situación producida en contra de las mujeres que se encuentran en trabajo de parto y durante el parto, que se materializa principalmente a través de malos tratos por parte del personal de salud (médicos, matronas, asistentes, etc.) y la instrumentalización del trabajo de parto. Anualmente en el HCSBA se atienden 4.500 partos, de mujeres de 5 comunas de la Región Metropolitana, chilenas y extranjeras. Creemos importante realizar un diagnóstico sobre este tema, en vista que durante la última década ha sido legislado en otros países de la región, adquiriendo relevancia en la opinión pública, junto con el proyecto de ley que se encuentra actualmente en trámite en nuestro congreso.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional transversal. Se realizó durante el período Julio-Agosto 2015, en el servicio de Ginecología y Obstetricia, unidad de Puerperio, del HCSBA, una encuesta autoaplicada a las pacientes durante las primeras 24 hrs desde su ingreso. Se obtuvo además datos demográficos y datos relacionados con la evolución de la madre y el recién nacido posterior al parto, para relacionar estos con la percepción de violencia por parte de la madre.

RESULTADOS

Durante el período descrito se realizaron 141 encuestas. El promedio de edad de las pacientes fue de 26,6 años, el 34,8% de ellas era extranjera, siendo entre estas la nacionalidad peruana la más frecuente con un 65,3%. El estado civil más frecuente fue soltera en un 48,9%, el

nivel educacional medio en 74,4%. La vía del parto fue vaginal en el 62,4%, fórceps en el 4,25% y cesárea en 31,9%. En cuanto a la calificación dada por las usuarias a la atención en preparto y parto, en una escala del 1 al 7, la nota promedio fue un 6,3 para técnicos paramédicos, matronas un 6,45 y médicos 6,45, siendo el promedio general de atención un 6,52. En relación al trato recibido, el 29,8% refiere haber sido tratada con diminutivos de las cuales sólo el 2,38% se sintió ofendida por esto. Del total de pacientes el 85,1% declara haberse sentido acogida al expresar sus emociones durante su trabajo de parto, el 4,25% criticada y el 4,96% agredida, siendo en estos dos últimos puntos el 38,46% extranjeras, y 61,5% con nivel educacional medio completo o superior. El 5,57% de las pacientes no respondió este ítem. A pesar de la evaluación anterior el 10,6% declara haberse sentido agredida en algún momento del trabajo de parto. El 11,34% de las pacientes se sintió incómoda con su participación en el trabajo de parto.

CONCLUSIONES

La violencia obstétrica es un tema contingente y de interés público. Al afectar directamente nuestro quehacer diario debemos definir qué es realmente actuar de manera violenta contra una paciente. De acuerdo con la encuesta realizada, la percepción del trato se ve influida por el nivel educacional, sin embargo, al considerar el concepto antropológico de violencia obstétrica, sobre el 85% de las usuarias considera no haber sufrido violencia en su trabajo de parto, evaluando de manera positiva a todos los estamentos involucrados en la atención. Por lo tanto, en vista que lo ideal es que no exista violencia obstétrica en nuestro servicio, proponemos realizar de manera permanente encuestas de satisfacción usuaria para evaluar la percepción de las pacientes y corregir las falencias que en ellas encontremos.

MORBIMORTALIDAD PERINATAL EN PACIENTES CON RPO ≤ 24 SEMANAS SEGÚN CANTIDAD DE LÍQUIDO AMNIÓTICO AL MOMENTO DEL DIAGNÓSTICO

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Silva K.1, Díaz F.1,

Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2

1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura ovular (RPO) ≤ 24 semanas ocurre en el 0.4-0.7% de los embarazos, siendo el período de latencia y la cantidad de líquido amniótico (LA) residual los determinantes de los resultados perinatales. La RPO ≤ 24 semanas se asocia a una mortalidad perinatal? entre 10-33%, correlacionándose inversamente con la edad gestacional (EG) al momento de la RPO y de la cantidad de LA. De hecho, el riesgo de mortalidad neonatal se correlaciona con el volumen de LA residual, observándose hasta un 98% de sobrevida neonatal cuando el bolsillo vertical mayor (BVM) de LA es ≥ 2 cm, pero sólo un 31% cuando es < 2 cm. La cantidad de LA y el período de latencia también se correlacionan con la incidencia de hipoplasia pulmonar (HP), observándose

una disminución de un 46% de desarrollar HP con cada semana adicional de gestación después de la RPO, y teniendo mayor riesgo de HP con menores volúmenes de LA residual. El objetivo de este estudio es evaluar la morbimortalidad fetal y neonatal según BVM de LA \geq ó < 2 cms en pacientes con RPO ≤ 24 semanas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluye 94 pacientes con RPO ≤ 24 semanas ingresadas al Complejo Asistencial Sótero del Río entre los años 2005 y 2014. Pacientes con embarazos gemelares, malformaciones congénitas y aquellas en trabajo de parto fueron excluidas

RESULTADOS

La incidencia de RPO < 24 semanas entre 2005 y 2014 fue de 0,13%. La mediana de la EG al momento de la RPO fue 20 semanas (rango: 12+5 y 24 semanas). El 58% (55/94) de las pacientes presentó un BVM < 2 cms al momento del diagnóstico.

CONCLUSIÓN

En pacientes con RPO ≤ 24 semanas, un BVM ≥ 2 cms al ingreso se asocia con un período de latencia (46 días) y una sobrevida neonatal (64%) significativamente mayor al de las pacientes con un BVM < 2 cms.

	Global	BVM < 2 cm	BVM ≥ 2 cm	p*
RPO < 18 semanas	27% (26/94)	34% (19/55)	18% (7/39)	0,184
RPO 18-24 semanas	72% (68/94)	65% (36/55)	82% (32/39)	0,082
Latencia al parto (mediana)	29 días	21 días	46 días	0,014
Edad gestacional al parto (mediana)	24+2 semanas	23+2 semanas	26+5 semanas	0,025
Corioamnionitis clínica	20% (18/94)	20% (11/55)	18% (7/39)	0,331
Óbito fetal	32% (30/94)	40% (22/55)	20% (8/39)	0,009
Ingreso UCI neonatal	54% (51/94)	40% (22/55)	75% (29/39)	0,057
Muerte neonatal	29% (28/94)	40% (22/55)	15% (6/39)	0,042
Sobrevida global	38% (36/94)	20% (11/55)	64% (25/39)	0,031

*Comparación entre pacientes con BVM < 2 cms vs. BVM ≥ 2 cms

EMBARAZO Y VIH: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN 10 AÑOS EN DOS CENTROS DE SANTIAGO DE CHILE

Rodríguez M. Fernanda, Asenjo Alicia, Bernal Fernando, Caro Claudia, Muñoz Marisol, Giadalah Carolina, Vásquez Patricia, Wolff Marcelo, Cortés Claudia.

Fundación Arriarán-Hospital San Borja Arriarán, Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La transmisión vertical de VIH ha disminuido a nivel mundial a menos de 5% desde la introducción de intervenciones efectivas. En Chile a partir del 2005 es obligatorio ofrecer el test diagnóstico de VIH a embarazadas y existe un estricto protocolo de manejo para mujeres embarazadas con VIH. Se presentan datos de 2 centros de atención integral de VIH/SIDA.

MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo en Fundación Arriarán-Hospital San Borja Arriarán y Hospital San Juan de Dios. Revisión fichas clínicas de embarazadas con VIH desde 2004 al 2014. Se recolectaron datos sobre la madre, embarazo y el status VIH del recién nacido (RN).

RESULTADOS

De 170 embarazos, seis mujeres fueron excluidas por falta de registros adecuados. Se analizaron 164 gestaciones en 151 mujeres. La mediana de edad al momento del embarazo fue 27.4 años (Rango intercuartil-RIC: 23.0 - 32.9); 23.8% eran extranjeras, en su mayoría peruanas. El 65% (99 mujeres) fueron diagnosticadas de VIH en el screening realizado en el embarazo, 29 (19%) solicitaron el examen por antecedente de pareja con VIH. En la primera consulta, la etapa CDC estaba disponible en

122 (81%) pacientes, se encontraban en etapa SIDA el 17,2%. De las 91 gestaciones en mujeres sin diagnóstico de VIH conocido previo al embarazo, la mediana de edad gestacional (EG) al momento de ingreso a control al policlínico de VIH fue de 20.3 semanas (13.7 - 25.9). Recibían terapia antirretroviral (TAR) previo al embarazo el 20,7%; tres pacientes (1.8%) no recibieron TARV durante el embarazo y 5 (3%) abandonaron controles posterior al diagnóstico de embarazo. La mediana de EG al inicio de TAR para pacientes naïve (sin antecedentes de toma de TAR) fue 21,2 semanas. El 88% recibió inhibidores de proteasa. Se administró TAR intraparto en el 87.1%. La vía de parto fue cesárea en un 89% de los casos. La determinación de carga viral VIH (CV) entre 3 meses pre y 15 días postparto estuvo disponible en 115 casos (70.1%); se encontraban indetectables el 52.4% de los 164 embarazos. La mediana de CD4 entre 3 meses pre y 1 mes postparto fue 452 cels/mm³ (RIC: 343-577). (dato disponible en 44.5% de los embarazos). Ocurrió transmisión VIH al RN en 7 casos (4.3%). En 7 RN no se obtuvo el dato. 91,4% de los RN fueron VIH negativo.

CONCLUSIÓN

Dos tercios de las pacientes fueron diagnosticadas VIH durante el embarazo. Las pacientes iniciaron control VIH a las 20 semanas de EG e iniciaron TAR en menos de una semana tras la primera visita. Un bajo porcentaje de las pacientes tenían control de CV en el periodo periparto. De ellas cerca de la mitad estaban indetectables. Pese a ello, menos de un 5% de los RN resultaron infectados. La detección de VIH en mujeres en edad fértil debe mejorar, promoviendo el diagnóstico precoz. El manejo de los embarazos en mujeres con VIH debe seguir protocolos nacionales estrictos.

Salinas, H.; Vásquez, M.; Arce, K.; Aránguiz, P.; Gutierrez, J.; Morales, N.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

Calidad en salud tiene dos componentes: intrínseco y extrínseco (1). Tradicionalmente se otorga mayor importancia al componente extrínseco (trato al enfermo y su familia, accesibilidad al sistema, hotelería y otros) que al intrínseco que agrupa entre otros, conocimientos, destrezas y tecnología. Respecto a éstos últimos, se han construido indicadores de calidad de asistencia, con el objeto de evaluar si la prestación otorgada fue: adecuada, oportuna, segura, accesible, en tiempos razonables y una correcta utilización de recursos.

OBJETIVO

Diseñar indicadores de calidad de asistencia, diferentes para la atención ambulatoria y hospitalaria, estableciendo el nivel técnico actual de nuestra asistencia, proponiendo aspectos a mejorar, cambiar u optimizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica con el objeto de extraer procesos, indicadores y estándares en relación con la práctica obstétrica (2,3). En una segunda etapa se han priorizado indicadores en base a los siguientes criterios: número de pacientes, riesgo, variabilidad y consumo de recursos. Se han definido procesos, indicadores y estándares en base a la totalidad de la atención ambulatoria (consultas y procedimientos) y hospitalaria. Finalmente durante 2015 entramos en un proceso permanente de evaluación de los resultados obtenidos y lograr la mejoría en nuestra calidad de atención.

RESULTADOS

Los indicadores de atención ambulatoria y los indicadores de riesgo durante la hospitalización se acercan a los estándares establecidos. Hemos considerado parto 2015 como la variable que retrospectivamente nos permite estudiar indicadores respecto a embarazo normal, diagnóstico prenatal, patología del embarazo, tipo de parto y puerperio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los indicadores que hemos seleccionado nos permiten comparaciones nacionales e internacionales. Aplicados en diferentes tiempos pueden evaluar la evolución de la práctica asistencial. Es necesario que la propuesta de indicadores sea revisada y adaptada en forma periódica en virtud de los cambios en la práctica asistencial y la evidencia científica disponible.

REFERENCIAS

1. World Health Organization. Regional Office for Europe. The principles of quality assurance. Report on a WHO meeting. Copenhagen. OMS. 1985 (Euro Report and Studies Series. N° 94).
2. Indicadores de calidad asistencial en Obstetricia y Ginecología. Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología. 2000.
3. Institute for Clinical Systems Improvement. Intrapartum fetal health rate management: percentage of women who are assessed for risk status on entry to labor and delivery. NQMC: 000678. 2003.

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

11

Maldonado, H.1; Guiñez, R.1; Sepúlveda, A.1; Pedraza, D.1.; Valdes, E.1; Parra-Cordero, M.1,2.

Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile¹ y Hospital San Borja Arriarán²

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 6068 embarazadas que acudieron a realizarse una ecografía entre 11+0-13+6 semanas. Se identificaron 296 embarazadas que posteriormente tuvieron recién nacidos catalogados como PEG (4,9%). Se excluyó en este análisis a los recién nacidos PEG asociados a PE. De los recién nacidos PEG, 135 (45,6%) 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 [0,94-0,99]), nuliparidad (OR=1,3 [1,1-1,7]) y el antecedente de hipertensión crónica (OR=2,2 [1,1-4,6]). Entre los parámetros evaluados en el Doppler de arteria uterina, el MoM del IP-menor (OR=2,3 [1,6-3,3]) 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 12%, mientras que al agregar el Doppler de arterias uterinas la sensibilidad aumentó a 22%. La capacidad de detección de recién nacidos PEG del modelo generado por la combinación de historia clínica y parámetros biofísicos se elevó levemente a 24% para la detección de 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

EFFECTO DE METFORMINA EN LA PREVENCIÓN DE MACROSOMÍA 12 EN POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON ANTECEDENTES CON INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. (ANÁLISIS PRELIMINAR)

Valdés, E.1; Sepúlveda-Martínez A1; Candia P2.; Manukian B4.; Norambuena C4.; Abusada N3.; Orellana R3.; Cuellar E2.; Silva C5.; Schell C5; P Valencia, C.2; Bascuñán, J.2; Castro A. 6 Valdés, E. 7

1Unidad Medicina Materno-Fetal, 3Departamento de Farmacia, Hospital Clínico Universidad de Chile; 4 Becadas de Obstetricia y Ginecología 5Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 6Bio-estadístico Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Barros Luco Trudeau. 7Estudiante de Medicina UNAB.

INTRODUCCIÓN

El Sdr de Insulinorresistencia pregestacional (SIRP) se considera como factor de riesgo en el desarrollo de Macrosomía. Este estudio evalúa el uso de metformina durante el embarazo en la prevención de M.

MÉTODO

Ensayo clínico randomizado, doble ciego y multicéntrico de pacientes con antecedente de Insulino Resistencia (IR) en tratamiento con metformina y que hayan mantenido o no esta indicación hasta las doce semanas de embarazo. En este grupo seleccionado se le indicó o no, según aleatorización permutada, metformina en

dosis de 1700 mg/día al grupo de estudio y placebo al grupo de control, reclutando las pacientes entre las 12 – 15+6 semanas y prolongando este tratamiento hasta las 36 semanas. La predicción de riesgo se realizó por el modelo proporcional de Cox. El poder del estudio fue de 80% y el error alfa considerado para todas las pruebas fue de 5%. El cálculo de “n” muestral fue de 72 por cada grupo de estudio. Se aplicó un modelo de regresión simple para cada una de las variables, y logística múltiple para todas en conjunto, lo que permitió determinar la asociación entre el uso de metformina y las diferentes patologías estudiadas.

RESULTADOS

Se realiza análisis de 111 pacientes por intención de tratar conformados por 48 en el grupo de metformina y 63 en el grupo de placebos. Los resultados se muestran en la tabla N°1

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que no sólo el uso de metformina no es eficaz como medida de prevención de Macrosomía en población con antecedente de SIRP, sino que presenta significativamente mayor frecuencia de efectos adversos a droga en la población gestante usuaria. Patrocinio: Lab Merck Serono y Hospital Clínico Universidad de Chile

Variable	Metformina (n=48)	Placebo (n=63)	p-value
Materno			
IMC inicial, (kg/m ²)	31.6 (28.9 – 34.2)	30.5 (27.4 – 34.8)	0.25
Incremento de peso gestación, (kg)	6.8 ± 5.67	7 (12.9)	0.18
RAM	6 (14.29)	1 (1.75)	0.01
Perinatal			
Peso al parto, z-score	0.04 (-0.673 – 1.021)	0.19 (-0.287 – 0.816)	0.78
Peso al parto, percentil	51.5 (25.1 – 84.6)	57.5 (38.7 – 79.3)	0.78
Admisión a Unidad Neonatología	8 (21.1)	12 (21.4)	0.96
PEG <p10	2 (4.65)	4 (6.9)	0.64
RCIU ≤p3	0	2 (3.5)	0.22
GEG	7 (16.3)	6 (10.3)	0.38
Macrosomía	3 (6.9)	4 (6.9)	0.98
APGAR ≤7 al minuto	4 (10)	4 (7.3)	0.64
Cesárea	27 (64.3)	35 (61.4)	0.77
EG al parto, semanas	38.4 (38 – 39.1)	38 (37.4 – 39.4)	0.52

RESPUESTA INFLAMATORIA ALTERADA EN HIJOS DE MADRES OBESAS.

1,2Cifuentes F, 1,2Fernández C. MD, 1,2Muñoz-Muñoz E. MSc, 2Castro-Rodríguez J. MD, 1,2Casanello P. PhD, 1Krause B. PhD.

1División de Obstetricia y Ginecología, 2División de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de obesidad a nivel mundial ha aumentado de manera alarmante en los últimos años, afectando en Chile ~30% de las mujeres en edad fértil. En este contexto se ha reportado que durante la gestación el estado pro-inflamatorio crónico asociado a la obesidad se refleja en un aumento de citoquinas y marcadores pro-inflamatorios en la madre y la unidad feto-placentaria. Se ha descrito que los hijos de madres obesas poseen mayor riesgo de asma, alergias, obesidad, enfermedad cardiovascular y artritis reumatoide, entre otras, por lo que la exposición a obesidad materna en etapa gestacional podría promover una programación pro-inflamatoria con efectos a largo plazo en la inmuno-modulación de la progenie. La hipótesis de este estudio es que la obesidad materna se asocia al aumento de marcadores pro-inflamatorios y la disminución de marcadores anti-inflamatorios en monocitos fetales.

MÉTODOS

El grupo estudio se conformó por 19 embarazadas obesas (IMC > 30) y 20 normopeso (controles) (IMC 19-25) de acuerdo al peso en el primer control de embarazo. Se incluyeron embarazadas con gestación única, que iniciaron control prenatal antes de las 14 semanas de

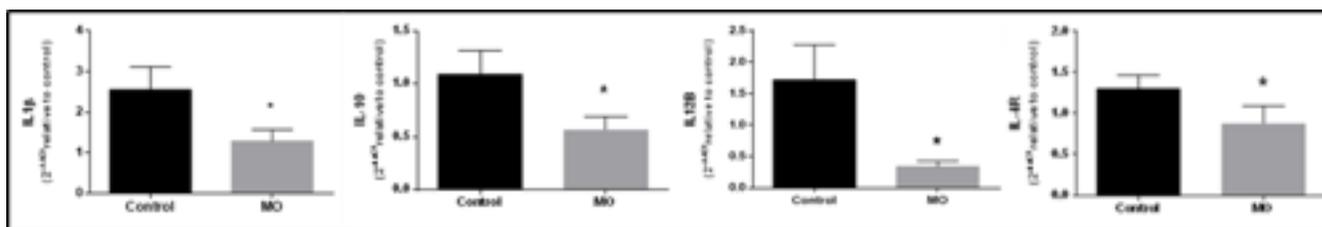
edad gestacional en alguno de los 12 centros de salud de La Florida y Puente Alto, y cuyo parto fuera atendido en el Hospital Sótero del Río. Se excluyeron pacientes < 18 años de edad, con parto pre término o patología fetal. Las muestras de sangre de cordón umbilical se obtuvieron al momento del parto y los monocitos se aislaron mediante centrifugación diferencial por gradiente de densidad. El mRNA para las citoquinas estudiadas (TNF α , IL-1 β , IL-12A, IL-12B, IL-10 e IL-4Ra) se cuantificó mediante qPCR utilizando el método 2^{-CT}.

RESULTADOS

En monocitos de sangre de cordón umbilical de hijos de madres Obesas (HMO) se observó una menor expresión del mRNA de citoquinas proinflamatorias (IL-1 β , IL-12a e IL-12B) y antiinflamatorias (IL-10 y receptor IL-4), respecto a los monocitos del grupo control. La expresión del mRNA para TNF α no presentó diferencias significativas entre los grupos estudiados.

CONCLUSIONES

Los hijos de madres Obesas presentan un cambio en el perfil de expresión basal de mediadores inflamatorios caracterizado por una disminución tanto de citoquinas pro- y anti-inflamatorias. Nuevos estudios son necesarios para evaluar las consecuencias a mediano y largo plazo de estas alteraciones.



EXPERIENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE EMBARAZOS CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS LETALES.

Muñoz A., Negrete M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

La mortalidad por malformaciones congénitas corresponde a 3/1.000 nv, un tercio de la mortalidad infantil. Dentro de las malformaciones congénitas existe el subgrupo de las Malformaciones Congénitas Letales (MCL), que corresponden a alrededor de 600 casos al año. Las MCL son alteraciones múltiples de órganos que ejercen función vital en la etapa extrauterina, sin tratamiento curativo actual. Esta condición conduce a la muerte del paciente durante el período perinatal, registrando una sobrevida que fluctúa de minutos, horas, días, meses hasta años de vida. La División de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, propone los Cuidados Paliativos Perinatales para los pacientes con MCL y sus familias. El objetivo de este estudio es describir la experiencia acumulada del acompañamiento multidisciplinario brindado por un equipo de Cuidados Paliativos Perinatales a las parejas que conciben hijos con MCL.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de 26 casos de pacientes que concibieron un hijo con una MCL y fueron acompañados por el Programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC (CPP UC) durante su embarazo, parto, post parto y seguimiento a 6 meses post fallecimiento del hijo enfermo terminal, durante los meses de Enero 2012 hasta Septiembre 2015. Se analizaron datos sociodemográficos, edad gestacional del diagnóstico antenatal, tipo de malformaciones congénitas y sobrevida registrada. Se describió la evolución clínica de las pacientes post fallecimiento de hijo y elaboración de duelo.

RESULTADOS

Las pacientes pertenecientes al Programa CPP UC tienen en promedio 35 años, el diagnóstico antenatal se realiza en promedio a las 26 semanas de edad gestacional, los diagnósticos más frecuentes son Trisomía 18 (31%), Agenesia Renal o Síndrome de Potter (15%), Anencefalia (15%). Displasias Esqueléticas (11%) y Hipoplasia Ventricular (8%). El 73% de los recién nacidos sobreviven post parto. La sobrevida reportada fluctúa según el diagnóstico letal; el rango de vida en Cromosomopatías es desde óbitos fetales hasta 5 meses 1 semana, en Agenesia Renal fallecen en el momento del parto, en Cardiopatías se registra sobrevida de 3 meses 28 días y un caso post cardiocirugía que actualmente tiene 1 año 9 meses. El seguimiento psicológico revela que ninguna paciente elabora un duelo patológico, no tienen depresión, ni estrés post traumático y logran transformar la experiencia dolorosa en una vivencia fortalecedora para ellas y sus familias.

CONCLUSIÓN

La edad materna promedio de las pacientes que conciben hijos con MCL es de 35 años, el diagnóstico antenatal se realiza en el segundo trimestre, las cromosomopatías son las MCL más frecuentes y la sobrevida de los hijos fluctúa según el diagnóstico letal. El acompañamiento a las familias con hijos con MCL por un equipo de profesionales expertos en cuidados paliativos, ha mostrado resultados favorables según el seguimiento clínico realizado por el equipo tratante.

MORTALIDAD POR MALFORMACIONES CONGÉNITAS EN CHILE (2000-2012)

Negrete M., Muñoz A., Lemus M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas la mortalidad infantil (MI) en Chile ha disminuido significativamente y con ello ha aumentado la importancia relativa de las malformaciones congénitas como causa de muerte en este grupo etario. En la clasificación internacional de enfermedades ^o10 (CIE-10) utilizada en Chile se incluyen las malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas y su análisis se hace relevante dada su importancia epidemiológica y la contingencia nacional.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio epidemiológico descriptivo de las muertes por malformación congénita entre los años 2000-2012 en población chilena menor de 1 año. Como fuente de información se utilizó las Estadísticas Vitales publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE) de Chile para los años 2000 a 2012. Se utilizaron los datos de mortalidad infantil, mortalidad por malformación congénita desagregado por región, nacidos vivos corregidos y las defunciones por causa de muerte específica correspondientes a malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99). Para el análisis estadístico se utilizó coeficiente de correlación de Pearson y se realizó una regresión lineal simple para examinar asociación entre tasas de mortalidad y tiempo asumiendo significancia estadística con valores $p < 0,05$. Para el procesamiento de los datos se utilizó el programa Microsoft Excel[®] y Minitab 14[®].

RESULTADOS

La MI en la última década ha presentado una disminución discreta pero significativa (Pearson = -0,7 valor $p = 0,07$). Cerca de un tercio de las muertes infantiles son explicadas por muertes debido a malformaciones congénitas. Al observar la MI debido a malformación

congénita por regiones, se observa que las regiones con las tasas más altas son la III y la XV (promedio de 3,3 y 3,2 respectivamente), mientras que las regiones que presentan tasas más bajas son la I, IV y VI región (2,4, 2,6 y 2,6 respectivamente). Al agrupar por sistemas las muertes por malformación congénita, se observa que las principales causas son las malformaciones cardiovasculares, luego las causas cromosómicas, las del sistema nervioso central y finalmente la categoría "otros". Las muertes de causa cromosómica presentan un aumento constante y significativo (pearson = 0,85 valor $p = 0,0002$) a costa de muertes por Síndrome de Edwards y Patau (Q91) (pearson = 0,75 valor $p = 0,002$), Las causas de muerte específicas más importantes en el periodo analizado son "Otras malformaciones congénitas del corazón" (Q24), "Síndrome de Edwards y síndrome de Patau" (Q91) y "Otras malformaciones congénitas, no clasificadas en otra parte" (Q89).

Al tomar como referencia el año 2012, en los grupos cromosómico, neurológico y otros, la mayoría de las muertes ocurre en el periodo neonatal precoz. Un porcentaje que bordea el 30% ocurre en el periodo post-neonatal y un pequeño porcentaje de las muertes ocurre en el periodo entre los 7 a los 27 días de vida. En el grupo de muertes de causa cardiovascular las muertes se distribuyen de manera similar en los 3 periodos.

CONCLUSIONES

Las malformaciones congénitas contribuyen de manera importante a la mortalidad infantil en Chile. Las principales etiologías de malformaciones congénitas son cardiovasculares, cromosómicas y del sistema nervioso central. Las causas cromosómicas han aumentado significativamente en los últimos años. La mayoría de las muertes por malformación congénita ocurre en el periodo neonatal precoz.

Drs. Felipe Jordán, Juan Rojas, Bernardita Walker, Alvaro Insunza, Masami Yamamoto.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

La estimación de peso fetal en embarazo gemelar es difícil, y su correlación con el peso al nacer no ha sido evaluado con suficiente profundidad. Es de gran utilidad conocer la precisión de la estimación en estas condiciones para poder decidir el seguimiento ecográfico, momento de nacimiento y vía del parto.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los gemelares en el hospital padre Hurtado, desde el 2009 al 2015. La ecografía más cercana al parto fue utilizada para evaluar: diferencia entre estimación y peso al nacer. Se comparó el feto mayor de la ecografía con el de peso mayor al parto, y no por orden de nacimiento, para evitar posibles errores de denominación, común al momento de nacer. Se excluyeron los embarazos con óbitos. Se realizaron gráficos de Bland y Altman.

RESULTADOS

Hubo 330 embarazos gemelares dobles y 5 triples en el período de estudio. De los 330 dobles, 16 se excluyeron por óbito de uno o ambos, quedando 314 gemelares para el análisis. De ellos 267 tuvieron ecografías en nuestra institución, con un intervalo ecografía-parto de 13 días (0 a 77). Hubo 109 embarazos con ecografías entre 0 y 7 días del nacimiento, en la que el promedio de intervalo parto fue de 3,8 días. El análisis de correlación y concordancia se realizó en estos 109 casos.

El peso al nacer promedio de los fetos mayor y menor fueron 2456g y 2158g. El feto mayor tuvo un peso entre 940 y 3550g, el menor entre 730 y 2310g. La EG al parto fue 35 semanas en promedio, rango entre 27 y 39 semanas. En este grupo, el 74% tuvo su parto bajo 37 semanas, y ocho casos entre 27 y 31 semanas. 73 casos tuvieron su parto entre 32 y 36 semanas.

El análisis de Bland y Altman mostró que la diferencia entre la estimación y peso al nacer en los fetos mayores fue en promedio -0,7%, y el 95% de los casos estuvo entre -17,1% y 15,8%. En los fetos menores, la diferencia fue -0,5% en promedio, pero con el 95% de casos entre -21,5% y 22,5%. La discordancia entre fetos, medida en ecografía fue en promedio 11%, (0-41%), y al nacer de 12% (0-34). Esta serie revisa los casos con fetos vivos para evaluar la precisión de la ecografía, por lo que sus conclusiones sobre discordancia no son aplicables para estimar el riesgo de óbito.

El estudio de correlación intraclass entre la discordancia ecográfica y la discordancia de peso al nacer muestra solo una moderada concordancia.

CONCLUSIÓN

Los datos muestran que la estimación de peso fetal en el feto menor es diferente a la del peso mayor, y que la discordancia del peso estimado entre fetos es pobremente correlacionada con la discordancia de pesos al nacer. En el feto menor, estimación de peso fetal tiene un error con respecto al peso al nacer de -21% a 22%. Los resultados confirman la dificultad en estas circunstancias, sin embargo, delimitan el grado aceptable de error, en la práctica habitual, a lo encontrado en esta serie.

	Intraclass correlation a	95% Confidence Interval
Single measures b	0,4968	0,3417 to 0,6257
Average measures c	0,6638	0,5093 to 0,7698

EVALUACIÓN DE LA POLÍTICA DE APEGO SEGURO EN PARTOS VAGINALES Y CESÁREAS EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL LA FLORIDA.

Dr. Figueroa, C., Mat. Díaz, S., Ps. Prieto, MJ., Dr. Gómez R., Dr. González, F., Mat. Godoy A., Dra. Lindemann, B., AS. Meza, A., Mat. Morales, A., Mat. Molina, K.

INTRODUCCIÓN

El Apego es un vínculo afectivo que se inicia a partir de la gestación, se fortalece con el contacto piel a piel al nacer, continúa en la niñez y se consolida a lo largo de la vida. El contacto piel a piel se define como una intervención mínimamente invasiva y segura para la madre y su hijo (a) si se cautelan las condiciones necesarias. Requiere de bajos costos de implementación y puede tener un alto impacto en el desarrollo biopsicosocial posterior del niño (a). El Ministerio de Salud (MINSAL) a través de su programa Chile Crece Contigo sugiere un contacto piel a piel de más de 30 minutos en los partos con recién nacidos (RN) vivos mayores a 2.500 gramos, con un cumplimiento mayor a un 80%. Esto se verifica parcialmente en los hospitales después de los partos vaginales, y en un porcentaje aún menor después de las cesáreas, existiendo pocos centros donde se conoce esta información. En la Red de Salud Sur Oriente, durante el año 2014, el hospital Sótero del Río (HSR) y el hospital Padre Hurtado (HPH) presentaron un cumplimiento de 33% y 63%, respectivamente, después de un parto vaginal. La maternidad del Hospital Clínico Metropolitano La Florida (HLF) quiso ampliar este esfuerzo y realizar prácticas amigables que favorecieran la integración de la tríada en las Cesáreas. El objetivo de este estudio es presentar la evaluación de una política de apego en partos normales y cesáreas en la maternidad del HLF.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras elaborar un plan de trabajo enfocado al apego inmediato, se determinó la factibilidad de su ejecución y se difundió al equipo clínico del área en coordinación con las jefaturas correspondientes. El proyecto se implementó en los partos, fueran vaginales o cesáreas, que cumplieran los criterios clínicos médicos de aplicación. Posterior al establecimiento del protocolo, se analizó

la frecuencia de contacto piel a piel en la totalidad de partos de la maternidad, incluyendo todos los eventos entre mayo y agosto 2015. Consideramos contacto piel a piel exitoso aquél que durase por más de 30 minutos, vigilado por personal de neonatología y prepartos. Se aplicó una medida de frecuencia con su correspondiente intervalo de confianza de 95% (IC 95%), comparándolas con otros centros mediante tablas de contingencia (OpenEpi, software público 2015).

RESULTADOS

El 83% (IC 95% = 80-85%, $p < 0.001$) del total de RN vivos > 2.500 gramos recibió Apego. Al analizar exclusivamente los partos vaginales, un 93% (IC 95% = 90-95%, $p < 0.001$) cumplió con el indicador. El Apego durante las cesáreas en HLF estuvo presente en el 65% (IC 95% = 57-69%, $p < 0.001$) de los casos. Al comparar nuestros porcentajes de Apego en partos vaginales con los otros 2 hospitales de la Red de Salud Sur Oriente se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas (93% vs 33%, $p < 0.001$, para el HSR y 93% vs. 63%, $p < 0.01$ para el HPH).

CONCLUSIONES

Producto de la política interna de Apego seguro y contacto piel a piel, el porcentaje de RN que recibió esta modalidad vincular en el HLF está sobre el requerimiento MINSAL. Considerando que a esta entidad se reportan sólo los partos vaginales, al aplicar un protocolo se pueden alcanzar niveles que están por sobre las expectativas a nivel nacional. El iniciar la vigilancia del Apego después de una cesárea constituye una actividad pionera y replicable como estrategia a nivel nacional, con el objetivo de alcanzar los beneficios asociados a esta práctica

INCORPORACIÓN DE CRIBADO UNIVERSAL PARA ENFERMEDAD TIROIDEA EN EL CONTROL PRENATAL. REPERCUSIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO.

Durán R. 1,2 Stern J.i2, Valderrama C. i2, Carrasco A. 1,2, González P.1,2, Yamamoto M.1,2 e Inzuna A. 1,2.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Padre Hurtado, Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.2 Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago.

RESUMEN

Introducción: El hipotiroidismo clínico durante el embarazo se asocia a numerosas complicaciones maternas y fetales, sin embargo la condición subclínica de la enfermedad aún está en materia de discusión. Actualmente no existen recomendaciones internacionales a favor del cribado universal para la detección de enfermedad tiroidea en el embarazo, sin embargo en Chile el examen para la detección de disfunción tiroidea se incorporó dentro del control prenatal luego de la publicación de la nueva Guía de Hipotiroidismo del Ministerio de Salud en 2013. Este estudio pretende objetivar las implicancias clínicas en resultado perinatal de la implementación de la nueva norma en el Hospital Padre Hurtado

MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de embarazos controlados y resueltos en el Hospital Padre Hurtado entre julio de 2013 y junio de 2014. Tomando como punto de corte el momento en el cual se implementó la nueva norma. Para el análisis de resultados se consideró la ocurrencia de mortinato, síndrome hipertensivo del embarazo, inercia uterina, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y parto prematuro.

RESULTADOS

Se obtuvieron 214 ingresos por hipotiroidismo, 50 en el primer periodo y 164 en el segundo. Durante el seguimiento se perdieron 28 pacientes, analisándose finalmente 186 pacientes controladas y que tuvieron su parto en la misma institución. La consulta por hipotiroidismo se incrementó en un 328% después de la aplicación de la nueva norma. No hubo diferencias significativas respecto a los resultados perinatales estudiados. En cambio, se observó una disminución estadísticamente significativa de los partos vaginales de un 78 % a un 58.6% ($p = 0.02$; OR: 0.4 [0.18 – 0.9]), y un incremento, estadísticamente significativo, de los partos por cesárea de un 17.1% a un 34.5% ($p = 0.03$; OR 2.56 [1.06 – 6.18]).

CONCLUSIONES

La implementación del cribado universal de enfermedad tiroidea en el embarazo, no trajo resultados positivos para el servicio, al no disminuir la incidencia de parto prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo e inercia uterina y por el

REDUCCIÓN PROGRESIVA Y SOSTENIDA DE LA TASA DE CESÁREAS EN CLÍNICA SANTA MARÍA: INTERVENCIÓN MEDIANTE LA EJECUCIÓN DE UN PROTOCOLO DE RETROALIMENTACIÓN INDIVIDUAL Y EN EQUIPO.

Rojas I. y Gómez R. Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La cesárea es una intervención quirúrgica destinada a mejorar el resultado materno y/o perinatal. En estudios poblacionales suficientemente poderosos se demuestra que su práctica se asocia con una mayor morbilidad materna y un incremento significativo de los costos para las usuarias, las aseguradoras y el estado. Recomendaciones emanadas desde organismos de salud nacionales e internacionales sugieren que su práctica debiera constituir entre el 10 y 30% de los partos. Chile es uno de los países que muestra las tasas más elevadas del mundo, con cifras promedio de un 40% en el sector público y un 60% en el ámbito privado. Desde la década pasada, Clínica Santa María ha enfocado el embarazo y el parto como procesos biológicos esencialmente normales y acompañados de una diversidad social, cultural, antropológica y médica. Consistentes con esta visión, nuestra institución ha implementado una serie de cambios que respetan esta diversidad pero que a la vez conservan el concepto de un parto seguro como objetivo central. Uno de estos cambios se ejecutó desde el año 2011, interviniendo sobre las variables que conducían a la resolución quirúrgica del parto, para lo cual se implementó una estrategia diseñada por los autores. Esta investigación persigue determinar si esta intervención logró el objetivo de disminuir la tasa de cesáreas, estableciendo además su magnitud y el impacto potencial que pudo tener en otros índices maternos y perinatales.

MÉTODOS

Desde 2008 se registró la actividad obstétrica mediante una base de datos complementaria que incluía información detallada de las causas de cesárea y variables materno-perinatales. En Marzo de 2011, se presentó la información del año precedente y se comunicó el inicio de una intervención consistente en: a) la construcción

de un registro clínico electrónico complementario que permitiera discernir las causas de cesárea, catalogándola como “justificada” o “no justificada” b) la conformación de un equipo asesor de médicos que junto al jefe de servicio semanalmente analizara los casos y contribuyera al discernimiento descrito en “a” c) retroalimentación/feedback general al staff médico y matronil acerca de su tasa individual de cesáreas y varios co-factores posiblemente involucrados en ella d) feedback individual y progresivo a miembros del equipo que presentaran tasas mayores al 50%, 45% y 40% en los años 2011-2012, 2013 y 2014 respectivamente, estableciéndose plazos para lograr las metas trazadas para cada período d) vigilancia estricta de otros índices maternos, fetales y neonatales, así como de la incorporación/cumplimiento incremental de instrumentos de calidad. Los resultados de la intervención descrita, así como otras variables materno-perinatales relevantes se analizaron mediante chi cuadrado ampliado de Mantel-Haenszel (M-H) para tendencias lineales y tablas de contingencia. Un $p < 0.05$ fue establecido como significativo. El análisis se realizó utilizando SPSS v.20.

RESULTADOS

El período de análisis 2008-2014 incluyó un total de 19836 partos. Hubo un aumento progresivo y significativo del total de partos entre el año 2008 ($n=2523$) y el 2014 ($n=3295$). La tasa de cesáreas disminuyó significativamente después de la intervención, con un chi cuadrado para tendencias de 159 ($p < 0.0001$). Esta reducción ocurrió en ausencia de cambios significativos en el Apgar < 7 a los 5 min, la mortalidad fetal y neonatal. La mortalidad perinatal tendió a disminuir durante el período de estudio pero no alcanzó a ser estadísticamente significativa (11/1000 vs 7/1000, $p=0.09$).

CONCLUSIONES

Una intervención seria, persistente y proactiva que consista en el análisis de las tasas individuales e

institucionales de cesáreas acompañado de un feedback y cumplimiento de metas se asocia con una disminución significativa de la tasa de cesáreas en un contexto clínico privado y predominantemente cerrado. Los autores agradecen al staff médico, matronil y paramédico de la Maternidad de Clínica Santa María por haber sido parte fundamental de este esfuerzo pionero en el ámbito clínico privado de nuestro país.

Año	Cesáreas (%)	Partos Vaginales (%)	Total de partos	Odds ratio M-H
2008	1158 (45,9)	1365 (54,1)	2523	1
2009	1177 (45,1)	1433 (54,9)	2610	0.97
2010	1202 (43,1)	1587 (56,9)	2789	0.89
2011	1090 (40,0)	1636 (60,0)	2726	0.79
2012	1144 (40,5)	1681 (59,5)	2825	0.80
2013	1193 (38,9)	1875 (61,1)	3068	0.75
2014	1021 (31,0)	2274 (69,0)	3295	0.53
Total	7985	11851	19836	

“PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO PERINATAL EN LAS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLESTASIA INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO” 20

Gárate M, Pais F, Guiñez C, Latorre R1

1Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado.

INTRODUCCIÓN

La colestasia intrahepática del embarazo (CIE) es una patología que se presenta en la segunda mitad del embarazo, con una incidencia en Chile del 3%, de las cuales un 10% corresponden a CIE ictericas. Pese a que esta patología no presenta morbilidad materna, si tiene un impacto en el pronóstico fetal asociándose a parto prematuro y óbito fetal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo, realizado en el Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile. Se utilizó la base de datos electrónica desde enero 2014 hasta diciembre 2014. Se seleccionaron todas las pacientes con diagnóstico de CIE a las cuales se evaluó: edad materna, paridad, edad gestacional al momento del parto, tipo de inicio del trabajo de parto, vía del parto y resultado perinatal.

RESULTADOS

Durante el periodo analizado hubo un total de 10.442 partos, entre los cuales 116 (1,1%) tuvieron el diagnóstico de CIE. 111 (95,6%) fueron CIE anictérica y 5 (4,31%) CIE icterica. La edad materna promedio de ambos grupos fue de 26 años. Un 61% fueron multíparas y 39% primigestas, La edad gestacional media al parto de cada grupo fue de 38 y 36 semanas, para CIE anictérica e icterica respectivamente.

En relación al inicio del trabajo de parto: 44% fueron inducidas con oxitocina o misoprostol, 43% iniciaron trabajo de parto de forma espontánea y un 13% no presentó trabajo de parto (en su mayoría debido a la presencia de cicatriz de cesárea anterior). La vía del parto fue 53,4% partos eutócicos, 11,2% fórceps, 22,4% cesáreas urgencia y 13% cesáreas electivas. Siendo estadísticamente significativo el porcentaje de pacientes que finalizó en cesárea con respecto a la población de embarazadas durante este periodo. El peso promedio de los RN fue de 3418g (1560-4710). No se presentaron apgar menor a 7 a los 5 minutos en ningún grupo, se encontró un caso de óbito fetal que inicio trabajo de parto de forma espontánea en el grupo de las CIE anictéricas, sin otra etiología.

CONCLUSIONES

La incidencia observada en esta serie difiere a las descritas previamente para la población chilena, asemejándose a lo publicado a la literatura anglosajona. Si bien los resultados perinatales en la gran mayoría de los casos son satisfactorios aun es una tarea pendiente obtener mejores predictores de laboratorio de la severidad de la enfermedad a fin de evitar los óbitos en pacientes con esta enfermedad.

COMPARACIÓN DE RESULTADO PERINATAL ENTRE EL CONSENSO NICHD 1997 Y NICHD-ACOG 2008 EN LA INTERPRETACIÓN DE MONITERO FETAL EN TRABAJO DE PARTO”.

Pais F, Guiñez C, Masami Y, Valenzuela A, Latorre R¹

¹Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

La Unidad de gestión Clínica de la Mujer y del Recién nacido del Hospital Padre Hurtado, inició sus actividades en noviembre 1998; donde uno de los objetivos fue mantener la tasa global de cesáreas bajo 25% y evitar la encefalopatía hipóxico-isquémica asociada a la asfixia intraparto. Con este fin se desarrollaron guías clínicas de manejo del trabajo de parto y de interpretación del monitoreo fetal electrónico (MFE) intraparto. Nuestro centro se rige bajo los criterios que clasifican el monitoreo en tres patrones: normal, sospechoso y patológico (adaptaciones de las definiciones del Consenso del NICHD sobre vigilancia fetal intraparto 1997). En el año 2008, se publicó la actualización de las interpretaciones de los distintos patrones de MFE (NICHD-ACOG). El objetivo de este estudio es evaluar los resultados perinatales según las indicaciones de interrupción del embarazo de la NICHD-1997 versus los criterios propuestos por NICHD- ACOG-2008.

MÉTODOS Y MATERIALES

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile. Durante el periodo enero 2009 y diciembre 2014 Se utilizó la base de datos electrónica, donde se seleccionaron todos los partos que tuvieron como motivo de interrupción: “registro patológico” (el cual incluye: desaceleraciones espontáneas frecuentes, bradicardia mantenida, test de tolerancia a las contracciones positivo y sufrimiento fetal agudo.), se compararon los resultados perinatales

con las pacientes que tenían indicación de interrupción del embarazo por variabilidad disminuida o ausente asociada: desaceleraciones tardías recurrentes, variables recurrentes o bradicardia (criterios NICHD-AGOG 2008). Se evaluó la edad gestacional al momento del parto, vía del parto, peso del recién nacido, apgar a los 5 minutos, pH y base excess de ambos grupos.

RESULTADOS

Durante el período estudiado, hubo un total de 33.511 partos, de los cuales, 436 (1,30%) se interrumpieron por registro patológico y solo 14 (0,04%) casos fueron por variabilidad mínima o ausente asociada a desaceleraciones tardías recurrentes, variables recurrentes o bradicardia. El tipo de parto en el primer grupo fue: 325 (74,5%) cesárea de urgencia, 11 (2,52%) cesárea de emergencia, fórceps 28 (6,42%) y partos vaginales 73 (16,74%), mientras que en grupo de variabilidad disminuida o ausente, 12 fueron cesáreas de urgencia (85,7%) y 2 partos vaginales (14,29%). La edad gestacional al momento del parto fue de 37 3/7 sem y de 36 4/7 sem. El peso promedio de los recién nacidos fue de 2872,1 grs y 2725,4 grs. En cuanto a los resultados perinatales, en el grupo que se interrumpió según los criterios NICHD (1997), hubo 17 (3,9%) casos de apgar <7 a los 5 minutos, de los cuales 10 (2,29%) pacientes tenían pH<7, versus el grupo con variabilidad disminuida o ausente donde no hubo casos de apgar bajo o asfixia perinatal.

CONCLUSIONES

En nuestra revisión, el grupo de variabilidad disminuida o ausente, que corresponde al grupo patológico según las últimas normas de la ACOG, no refleja las pacientes que realmente tienen riesgo de presentar asfixia perinatal.

“PERFIL CLÍNICO Y RESULTADO DEL PARTO EN PACIENTES EMBARAZADAS PRIMIGESTAS ADOLESCENTES”

22

Pais F, Witker D, Guíñez C, Latorre R1

1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

Las pacientes adolescentes representan un grupo de especial interés en la práctica obstétrica habitual, por presentar mayor incidencia de patologías que ponen en riesgo a la madre y al feto, aumento de tasa de parto prematuro, tasa de cesárea y complicaciones que puedan alterar su fertilidad y calidad de vida subsiguientes. En Chile el embarazo adolescente es de un 15,56% (Deis-Minsal 2011), siendo 0,38% en adolescencia temprana y 15,18% adolescencia tardía. El objetivo de este trabajo es conocer las características demográficas y clínicas de la paciente embarazada adolescente primigesta.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo, utilizando las base de datos del Hospital Padre Hurtado (Santiago-Chile), durante el periodo enero 2005 hasta diciembre 2014. Se seleccionaron a todas las pacientes con edad materna al parto menores a 20 años y primigestas, evaluándose sus características epidemiológicas, vía del parto, patologías asociadas y resultado neonatal.

RESULTADOS

En los últimos 10 años, hubo 58.812 partos en el Hospital Padre Hurtado, 12.527 (21,3%) fueron en pacientes adolescentes (con 19 años o menos), de las cuales 10.973 (87,5%) corresponden a pacientes primigestas. La edad materna promedio fue de 17,5 años [11-19 años]. Hubo 68 (0,54%) embarazos gemelares.

La edad gestacional al nacer promedio fue de 38 5/7 semanas, y de éstos 1.054 partos (8,41%) fueron menores a 37 0/7 sem, 284 fueron menores a 34 0/7 semanas y 150 menores a 32 0/7 sem.

La vía del parto fue: parto vaginal 7.661 (69,7%), fórceps 1.285 (11,8%), cesárea urgencia 1.835 (16,7%) y 157 (1,43%) cesárea electiva. Las principales indicaciones de fórceps fueron: expulsivo detenido y distocia de posición, de cesárea de urgencia: prueba de trabajo de parto fracasada, registro sospechoso persistente e inducción fracasada y de cesárea electiva: estimación de peso fetal mayor a 4.300 kg, podálica y desproporción céfalo-pelviana diagnosticada anteparto.

El peso promedio de los recién nacidos fue de 3258 gramos y 47 (0,35%) recién nacidos tuvieron apgar a los 5 minutos menor a 7.

CONCLUSIONES

Cabe destacar que nuestro centro tiene una alta tasa de partos en pacientes adolescentes, mayor al promedio nacional. Encontrándose un porcentaje importante de partos por fórceps, con los riesgos de trauma obstétricos que éste conlleva.

La mayoría de nuestras pacientes adolescentes fueron mayores a 15 años, por lo que no se refleja un resultado perinatal adverso o aumento de comorbilidad.

Es importante implementar cambios a nivel primario en anticoncepción y en educación sexual.

MADURACIÓN CERVICAL CON DINOPROSTONA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA VERSUS MISOPROSTOL: RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE “DR. LUIS TISNÉ BROUSSE”.

23

Díaz A., De Petris V.

INTRODUCCIÓN

Las prostaglandinas se utilizan de preferencia para lograr modificaciones cervicales en la inducción del parto. Si las condiciones cervicales son muy desfavorables, en nuestro centro utilizamos Misoprostol en 1 dosis diaria, lo que denominamos “maduración cervical”, permitiendo la lenta modificación del cérvix previo a la inducción formal. En el mercado existe además Dinoprostona, análogo de prostaglandina E₂, en inserto vaginal de liberación sostenida (Propess®), cuyo alto valor comercial limita su uso en el sistema público de salud pero posee ventajas como proporcionar una dosis estándar continua, menor tasa de hiperestimulación y fácil retiro.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Presentar los resultados obstétricos con Misoprostol en modalidad de maduración y compararlos con los obtenidos con Propess® en pacientes con malas condiciones cervicales iniciales que ingresaron a nuestra unidad, evaluando la efectividad para lograr parto vaginal y valorar su costo-efectividad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo en pacientes con indicación de interrupción del embarazo con malas condiciones obstétricas que recibieron Misoprostol o Propess® para maduración cervical. 34 pacientes recibieron Misoprostol y 30 pacientes recibieron Propess®, con Bishop inicial ≤ 6 puntos. Se analizaron las siguientes variables: edad, paridad, índice de masa corporal, patología que condiciona la interrupción, edad gestacional, Bishop inicial y posterior al método aplicado, tiempo de dilatación en fase activa del parto, uso de oxitocina, analgesia peridural, vía de parto, peso y perímetro cefálico del recién nacido, Apgar (1 y 5 minutos) y resultados neonatales.

RESULTADOS

Propess® mejora el Bishop en 2 o más puntos en 100% de las pacientes con aumento promedio de 6 puntos, versus 85% con Misoprostol, que en promedio mejora el Bishop 4 puntos. No hubo cesáreas de urgencia con Propess® versus 9% con Misoprostol por TTC positivo. La modificación cervical con ambos fármacos fue independiente de la paridad con Bishop inicial similar. El 50% de las pacientes inicia trabajo de parto sin necesidad posterior de usar otros fármacos con ambos métodos. La inducción con Propess® fracasa en 23% versus 15% con Misoprostol. El tiempo promedio al parto desde la inserción de Propess® fue 25 horas, versus 47 con Misoprostol. De las pacientes que inician trabajo de parto, para ambos métodos la tasa de cesáreas es $\pm 10\%$. Con condiciones cervicales iniciales similares, la tasa de cesáreas en nulíparas es 30% para ambos métodos, mientras que en múltiparas hubo 35% de cesáreas con Misoprostol y no hubo cesáreas en este grupo con Propess®. Al administrar Misoprostol a los fracasos de Propess®, 57% logró parto vaginal. La tasa global de parto vaginal fue 77% con Propess® (con y sin Misoprostol posterior) versus 62% solo con Misoprostol. No se registraron puntajes de Apgar bajos para ambos métodos.

CONCLUSIONES

Propess® parece tener mejor perfil de seguridad ya que no hubo cesáreas de urgencia previo al trabajo de parto. Aunque ambos métodos tienen tasas similares de inicio de trabajo de parto, las pacientes que fracasan con Propess® pueden utilizar Misoprostol con 57% de éxito de parto vaginal. Propess® tiene menor tasa de cesáreas global y, a diferencia del Misoprostol, no registró cesáreas en múltiparas. Por último, Propess® además es más rápido en lograr parto vaginal, por lo que resultaría costo efectivo respecto al Misoprostol, ahorrando en promedio 1 día de hospitalización.

MADURACIÓN CERVICAL CON MISOPROSTOL: UNA NUEVA APROXIMACIÓN A LA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL DR. LUIS TISNÉ BROUSSE.

Díaz A., De Petris V.

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples indicaciones maternas y/o fetales que hacen necesaria la interrupción del embarazo, ya sea de término o pretérmino. Guías clínicas internacionales y locales sugieren la interrupción con el fin de prevenir potenciales complicaciones derivadas de las patologías en el embarazo. Clásicamente, según las condiciones obstétricas, si la paciente no tiene contraindicación de parto vaginal o de inducción del parto, según el protocolo local de inducción del trabajo de parto se utiliza Misoprostol, análogo de prostaglandina E1, para provocar contracciones uterinas con una frecuencia de aplicación y reevaluación predefinida para acelerar el proceso de interrupción. Sin embargo, en nuestro centro si la paciente tiene condiciones muy desfavorables para un parto vaginal, existe una conducta que hemos denominado “maduración cervical”, utilizando el mismo fármaco en bajas dosis en solo 1 dosis diaria, difiriendo la toma de una conducta activa y permitiendo la lenta maduración del cérvix, sin intención de inmediata interrupción del embarazo.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Conocer los resultados obstétricos y perinatales de las pacientes que motivaron la administración de Misoprostol en modalidad de maduración cervical previo a la indicación formal de inducción, y evaluar la efectividad de la intervención para lograr parto vaginal.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen 34 pacientes que ingresaron al servicio de Alto Riesgo Obstétrico entre Enero y Julio de 2015 para interrupción del embarazo y recibieron maduración cervical previo a inducción por presentar malas condiciones obstétricas, con Bishop inicial

≤5 puntos. Se analizaron las siguientes variables: edad, paridad, índice de masa corporal materno, patología que condiciona la interrupción del embarazo, edad gestacional, puntaje de Bishop inicial, dosis total de Misoprostol para maduración e intervalo entre dosis, Bishop al inicio de la inducción formal, dosis total de Misoprostol para inducción, tiempo de dilatación en fase activa del trabajo de parto, uso de aceleración ocitócica, uso de analgesia peridural, vía de parto, peso y perímetro cefálico del recién nacido, puntaje de Apgar al minuto y cinco minutos, y complicaciones neonatales.

RESULTADOS

El Misoprostol indicado para maduración cervical (mejoría del Bishop en 2 o más puntos) es efectivo en 85% de las pacientes, mejorando 4 puntos en promedio. La vía de parto y la respuesta a Misoprostol fue independiente de la paridad con Bishop inicial similar. En el 50% de las pacientes la maduración desencadena trabajo de parto espontáneo sin necesidad de inducción, sólo en un 38% se requiere una inducción de parto formal. Del total de pacientes, logró iniciar trabajo de parto el 76,5%, con o sin inducción posterior, y de estas 89% tuvo parto vaginal. La tasa global de cesárea fue 32%: 9% por TTC sospechoso previo al inicio de trabajo de parto, 15% por inducción fracasada y 8% por complicaciones propias del trabajo de parto. La paridad no influyó en la tasa de cesáreas, siendo esta 36% en multíparas y 30% en nulíparas. No se registraron puntajes de Apgar bajos.

CONCLUSIONES

La maduración cervical con Misoprostol es efectiva en modificar las condiciones cervicales para una inducción exitosa e incluso desencadena trabajo de parto espontáneo. Existe riesgo de cesárea previo a inicio del trabajo de parto, por lo que se requiere monitorización estricta. De las pacientes que logran iniciar trabajo de parto, la gran mayoría logra un parto vaginal.

INDUCCIÓN DEL PARTO CON DINOPROSTONA DE LIBERACIÓN SOSTENIDA: EXPERIENCIA EN EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. RESULTADOS DE LA UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL “DR. LUIS TISNÉ BROUSSE”.

25

Díaz A., De Petris V., Cancino M.

INTRODUCCIÓN

Existen múltiples métodos farmacológicos para la inducción del parto. Las prostaglandinas son utilizadas de preferencia para lograr la maduración del cérvix y permitir un parto vaginal. El fármaco más utilizado es Misoprostol, análogo de prostaglandina E₁, sin embargo existe como alternativa la Dinoprostona, análogo de prostaglandina E₂, en un inserto vaginal de liberación sostenida (Propess®), cuyo alto valor comercial limita su uso en el sistema público de salud pero posee ciertas ventajas como proporcionar una dosis continua y estándar, menor hiperestimulación y fácil retiro.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Presentar los resultados con Propess® como alternativa al Misoprostol para la inducción del parto en pacientes de la unidad de Alto Riesgo Obstétrico de un hospital público, evaluando la efectividad de esta intervención para lograr parto vaginal y valorar su costo-efectividad.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se incluyen 30 pacientes que ingresaron al servicio de Alto Riesgo Obstétrico entre Octubre 2014 y Febrero 2015 para la interrupción del embarazo y recibieron inducción con Propess®, con Bishop inicial ≤ 6 puntos. Se analizaron las siguientes variables: edad, paridad, índice de masa corporal materno, patología que condiciona la interrupción, edad gestacional, Bishop inicial, Bishop al retirar el inserto, causa de retiro, tiempo total inserto, tasa de fracaso (y posterior uso de Misoprostol), tiempo de dilatación en fase activa del parto, uso de oxitocina, uso de analgesia peridural, tiempo entre administración del inserto y parto, vía de parto, peso y perímetro cefálico del recién nacido, puntaje de Apgar al minuto y cinco minutos, y complicaciones neonatales.

RESULTADOS

El inserto logra mejoría del Bishop ≥ 2 puntos en 100% de las pacientes, mejorando 6 puntos en promedio. Ninguna paciente requirió cesárea de urgencia durante el tiempo inserto. La respuesta al inserto fue independiente de la paridad con Bishop inicial similar. En el 50% de las pacientes se desencadena trabajo de parto sin necesidad posterior de uso de otros fármacos, 38% requiere aceleración oxiótica y 23% fracasa en modificar el cérvix y requirió Misoprostol. En 67% de los casos el inserto se retira por progreso del cérvix, 17% por expulsión y 16% por efectos adversos. Del total de pacientes, inició trabajo de parto el 77% con el inserto, de ellas 91% logra parto vaginal y el tiempo promedio al parto desde la inserción fue 25 horas. No hubo cesáreas en las multiparas. 27% de las primíparas recibió Misoprostol, 60% con parto por cesárea. Al complementar con Misoprostol, 57% de los fracasos logró parto vaginal. La tasa global de parto vaginal en nuestra muestra fue 77%, considerando uso de inserto con y sin Misoprostol posterior. No se registraron puntajes de Apgar bajos con el uso de Propess® ni ingreso a UTI neonatal.

CONCLUSIONES

El inserto vaginal es efectivo en lograr trabajo de parto en 77% de las pacientes, sin cesáreas en multiparas. Del porcentaje que fracasa, 57% es rescatable con el uso de Misoprostol para lograr iniciar trabajo de parto, que comparativamente es una alternativa de bajo costo. Parece una alternativa costo-efectiva para el sistema público dada la rápida progresión hasta el parto, limitando el tiempo de hospitalización y el acceso a un método complementario (Misoprostol). Dado que no se consignaron cesáreas de urgencias por su uso parece tener un buen perfil de seguridad. En los casos de retiro por efectos adversos, 80% continúa trabajo de parto espontáneo y logra un parto vaginal.

DESCRIPCIÓN DE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES QUE CONCIBIERON UN HIJO CON UNA MALFORMACION CONGÉNITA LETAL PERTENECIENTES AL PROGRAMA CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES UC.

Muñoz A., Díaz, S., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Se estima que las Malformaciones Congénitas Letales (MCL) corresponden a alrededor de 600 casos al año. Las MCL se definen como una alteración estructural y/o funcional múltiple de órganos que ejercen función vital en la etapa extrauterina, originada en la gametogénesis y sin tratamiento curativo actual. Esta condición conduce invariablemente a la muerte del paciente durante el período perinatal. La sobrevida reportada oscila desde minutos, horas, días, meses hasta años de vida. Siguiendo los pilares propuestos por la OMS de Medicina Paliativa en pacientes terminales, la División de Ginecología y Obstetricia de Pontificia Universidad Católica de Chile, propone los Cuidados Paliativos Perinatales para los pacientes con malformaciones congénitas letales y sus familias. El objetivo de este estudio es describir la salud mental de las mujeres que concibieron un hijo con una Malformación Congénita Letal y fueron acompañadas durante su embarazo, parto, post parto y seguimiento a 6 meses por el programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC

MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal, realizado a 20 pacientes del programa CPP UC, que fueron controladas por médico, psicóloga, matrona o ayuda espiritual durante su embarazo, parto, post parto y seguimiento a 6 meses post fallecimiento de hijo terminal, durante Enero 2012

hasta Septiembre 2015. Se revisaron fichas clínicas, documentos médicos y encuestas de salud mental validadas en población chilena realizadas por el equipo tratante. Se buscaron síntomas para los siguientes trastornos psiquiátricos: trastorno de estrés post traumático, trastorno adaptativo ansioso, trastorno depresivo, duelo patológico y abuso de sustancias. Los resultados fueron analizados de manera cuantitativa.

RESULTADOS

De las 20 pacientes, sólo 12 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión y el 100% de ellas aceptaron participar de la investigación. La evaluación de patologías psiquiátricas según encuestas de salud mental reveló que ninguna paciente presenta psicopatología en cuestionario de salud general de Golberg, ninguna presenta criterios de depresión en Escala Depresión de Beck, ninguna presenta trastorno de estrés post traumático y un 63% obtuvo un cambio moderado a grande de crecimiento psicológico post evento traumático. La revisión de fichas clínicas, reveló que ninguna paciente elaboró un duelo patológico ni abuso de sustancias.

CONCLUSIÓN

Los resultados sugieren que el acompañamiento por un equipo de Cuidados Paliativos Perinatales a embarazos con diagnósticos de malformaciones congénitas letales, permite una sana elaboración del duelo post fallecimiento del hijo enfermo.

EL ANÁLISIS SISTEMÁTICO Y CRÍTICO EN LA PRÁCTICA CLÍNICA REDUCE SIGNIFICATIVAMENTE LA TASA DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO.

Figueroa, C.1,2, Gómez, R.1,2, González, F.1, Díaz, S.1, Godoy, A.1, Peralta, D.1, Bustamante, M. 1, Winkler C. 1, Fuenzalida, J. 1,2, Ávila, F.1, Ramírez, J. 1 Hospital Clínico La Florida – CEDIP; 2 Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

Chile es uno de los países con la mayor tasa de cesáreas en el mundo, con porcentajes de 60% en el sector privado y 40% en el público. Esto trae consigo un mayor número de complicaciones maternas y mayores costos asociados. Además, esta tasa se usa como indicador de calidad del funcionamiento de los distintos centros asistenciales y debiera ser inferior a un 30% según recomendación MINSAL y menor a un 15% según la OMS. Son pocas las estrategias que han demostrado disminuir esta cifra en nuestros hospitales. La literatura internacional sugiere que una auditoría médica sistemática podría constituir una modalidad efectiva, la que se puede ejecutar en forma individual o en reuniones que permitan el análisis de las causas de cesárea. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto del análisis sistemático y crítico del parto operatorio en la entrega de turno del Hospital La Florida y su impacto en la tasa de cesáreas.

MATERIALES Y MÉTODOS

En mayo de 2015 el Servicio de Obstetricia del Hospital Clínico La Florida introdujo un sistema de auditoría que tendiera a la atención de un parto seguro asociado a una reducción en la tasa de cesáreas. Se realizó análisis crítico y sistemático de las cesáreas de urgencia y electivas entre el 11 de mayo y el 31 de agosto de 2015,

identificando las intervenciones que pudieron ser evitadas y realizando feedback al equipo. El análisis estadístico de las tasas resultantes se realizó con la prueba de χ^2 para tendencias de Mantel-Haenszel, la que se basa en el Odds ratio de varios estratos consecutivos con respecto a un estrato inicial (OR M-H). Se consideró estadísticamente significativo un $p < 0.05$. El análisis se condujo empleando el software público OpenEpi.

RESULTADOS

La tabla muestra una reducción de la tasa de cesáreas en el período mayo-agosto, con respecto a la tasa establecida como estrato básico (mayo, 43.8%), tanto en multíparas como nulíparas. El porcentaje de cesáreas disminuyó desde 44% a 29% en forma global, una reducción estadísticamente significativa, con un $\chi^2 = 4.98$ y $p = 0.02$. No hubo diferencias significativas en el score de Apgar a los 5 minutos ni en la frecuencia de cesáreas por cicatriz previa.

CONCLUSIONES

El análisis sistemático y crítico del parto operatorio en la entrega de turno de un hospital público logra disminuir significativamente la tasa de cesáreas (de un 44% a un 29%) a cifras recomendadas por MINSAL, sin afectar los resultados perinatales. Nuestras metas futuras consisten en una reducción adicional de la tasa de cesáreas mediante la capacitación del equipo en versión externa, el análisis del monitoreo electrónico intraparto y la promoción de un parto vaginal seguro después de una cesárea.

Mes	Cesáreas (n, %)	Parto vaginal (n)	Total (n)	Odds ratio M-H
Mayo	46 (43.8%)	59	105	1.00
Junio	61 (33.2%)	123	184	0.64
Julio	69 (33.8%)	135	204	0.66
Agosto	56 (29.3%)	135	191	0.53
Total	232	452	684	

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PACIENTES EMBARAZADAS CON INFECCION URINARIA.

28

Sáez J, Barriga T, Osses L

Hospital Clínico San Borja Arriaran

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario es la enfermedad infecciosa más frecuente durante el embarazo. La pielonefritis (PNA) afecta un 1% de los embarazos y se asocia a morbilidad materna y perinatal. El diagnóstico oportuno y tratamiento de las infecciones urinarias se asocian a una disminución de estas complicaciones. Diferentes esquemas se utilizan para tratar la PNA, ya que no hay evidencia suficiente que permita recomendar un antimicrobiano “universal”. Se sugiere la elección de un esquema antimicrobiano según la realidad local. En nuestro servicio el tratamiento empírico de embarazadas con PNA es la Cefazolina. El objetivo de este trabajo es determinar la susceptibilidad antimicrobiana de E.Coli en pacientes embarazadas con PNA para evaluar la efectividad del tratamiento empírico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo con el resultado de los urocultivos positivos de pacientes embarazadas hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico del HCSBA durante los años 2012, 2013 y 2014. Se estimaron costos indirectos del tratamiento antimicrobiano tomando en cuenta el costo del día cama y los antibióticos utilizados. El número de casos de embarazadas hospitalizadas con PNA y la estadía hospitalaria se obtuvieron de los datos estadísticos del hospital.

RESULTADOS

Entre el año 2012 y el 2014 hubo 427 casos de hospitalización por PNA en embarazadas con una estadía promedio de 4 días (rango 1 a 15). Durante este periodo, la sensibilidad antimicrobiana de E. Coli a Ampicilina fue de 47,5%, 50,6%, 38% en los años 2012, 2013 y 2014 respectivamente. La susceptibilidad de E. Coli a cefalosporinas de primera generación fue de 80,1%, 86,3%, 76% y a cefalosporinas de tercera generación sobre el 97%. La susceptibilidad a Gentamicina se mantuvo alrededor del 93%. En las pacientes hospitalizadas, el cambio de antibiótico en caso de resistencia antibiótica y mala respuesta clínica se realiza con el resultado del urocultivo, alargándose su estadía hospitalaria en al menos 48 horas en caso de resistencia antibiótica por la necesidad de cambio en el esquema antibiótico. Por los días extra de hospitalización en caso de resistencia, el uso de cefalosporina de tercera generación sería más costo efectivo que el uso de Cefazolina dado el porcentaje de resistencia a cefalosporina de primera generación.

CONCLUSIÓN

En los últimos años el progresivo aumento de resistencia de E.Coli a cefalosporinas de primera generación en pacientes embarazadas con PNA hospitalizadas en el HCSBA, asociado a la mayor cantidad de días de hospitalización por la necesidad de cambio en el antibiótico debiesen ser considerados para un cambio en el esquema antimicrobiano empírico actual.

SUSCEPTIBILIDAD ANTIMICROBIANA DE UREAPLASMA UREALYTICUM , Y SU POSIBLE IMPACTO EN INFECCION INTRAAMNIOTICA Y MORBILIDAD NEONATAL.

Fernando Abarzúa C (1), Karen Rehren L(*) , Tatiana Díaz L(2), Arturo Meissner S(1). (1): Servicio Obstetricia y Ginecología (2): Laboratorio Microbiología. Clínica Alemana Temuco. (*): Interna Medicina Universidad de La Frontera.

OBJETIVOS

Ureaplasma urealyticum invade cavidad amniótica y produce morbilidad de corto y largo plazo a feto/ recién nacidos. El fracaso a su erradicación del líquido amniótico ha sido descrito. Y el aumento de resistencia a macrólidos, conocida en todo el mundo, puede contribuir a ello. Es fundamental conocer susceptibilidad a antimicrobianos elegidos empíricamente para su tratamiento en embarazo. El propósito de este estudio es evaluar susceptibilidad antimicrobiana de Ureaplasma spp. aislados en mujeres en edad fértil.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian todas las muestras de orina y flujo vaginal para cultivo de Ureaplasma spp., de pacientes entre 18 y 55 años, en Laboratorio de microbiología de Clínica Alemana Temuco, en período abril 2013-enero 2015. Las muestras de Flujo Vaginal son tomadas con Tómulas de Dacrón o Poliéster estériles, y las de orina de 1° Chorro. Se procesan las muestras con el kit Mycoplasma IST 2 de Biomerieux, que permite el diagnóstico los micoplasmas urogenitales (Cultivo, identificación, recuento indicativo, y prueba de susceptibilidad a los antibióticos adecuados para Ureaplasma spp.). En las que resultan positivas a Ureaplasma spp. se estudia susceptibilidad a macrólidos, tetraciclinas y quinolonas.

RESULTADOS

Son 426 muestras de orina y flujo vaginal, de 390 pacientes. De ellas, 197 resultaron positivas para Ureaplasma spp. (50,5%). Entre los macrólidos, la susceptibilidad fue 88.4% a eritromicina, 87.9% a claritromicina y 91.9% a azitromicina (N.S). 15 pctes (3,8%) fueron resistentes a los 3 macrólidos. 100% susceptibles a tetraciclinas (doxicilina y tetraciclina). Susceptibilidad a quinolonas: 55,3% a Ciprofloxacino, y 94% a oxifloxacino. Estos dos últimos grupos están contraindicados en el embarazo.

DISCUSIÓN

50% de mujeres estudiadas son (+) a Ureaplasma spp. Eritromicina es el antimicrobiano de primera elección en embarazo en cuadros que lo involucran. La resistencia es 11,6%, similar a claritromicina (12,1%), y levemente más alta que a azitromicina (8,1%). 3,8% son resistentes a todos los macrólidos. Estos elementos pueden contribuir a la conocida muy mala erradicación del agente desde el líquido amniótico, e impactar en las complicaciones para feto/recién nacido. Existe muy poca información nacional al respecto; y en el mundo la resistencia ha aumentado significativamente. Es fundamental la vigilancia periódica de susceptibilidad para elegir la mejor alternativa para tratar este agente responsable de importante morbilidad fetal/neonatal.

APLICACIÓN DE NORMOGRAMA PARA PREDICCIÓN DE PARTO VAGINAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR EN HOSPITAL PADRE HURTADO”.

Rodrigo Alliende F.1, Francisca Pais L.1, Rodrigo Latorre R.2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Obstetra residente del Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La tasa nacional e internacional de cesáreas ha experimentado un incremento importante durante los últimos años, siendo la “prueba de parto vaginal en cesárea previa”, una práctica recomendada por las Guías Perinatales del Minsal Chile, para contenerla. Una decisión importante es el si someter a las pacientes con antecedente de cesárea anterior a un parto vaginal. El año 2007 Grobman et al, propusieron un normograma para la predicción de parto vaginal en pacientes con antecedentes de cesárea anterior. El objetivo de éste trabajo es aplicar el normograma de predicción de éxito de parto vaginal en pacientes con antecedente de cesarea anterior en la población del Hospital Padre Hurtado.

MÉTODOS Y MATERIALES

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile, durante el periodo 1 de enero a 31 de diciembre 2014. Se seleccionaron las pacientes con el antecedente de una cesárea anterior, a quienes se les aplicó el normograma y se comparó con la real vía del parto. Se excluyeron las pacientes que habían tenido sus partos previos en otros centros, óbito fetal y embarazos gemelares.

RESULTADOS

De un total de 266 pacientes, 111 (42%) tuvo un parto vaginal y 155 (58 %) un parto por cesárea. Las pacientes con una probabilidad de parto superior al 70% fueron 46, de las cuales 29 (63%) terminaron en parto vaginal. Las pacientes con probabilidad de parto menor al 40% fueron 61, de las cuales 42 (69%) terminó en cesárea. Según esto, el normograma tuvo una sensibilidad del 60%, especificidad del 71%, valor predictivo positivo del 63% y valor predictivo negativo del 69%.

CONCLUSIONES

Se ha visto que la mayoría de las complicaciones en pacientes con una cicatriz de cesárea anterior se concentran en aquellas que inician trabajo de parto y terminan en cesárea. La predicción de la probabilidad de parto vaginal en pacientes con una cesárea previa podría proporcionar al clínico una herramienta útil para identificar al subgrupo de pacientes con baja probabilidad de parto vaginal y eventualmente disminuir las complicaciones asociadas al trabajo de parto en este subgrupo de pacientes. Para nuestra población la especificidad y el valor predictivo negativo del nomograma fue aceptable, por lo tanto en pacientes con probabilidad de parto vaginal bajo un 40%, podría aconsejarse eventualmente una cesárea electiva y no someterla al riesgo del trabajo de parto. Si bien el normograma fue realizado en una población estadounidense, creemos que sí sería factible utilizarlo en nuestra población para predecir parto vaginal.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y RESULTADOS OBSTÉTRICOS DE EMBARAZADAS EXTRANJERAS ATENDIDAS EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA.

Acuña L.1, Santelices J.1, Kiekebusch G.2

1. Internas séptimo año Medicina. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta.

2. Ginecólogo-Obstetra. Unidad Medicina Materno Fetal. Hospital Regional Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

En el año 2014 según una estimación realizada por el Departamento de Extranjería y Migración (DEM), del Ministerio del Interior; los extranjeros regulares residentes en Chile llegaron a más de 441 mil, representando un 2,7% de la población nacional. Antofagasta ocupa el 2° lugar en la distribución territorial de extranjeros, con más de 30 mil personas. Con lo que respecta a nuestra región, es esencial por lo tanto conocer el perfil de control obstétrico que tienen las pacientes extranjeras embarazadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo, retrospectivo. Se analizaron fichas clínicas de pacientes de nacionalidad extranjera con partos en Hospital Regional Antofagasta (HRA) entre enero y diciembre 2014. Como criterio de selección se utilizaron las siguientes variables: Nacionalidad extranjera, control obstétrico en II región Antofagasta incluidas aquellas derivadas a Unidad Medicina Materno-Fetal HRA; considerando en todas ellas: previsión social, edad, peso del 1° control prenatal, peso último control prenatal, talla, IMC, comorbilidad asociada, paridad, patologías embarazo previas, Edad gestacional (EG) del 1° control prenatal, exámenes prenatales, EG ingreso a Alto riesgo Obstétrico (ARO) y motivo derivación, vía de parto, EG del RN (Recién nacido), sexo, peso, talla, percentil, apgar 1°-5° minutos, complicaciones perinatales, patologías del RN y necesidad hospitalización RN.

RESULTADOS

En el año 2014 hubo 2.436 partos en el HRA, de los cuales 617 pertenecen a pacientes extranjeras, representando un 25,3% de partos atendidos durante ese año.

El promedio de edad fue de 26,9 años, IMC 1° control prenatal 25,3, IMC último control prenatal 29,7. 34,6% corresponden a nacionalidad Boliviana, 34,3% Colombianas, 26,4% Peruanas, 2,5% Ecuatorianas. En cuanto a paridad, un 64,1% eran multíparas, 35,9% primigestas. Un control prenatal precoz se realizó en 47,9%, tardío 47,5%, sin control prenatal 4,6%. Del total de pacientes 49,6% fue derivada a control en ARO, de las cuales 17,6% fueron derivadas por antecedentes de cicatriz de cesárea anterior, 12,2% debido a embarazo en vías de prolongación. Un 71,1% de los embarazos finalizó por vía vaginal y 28,9% cesárea; siendo 76,3% partos de término entre 38-40 semanas, con un 79,2% AEG. Un 50% presentó alguna complicación perinatal materna siendo un 65,3% anemia en mayor porcentaje de carácter leve, diabetes mellitus gestacional en un 6,1% y mortineotatos en un 0,7%.

CONCLUSIONES

Siendo la inmigración un tema actual en nuestra región, con un crecimiento casi exponencial los últimos 6 años; conocer el perfil de control obstétrico y epidemiológico de embarazadas de otras nacionalidades es esencial a la hora de enfrentar como equipo de salud esta realidad, ya que constituyen el 25,3% de partos en el HRA, destacando el elevado porcentaje de control prenatal tardío que tuvieron las embarazadas extranjeras. Es importante por lo tanto, optimizar el control prenatal de dichas pacientes, con el objetivo de mejorar sus resultados perinatales.

SEGUIMIENTO AL AÑO DE VIDA DE FETOS CON MALFORMACIONES ALTAMENTE LETALES DURANTE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO).

Aguilera S, Cisternas D, Narvaez S, Martínez M, Rodríguez JG, Marengo F, Sedano R, Terra R, Zúñiga L.

CERPO, Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Se consideran malformaciones fetales incompatibles con la vida aquellas que invariablemente llevan a la muerte del feto in útero o en el período neonatal, independiente de las maniobras de soporte y del tratamiento médico ofrecido.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo con revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de malformaciones fetales altamente letales ingresados al CERPO y Neonatología del Hospital Luis Tisné Brousse (HLTB), entre 01 de Abril 2003 y 30 de Junio 2014. Se realizó seguimiento telefónico al año de vida. Se consideraron las pacientes con fetos portadores de trisomía 13, trisomía 18, agenesia renal bilateral/Sd.Potter, acráneos, holoprocencefalia, siameses o pagos, hidroanencefalia y triploidias. Se analizó para cada una de ellas la sobrevida a los 28 días y al año de vida. Se calculó la prevalencia de estas patologías en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

RESULTADOS

Hubo un total de 87.804 recién nacidos (RN) en HLTB durante el período de 12 años del estudio. Para trisomía 13 la prevalencia fue de 1.7 por 10.000 recién nacidos vivos (RNV), para trisomía 18 fue 6.3 por 10.000 RNV, para agenesia renal bilateral/Sd.Potter 1.9 por 10.000 RNV, acráneos 3.1 por 10.000 RNV, holoprocencefalia 2 por 10.000 RNV, siameses o pagos 1.6 por 10.000 RNV, hidroanencefalia 0.8 por 10.000 RNV y triploidias 0.2 por 10.000 RNV. Fueron mortinatos un 100% de las triploidias. En el período neonatal fallecieron 73% (11) RN con trisomía 13, 51% (28) RN con trisomía 18, 94% (16) RN con agenesia renal/Sd.Potter, 67% (18) de RN acráneos, 22% (4) de RN con holoprocencefalia y 86% (13) de siameses o pagos. No hubo muertes neonatales en los casos con hidroanencefalia (0).

La sobrevida al año para trisomía 13 fue 7%, para trisomía 18 de 2%, holoprocencefalia 17%, siameses 14%, hidroanencefalia 57%, y no hubo sobrevida al año para la agenesia renal bilateral/Potter, fetos acráneos ni triploidias.

CONCLUSIONES

La prevalencia y sobrevida de las patologías mencionadas en nuestro centro, son similares a las encontradas en la literatura extranjera. La presencia de RN vivos al año de seguimiento con trisomías 13, 18, holoprocencefalia, siameses e hidroanencefalia, permite recomendar no utilizar el término incompatible con la vida y reemplazarlo por patologías fetales con alta letalidad.

EFECTO DE METFORMINA EN LA PREVENCIÓN DE DIABETES GESTACIONAL EN POBLACIÓN DE EMBARAZADAS CON ANTECEDENTES DE INSULINORESISTENCIA PREGESTACIONAL. ESTUDIO MULTICENTRICO (ANÁLISIS PRELIMINAR)

Valdés, E.1; Sepúlveda-Martínez A1; Candia P2.; Manukian B4.; Norambuena C4.; Abusada N3.; Orellana R3.; Cuellar E2.; Silva C5.; Schell C5; P Valencia, C.2; Bascuñán, J.2; Castro A. 6 Valdés, E. 7 1Unidad Medicina Materno-Fetal, 3Departamento de Farmacia, Hospital Clínico Universidad de Chile; 4 Becadas de Obstetricia y Ginecología 5Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 6Bio-estadístico Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Barros Luco Trudeau. 7Estudiante de Medicina UNAB.

INTRODUCCIÓN

El Sdr de Insulinorresistencia pregestacional (SIRP) se considera como factor de riesgo en el desarrollo de Diabetes Gestacional (DG). Este estudio evalúa el uso de metformina durante el embarazo en la prevención de DG.

MÉTODO

Ensayo clínico randomizado, doble ciego y multicéntrico de pacientes con antecedente de Insulino Resistencia (IR) en tratamiento con metformina y que hayan mantenido o no esta indicación hasta las doce semanas de embarazo. En este grupo seleccionado se le indicó o no, según aleatorización permutada, metformina en dosis

de 1700 mg/día al grupo de estudio y placebo al grupo de control, reclutando las pacientes entre las 12 – 15+6 semanas y prolongando este tratamiento hasta las 36 semanas. La predicción de riesgo se realizó por el modelo proporcional de Cox. El poder del estudio fue de 80% y el error alfa considerado para todas las pruebas fue de 5%. El cálculo de “n” muestral fue de 72 por cada grupo de estudio. Se aplicó un modelo de regresión simple para cada una de las variables, y logística múltiple para todas en conjunto, lo que permitió determinar la asociación entre el uso de metformina y las diferentes patologías estudiadas. Resultados: Se realiza análisis de 111 pacientes por intención de tratar conformados por 48 en el grupo de metformina y 63 en el grupo de placebos. Los resultados se muestran en la tabla N°1

CONCLUSIONES

Este estudio demuestra que no sólo el uso de metformina no es eficaz como medida de prevención de DG en población con antecedente de SIRP, sino que presenta significativamente mayor frecuencia de efectos adversos a droga en la población gestante usuaria.

PATROCINIO

Lab Merck Serono y Hospital Clínico Universidad de Chile

Variable	Metformina (n=48)	Placebo (n=63)	p-value
Materno			
Edad materna. años	30.9 ± 0.86	31 ± 0.61	0.94
Primigesta	20 (42.5)	31 (49.2)	0.49
IMC inicial, (kg/m ²)	31.6 (28.9 – 34.2)	30.5 (27.4 – 34.8)	0.25
Incremento de peso gestación, (kg)	6.8 ± 5.67	7.9 ± 4.97	0.18
Comorbilidad en embarazo	7 (17.9)	7 (12.9)	0.5
Pre-eclampsia	4 (10)	3 (5.26)	0.37
Diabetes gestacional	18 (37.5)	16 (25.4)	0.17
RAM	6 (14.29)	1 (1.75)	0.01
Glicemia ayunas primer trimestre, (mg/dl)	84.4 ± 1.19	83.1 ± 1.23	0.46
PTGO basal 24-28 sems, (mg/dl)	81 ± 1.36	80.8 ± 1.54	0.92
PTGO 2 horas 24-28 sems, (mg/dl)	123.7 ± 3.00	117.1 ± 3.73	0.19
Diabetes gestacional embarazo previo	4 (12.5)	3 (6.82)	0.39
Uso de Metformina pregestacional	10 (41.67)	20 (55.56)	0.29

CARACTERIZACION DE MUJERES EN EMBARAZO Y POST PARTO CON CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS:

Autores: Rowlands MS, Miranda I, Arcila M. Hospital el Pino, UNAB

INTRODUCCION

El alcohol es una droga legal altamente teratógena de consumo masivo, incluso en las mujeres embarazadas. En Chile, en una investigación realizada en Maipú entre los años 1995 y 2000 se estima que el 57.4% de las embarazadas reporta algún consumo, el 3.7% bebieron un trago al día. Desde la identificación del síndrome de alcoholismo fetal hace más de 35 años, la creciente evidencia sobre el impacto del consumo de alcohol materno durante el embarazo ha motivado una mayor atención a la relación entre la exposición prenatal al alcohol y los efectos tanto morfológicos y principalmente cognitivos. La problemática del consumo de alcohol en embarazo y lactancia es una temática poco estudiada en nuestro país, aún no existen normas de políticas publicas para la prevención y manejo de mujeres con consumo de alcohol, teniendo en consideración de que existe evidencia respecto a los daños y consecuencias tanto a corto como largo plazo del consumo de alcohol durante el periodo de gestación y lactancia.

OBJETIVO

Caracterizar la población de mujeres en embarazo y postparto que ingresa a Programa Ambulatorio Intensivo Dual (PAI Dual) por consumo de sustancia y/o Alcohol desde el 2013 a la fecha en el Hospital el Pino, San Bernardo, Santiago, Chile.

MÉTODO

Luego de la aprobación del comité de ética, se realiza una revisión sistemática de fichas clínicas (Salud Mental, Ginecología y neonatología) junto con entrevistas a pacientes en los casos en que la información era insuficiente.

RESULTADOS

De un total de 20 mujeres encontramos que el 95% no han completado estudio medio, un 55% solo educación básica. De la misma manera el 75% viviría en situación de allegada y el 85% no tendría un trabajo estable.

En relación a las características del embarazo el 80% consume 2 sustancias o más, alcohol y pasta base de cocaína son la sustancias más consumida en nuestra muestra. El 90% de las mujeres no tenían ningún método anticonceptivo previo al embarazo y el 90% de los embarazos eran no deseados. El 70% de las pacientes no se realiza la ecografía primer trimestre y al mismo tiempo el 90% tienen menos de 5 controles prenatales, el 30% no tienen controles prenatales y llegan al momento del parto. Se observa que 65% de las pacientes presentan algún tipo de complicación del embarazo o momento del parto. Las que se observan son: parto pretermino (4 casos), RCIU (5 casos), Rotura precoz de membranas (3 casos), Sífilis (3 casos), desprendimiento de Placenta normoinsera (2 casos), Sd. Hipertensivo del embarazo (1 caso). El 45% de los Recién nacidos presentaron bajo peso al nacer. Las pacientes en cuestión ingresaron a programa piloto mujer de SENDA, en PAI Dual del Hospital el Pino y como logro se observa que un 52% de las pacientes logran mantener lactancia, con promedio de 5,3 meses al momento del estudio. Junto con la colaboración del Servicio de Ginecología del Hospital se instala el programa de anticoncepción inmediata, logrando la instalación de método anticonceptivo (implante subcutáneo) en el 75% (15 casos) de las pacientes, El resto se administra la inyección anticonceptiva.

CONCLUSIÓN

El alcohol es considerado una de las sustancias más teratógenas, no existiendo dosis segura. Sería el responsable de la primera causa de retardo mental prevenible en Chile. No existen protocolos de manejo en mujeres en embarazo y consumo de alcohol y drogas. Con los resultados expuestos, las mujeres en embarazo y consume deben ser consideradas de riesgo. Surge la necesidad de la construcción de norma técnica de intervención de mujeres en periodo perinatal con consumo de alcohol y drogas.

UTILIZACIÓN DE SERVICIO DE GINECO-OBSTERICIA POR INMIGRANTES LATINOAMERICANAS EN UN HOSPITAL DE SANTIAGO. RESULTADOS A 6 MESES DE SEGUIMIENTO.

Palavecino C, Fuentes A, Hinojosa C, Fuentealba C, Muñoz G, Sofjer B, Camús V, Corón T, Rodríguez MF, Casals A, Cortés C. Facultad de Medicina Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

Chile ha experimentado un aumento en el número de inmigrantes especialmente desde países fronterizos. Internacionalmente se han descrito necesidades de salud distintas en inmigrantes en relación a la población local, siendo de especial interés los temas de salud materno-infantil. Una de las tendencias que caracterizan a los inmigrantes en Chile es el predominio femenino creciente. La literatura sobre las condiciones de vida y acceso a la salud este grupo en Chile es escasa. Según datos del servicio de ginecología y obstetricia local un 40% de los partos atendidos, corresponden a extrajeras.

OBJETIVO

Describir las características clínicas y sociodemográficas de inmigrantes latinoamericanas ingresadas a servicios de gineco-obstetricia en Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), del Servicio de Salud Metropolitano Central. Forma parte de un trabajo en curso que estudia la utilización de los servicios de adultos en HCSBA por parte de inmigrantes latinoamericanos en el periodo de 12 meses.

MÉTODO

Diseño descriptivo observacional. Se estudiaron inmigrantes latinoamericanas ingresadas al servicio de gineco-obstetricia. Se realizó una encuesta previa firma de consentimiento informado entre 01.11.2014 al 31.05.2015. Proyecto aprobado por comité de ética pertinente.

RESULTADOS

Datos Demográficos: Total de encuestas: 668 a 660 mujeres. La mediana de edad al ingreso fue 27.9 años (Rango intercuartil -RIC- 23,1 - 33,6). La distribución según país de origen: Perú 64,9% (428), Colombia 15,2% (100),

República Dominicana 5% (33), Bolivia 5% (33), Haití 4,6% (30). Ecuador, Argentina, Venezuela, Uruguay, Paraguay, Brasil y Cuba totalizaron un 5,5%. El 11,2% de las mujeres provenía de áreas rurales en sus países. El 4,9% (32) se autodefinió como perteneciente a una etnia (18% quechua). El 4,9% (32) tienen como lengua primaria una distinta del castellano, siendo creole la lengua más frecuente. Datos socioeconómicos: Un 8,9% no supera educación básica. El 53,6% no reportó actividad laboral remunerada. Un 31,4% de las pacientes viven en viviendas de material mixto/ligero. La mediana de habitantes por vivienda fue de 5 (RIC 4-10). El 12,7% reportaron >10 personas/vivienda. La mediana de ingreso familiar fue \$400.000, mediana de ingreso per cápita de \$107.143. Un 35,4% envía dinero a su país de origen. La mediana de estadía en Chile previo al ingreso fue de 43 meses (RIC 16,5 - 82,6). El 53,8% migró por razones económicas y el 41,5% por razones familiares. Datos Clínicos: Un 77,1% de las pacientes ingresaron para atención de parto, 18,2% por complicaciones derivadas del embarazo y puerperio. Un 4,1% por causas ginecológicas no asociadas a embarazo y/o parto. De las 633 pacientes que ingresaron por causas asociadas al embarazo, el 43,9% correspondían a embarazos no planificados. No tuvo control prenatal el 4,5%. La mediana de EG al ingreso a control prenatal fue de 9 semanas (RIC 6-13). Hubo un total de 143 partos por cesárea (29,7% del total de partos). En los pacientes de unidades críticas -UPC- (cuidados intensivos e intermedio) se reportó que 5 de 10 inmigrantes latinoamericanos, fueron mujeres con patologías secundarias a complicaciones del embarazo o parto.

CONCLUSIONES

En este primer análisis se ha podido pesquisar un importante uso de recursos en los servicios relacionados con cuidado de la mujer, embarazo y parto por parte de inmigrantes latinoamericanas. Un importante número ingresa por complicaciones relacionadas al embarazo y parto. Entre los usuarios de UPC, destacan mujeres que no han tenido control de embarazo y presentan complicaciones graves relacionadas al mismo. Pese a que la mayoría pacientes migraron por razones económicas éstas siguen siendo precarias en nuestro país.

N-ACETILCISTEINA PREVIENE LOS EFECTOS DE LA HIPOPERFUSIÓN UTERINA SOBRE EL FLUJO FETO-PLACENTARIO Y LA FUNCIÓN ENDOTELIAL UMBILICAL EN UN MODELO DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO EN COBAYOS

Fernández C. MD, Herrera E. PhD, Farias M. MD PhD, Díaz-López F. DVM., Casanello P. PhD, Krause B. PhD.

INTRODUCCIÓN

La restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es una patología de gran importancia perinatal, asociada a riesgo de morbi-mortalidad neonatal, así como factor de riesgo independiente de parto prematuro en primigestas. Esta patología se caracteriza por una disfunción placentaria, en parte causada por un desequilibrio en la síntesis y respuesta a vasoconstrictores y vasodilatadores, así como un aumento en el estrés oxidativo tanto a nivel materno y fetal. Estudios previos han propuesto el uso de antioxidantes (i.e. vitamina C y E) como tratamiento para la RCIU sin efectos claros en estudios de meta-análisis, lo cual podría deberse al débil efecto antioxidante de estos agentes compradas con los sistemas redox endógenos (i.e. glutatión). En este estudio se propone el uso de N-acetilcisteína (NAC), un eficiente precursor de glutatión, como tratamiento de la disfunción vascular placentaria asociada a la RCIU. Para esto se desarrolló un modelo de RCIU en Cobayos, considerando las importantes similitudes que este modelo comparte con la fisiología de la placentación y maduración fetal humana.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 40 (18) Cobayos hembras gestantes, las cuales fueron randomizadas en la mitad de la gestación (35 d) a cirugía para oclusión de arterias uterinas (RCIU) o cirugía exploratoria (Control). La oclusión se obtuvo mediante la implantación de anillos ameroides en las arterias uterinas de la gestante, los cuales reducen progresivamente el lumen en un curso de 7 días. Un subgrupo de las gestantes controles y RCIU recibieron NAC (500mg xKg peso-1 x día-1), tratamiento que fue iniciado inmediatamente previo al procedimiento quirúrgico. Se realizó seguimiento bisemanal con ecografía para determinar biometría y Doppler de arteria Umbilical (S/D, IR, IP) hasta los

60 días de gestación. Las cobayas fueron sacrificadas a los 60-62 días de gestación, con una sobredosis de anestésicos, realizándose una cesárea para obtener el feto y la placenta para estudio. Todos los procedimientos y manejo de animales fue aprobado por el comité de ética de la facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile (1130801) y de la Universidad de Chile (protocolo CBA N° 0694 FMUCH).

RESULTADOS

La oclusión de arterias uterinas llevó a un menor crecimiento fetal a nivel del abdomen ($p < 0,05$) sin cambios en la circunferencia craneal. Consecuentemente, los fetos RCIU presentaron un menor decremento en el IR e IP ($p < 0,01$) umbilical a lo largo de la gestación, así como una menor índice cerebro-placentario ($p < 0,05$). Todas estas alteraciones fueron prevenidas por el tratamiento con NAC. Por otra parte, el grupo RCIU no tratado presentó una reducción del 31% del peso fetal a término (57,9 ± 5,1 gr; n = 9) en comparación con los controles no tratados (83,7 ± 3,1 gr; n = 16; $p < 0,01$) y fetos RCIU tratados con NAC (74,1 ± 4,5 gr; n = 9; $p < 0,05$). Los fetos RCIU con (4,78 ± 0,37 gr) o sin tratamiento (4,09 ± 0,39 gr) con NAC presentaron placentas más pequeñas respecto de los controles (6,85 ± 0,50 gr; $p < 0,05$), sugiriendo una mayor eficiencia placentaria en el grupo RCIU tratado con NAC. De manera similar el grupo RCIU sin tratamiento presentó una reducción en el peso de los órganos fetales (corazón, pulmones, hígado, riñones) lo cual fue revertido por el tratamiento con NAC. Cabe destacar que todos los parámetros determinados no fueron afectados por el tratamiento con NAC en fetos controles.

CONCLUSIONES

El tratamiento materno con N-acetilcisteína mejora la eficiencia y la función vascular placentaria en modelo de RCIU en cobayo previniendo los efectos deletéreos sobre el crecimiento fetal.

INDUCCIÓN DE PARTO CON SONDA FOLEY EN PACIENTES CESARIZADAS EN HOSPITAL PÚBLICO. REPORTE DE LA EXPERIENCIA

Platero A., Ramirez G., Rojas A.

Universidad De Chile, Facultad De Medicina Sur. Hospital Barros Luco-Trudeau.

La inducción del Trabajo de Parto es un procedimiento común en Obstetricia. Definida como la iniciación artificial de las contracciones uterinas con el objetivo de lograr un parto vaginal. En ese contexto la incidencia cada vez mayor de embarazadas con cicatriz de cesárea previa ha propuesto un desafío cuando el trabajo de parto no se inicia en forma espontánea y se requiere la interrupción del embarazo. Dentro de los métodos de inducción se cuenta el mecánico, de los más antiguos e importantes. En ellos se incluye la dilatación mecánica con sondas y dilatadores higroscópicos, que se introducen en el canal cervical y espacio extra amniótico produciendo presión local en el cuello uterino, estimulando indirectamente la secreción de Prostaglandinas (Pgs.). En nuestra experiencia, se aplica el protocolo de inducción con Sonda Foley para pacientes con cesárea previa y que cumplan con ciertos requisitos obstétricos (único, cefálica, peso <4000 grs., pelvis normal, LA normal, UFP indemne).

MATERIALES Y MÉTODOS

Reunimos los casos ingresados entre Julio 2014 a Julio 2015, en total 16 pacientes, se tabularon datos en planilla Excel y se compararon datos.

RESULTADOS

De las 16 pacientes, 14 eran multipara de 1 y 2 multipara de 2; sólo 1 paciente era de pre término (34 sem.), hubo 11 cesáreas (69%) y 5 PV (31%), los motivos de cesárea fueron: inducción fracasada (8), Conducción fracasada (2), Infección ovular (1). Los motivos diagnósticos de inducción fueron: Diabetes Gestacional NIR (2), DM-2 IR (1), DM-2 NIR (1), Hipertensión Gestacional No Proteinúrica (2), HTA crónica (1), CIE icterica (1), Emb. Vías de prolongación (2), EGD 14 días (3), Feto GEG (1), Antec. de ACV isquémico Secueledado (1), Feto Polimalformado (1).

CONCLUSIONES

La inducción mecánica del Trabajo de Parto con Sonda Foley presentó una tasa de éxito en lograr Parto Vaginal de 31%, siendo la inducción fracasada por malas condiciones cervicales la principal causa de fracaso. La edad gestacional al momento de la inducción no tuvo relevancia en los resultados obtenidos. Hubo un sólo caso de pretérmino en una inducción de paciente con CIE icterica severa sintomática que terminó en cesárea por fracaso de la inducción. La inducción con Sonda Foley reaparece como una alternativa válida en pacientes con cesárea previa y necesidad de interrupción del embarazo asociada principalmente a patologías del embarazo ayudando a reducir la morbilidad asociado a una reintervención en 1/3 de las pacientes.

RESULTADO PERINATAL DE LAS PRINCIPALES MALFORMACIONES DESCRITAS COMO LETALES

Rencoret G, Figueroa J, Leiva JL, Saez J, Parra M, Ocaranza M, Sepulveda E.

Unidad Medicina Materno Fetal Hospital Clínico San Borja Arriarán. (UMMF-HCSBA) Facultad de Medicina Centro Universidad de Chile

Se entiende como malformaciones letales o incompatibles con la vida aquella muerte fetal o neonatal que resulta en muerte en la mayoría de los casos o de forma invariable independiente del tratamiento otorgado. Se describe clásicamente como malformaciones letales la acránea/ anencefalia, holoprosencefalia alobar, agenesia renal, trisomía 13, 18 y algunas displasia esqueléticas. Además existe un largo listado de malformaciones raras de baja frecuencia y alta mortalidad como sería el onfalocele gigante, Meckel – Grouber, iniencefalia, etc. El objetivo es describir la frecuencia de los defectos clásicamente descritos como letales, frecuencia de diagnóstico prenatal, edad gestacional al diagnóstico, edad gestacional al nacimiento, frecuencia de muerte fetal y neonatal a la semana. Se examinó un total de 19347 partos entre Julio 2011 a julio 2015. Toda la información se obtuvo de las bases de datos de parto y ecográfica de la UMMF.

RESULTADO

Acranea/ Anencefalia: Frecuencia 1 en 2700 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=8). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 20 semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 33.0 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 57% y 0% respectivamente. Agenesia Renal Bilateral: Frecuencia 1 en 2500 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=8). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 25 semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 34.0 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 87% y 0% respectivamente. Riñón Poliquistico: Frecuencia 1 en 10000 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=2). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 25 (rango 21-31) semanas y edad gestacional promedio al

nacimiento fue de 32.0 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 100% y 0% respectivamente. Displasia Esquelética Letal (OI tipo 2, Acondrogénesis, Tanatofórica) Frecuencia 1 en 5000 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=4). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 26 (rango 24-34) semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 37.0 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 100% y 0% respectivamente. Trisomía 18. Frecuencia 1 en 1500 embarazos (n=14). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 24 semanas (rango 14-26) y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 32.0 semanas (rango 17-40). La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 50% y 28% respectivamente. Trisomía 13: Frecuencia 1 en 3500 embarazos (n=5). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 18 (rango 11-25) semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 34.0 semanas (rango 32-36). La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 40% y 20% respectivamente. Holoprosencefalia Alobar: Frecuencia 1 en 6500 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=3). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 25 semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 36 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 60% y 0% respectivamente. Body Stalk: Frecuencia 1 en 9600 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=3). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 24 semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 36 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento y a la semana postparto fue de 30% y 0% respectivamente.

Hidrops No Inmune: Frecuencia 1 en 1000 embarazos, el diagnóstico se realizó en el 100% de los casos (n=21). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 21 semanas y edad gestacional promedio al nacimiento fue de 37 semanas. La frecuencia de vivos al nacimiento si es que la causa fue cromosómica fue de 0% (Sd. Turner- monosomía X) Si es que la causa se asoció a cardiopatía o desconocida la sobrevivida al nacimiento y semana postparto fue de 26% y 21% respectivamente.

CONCLUSIÓN

Los defectos asociados clásicamente a alta letalidad son de baja frecuencia. En nuestro hospital la detección de estos casos fue mayor al 95%, lo que refleja un alto nivel de detección a nivel primario y adecuado sistema de derivación. La edad gestacional al diagnóstico fue en su mayoría en segundo trimestre tardío, reflejo de normas centradas en la detección de defectos en el examen morfológico entre 20 y 20 semanas. Ninguna malformación fue 100% letal intrauterina a excepción de la monosomía X asociada a hidrops. La cranea, agenesia renal, riñón poliquístico, holoprosencefalia alobar y body stalk mostraron 100% de letalidad a la semanas postparto. Esta información será de gran relevancia al orientar a las embarazadas cuando se diagnostica una de estas malformaciones.

MEDICINA MATERNO FETAL

39

SEGUIMIENTO AL AÑO DE VIDA DE FETOS CON MALFORMACIONES ALTAMENTE LETALES DURANTE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO)

Aguilera S, Cisternas D, Narvaez S, Martínez M, Rodríguez JG, Marengo F, Sedano R, Terra R, Zúñiga L. CERPO, Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

40

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO EN SÍNDROME DE HELLP. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN

Autoras: Silva S¹, Henríquez MP², Vargas K¹, Catalán A.³ 1 Internas de Medicina Universidad de Chile, 2 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile 3 Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente.

41

PREDICCIÓN DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS FETALES MEDIANTE ANÁLISIS PRENATAL NO INVASIVO DE DNA FETAL LIBRE EN SANGRE MATERNA.

Gómez R.^{1,3,4}, Salinas S², Figueroa C.^{1,3,4}, González F.¹, Iriarte C.², Rojas I.⁴ Cedip-Hospital Clínico La Florida (1), Laboratorio OriGen (2), Pontificia Universidad Católica de Chile (3), Clínica Santa María (4).

42

CORRELACION ENTRE TIPO DE CERCLAJE CERVICAL Y EDAD GESTACIONAL AL PARTO

Valdés R.^{1,2}, Pertossi E.², Soto M.J.², Díaz F.¹, Córdova V.¹, Ferrer F.^{1,2}, Martinović C.^{1,2}, Vargas P.^{1,2}, Silva K.¹, Kusanović J.P.^{1,2} 1 Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2 División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

43

ACTUALIZACIÓN: SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL: EXPERIENCIA DE 69 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, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

44

COMPARACIÓN DE PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL Y EMBARAZADAS SANAS.

Autores: Morales F¹, Barria M¹, Rosales L¹, Díaz R¹, Jimenez M¹, Salazar T², Hidalgo M³ 1. Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital El Carmen Dr Luis valentin Ferrada De Maipú. 2 Matrona coordinadora de policlino de medicina materno fetal de hospital el Carmen de Maipú 3. Interno Carrera de Medicina Universidad Finnis Terrae.

45

EFFECTO DE PRIMERA CESÁREA EN LOS SUBSIGUIENTES EMBARAZOS: ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA INSTITUCIÓN.

Bernardita Walker, Masami Yamamoto, Felipe Jordán, Andrés Valenzuela, Rodrigo Latorre, Alvaro Insunza. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago-Universidad del Desarrollo.

46

ANEURISMA DEL DUCTUS ARTERIOSO RESULTADO PERINATAL.

Rojas E.¹, Cabrera C.¹, Piñats C.¹, Lagos N.¹, García C.¹, Ilabaca J.¹, Sepúlveda M.¹, Bustos T.², Erpel H.², Enríquez P.² 1 Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Carabineros 2 Internos de medicina Universidad Mayor

47

FLUTTER AURICULAR FETAL: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO.

Ceroni J1, Mocarquer J1, Sepúlveda C2, Espinoza G2, Montañón I1, Gutiérrez J1, Álvarez P3. 1Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile 2 Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile 3Hospital de Niños Roberto del Río. Universidad de Chile.

48

DETERMINACIÓN DE GENOTIPO RHESUS D FETAL MEDIANTE ESTUDIO DE ADN FETAL LIBRE EN PLASMA MATERNO EN EMBARAZADAS RH NEGATIVO

Autores: Moore P (1), Miranda R (2), Guerra F.(3), Macías B. (4), Martínez A.(5) (1)Hospital Base de Puerto Montt, (2) Interno Medicina UACH, (3) Instituto de Obstetricia y Ginecología Universidad Austral de Chile, Valdivia., (4) Becada Obstetricia y Ginecología UACH, (5) Mg. Biología Molecular, Aquainnovo®

49

EXPERIENCIA LOCAL EN PESQUISA DE RIESGO ANEUPLOIDÍA PRENATAL MEDIANTE EL USO DE DNA LIBRE FETAL EN SANGRE MATERNA.

Macías B., Vogt S., García-Huidobro T., Moore P., Guerra F. Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile. Clínica Alemana de Valdivia.

50

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL - MONOAMNIOTICO EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, A 4 AÑOS DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO.(III)

Flores X.*°, Tiznado F*. Lanás C*. Viguera A*. Luengo O*.* Unidad Ultrasonografía, Unidad de Medicina perinatal, Hospital Las Higueras. °Docente Fac de Medicina. Universidad San Sebastián, sede Concepción

51

TIPOS DE PARTO: ¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE CESÁREAS? ESTUDIO COMPARATIVO 2003-2014

Salinas, H., Aleuallli, M., Morales, N. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

52

DIABETES GESTACIONAL EN HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE (HOSCAR). EXPERIENCIA DE 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO

Lagos, N. 1,2; Erpel, H.2; Bustos, T.2; Enríquez, P.2; Salinas, D.2; Cáceres, R.2; Ilabaca, J.1,2; García, C. 1,2; Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital de Carabineros de Chile1. Facultad de Medicina Universidad Mayor 2.

53

RIESGO DE ANOMALIAS DE PLACENTACION EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS

Juan Inostroza, Pablo Morales, Masami Yamamoto, Rodrigo Latorre, Alvaro Insunza. Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.

54

MANEJO Y RESOLUCION DE EMBARAZO CON CRISIS DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN PACIENTE LUPICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gálvez J. 2, Orellana V.3, Rodríguez K 3, Parra-Cordero M.1 1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile. 2 Programa de Postgrado, Dpto de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile. 3 Programa de Pregrado, Carrera de Medicina, Universidad de Chile.

55

EXPERIENCIA DE PROCEDIMIENTO EXIT EN PACIENTE PORTADORA DE C.H.A.O.S: PRIMER CASO EN CHILE Y SUDAMÉRICA.

Cisternas D, Terra R, Aguilera S, Zúñiga L, Sedano R, Marengo F, Rodríguez JG. CERPO (Centro de Referencia Perinatal Oriente)- Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.

56

PIOCOLPOS COMO PRESENTACION DEL SINDROME DE OHVIRA EN PACIENTE GESTANTE.

Barrientos J1, Díaz E1, Canessa MJ2, Carvajal A2, Walker B2, Kaplan F2, Jordán F2, Yamamoto M2, Insunza, A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

57

RANULA SUBLINGUAL: DIAGNOSTICO PRENATAL, CONTROL Y MANEJO MULTIDICIPLINARIO.

Cabrera, C. Carrillo, R. Ilabaca, J. Feldman, R. Garcia, C. Lagos, N. Sepulveda, M. Díaz, C. Piñats, C. Rojas, E. Tello, P. Hospital de Carabineros de Chile. Facultad de Medicina, Universidad Mayor.

58

HEMIMEGALOENCEFALIA CON LIPOMA FACIAL; CASO CLINICO

Tello, P. Enriquez, P. Ilabaca, J. Cabrera, C. Garcia, C. Lagos, N. Sepulveda, M. Díaz, C. Piñats, C. Rojas, E. Rolle, A. Hospital de Carabineros de Chile. Facultad de Medicina, Universidad Mayor.

59

EXPERIENCIA DE UNIDAD ECOGRAFIA MATERNO FETAL DE HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ: 8 MESES DE FUNCIONAMIENTO.

Autores: Diaz R1, Montaña I1, Schifano R1, Morales F1, Rosales L1, Barria M1, Jimenez M1, Barrios P1, Hayes T2, Galarce V2 1 Unidad de Medicina Materno fetal. Hospital EL Carmen de Maipu, Servicio de Salud metropolitano Central. 2 Internos carrera de Medicina Universidad Finnis Terrae.

60

CRIBADO DE PRE-ECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE: COMBINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DOPPLER DE ARTERIA UTERINA Y PRESIÓN ARTERIA MEDIA

Haye, MT.1; Rencoret, G2.; Silva, C.1; Figueroa, J.2; Sepúlveda, A.1; Valdes, E.1; Parra-Cordero, M1,2. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile 1 y Hospital San Borja Arriarán2

61

EXPERIENCIA DE COAGULACIÓN LÁSER EN TRANSFUSIÓN FETO-FETAL SEVERA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y PÚBLICO DEL PAÍS

Solar, F.2; Rencoret, G2.; Figueroa, J.2; Sepúlveda, A.1; Parra-Cordero, M1,2. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile1 y Hospital San Borja Arriarán2

62

RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON ACORTAMIENTO CERVICAL IDENTIFICADO POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL E INSTALACIÓN ULTERIOR DE UN PESARIO DE ARABIN

Gómez R1,2, Rojas I1, González F2, Rondini C1, Braun H1, López JL1, Buckel H1, Pérez R1, Reyes M1, González O1, Fuenzalida J1,2, Avila F1,2 y Figueroa C1,2. Clínica Santa María (1) y Cedip – Hospital La Florida - UC (2).

63

COBERTURA DE LA NEUROPROTECCIÓN FETAL EN CHILE: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ESTRUCTURADA EMPLEANDO UN PORTAL INTERNET DE PROFESIONALES DE LA SALUD

Gómez R1,2, Figueroa C1,2, González F1, Bustamante M1, Winkler C1, Fuenzalida J1,2, Díaz S1, Cortés G1,2, Ávila F1, Poblete A2. Cedip-Hospital Clínico La Florida (1), Pontificia Universidad Católica de Chile (2)

64

EFEECTO DEL CRECIMIENTO FETAL DISCORDANTE EN EL PRÓGNOSTICO PERINATAL EN EMBARAZOS GEMELARES CON ≥ 34 SEMANAS DE AMENORREA.

Figueroa J1; Ramos M2; Schwarze J3; Rencoret G1; Geraldo J2 1.Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 2.Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 3. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago de Chile.

65

RESULTADOS PERINATALES EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO CON MISOPROSTOL EN EMBARAZO DE 41 SEMANAS

Díaz A.M; Barrios R.M; Aguirre C.D. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile.

66

“MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO: RESULTADOS PERINATALES CUANDO SE INTERRUMPE POR REGISTRO SOSPECHOSO PERSISTENTE”.

Pais F, Guiñez C, Masami Y, Valenzuela A, Latorre R1 1Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

67

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <32 SEMANAS ASOCIADO A OLIGOAMNIOS: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN INTRA-AMNIÓTICA

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Catalán C.2, Silva K.1, Díaz F.1, Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica

68

PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA ANTERIOR: INCIDENCIA, CAUSAS E IMPLICANCIA

Rosas A.1, Martinez P.1, Barros J.1, Alliende R.1, Yamamoto M.2, Insunza A.3 1-Becado Ginecología-Obstetricia en Hospital Padre Hurtado 2-Jefe de Becados Ginecología Obstetrica Hospital Padre Hurtado 3 Jefe Unidad Ginecología-Obstetricia Hospital Padre Hurtado

69

MORBILIDAD NEONATAL EN PACIENTES CON ROTURA PREMATURA OVULAR DIAGNOSTICADA ENTRE LAS 35 Y 36+6 SEMANAS DE GESTACIÓN

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Silva K.1, Díaz F.1, Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

70

USO DE ASPIRINA PROFILÁCTICA EN POBLACIÓN DE RIESGO DE PREECLAMPSIA PRECOZ. UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA (UMF HRA), CHILE.

Santelices J1., Acuña L.1, Kiekebusch G. 2 1. Interna séptimo año Medicina. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta 2. Ginecólogo obstetra. Unidad Medicina Materno Fetal, Hospital Regional de Antofagasta.

71

CERVICOMETRÍA ENTRE 18 Y 24 SEMANAS Y RIESGO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO.

Rencoret G. 2, Chong E.1, Alvarado F.1, Figueroa J2. 1. Becada Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile 2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriaran. Universidad de Chile.

72

MORTALIDAD FETAL TARDÍA EN PACIENTES CON DIABETES PREGESTACIONAL DEL HOSPITAL DR. G.MO. GRANT BENAVENTE (HGGB), 2010-2014. FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.

Quiroz V, Arévalo E*, Gonzalez J*, Hananias F*, Pío G*. (*) Alumnos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

73

ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO DE LAS MUERTES FETALES EN HOSPITAL SAN JOSÉ PERIODO 2011-2014

Banderas B., Muñoz F, Guerra M, Canales J, Valdebenito P
Complejo Hospitalario San José/ Universidad de Santiago de Chile.

74

CAMBIOS DESDE EL AÑO 2011 AL 2014 EN LA PATOGENIA Y SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN PIELONEFRITIS AGUDA DE PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

Banderas B, Guerra M, Muñoz F, Borda P, Gutiérrez J, Fariás L.
Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile.

75

DISPLASIA MESENQUIMAL PLACENTARIA: REPORTE DE UN CASO

Barrientos, J1. Duran, R1. Ruiz, M1. Walker, B2. Jordán, F2. Yamamoto, M2. Sanhueza, V3. Insunza, A2. 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

76

ANÁLISIS ETIOLÓGICO DE HIPOGLICEMIA NEONATAL CON ÉNFASIS EN EL USO DE HIPOGLICEMIANTE ORALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2014.

Maldonado C, Banderas B, Sierra A. Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile.

77

PREECLAMPSIA Y TAQUICARDIA MATERNA, RESULTADO DE ENFERMEDAD DE GRAVES NO CONTROLADA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Banderas B., Soto L., Maldonado C., Núñez A. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile Unidad de Partos, Hospital San José

78

PERFIL LIPÍDICO DURANTE LA GESTACIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES BIOMÉDICOS Y RESULTADOS PERINATALES.

Autor: Rodríguez M., Coautor: Pérez R. Institución: Universidad de Concepción

79

EFFECTO DEL CRECIMIENTO FETAL DISCORDANTE EN EL PRÓGNOSTICO PERINATAL EN EMBARAZOS GEMELARES CON ≥ 34 SEMANAS DE AMENORREA.

Figueroa J1; Ramos M2; Schwarze J3; Rencoret G1. 1.Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 2. Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 3. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago de Chile.

80

CERVICOMETRÍA ENTRE 18 Y 24 SEMANAS Y RIESGO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO.

Rencoret G. 2, Chong E. 1, Alvarado F. 1, Figueroa J2. 1. Becada Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile 2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

81

¿CÁNCER DE TIROIDES ANAPLÁSICO Y EMBARAZO, SABEMOS COMO MANEJARLO?

Morales N, Sanhueza P, Guerra M, Vásquez P, Gutiérrez J
Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital San Jose, Universidad Santiago de Chile

82

DIAGNOSTICO PRENATAL DE ANORMALIDADES CROMOSOMICAS EN PACIENTES CON MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Vargas P.1,2 Sepulveda S.3 Kusanovic JP. Parra Z. Mellado C. Pardo R. Silva K. Díaz F. Ferrer F. Cordova V. Valdes R. Martinovic C. 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3 Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

83

DIAGNOSTICO PRENATAL Y SOBREVIDA DE NIÑOS CON SINDROMES DE EDWARDS Y PATAUU: EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL SOTERO DEL RIO

Vargas P.1,2 Sepúlveda S.3 Kusanovic J.P. Parra Z. Mellado C. Pardo R. Silva K. Diaz F. Ferrer F. Cordova V. Valdes R. Martinovic C. 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

84

DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO I: REVISIÓN DEL TEMA A PARTIR DE UN CASO

Barrientos, J1. Díaz, E1. Alliende, R1. Ruz, A1. Jordán, F2. Novoa, J3. 1Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Servicio de Neonatología, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile

85

RUPTURA HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO

Fuentes F., Oliva E. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca. Universidad Católica del Maule

86

CARDIOPATIAS CONGÉNITAS COMPLEJAS EN EL RECIÉN NACIDO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2006-2014

Witker D, Pais F, Insunza A, Novoa J Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Hospital Padre Hurtado- Universidad del Desarrollo

87

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE EMBARAZO ISTMICO-CERVICAL QUE ALCANZA VIABILIDAD: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Vásquez P.2, Toledo M. V.2, Guiñez R. 1, Galleguillos C.1, Parra-Cordero M.1 1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

88

CARACTERIZACIÓN DE PATRONES INMUNOLÓGICOS EN EMBARAZADAS CLASIFICADAS EN ALTO O BAJO RIESGO DE PRE-ECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN

Parra-Cordero, M.1,2; Sepúlveda, A.1; Caro, G.1; Templo, F3; López, M.3; Valdes, E.1; Rencoret, G.2 Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile1 y Hospital San Borja Arriarán2, Laboratorio de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile3.

89

FACTORES BIOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN ESCOLAR DE MADRES ADOLESCENTES.

Pérez R., Araya T., Castillo MF., Faúndez C., Garrido V., Rivera J. Departamento Obstetricia y Puericultura Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Chile.

90

MANEJO DE LA EMBARAZADA CON FENILCETONURIA: CASO CLINICO

Guiñez R.1, Galleguillos C.1, Toledo V1, Vásquez P.1, Parra-Cordero M.1 1Unidad de Medicina Materno Fetal. Hospital Clínico Universidad de Chile

91

PREDICCIÓN DE CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA UTILIZANDO LACTATO DESHIDROGENASA EN LIQUIDO AMNIOTICO

Tobar Hermógenes 1, Galvez Daniela 2, Vargas Cristián 3, Reyes Guillermo 3, Kopplin Jorge 2 1 Unidad Medicina Materno Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile 2 Becado programa Especialización Ginecología y Obstetricia 3 Internos de Medicina Universidad de Chile.

92

ANÁLISIS DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROBSON MODIFICADOS

Díaz P1, Chavarrí M.J1, Jensen R2, Figueroa H2, Kottmann C2, Caradeux J2. 1Internas séptimo año Medicina U. De los Andes. 2Médicos Unidad de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

93

RECOLECCIÓN TRANSABDOMINAL DE “SLUDGE” EN LÍQUIDO AMNIÓTICO: PRIMER CASO REPORTADO EN LA LITERATURA

Kusanovic J.P.1, 2, 3, Romero R.3, Martinovic C.1,2, Silva K.1, Díaz F.1, Ferrer F.1,2, Valdés R.1,2, Córdova V.1, Vargas P.1,2, Nilo M.E.1, Le Cerf P.4 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Perinatology Research Branch, National Institute of Child Health and Human Development, USA. 4Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

94

INCORPORACIÓN DE CRIBADO UNIVERSAL PARA ENFERMEDAD TIROIDEA EN EL CONTROL PRENATAL. REPERCUSIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO

Durán R. 1,2 Stern J.i2, Valderrama C. i2, Carrasco A. 1,2, González P.1,2, Yamamoto M.1,2 e Inzuna A. 1,2.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Padre Hurtado, Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.2 Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago.

95

EXPERIENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE EMBARAZOS CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS LETALES

Muñoz A., Negrete M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

SEGUIMIENTO AL AÑO DE VIDA DE FETOS CON MALFORMACIONES ALTAMENTE LETALES DURANTE 12 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO). 39

Aguilera S, Cisternas D, Narvaez S, Martínez M, Rodríguez JG, Marengo F, Sedano R, Terra R, Zúñiga L.

CERPO, Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

Se consideran malformaciones fetales incompatibles con la vida aquellas que invariablemente llevan a la muerte del feto in útero o en el período neonatal, independiente de las maniobras de soporte y del tratamiento médico ofrecido.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo con revisión de fichas de pacientes con diagnóstico de malformaciones fetales altamente letales ingresados al CERPO y Neonatología del Hospital Luis Tisné Brousse (HLTB), entre 01 de Abril 2003 y 30 de Junio 2014. Se realizó seguimiento telefónico al año de vida. Se consideraron las pacientes con fetos portadores de trisomía 13, trisomía 18, agenesia renal bilateral/Sd.Potter, acráneos, holoprocencefalia, siameses o pagos, hidroanencefalia y triploidias. Se analizó para cada una de ellas la sobrevida a los 28 días y al año de vida. Se calculó la prevalencia de estas patologías en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente.

RESULTADOS

Hubo un total de 87.804 recién nacidos (RN) en HLTB durante el período de 12 años del estudio. Para trisomía 13 la prevalencia fue de 1.7 por 10.000 recién nacidos vivos (RNV), para trisomía 18 fue 6.3 por 10.000 RNV, para agenesia renal bilateral/Sd.Potter 1.9 por 10.000 RNV, acráneos 3.1 por 10.000 RNV, holoprocencefalia 2 por 10.000 RNV, siameses o pagos 1.6 por 10.000 RNV, hidroanencefalia 0.8 por 10.000 RNV y triploidias 0.2 por 10.000 RNV. Fueron mortinatos un 100% de las triploidias. En el período neonatal fallecieron 73% (11) RN con trisomía 13, 51% (28) RN con trisomía 18, 94% (16) RN con agenesia renal/Sd.Potter, 67% (18) de RN acráneos, 22% (4) de RN con holoprocencefalia y 86% (13) de siameses o pagos. No hubo muertes neonatales en los casos con hidroanencefalia (0).

La sobrevida al año para trisomía 13 fue 7%, para trisomía 18 de 2%, holoprocencefalia 17%, siameses 14%, hidroanencefalia 57%, y no hubo sobrevida al año para la agenesia renal bilateral/Potter, fetos acráneos ni triploidias.

CONCLUSIONES

La prevalencia y sobrevida de las patologías mencionadas en nuestro centro, son similares a las encontradas en la literatura extranjera. La presencia de RN vivos al año de seguimiento con trisomías 13, 18, holoprocencefalia, siameses e hidroanencefalia, permite recomendar no utilizar el término incompatible con la vida y reemplazarlo por patologías fetales con alta letalidad.

HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO ROTO EN SÍNDROME DE HELLP. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN.

40

Autoras: Silva S1, Henríquez MP2, Vargas K1, Catalán A.3

1 Internas de Medicina Universidad de Chile, 2 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile 3Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente

INTRODUCCIÓN

Se entiende por HELLP como un infrecuente síndrome asociado al síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) que se caracteriza por hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia. Con baja mortalidad materno-fetal, puede presentar complicaciones hepáticas dentro de las cuales está el hematoma subcapsular hepático (HSCH) con una incidencia entre 1/45.000 a 1/225.000 embarazos, con morbimortalidad materno-fetal de hasta un 62%. Se presenta un caso de HSCH roto y revisión del tema. Caso Clínico: Paciente de 36 años, múltipara de 1, cursando embarazo de 36 semanas fisiológico. Consulta en extrasistema por cuadro de dos días de evolución de cervicalgia y omalgia derecha irradiado a región lumbar derecha. Se habría evaluado e indicado medidas analgésicas. Este se intensifica y consulta en nuestro servicio objetivándose taquicárdica, presión arterial (PA) 138/98 mmHg, abdomen blando pero muy sensible en hipocondrio derecho, edema leve de extremidades inferiores, y reflejos osteotendíneos normales. RBNS al ingreso: reactivo, sin DU. PA posteriores normales. Exámenes destaca: proteinuria cualitativa (+++), hematocrito 33.1%, hemoglobina 10.9, ácido úrico: 5.4, plaquetas: 136.000, leucocitos 11.600, LDH 2.778, GOT: 723 GPT:578 GGT: 28, proteinuria muestra aislada: 1.102 mg/L. Se diagnostica Síndrome HELLP, por lo que decide realizar cesárea de urgencia, Al abrir peritoneo se evidencia hemoperitoneo de 1Lt aprox. Se extrae RN femenino 2.425 gr, APGAR 9-9. Junto con equipo de cirugía procede a laparotomía media supraumbilical (LMSU), evidenciándose HSCH roto en lóbulo derecho, comprometiendo aprox un 30% de la superficie realizando packing con 8 compresas, cediendo sangrado. En UCI evoluciona estable, sin requerimiento de drogas vasoactivas. A las 48 hrs se retiran compresas, leve sangrado que cede a electrofulguración. Presenta hipertensión que se maneja. Al 7mo. día se evidencia en TAC nuevo HSCH izquierdo y colecciones intrahepáticas,

manejado en forma expectante. Fiebre asociada se interpreta como sobreinfección de éstas con buena respuesta a antibióticos y evolución satisfactoria, sin morbilidad asociada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a través de ficha clínica de paciente manejada en Hospital Dr. Tisné Brousse y revisión bibliográfica del tema. Discusión: El síndrome de HELLP es infrecuente, presentándose en 0,1 a 0,8% de los embarazos con una mortalidad de 2%. En presentaciones atípicas puede no asociarse a SHE e iniciarse o exacerbarse en el postparto. Puede complicarse con HSCH roto lo que determina un marcado aumento en la mortalidad materno-fetal a un 58 a 62%, lo que obliga a sospechar y pesquisar prontamente esta entidad, mejorando así su pronóstico. Su presentación clínica es inespecífica, lo que dificulta su sospecha diagnóstica, pese a esto, se cuenta con diversos estudios retrospectivos que evidencian que la presencia de epigastralgia (70%) ó dolor en hipocondrio derecho y/u omalgia (21%), permiten una fuerte sospecha diagnóstica, más aún si existen otros elementos de SHE, sin esperar la aparición de síntomas de shock hipovolémico. Si la paciente está hemodinámicamente estable, se puede ofrecer un tratamiento conservador, y en una paciente hemodinámicamente inestable, se priorizará el manejo de reanimación, y resolución quirúrgica de la rotura hepática con técnica de packing asociado a malla. En centros que cuentan con radiología intervencional, la embolización de arterias hepáticas se plantea como tratamiento de primera línea. Es indicación de cirugía también la infección o aumento de tamaño del hematoma. El trasplante hepático se plantea como una última opción terapéutica, cuando existe falla extensa de dicho órgano. Conclusión: Dada la alta tasa de mortalidad que llega a un 62% se justifica un alto índice de sospecha diagnóstica, la que puede ser apoyada con imágenes si hay estabilidad hemodinámica. La importancia de la detección precoz del HSCH y adecuado manejo quirúrgico mejora la mortalidad materna y fetal. Se plantea la posibilidad de tratamiento con embolización de arterias hepáticas con resultados prometedores avalados por la literatura.

PREDICCIÓN DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS FETALES MEDIANTE ANÁLISIS PRENATAL NO INVASIVO DE DNA FETAL LIBRE EN SANGRE MATERNA.

Gómez R.^{1,3,4}, Salinas S², Figueroa C.^{1,3,4}, González F.¹, Iriarte C.², Rojas I.⁴ Cedip-Hospital Clínico La Florida (1), Laboratorio OriGen (2), Pontificia Universidad Católica de Chile (3), Clínica Santa María (4).

INTRODUCCIÓN

Investigaciones realizadas en los últimos años han informado acerca de la validación y / o implementación del análisis de ADN libre de células (cfDNA) en sangre materna para la detección de trisomías 21, 18, 13, aneuploidías de los cromosomas sexuales y otras anomalías. Un meta-análisis reciente que examinó los 21 estudios más consistentes mostró una tasa de detección superior al 99% y un porcentaje de falsos positivos de 0.1 para trisomía 21 (T21), 96% y 0.26% para trisomías 18 (T18), 91% y 0.36% para trisomía 13 (T13), 90% y 0.37% para monosomía Xo, respectivamente. Nuestro objetivo fue evaluar el valor predictivo de cfDNA a partir de un grupo de pacientes con un test positivo para anomalías de los cromosomas 13, 18, 21 y sexuales.

PACIENTES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de cohortes de pacientes -predominantemente de alto riesgo- según resultado del análisis de cfDNA en sangre materna para anomalías de los cromosomas 13, 18, 21 y sexuales, realizados en un laboratorio único. A partir de 20 resultados positivos en pacientes con consentimiento informado y seguimiento completo (confirmatorio = examen del mortinato, recién nacido o cariotipo), se construyó un grupo control con similar número de pacientes de tal manera que fuese posible calcular los valores predictivos

positivo y negativo. El análisis del cfDNA fue realizado con una técnica basada en la amplificación de tipo PCR de 19.488 polimorfismos de nucleótido simple (SNP`s) enfocados en los cromosomas de interés. La selección de estos SNP`s asegura que no existan sesgos de análisis en diversos grupos étnicos, por lo que es aplicable a la población Chilena. El resultado de la amplificación de los SNP`s se analizó por medio de Secuenciación de Nueva Generación (NGS) basada en targeted massive parallel sequencing (t-MPS). Los datos generados por la secuenciación fueron analizados utilizando el algoritmo NATUS, el cual determina el riesgo de aneuploidía de la muestra comparando la distribución alélica de los SNP`s fetales con los parentales (test Panorama, Laboratorio OriGen, Santiago, Chile). El análisis estadístico se realizó utilizando SPSS v.20 para examinar los valores predictivos positivos y negativos.

RESULTADOS

Los cfDNA (+) se distribuyeron en 14 casos de T21, 4 casos de T18, 1 caso de T13 y 1 caso de Xo

CONCLUSIÓN

Los valores predictivos positivo y negativo en esta cohorte retrospectiva de 40 casos fue de un 100% para ambos parámetros. Nuestros resultados son comparables a aquellos reportados en la literatura internacional. Estudios futuros basados en poblaciones completas y masivas nos permitirán examinar la sensibilidad y especificidad del cfDNA para diferentes aneuploidías en nuestro setting.

Resultado del test	n total (T21)	Seguimiento confirmatorio, n (T21)
Anomalía cromosómica (+)	20 (14)	20 (14)
Anomalía cromosómica (-)	20	20
Predicción correcta	40 (14)	40 (14)

CORRELACION ENTRE TIPO DE CERCLAJE CERVICAL Y EDAD GESTACIONAL AL PARTO.

Valdés R.1,2, Pertossi E.2, Soto M.J.2, Díaz F.1, Córdova V.1, Ferrer F.1,2,

Martinović C.1,2, Vargas P.1,2, Silva K.1, Kusanović J.P.1,2

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es considerado una patología multifactorial, destacando como causas la infección, sobredistensión uterina, vascular/isquemia, hormonales, y enfermedad cervical. La incompetencia cervical se define como la incapacidad del cuello del útero para mantener un embarazo en el segundo trimestre en ausencia de contracciones uterinas y/o trabajo de parto. En general, el manejo de la incompetencia cervical es quirúrgico, realizándose un cerclaje indicado por historia (cerclaje electivo), acortamiento cervical progresivo ecográfico (cerclaje terapéutico) o dilatación cervical/membranas expuestas (cerclaje de emergencia). Los objetivos del estudio son describir la prevalencia, la edad gestacional (EG) al parto y la tasa de parto prematuro <28, <34 y <37 semanas según los distintos tipos de cerclajes realizados en el Complejo Asistencial Sótero del Río en los últimos 5 años.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo, retrospectivo de las pacientes ingresadas en nuestro hospital entre Enero de 2010 y Agosto de 2015, con diagnóstico de incompetencia cervical y/o cuello corto. Se seleccionaron a las pacientes con embarazos únicos entre 12 y 28 semanas?? Fija el límite en 26 semanas como máximo, y si son muy pocas mejor a las 24 semanas con indicación de cerclaje electivo, terapéutico o de emergencia. Se excluyeron pacientes con embarazos gemelares, rotura prematura de membranas o con diagnóstico de infección intra-amniótica.

RESULTADOS

En el período descrito hubo un total de 50 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Un 38% (19/50) fueron cerclajes por historia, un 14% (7/50) terapéuticos y un 48% (24/50) de emergencia. En cuanto a los cerclajes electivos, la mediana de la EG al cerclaje fue 14+2 semanas y al parto 37+4 semanas. La tasa de parto prematuro <28, <34 y <37 semanas fue 21%, 37% y 53%, respectivamente. Hubo sólo 7 pacientes con cerclaje terapéutico, con una mediana de la EG al cerclaje de 22+6 semanas y al parto 35 semanas. La tasa de parto prematuro <28, <34 y <37 semanas fue 43%, 43% y 85%, respectivamente. En relación al cerclaje de emergencia, la mediana de la EG a la inserción del cerclaje fue 22+1 semanas y al parto 29 semanas. La tasa de parto prematuro <28, <34 y <37 semanas fue 46%, 62% y 75%.

CONCLUSIONES

A pesar de una historia de incompetencia cervical y la inserción de un cerclaje en forma electiva, un 47% de estas pacientes tiene un parto <37 semanas. Sólo un 25% de las pacientes con un cerclaje de emergencia tiene un parto a término. Esta información es importante al momento de aconsejar a las pacientes en relación al uso de cerclaje como prevención de parto prematuro.

ACTUALIZACIÓN: SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL: EXPERIENCIA DE 69 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, Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

Los resultados de cirugías complejas en centros de referencia deben ser adecuadamente reportados. El anterior informe incluyó 56 casos, y la tasa de embarazos con al menos un feto vivo fue 80%. El reporte actual pretende actualizar los datos a los casos actuales, para el uso de los tratantes al momento de aconsejar la terapia.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos sometidos a cirugía. El procedimiento fue realizado bajo anestesia local, con los criterios clásicos de polihidroamnios severo (>10 o >8 cm) y oligoamnios (<2 cm). LA técnica quirúrgica consistió en visión directa de las anastomosis y fotocoagulación láser buscando la dicorionización. Se ha mantenido la estrategia de coagulación selectiva en todo el período. La información sobre el resultado del embarazo se obtuvo a través de contacto con el tratante, y en ocasiones con la paciente.

RESULTADOS

Se han tratado 69 pacientes con síndrome de transfusión feto fetal, entre las 16 y 27 semanas. Hay un embarazo en curso, y 68 con sus embarazos resueltos. La tasa de embarazos con al menos un hijo vivo llegó a 84% en toda la serie, con un excelente resultado. El 47% del total tiene ambos fetos vivos al momento del seguimiento. Hay casos con secuelas neurológicas, en que se identificó importantes lesiones cerebrales desde antes de la fetoscopia. Pacientes del sistema público son beneficiadas de esta terapia también, constituyéndose en un importante servicio a la salud pública.

CONCLUSIONES

Los resultados son comparables a las internacionales, y se convierten en una importante serie latinoamericana. La sobrevida de la cirugía fetal en nuestra institución ha alcanzado excelentes niveles de confiabilidad en sus resultados.

COMPARACIÓN DE PREVALENCIA Y SEVERIDAD DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL Y EMBARAZADAS SANAS.

Autores: Morales F1, Barria M1, Rosales L1, Diaz R1, Jimenez M1, Salazar T2, Hidalgo M3.

1.Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital El Carmen Dr Luis valentin Ferrada De Maipú.

2 Matrona coordinadora de policlino de medicina materno fetal de hospital el Carmen de Maipú

3. Interno Carrera de Medicina Universidad Finnis Terrae.

INTRODUCCIÓN

La relación entre diabetes y depresión ha sido bien documentada. También se ha establecido la relación entre trastornos depresivos y embarazo.

OBJETIVO

Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en un corte transversal de población gestante de Maipú y evaluar la diferencia de sintomatología depresiva prenatal entre pacientes diabéticas gestacionales (DG) y embarazadas sanas (ES). Métodos: Se incluyeron pacientes diabéticas según recomendación MINSAL controladas en la unidad de Medicina materno fetal de Hospital El Carmen de Maipú (n=47) y embarazadas sanas controladas en la APS de Maipú (n=45). Los síntomas depresivos fueron evaluados mediante el PHQ-9 (Patient Health Questionnaire for depression).

RESULTADOS

Estudiamos a 92 pacientes. 22.8% (n:21) de las pacientes calificaron para el diagnóstico de síndrome depresivo mayor (SDM) (13%) u otros síndromes depresivos (OSD) (9,8%). Al comparar los grupos un 17% de las Diabéticas Gestacionales presentaron SDM v/s un 8.9% de las embarazadas sanas siendo esta diferencia significativa. Para OSD las prevalencias fueron 10.6% para las DG v/s 8.9% para las embarazadas sanas siendo esta diferencia no significativa

En la totalidad de las pacientes e independiente del diagnóstico de SDM u OSD se evaluó la presencia y severidad de síntomas depresivos. Un 26,1% no presentó sintomatología depresiva. 45,6% presentó síntomas leves sin diferencias significativas entre ambos grupos 44,6% DG v/s 46,6% ES. Un 17,4% presentó síntomas moderados 14.9% DG v/s 20% ES n/s . Un 10,9% presentó sintomatología moderadamente severa correspondiendo un 14,9% al grupo DG v/s 6,66% ES siendo esta diferencia significativa

En el grupo de pacientes que no caen dentro de la clasificación de SDM u OSD no hubo diferencias significativas al evaluar la severidad de los síntomas.

CONCLUSIÓN

La prevalencia de SDM y OSD afecta a un cuarto de la población gestante escrutada. Al comparar los grupos vemos que la presencia de DG afecta negativamente siendo significativamente mayor la prevalencia de SDM y de sintomatología depresiva moderadamente severa en las gestantes portadoras de diabetes gestacional al compararlas con las embarazadas sanas.

EFECTO DE PRIMERA CESÁREA EN LOS SUBSIGUIENTES EMBARAZOS: ESTUDIO LONGITUDINAL DE UNA INSTITUCIÓN.

Bernardita Walker, Masami Yamamoto, Felipe Jordán, Andrés Valenzuela, Rodrigo Latorre, Alvaro Insunza.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.

INTRODUCCIÓN

El primer embarazo es determinante en el modo de parto subsiguiente. Pocos datos son disponibles en Chile, pues muchas pacientes cambian de institución. Se aprovecha el modelo del Hospital Padre Hurtado, que se ha convertido en centro que atiende a su población asignada, en forma “cautiva”.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 9 años en un centro único de Santiago. Se registraron todas las primigestas, y se estudiaron los partos siguientes registrados.

RESULTADOS

22.745 primigestas tuvieron un parto en este período. De ellas, 5390 fueron por cesárea (23.69%).

De aquellas con su primer parto vaginal, hubo 4463 partos posteriormente. De ellos, 3363 son el segundo parto, y los demás el tercero o cuarto. La tasa de cesáreas en todo este grupo de embarazos siguientes fue 9,7%.

De aquellas con primer embarazo resuelto por cesárea, (n=5390), hubo 1155 embarazos posteriormente (1 o más), de los cuales el 64,8% (749) fueron cesáreas ($p < 0,001$). Esto significó un 16.6 OR de cesárea para el siguiente embarazo, en relación a aquellas que tuvieron su primer parto vaginal.

CONCLUSIÓN

La incidencia de mujeres con múltiples cesáreas debe controlarse mediante la contención de la cesárea en primigestas. El segundo embarazo tiende a ser cesárea hasta en el 67% luego de la primera. Las complicaciones de cesáreas reiteradas deberán observarse con más frecuencia en los años siguientes.

Rojas E.¹, Cabrera C.¹, Piñats C.¹, Lagos N.¹, García C.¹, Ilabaca J.¹, Sepúlveda M.¹, Bustos T.², Erpel H.², Enríquez P.²

¹ Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Carabineros

² Internos de medicina Universidad Mayor

INTRODUCCION

Las cardiopatías corresponden a las malformaciones congénitas más frecuentes con una incidencia entre 3 a 8 por cada 1000 nacidos vivos. El Aneurisma del ductus arterioso corresponde a una dilatación sacular o fusiforme, que se presenta con una incidencia de 1,5 a 2 % de los fetos nacidos vivos portadores de cardiopatías congénitas. Su diagnóstico es más frecuente en la etapa postnatal. Su etiopatogenia se desconoce, pero se ha planteado una mutación a nivel del gen MYH11 que determina una alteración del tejido conectivo. El diagnóstico se realiza con la visualización del ductus arterioso tortuoso más una dilatación sacular que protruye hacia la izquierda del arco aórtico. Se clasifican según su diámetro en pequeños (menores de 7 mm. de diámetro) y grandes (mayores de 8 mm.), prefiriéndose la cesárea como vía del parto para estos últimos. La tasa de complicaciones es baja y la mayoría cierra espontáneamente sin necesidad de cirugía.

CASO CLINICO:

Paciente de 25 años, primigesta, sin antecedentes mórbidos, cursando gestación de 37+6 semanas que en control rutinario se solicita RBNS, el cual presenta reactividad con el hallazgo adicional de ritmo irregular, con extrasístoles aisladas, por lo que se hospitaliza para estudio. Durante la hospitalización se realiza ecocardiografía fetal que muestra dilatación aneurismática del cabo aórtico del ductus arterioso de 10.5 mm con estenosis en origen de arteria pulmonar, impresionando cayado aórtico de aspecto normal. Se discute caso con cardiología infantil quienes descartan complicaciones inmediatas al nacer, por lo que se programa cesárea electiva a las 39 semanas, obteniendo recién nacido sexo masculino, de 3370 grs., 48 cms. Apgar 9/9, AEG. Hospitalizado en UCI neonatal, paciente estable, se realizó ecocardiografía que confirma hallazgos in útero. Tras observación en UCI por 72 hrs en que evoluciona favorablemente sin complicaciones, siendo dado de alta con indicación de control ambulatorio en cardiología infantil.

DISCUSION

La simpleza de la auscultación de los latidos cardiorfetales nos puede ofrecer en conjunto con la preocupación y agudeza clínica del obstetra a la sospecha de múltiples trastornos del ritmo y anatómicos del corazón fetal, lo cuales al complementarse con un equipo multidisciplinario y altamente calificado en ecografía fetal, llevan a la exquisitez diagnóstica de este caso, cuyo resultado final ha sido óptimo.

FLUTTER AURICULAR FETAL: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO.

Ceroni J1, Mocarquer J1, Sepúlveda C2, Espinoza G2, Montaña I1, Gutiérrez J1, Álvarez P3.

1Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile 2 Interno de Medicina Universidad de Santiago de Chile 3Hospital de Niños Roberto del Río. Universidad de Chile

RESUMEN

Se presenta el caso de una gestante, que durante control de embarazo se pesquisa taquicardia fetal mantenida. La ecocardiografía muestra Flutter auricular, sin alteración de la anatomía y sin presencia de hidrops. Durante hospitalización responde a tratamiento con digoxina y flecainide asociados, revirtiendo a ritmo sinusal. Se decide interrupción a las 38 semanas dada evolución favorable y ausencia de complicaciones.

INTRODUCCIÓN

Las arritmias fetales se presentan en el 1-2% de los embarazos (0,5% taquiarritmias). El flutter auricular fetal es una arritmia con frecuencia atrial elevada y regular de 400 a 500 lat/min y ventricular de 200-220 lat/min, frecuentemente asociado a bloqueos. Corresponde al 20-30% de las taquicardias fetales y su fisiopatología son macroreentradas. El método diagnóstico más utilizado es la ecocardiografía fetal. El tratamiento de primera línea es la digoxina, y la interrupción del embarazo está reservada solo cuando hay seguridad de la madurez pulmonar o compromiso fetal refractario a antiarrítmicos. El mal pronóstico está dado principalmente por la presencia de hidrops.

CASO CLÍNICO

Paciente de 24 años, Nulipara, cursando embarazo de 33+5 semanas, en control en el Policlínico de Alto Riesgo del Hospital San José (HSJ) por aumento de resistencia de arteria uterina. Durante el control se evidencia taquicardia fetal por lo que se deriva a la Urgencia de Maternidad. Paciente en buenas condiciones generales, hemodinámicamente estable. Se realiza ecocardiografía fetal, que muestra corazón y grandes vasos de estructura

normal, ritmo irregular, con frecuencia auricular de 400 lat/min y frecuencia ventricular de 200 lat/min, además se observa insuficiencia tricuspídea y mitral leve, sin derrame pericárdico ni hidrops fetal. Se decide hospitalización en servicio de alto riesgo con diagnóstico de flutter auricular. Se solicita electrocardiograma (EKG), electrolitos plasmáticos, pruebas tiroideas y evaluación materna por Médico internista para iniciar tratamiento digitalico. Se inicia tratamiento con digoxina 0.25 mg cada 8 horas por 24 horas de carga, para luego continuar con misma dosis cada 12 horas, además curso corticoideal para maduración pulmonar. Durante hospitalización paciente persiste con frecuencia cardiaca fetal (FCF) elevada sobre FA:400/FV:200 lat/min, se solicitan niveles plasmáticos de digoxina a las 48 horas postratamiento y ecocardiografía en la Unidad de Cardiología Hospital de niños Roberto del Río donde se encuentran hallazgos similares, se decide asociación a flecainide 100 mg cada 12 horas, logrando revertir a las 24 horas del tratamiento a ritmo sinusal. Ecocardiografía de control muestra Ritmo sinusal, con FCF 151 lat/min, conducción atrioventricular 1:1, imagen de 4 -5 cámaras normal, tractos de salida normal, insuficiencia mitral y tricuspídea leve. Paciente es evaluada en reiteradas ocasiones con EKG sin presentar prolongación de PR o QT, por lo que se mantiene tratamiento. Con buena evolución, manteniendo FCF en rango normal, decidiendo en conjunto con cardiólogos especialista la interrupción a las 38 semanas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Durante el embarazo, la mayoría de las arritmias son transitorias y benignas. Sin embargo, una taquiarritmia fetal mantenida puede resultar en falla cardiaca congestiva, hidrops e incluso muerte fetal. La eficacia del tratamiento con digoxina es de alrededor del 50%. Existen varios esquemas de tratamiento asociados. En nuestro caso se realizó un diagnóstico y tratamiento oportuno, ante la ausencia de respuesta a digoxina se asocia a flecainide, con buena respuesta. Dada estrechaventana terapeutica y la toxicidad de digoxina, es necesario monitoreo frecuente de la madre con niveles sericos de digoxina y EKG.

DETERMINACIÓN DE GENOTIPO RHESUS D FETAL MEDIANTE ESTUDIO DE ADN FETAL LIBRE EN PLASMA MATERNO EN EMBARAZADAS RH NEGATIVO.

Autores: Moore P (1), Miranda R (2), Guerra F.(3), Macías B. (4), Martínez A.(5)

(1)Hospital Base de Puerto Montt, (2) Interno Medicina UACH, (3) Instituto de Obstetricia y Ginecología Universidad Austral de Chile, Valdivia., (4) Becada Obstetricia y Ginecología UACH, (5) Mg. Biología Molecular, Aquainnovo®

INTRODUCCIÓN

La determinación de ADN fetal libre en plasma materno es una técnica validada para determinación de genotipo fetal Rhesus D en mujeres embarazadas RH D negativo. Ha demostrado ser útil en el manejo clínico de las pacientes RH D negativo sensibilizadas como no sensibilizadas, abaratando costos y simplificando la atención. Al evitar controles clínicos o procedimientos innecesarios.

OBJETIVO

Explorar la posibilidad de desarrollo local de la técnica de determinación de genotipo D fetal en plasma materno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Serie prospectiva, consistente en muestra de plasma obtenido previo consentimiento, de 11 pacientes RH D negativo con gestaciones únicas, controladas en el policlínico de Alto riesgo Obstétrico del Hospital Base de Puerto Montt, con edades gestacionales entre 17 a 28 semanas. El material obtenido se analiza en colaboración con laboratorio de biología molecular Aquainnovo®, Puerto Montt. Se somete a análisis por PCR en tiempo real a la muestra de plasma obtenida de cada una de las pacientes. En base a lo reportado en literatura, se crearon tres nuevas secuencias de partidores y dos nuevas secuencias de sondas para la amplificación de fragmentos del gen Rhesus D para exones 7 y 5. La selección de la combinación sonda-partidor más óptima se hizo en base a la que presentaba mejor sensibilidad en la amplificación en tiempo real. En todas las muestras, para confirmar que el ADN fuese fetal, se digirió el ADN materno con enzimas de restricción BstI, que permite identificar los distintos perfiles de metilación que presenta el gen RASSF1A. Específicamente,

el gen RASSF1A que no presenta metilación se digiere y pertenece a la Madre. El gen RASSF1A con metilación no se digiere y se conserva (fetal), por lo tanto se puede amplificar mediante PCR en plataforma tiempo real. Los resultados no modificaron el manejo habitual de las pacientes.

RESULTADOS

De las muestras evaluadas 7 amplificaron secuencia de gen RH D fetal (Rhesus D positivo). En las otras 4 no se obtuvo amplificación del gen D, siendo una no concluyente porque no se amplificó secuencia RASSF1A. En las otras 3 el resultado fue Rhesus D negativo. De las combinaciones de secuencias de partidores y sondas elaboradas se obtuvo una superior a las demás, que presentaba una mejora en sensibilidad equivalente a 4.8 ciclos de reacción. No se han comparado los datos obtenidos con el grupo RH D de todos los recién nacidos.

CONCLUSIONES

Creemos que estos resultados preliminares son positivos, en cuanto a demostrar la factibilidad de desarrollar de manera local la técnica de determinación no invasiva de genotipo fetal Rhesus D. Está pendiente estandarizar la técnica, cotejar los resultados prenatales con los de los recién nacidos, como obtener una casuística significativa. El no haber obtenido ADN fetal en un caso, pudo deberse a baja fracción fetal (paciente obesa), o por no estandarizarse en forma adecuada la preparación. Por lo demás, el rendimiento diagnóstico reportado en la literatura de esta determinación, efectuado en forma estandarizada y con casuística importante, es confiable y costo efectivo, al reportarse falsos positivos de 0% (Rhesus D fetal negativo y grupo sanguíneo de sangre de cordón de RN positivo), y reducción de uso de gammaglobulina anti D en 29%; incluso se ha sugerido evitar toma de grupo en recién nacidos con tipificación prenatal por genotipo D negativo.. La determinación de genotipo Rhesus D fetal es otra aplicación validada de la determinación no invasiva de ADN fetal libre en plasma materno, junto al tamizaje de trisomías 21, 18 y 13, como la determinación de sexo fetal para patologías ligadas al sexo.

EXPERIENCIA LOCAL EN PESQUISA DE RIESGO ANEUPLOIDÍA PRENATAL MEDIANTE EL USO DE DNA LIBRE FETAL EN SANGRE MATERNA.

Macías B., Vogt S., García-Huidobro T., Moore P., Guerra F.

Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile. Clínica Alemana de Valdivia.

INTRODUCCIÓN

La confirmación prenatal de aneuploidias se efectúa mediante el cariotipo de muestra de fetales obtenidas por procedimientos invasivos, no exentos de riesgos, que requiere operadores experimentados, técnicas de cultivo celular y análisis complejos, de modo que sólo se efectúa en pacientes de riesgo. La determinación de DNA libre fetal en sangre materna (ffDNA) permite el tamizaje de una gran variedad de aneuploidias y anomalías genéticas en forma no invasiva, sin poner en riesgo a la madre y el feto. El objetivo es mostrar nuestra experiencia la determinación de ffDNA en sangre materna en diferentes situaciones clínicas.

MÉTODO

Se presentan 6 casos de pacientes embarazadas en las cuales por diferentes indicaciones se determinó el ffDNA en sangre materna mediante técnicas de secuenciación masiva en paralelo (ILLUMINAR, Verifi prenatal testR) que permite la detección de aneuploidias en los cromosomas 21,18,16,13, 9 y sexuales, como de las siguientes microdeleciones; 22q11.2; 15q11.2; 1p36; 4p-/ Wolf-Hirschhorn; y 5p-/ Cri du Chat. Los resultados fueron conocidos al cabo de 7-10 días.

RESULTADOS

Caso 1: 41 años, G1, Po. A las 12s4d su médico tratante describió una translucidez retronucal (TN) elevada. Reevaluada en nuestra unidad a las 13s2d se observamos una TN de 1.3 mm, sin otros marcadores ecográficos de riesgo de aneuploidia. La determinación de ffDNA fue negativo para aneuploidias. Cesárea a las 39s. Recién nacido (RN) masculino 3615 g, clínicamente normal. Caso 2; 38 años, G1Po. A las 10sd se observó un embrión hidrópico. Reevaluada en nuestra unidad a las 12s2d

observamos una TN de 1.5 mm, sin otros marcadores ecográficos de riesgo de aneuploidia. La determinación de ffDNA fue negativo para aneuploidias. Parto a las 38s, RN: 3255 g, femenino, clínicamente normal. Caso 3; 46 años, G3, P2. Sin marcadores ecográficos de riesgo de aneuploidia. La paciente optó por determinación de ffDNA, que fue negativa para la detección de aneuploidia. Cesárea a las 38s+4 d, RN: masculino, 3220 g, clínicamente normal. Caso 4; 41 años, G1, Po. A las 12s4d pesquísó TN alterada y ausencia de hueso nasal, con ductus venoso normal y sin regurgitación tricuspídea. En ecográfica del 2do trimestre se observó polihidramnios, imagen de doble burbuja y sospecha de CIV. El prueba de ffDNA detectó trisomía 21. Cesárea a las 37s, RN masculino, 3405g. Operado a los 5 días, cariotipo confirmo trisomía 21. Caso 5: 41 años, G2P1, Diabetes Mellitus tipo 2 mal controlada. La ecografía a las 11s+3d evidenció: holoprosencefalia, ausencia de hueso nasal, anomalías de cara, TN de 1.18 mm, ductus venoso con flujo reverso en onda "a", regurgitación tricuspídea y sospecha de CIV. Una semana más tarde se observó mega-vejiga. La determinación de ffDNA detectó trisomía 18. Óbito fetal a las 28s, y se indujo el parto. No siendo posible el estudio del RN. Caso 6; Paciente de 33 años, G1, Po. Derivada a nuestra unidad a las 23s2d por sospecha de anomalía cardíaca. Confirmamos presencia de una restricción severa del crecimiento fetal, hipoplasia del cerebelo, dilatación de fosa posterior, asimetría de cámaras cardíacas, comunicación interventricular, doble salida de ventrículo izquierdo. La determinación de ffDNA detectó una trisomía 18. El embarazo sigue su curso.

CONCLUSIONES

La determinación ffDNA nos permitió establecer con bastante certeza la presencia o ausencia de anomalías cromosómicas en diferentes situaciones clínicas. Si bien esta es aún considerada sólo una técnica de tamizaje, su alta sensibilidad y especificidad, sumado el nulo riesgo para la madre y el niño, permitirán a futuro, si su costo descende, que sea una técnica rutinaria en el control de las embarazadas.

EMBARAZO GEMELAR MONOCORIAL - MONOAMNIOTICO EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, A 4 AÑOS DE PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO.

(III) Flores X.*°, Tiznado F*. Lanas C*. Viguera A*. Luengo O*.*

Unidad Ultrasonografía, Unidad de Medicina perinatal, Hospital Las Higuera. °Docente Fac de Medicina. Universidad San Sebastián, sede Concepción.

INTRODUCCIÓN

Un tercio de los embarazos gemelares serán monocigóticos, y de estos, el 1 – 2 % serán finalmente monocoriales–monoamnióticos. Estos últimos presentan elevada mortalidad perinatal (20–50%) atribuible a prematuridad, síndrome de transfusión feto–fetal y entrecruzamiento de cordones. Con el convencimiento que el control prenatal y las exploraciones ecográficas constituyen la principal herramienta para disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal, en el embarazo múltiple, iniciamos en agosto del 2010 un protocolo de seguimiento prospectivo del embarazo gemelar en la unidad de ecografía y medicina perinatal, con el propósito de establecer una metodología de trabajo rutinario, que nos permitiera la pesquisa oportuna de las complicaciones, mejorar la calidad de la atención, conocer el perfil socio-demográfico, evolución clínica, ultrasonográfica y resultados perinatales de las gestaciones gemelares en el Hospital Las Higuera de Talcahuano. El objetivo principal de este reporte es conocer el resultado preliminar de las gestaciones dobles Monocoriónicas- Monoamnióticas (MC-MA) controladas y resueltas de acuerdo a protocolo en un hospital público.

MATERIAL Y MÉTODO

estudio analítico prospectivo, incluye pacientes portadoras de embarazo gemelar MC-MA, diagnosticado, controlado y resuelto de acuerdo a protocolo en Hospital Higuera durante 1 de Agosto del 2010 al 31 de Diciembre del 2014. Resultados: Un total de 191 embarazos gemelares formaron parte del protocolo de seguimiento durante el período, se excluyeron 4 pacientes por pérdida de seguimiento y 8 pacientes que presentaron al menos

un aborto de uno de los gemelos antes de las 22 semanas. Quedando 179 casos de embarazos múltiples a 22 semanas. De estas 179 gestaciones múltiples, 174 eran gemelar dobles, y de estos 2 casos eran MC-MA (1,1%) Las edades de las gestantes fueron 24 y 27 años, siendo las 2 primigestas, con embarazo espontáneos sin tratamientos de fertilidad. La primera ecografía fue realizada a las 26 y 15 semanas respectivamente, con un seguimiento ultrasonográfico que incluyó un total de 3 y 10 exámenes respectivamente. La resolución fue Cesárea en ambos casos, siendo 1 de ellas electiva a las 32 semanas, y 1 de urgencia (RCF y doppler fetal alterado) a las 31 semanas de gestación. Se obtuvo 4 recién nacidos vivos, siendo los 4 femeninos. Los pesos al nacer fueron: 1150 grs y 1250 grs (cesárea urgencia por RCF y doppler alterado); 1800 grs y 1990 grs (cesárea electiva). El recién nacido de 1150 gramos nacido en contexto de cesárea de urgencia por RCF fallece al tercer día de vida.

CONCLUSIÓN

Los embarazos gemelares MC-MA representan un mínimo porcentaje de los múltiples, pero concentran la prematuridad y complicaciones perinatales. Nuestra incidencia (1,1%) de MC-MA es más baja a la reportada en la literatura. El análisis de la morbilidad obstétrica, complicaciones maternas, fetales, morbi-mortalidad materna-perinatal, seguimiento neonatal, técnicas y metodología utilizada en la exploración ecográfica, etc, será complementada en extenso en futuras publicaciones. La permanencia del protocolo como actividad rutinaria en nuestra unidad, nos permitirá en años futuros aumentar el número de casos, dando mayor sustentabilidad a nuestros resultados.

TIPOS DE PARTO: ¿ES EFECTIVO UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN DE CESÁREAS? ESTUDIO COMPARATIVO 2003-2014.

Salinas, H., Aleuanlli, M., Morales, N.

Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La importancia relativa del número de cesáreas viene aumentando de manera exponencial en el mundo, independiente de las causas (1). Esta tendencia no tiene clara evidencia que disminuya la mortalidad y morbilidad materna y neonatal (2), grupos de interés están respondiendo elaborando estrategias que tiendan a su disminución. La práctica obstétrica influye en la tasa de cesáreas y es así como muchas organizaciones han introducido estrategias que apuntan a controlar la toma de decisiones individuales con el objeto de abordar las operaciones que fueren innecesarias (3).

OBJETIVO

Comparar los resultados de un sistema de auditoría clínica, en los años 2003 y 2014.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha tomado como base la propuesta de Robson y cols (3) que nos permite estandarizar los tipos de parto con el objeto de hacerlos comparables.

RESULTADOS

Se han categorizado los partos (todos los embarazos simples, en cefálica de término, todas las presentaciones distócicas, todos los nacimientos prematuros (< 37 semanas), simples, en cefálica y todos los embarazos múltiples, para posteriormente proceder al análisis por paridad, categoría, curso y gestación los años 2003 y 2014.

El programa de auditoría propuesto el 2003 incluyó entrega de turno diario por residencia, segunda opinión para decidir operación cesárea, auditoría mensual de “cesáreas evitables”, estandarización de protocolos y guías clínicas.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Si a una población objetivo conformada por médicos y matronas se le advierte de los cambios deseados por sus observadores, los resultados mejoran en forma significativa, lo que ocurrió el 2003. La introducción de cambios en el manejo obstétrico protocolizado es muy importante.

Es necesario mantener la retroalimentación de la auditoría clínica sobre la efectividad de las prácticas hasta que se logre el consenso respecto al cambio en las conductas, pues no mantenerlas puede significar un retroceso del proceso como ocurrió en la revisión 2014.

REFERENCIAS

1. Tasa de cesáreas 2011. OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.
2. ACIIG/SMFM OBSTETRIC CARE CONCENSUS. Safe prevention of the primary cesarean delivery. American Journal of Obstetrics & Gynecology. 179-193. March 2014.
3. Robson, M.; Scudamore, I., Walsh, S. Using the medical audit to reduce cesarean section rates. Am journal Obstet Gynecol. 199-205. January 1996.

DIABETES GESTACIONAL EN HOSPITAL DE CARABINEROS DE CHILE (HOSCAR). EXPERIENCIA 7 AÑOS DE SEGUIMIENTO.

52

Lagos, N. 1,2; Erpel, H.2; Bustos, T.2; Enríquez, P.2; Salinas, D.2; Cáceres, R.2; Ilabaca, J.1,2; García, C. 1,2; Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital de Carabineros de Chile¹. Facultad de Medicina Universidad Mayor 2.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus (DM) es una enfermedad prevalente, relacionada con la vida se-dentaria y la dieta occidental. Existe evidencia de que enfermedades crónicas del adulto tienen su ori-gen 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 su manejo integral es fundamental en la disminución del riesgo de éstas.

OBJETIVO

Conocer la incidencia de DG y resultados maternos y perinatales en la Unidad de Medicina Materno fetal de HOSCAR.

Metodología

Estudio prospectivo en embarazadas con diagnóstico de DG según norma Minsal-OMS, seguidas desde su diagnóstico hasta las 6 semanas postparto en Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico del HOSCAR. Se estudian variables cuantitativas y cualitativas de las embarazadas y recién nacidos. Los resultados se expresan en media + DS; o mediana y rangos según corresponda, significación con $P < 0.05$, análisis a dos colas, IC (0.95%), con T-test, Mann-Witney y Anova con GraphPad InStat 3 v3.1a para Mac.

RESULTADOS

Desde Septiembre 2008 – junio de 2015 (82 meses) se evaluaron 4631 pacientes. Se diagnosticó DG en 437 pacientes y la incidencia fue de 9,3%. En el grupo de pacientes DG se describe lo siguiente: Edad de 32,4 + 5,4 IC(31,8-32,7) años; 34,8% son primigestas; 48,6% presentó antecedentes familiares de DM. El 23% presentó antecedentes de patología metabólica previa al embarazo, siendo más frecuente el antecedente de DG en el embarazo previo (70,3%). La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 27,7 + 6,4 IC(27,1-28,4) sem.

El estado nutricional al momento del diagnóstico fue: Bajo peso 2,7%; Normopeso 14,3%; Sobrepeso 41,1%; Obesidad 41,9%. Los grupos de manejo fueron: 364 pacientes (83,3%) con dieta; 31 (7,1%) dieta y Metformina; 29 (6,6%) dieta e insulina; 13(3%) dieta-metformina-insulina. El aumento de peso promedio en el embarazo fue de 10 (0-32) IC(9,2-10,7) kg. sin diferencias entre los distintos grupos según estado nutricional. Si bien se produce aumento significativo del IMC desde el inicio de control prenatal hasta el parto de 26,5 (16-44) IC(26,6-27,4) a 31 (21-15) IC(30,9-31,7) $p < 0,001$; se logra baja de IMC en el puerperio sin diferencias en relación al inicio del embarazo 27 (18,7-43,9) IC(27,3-28,4) $p > 0.05$. El 43% de las pacientes tuvo asociación a otras patologías, siendo síndrome hipertensivo la más frecuente con 23,9%. La edad gestacional al parto fue 38,5 (27-40) IC(38,1-38,4) sem. con 64,4% de cesárea. El peso de Recién Nacido (RN) fue de 3451 (300-4790) IC(3372-3495) g. con 14% de macrosomía con peso de 4290 + 233 IC(4269-4401) g. El 13% de los RN presentó complicaciones y hospitalización, el diagnóstico más frecuente fue hipoglicemia con 39,1%, con hemoglucotest de 39 + 8,9 mg/dl, más bajo que el hemoglucotest del grupo total 65 (25-135) IC(63,3-66,6) mg/dl $p < 0.0001$. En el puerperio, 20% presentó trastorno metabólico, insulinoresistencia fue el más frecuente con 54%. Al comparar embarazo y puerperio hubo diferencias ($p < 0.0001$) entre: PTGO 151 (70-282) IC(153-157,2) mg/dl vs. 93 (44-225) IC(93,2-99,9) mg/dl, HOMA-IR 2,7 (0,4-108) IC(2,9-3,6) vs. 1,5 (0,03-18) IC(1,8-2,3), HbA1c 5,6 (4,6-7,6) IC(5,38-5,76) % vs. 5,4 (4,5-7,7) IC(5,3-5,77) %, insulina basal 17,9 + 11,6 IC(14,09-21,9) U/L vs. 10,3+12,1 IC(5,6-15) U/L, insulina post carga 150,5 + 81,2 IC(130,7-189,4) U/L vs. 53,5 + 93,6 CI(16,4-90,5) U/L.

CONCLUSIONES

Presentamos incidencia de DG mayor a la publicada en otras series nacionales y en aumento al comparar con publicaciones previas de nuestro grupo. Nuestra organización con una Unidad de Nutrición Perinatal integrada permite ganancia de peso gestacional moderada, bajas complicaciones maternas y neonatales, logro de metas metabólicas en nuestras pacientes con retorno al peso pregestacional significativo y baja proporción de trastorno metabólico después del parto.

RIESGO DE ANOMALIAS DE PLACENTACION EN RELACION AL NUMERO DE CESAREAS.

Juan Inostroza, Pablo Morales, Masami Yamamoto, Rodrigo Latorre, Alvaro Insunza.

Hospital Padre Hurtado, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago- Universidad del Desarrollo.

ANTECEDENTES

Es conocido el riesgo de las cesáreas reiteradas en las mujeres: placenta previa, acretismo rotura uterina. Los riesgos se presentan en el embarazo siguiente, y por eso para toda institución que atiende una población cerrada, y que tiene interés en la salud pública, debe conocer y resguardar los riesgos futuros de las pacientes. No hay datos chilenos de aumento de riesgo de anomalías de placentación en relación al número de cesáreas.

OBJETIVO

Conocer la probabilidad de anomalías de placentación según el número de cesáreas previas, en nuestra institución, en un número grande de partos atendidos en forma consecutiva.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, de embarazadas que tuvieron su parto en el Hospital Padre Hurtado (HPH) entre los años 2009-2015 (N=35497). Se analizaron todas

las pacientes con placenta marginal, oclusiva, acretismo y percretismo registrados por los operadores en el nacimiento. Estas fueron 78 en los 7 años de estudio, lo que corresponde a una frecuencia de 2,2/1000 en el período, y 0,31/1000xAño. Se realizó un análisis retrospectivo de correlación lineal entre el número de cesáreas y las patologías de inserción placentaria anómalas antes mencionadas. Se estableció significancia con $p < 0,05$

RESULTADOS

Se encontró asociación con $r=0,922$, $R^2=0,851$ y se evidenció correlación lineal entre número de partos por cesárea e incidencia de patología de inserción placentaria global (todos los diagnósticos incluidos) con $p=0,026$.

CONCLUSIÓN

Existe evidencia suficiente para sostener un aumento de la incidencia de anomalías en la placentación relacionado con la cantidad de cicatrices de cesárea anterior en la población analizada. Debe cuidarse la indicación para no exponer a riesgos maternos en futuros embarazos.

N CESAREAS PREVIAS	N E INCIDENCIA	N ANOMALIAS DE PLACENTACION E INCIDENCIA	HISTERECTOMIA E INCIDENCIA
0	30302 850/1000	44 1.45/1000	59 1.95/1000
1	3893 110/1000	15 3,85/1000	15 3.85/1000
2	1030 30/1000	13 12.62/1000	10 9,71/1000
3	237 7/1000	5 21,09/1000	5 21,09/1000
4 O MAS	35 1/1000	1 28,57/1000	2 57,14/1000

MANEJO Y RESOLUCION DE EMBARAZO CON CRISIS DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO EN PACIENTE LUPICA: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Gálvez J.2, Orellana V.3, Rodriguez K 3, Parra-Cordero M.1

1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Dpto. de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

2 Programa de Postgrado, Dpto de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

3 Programa de Pregrado, Carrera de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El angioedema hereditario es una enfermedad poco prevalente, hasta 1:100.000 en las diferentes series. Autosómica dominante, se produce por deficiencia genética en plasma del inhibidor C1. Se caracteriza por edema de tejidos subcutáneo y submucoso, tanto gastrointestinal como respiratorio, que no responden a terapia habitual, reportándose incluso mortalidad por edema laríngeo. La clínica esta dada por cuadros de dolor abdominal y edema periférico con mala respuesta. De difícil manejo, sobre todo durante el embarazo, tanto por el diagnóstico como por lo difícil de su manejo, más aún en Chile, donde la droga de elección no se encuentra disponible.

METODOLOGÍA

Se revisa literatura internacional en la base de datos Pubmed, de todas las publicaciones de los últimos 15 años, referente a Angioedema hereditario y embarazo, usando como palabras claves: "Angioedema", "Angioedema and pregnancy", "Angioedema and Lupus". Se seleccionan revisiones sistemáticas, guías internacionales y reporte de casos en revistas indexadas. Tanto la revisión como análisis, se centraron en la fisiopatología, diagnóstico y manejo del angioedema en el embarazo. A continuación

se presenta un caso de embarazo con crisis de angioedema hereditario en paciente lúpica, manejado en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, que llegó a término sin complicaciones, tanto para la madre como para el recién nacido.

CASO CLÍNICO - RESULTADOS

Paciente Múltipara de 2 con antecedentes de angioedema hereditario sin manejo previo; LES y Síndrome de Sjögren, cursando embarazo de 37 semanas, con doble cesárea anterior. Consulta por cuadro de 12 horas de evolución, caracterizado por dolor dorsal con tope inspiratorio y disnea, además de dolor abdominal y vómitos. Se hospitaliza para manejo, descartándose otras patologías; se constata crisis de angioedema hereditario y se inicia manejo. Durante hospitalización comienza con angioedema cutáneo en relación a sitios de punción. Se indica interrupción del embarazo a las 38 semanas, previa administración de BERINERT® (No disponible en Chile) o Ácido Tranexámico (contraindicado en esta paciente por su antecedente lúpico), por lo que se sugiere administración de plasma fresco previo a la intervención. Se realiza cesárea a las 38 +1 semanas, sin incidentes. Se obtiene RN de 3590grs. En puerperio ambos evolucionan sin complicaciones, son dados de alta a las 48 horas post parto.

CONCLUSIONES

El angioedema es una enfermedad de difícil manejo, tanto en su diagnóstico como tratamiento, principalmente en la paciente embarazada. La no disponibilidad en Chile del medicamento de elección, obligó a que se llevara a cabo un importante esfuerzo multidisciplinario para resolver en forma exitosa un embarazo de término en paciente con crisis severa de angioedema hereditario.

EXPERIENCIA DE PROCEDIMIENTO EXIT EN PACIENTE PORTADORA DE C.H.A.O.S: PRIMER CASO EN CHILE Y SUDAMÉRICA.

Cisternas D, Terra R, Aguilera S, Zúñiga L, Sedano R, Marengo F, Rodríguez JG.

CERPO (Centro de Referencia Perinatal Oriente)- Departamento de Obstetricia y Ginecología Oriente, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

C.H.A.O.S (Congenital High Airway Obstruction Syndrome) es una condición extremadamente rara que se asocia con una alta mortalidad y morbilidad perinatal. Se produce como resultado de la obstrucción congénita de la vía respiratoria fetal secundaria a atresia laríngea o traqueal, quistes laríngeos y tumores de la orofaringe y región cervical. Sin embargo, la atresia laríngea parece ser la causa más frecuente. En 1997, la técnica EXIT fue diseñada para establecer una vía respiratoria neonatal segura. Este procedimiento permite la intubación traqueal neonatal, mientras la circulación útero-placentaria mantiene la oxigenación fetal con salida parcial del feto durante la cesárea. Esta técnica requiere de un equipo multidisciplinario, anestesia general materna, aumento del tiempo quirúrgico y aumento de los potenciales riesgos maternos como: desprendimiento de placenta y aumento de la pérdida sanguínea materna por atonía uterina. Además, obtener una vía respiratoria neonatal puede ser bastante difícil y la mortalidad neonatal puede producirse por la incapacidad en la obtención de una vía aérea en el nacimiento.

MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de un feto con CHAOS sometido a EXIT en CERPO/Hospital Luis Tisné Brousse.

RESULTADOS

Paciente, 23 años, M2, que ingresa a CERPO a las 28 semanas con antecedentes de feto con ascitis, polihidramnios (PHA) y aumento de ecogenicidad pulmonar. En nuestra evaluación se sospecha atresia laríngea debido a la presencia de pulmones hiperecogénicos y PHA. Además se observó ascitis fetal. En las

siguientes evaluaciones se realiza ecocardiografía fetal que mostró corazón levemente desplazado a derecha, pero estructuralmente normal. La resonancia nuclear magnética (RNM) fetal mostró: Obstrucción de vía aérea superior a nivel laríngeo, probable atresia laríngea, con dilatación de tráquea y bronquios principales. Importante aumento de volumen pulmonar y ascitis secundaria. De acuerdo a los hallazgos se planifica en comité perinatal (Gineco-obstetras, cirujanos infantiles, neonatólogos, anestesiólogos) realizar cesárea electiva con procedimiento EXIT. Se realiza el procedimiento bajo mucha preparación de equipo multidisciplinario. Se extrae cabeza y tercio superior del tórax y se comprueba bajo laringoscopia la presencia de atresia laríngea. Se realiza traqueostomía de urgencia y se obtiene RN sexo femenino, AEG, 3050 grs x 49 cm, APGAR 3-4. La lactante ha permanecido hospitalizada hasta la fecha (1año) por riesgo de extubación y requerimientos de oxígeno intermitente, asociado a infecciones respiratorias ocasionales. El desarrollo psicomotor se ha visto retrasado por hospitalización crónica y limitación de actividad física.

CONCLUSIONES

La mortalidad perinatal del CHAOS es un 100% sin intervención. Aunque se reportan algunos tratamientos intrauterinos exitosos, el procedimiento EXIT parece ser la única posibilidad de supervivencia del feto afectado. En nuestro caso, consideramos que el procedimiento fue exitoso, al coordinarse un equipo multidisciplinario en pro de la madre y del feto. Sin embargo, el manejo postnatal del recién nacido y más aún en su etapa de lactante, ha sido difícil y el pronóstico aún es incierto, no obstante, ha logrado sobrevivir más de un año y ha permitido a esa familia disfrutar de su hija, a pesar del alto costo económico y emocional.

PIOCOLPOS COMO PRESENTACION DEL SINDROME DE OHVIRA EN PACIENTE GESTANTE.

Barrientos J1, Díaz E1, Canessa MJ2, Carvajal A2, Walker B2, Kaplan F2, Jordán F2, Yamamoto M2, Insunza, A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El año 2007 se acuñó el término OHVIRA (Obstructed Hemivagina with Ipsilateral Renal Anomaly) para describir el conjunto de malformaciones uterinas que se asocian a una hemivagina obstruida y agenesia o malformación renal ipsilateral. Su incidencia es muy baja, estimándose 1/2000 a 1/28000 casos en la población general. La presentación más frecuente es dismenorrea progresiva, algia pélvica y abdominal inespecífica y una masa palpable que protruye por la pared lateral de la vagina hacia la línea media. Generalmente es diagnosticado durante la pubertad, posterior a la menarquia, pero de forma excepcional se diagnostica en la vida adulta por infertilidad primaria, piometra u obstrucción urinaria. Tradicionalmente el diagnóstico se realiza a través de la ultrasonografía pero hoy en día se considera la resonancia magnética (RM) como el método diagnóstico más sensible.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 20 años, gestante de 12+4 semanas, con antecedente de útero didelfo que fue derivada al servicio de urgencia del Hospital Padre Hurtado por sospecha de piometra. Ingresó afebril, en buen estado general, LCF+. Solo se logra identificar un único cérvix por donde drena escaso material purulento de mal olor. Se realiza ecografía transvaginal observándose dos úteros y dos canales cervicales, y en útero no gravídico una colección de 50x30x55 mm. Se realiza un drenaje parcial de la colección

vía vaginal y se hospitaliza en Alto Riesgo Obstétrico donde se solicita RM, la cual confirma diagnóstico de útero didelfo bicollis y muestra además agenesia renal derecha. Se completa esquema antibiótico y se decide alta con control en policlínico de alto riesgo obstétrico. Evoluciona asintomática, eliminando ocasionalmente escasa leucorrea, y se mantiene la imagen de colección paracervical derecha sin cambios. En comité perinatal se decide vía del parto por cesárea electiva a las 39 semanas y evaluación intraoperatoria con equipo de ginecología para decidir el manejo de su obstrucción. Se realiza una cesárea obteniéndose un recién nacido vivo, en buenas condiciones. Se observa un útero doble: útero izquierdo gestacional y derecho de tamaño normal. Por vía vaginal se observa abombamiento en tercio inferior de vagina. Se punciona con aguja y da salida a pus. Se realiza resección parcial del tabique vaginal para completar drenaje y se identifica cuello uterino rudimentario derecho, se decidió no hacer exéresis del útero hipoplásico dada permeabilidad para descarga. Se controla ecográficamente: útero gestante con endometrio fino, útero no gestante sin colección. Se completan 72 horas de antibióticos endovenosos más 14 días vía oral, evolucionando sin complicaciones.

CONCLUSIONES

El síndrome de OHVIRA se presenta con ciclos regulares posterior a la menarquia en mujeres con desarrollo puberal normal, por lo que se requiere de un alto nivel de sospecha para ser diagnosticado. En el caso recién presentado, la paciente tenía un tabique fenestrado por lo que tampoco se presentó con los síntomas clásicos obstructivos postmenarquia, sino con las consecuencias de la infección ascendente resultante de la sangre menstrual retenida. Por esto es que en pacientes monorrenas congénitas es muy importante mantenerlas en control durante su pubertad para diagnosticar a tiempo malformaciones müllerianas asociadas y poder prevenir complicaciones tanto ginecológicas como obstétricas.

RANULA SUBLINGUAL: DIAGNOSTICO PRENATAL, CONTROL Y MANEJO MULTIDICIPLINARIO.

57

Cabrera, C. Carrillo, R. Ilabaca, J. Feldman, R. Garcia, C. Lagos, N. Sepulveda, M. Díaz, C. Piñats,

C. Rojas, E. Tello, P. Hospital de Carabineros de Chile. Facultad de Medicina, Universidad Mayor.

INTRODUCCIÓN

Los quistes de la boca fetal son muy raros. La ránula corresponde a un mucocele del piso de la boca en relación a la glándula sublingual, cuyo origen puede ser secundario a atresia congénita, falta de canalización de los conductos de la glándulas salivales o bien a dilatación de estos. Según el tamaño que alcanza puede dificultar la deglución en la vida intrauterina, provocando el desarrollo de polihidroamnios. El mayor desafío frente a estos casos es en el parto, donde un adecuado manejo de la vía aérea del recién nacido es vital, requiriendo incluso técnica de Ex utero Intrapartum Treatment (Exit) en los casos más severos; el manejo multidisciplinario con neonatología y cirugía infantil es de suma importancia en los primeros minutos de vida del recién nacido.

CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, múltipara de 1 cesárea por macrosomía fetal, consulta a Servicio de Urgencias de Maternidad del Hospital de Carabineros de Chile por cuadro respiratorio alto, cursando embarazo de 21 semanas. Durante evaluación ecográfica en dicha consulta se evidencia, como hallazgo incidental, lesión quística del piso de la boca de 30 mm de diámetro mayor; siendo derivada a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico para estudio y control.

En control ecográfico seriado y RNM se descartan otras alteraciones y se controla quiste del piso de la boca evolucionando estable alcanzando un tamaño máximo

de 31 x 25 x 30 mm, asociado a líquido amniótico normal, por lo que se decide no realizar punción intrauterina. Control prenatal completo sin otras patologías, y se programa, en conjunto con neonatología y cirugía infantil, cesárea electiva a las 39 semanas y procedimiento EXIT para manejo de vía aérea.

Se obtiene un recién nacido femenino de 3220 gr. y 49 cm. Apgar 8-9 y vía aérea funcional. Cirujano Infantil evalúa inmediatamente lesión, se realiza punción aspirativa dando salida a 14 cc de líquido viscoso transparente y se objetiva indemnidad de vía aérea. Anatomía Patológica informa citología negativa para neoplasia y contenido sugerente de ránula.

En control ambulatorio de Cirugía Maxilofacial se evidencia reaparición de quiste de piso de boca a los 11 meses de vida. Se realiza RNM que informa lesión del piso de boca de 25 x 37 x 20 mm. sugerente de Cialoceles vs. Ránula. Posteriormente se realiza marsupialización del quiste con informe

Anatomía Patológica compatible con ránula. Hasta la fecha se mantiene sin recidiva.

DISCUSIÓN:

El hallazgo ecográfico de una lesión quística de paredes finas entre los labios, sin flujo al doppler color, hace plantear una serie de diagnósticos diferenciales como epignatus, quiste gingivales, quiste del paladar, épulis congénito (tumor gingival de células granulares), hamartoma vascular, linfangioma y teratoma orofaríngeo. El proceso de interrupción planificada del embarazo con manejo de vía aérea con EXIT finalmente no fue necesario ya que no había obstrucción completa de ésta, pero permitió la coordinación para el manejo multidisciplinario de casos como éste.

Tello, P. Enriquez, P. Ilabaca, J. Cabrera, C. Garcia, C. Lagos, N. Sepulveda, M. Díaz, C. Piñats, C.

Rojas, E. Rolle, A. Hospital de Carabineros de Chile. Facultad de Medicina, Universidad Mayor.

INTRODUCCIÓN

La Hemimegaloencefalia, es un desorden congénito de la corteza cerebral caracterizado por alteración del Sistema Nervioso Central (SNC), que se puede asociar con síndromes neurocutáneos como Neurofibromatosis, Esclerosis Tuberosa y otros. Esta patología fue descrita por primera vez en 1983, y todos los reportes de la literatura revisada fueron hechos en RN y lactantes. Corresponde a una disgenesia del ectomesodermo, que se caracteriza por lipomatosis temporofrontal y facial.

CASO CLÍNICO

Paciente primigesta que en examen ecográfico de Screening a las 20 semanas se detectó desviación de la línea media cerebral. Se planteó hipótesis diagnóstica de hemorragia intracraneana derecha, y en los controles ecográficos persistió con las alteración asociada a crecimiento de uno de los ventrículos cerebrales. Se realizó RNM destacando hallazgo de hemimegaloencefalia derecha y aumento de volumen facial del mismo lado. Actualmente cursa embarazo de 28+2 semanas (FUR 14/02/2015), y por tratarse de uno de los primeros casos descritos in útero, se procedió a realizar análisis bibliográfico, considerando dentro del diagnóstico diferencial el potencial desarrollo del síndrome de Ohtahara.

DISCUSIÓN

La Hemimegaloencefalia es una alteración del desarrollo del sistema nervioso central, que con la asociación de un lipoma facial puede corresponder a múltiples entidades clínicas, principalmente de área neurocutáneas, por lo que se hace necesario extender el estudio del RN a los territorios más alejados como el cutáneo, ocular, médula espinal y cardíaco, buscando compromiso de otros órganos con lipomas o tumores como los de la esclerosis tuberosa. La principal repercusión de esta alteración está dada por retardo mental y epilepsia refractaria a tratamiento, la cual será en el control postparto.

EXPERIENCIA DE UNIDAD ECOGRAFIA MATERNO FETAL DE HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ: 8 MESES DE FUNCIONAMIENTO.

59

Autores: Diaz R1, Montañó I1, Schiffiano R1, Morales F1, Rosales L1, Barria M1, Jimenez M1, Barrios P1, Hayes T2, Galarce V2

1 Unidad de Medicina Materno fetal. Hospital EL Carmen de Maipu, Servicio de Salud metropolitano Central.

2 Internos carrera de Medicina Universidad Finnis Terrae.

INTRODUCCIÓN

Las unidades de medicina materno fetal son fundamentales para el control de los embarazos de Alto Riesgo. En la actualidad el examen ecográfico es fundamental como herramienta diagnóstica y de predicción de riesgo individual. El Hospital Clínico El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada de Maipú, abre su maternidad en septiembre de 2014. En diciembre 2014 comienza a funcionar la Unidad de Ecografía Obstétrica que realiza exámenes de tercer nivel a pacientes derivados desde nivel primario y secundario de la red de atención. Nuestra unidad cuenta con especialistas en medicina materno fetal y médicos con experiencia y formación en el manejo de embarazos de riesgo desde el inicio de su funcionamiento.

OBJETIVO

Presentar la experiencia diagnóstica de la unidad de ecografía obstétrica en sus primeros 8 meses de funcionamiento entre diciembre 2014 y julio 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de la base de datos de los informes de ecografías realizadas a las pacientes derivadas a nuestra unidad de medicina materno fetal desde las comunas de Maipú y Cerrillos. Se clasificaron los resultados en: Alteraciones anatómicas, alteraciones ovulares y alteraciones del crecimiento fetal.

RESULTADOS

Se realizaron 1503 ecografías, correspondiente a 975 pacientes. Se encontraron 66 (6,8%) alteraciones anatómicas, 46 (4,7%) alteraciones ovulares, 131 (13,4%) anomalías del crecimiento fetal. Las alteraciones anatómicas se distribuyen en: Cardiovascular 17%,

Sistema Nervioso Central 29%, Nefrourológicas 37,8%, Musculoesqueléticas 7,5%, Faciales 4,5%. Las alteraciones ovulares se distribuyeron de la siguiente forma: Polihidroamnios 52%, Oligoamnios 30%, Hematomas retroplacentarios 10% y Arteria umbilical única 4,3%. Las alteraciones del crecimiento fetal intrauterino dan cuenta del 52% de los exámenes considerados anormales. Del total de estos exámenes, los fetos que crecen bajo percentil 10 representan el 29% y los fetos que crecen sobre percentil 90 corresponde al 23%. Durante igual periodo se han controlado 24 paciente portadoras de embarazo gemelar doble de los cuales 17 (70,8%) son bicoriales biamnióticos y siete (29.2%) son monocoriales biamnióticos. En este grupo encontramos seis casos de restricción de crecimiento fetal, un caso con criterios de restricción selectiva y un caso de feto muerto in útero. Uno de los casos de monocoriales presentó síndrome transfusión feto fetal aguda durante el seguimiento con pérdida reproductiva completa.

CONCLUSIÓN

En los primeros 8 meses de funcionamiento, se ha establecido una forma sistemática de trabajo. Independiente de la causa de derivación, hemos adoptado la política de ofrecer a estas pacientes los exámenes de tamizaje o al menos una ecografía morfológica cuyo rendimiento estará en algo condicionado a la edad gestacional de la derivación. Este enfrentamiento, no obstante, sobre exigir a la unidad, nos ha permitido poder realizar diagnósticos de patologías diferentes a las causas de derivación las cuales están lideradas por patología materna (hipertensión, diabetes) y sospechas de alteración de crecimiento fetal, encontrándose en causas muy acotadas las alteraciones anatómicas fetales. Como equipo queremos aportar en forma significativa al cuidado de la salud materno fetal de nuestra población. Considerando el porcentaje de embarazos en curso en la actualidad y esperando aumentar la casuística se posterga el análisis con respecto a la capacidad diagnóstica y tasa de detección de la unidad.

CRIBADO DE PRE-ECLAMPSIA EN PRIMER TRIMESTRE: COMBINACIÓN DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, DOPPLER DE ARTERIA UTERINA Y PRESIÓN ARTERIA MEDIA.

Haye, MT.1; Rencoret, G.2; Silva, C.1; Figueroa, J.2; Sepúlveda, A.1; Valdes, E.1; Parra-Cordero, M.1,2.

Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile¹ y Hospital San Borja Arriarán²

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio fue evaluar un modelo predictor de pre-eclampsia (PE) utilizando historia y características clínicas maternas y marcadores biofísicos como el Doppler de arteria uterina y presión arterial media (PAM) entre 11+0 y 13+6 semanas.

MÉTODO

Se diseñó un estudio longitudinal que incluyó 804 embarazadas asintomáticas a las cuales se les realizó una ecografía 11+0-13+6 semanas que incluyó Doppler de Arteria uterina y Presión Arteria Media. Treinta y cinco de las embarazadas desarrollaron PE (4,3%), y 8 de ellas se les sub-clasificó de inicio precoz (< 34 semanas). El índice de pulsatilidad (IP) promedio y la PAM fueron transformados logarítmicamente, ajustados por características maternas, expresados como múltiplos de la mediana (MoM) y comparados entre los grupos de estudios. Para analizar si alguna de las variables clínicas o biofísicas se asocia a la aparición de PE precoz se empleó un análisis de regresión logística múltiple, y posteriormente curva ROC para definir sensibilidad y falsos positivos.

RESULTADOS

Las embarazadas que posteriormente desarrollaron PE se asociaron significativamente con historia previa de PE e hipertensión crónica, y se caracterizaron por un aumento significativo del MoM de PAM (1,03 [0,91-1,12] vs 1,00 [0,92-1,08], $p < 0,05$) y MoM del IP menor del Doppler de arteria uterina (1,20 [1,00-1,45] vs 0,98 [0,78-1,17], $p < 0,05$). Aplicando modelos combinados entre variables clínicas y biofísicas, y fijando la tasa de falsos positivos en 10%, se obtuvo una sensibilidad para PE global y PE precoz de 50% y 86%, respectivamente.

CONCLUSIONES

Este estudio confirma que la combinación de factores clínicos y biofísicos durante el primer trimestre de la gestación, incluyendo Doppler de arteria uterina y PAM, es capaz de predecir a la mayoría de las mujeres que desarrollaran PE precoz. Financiado por Proyecto Fondecyt No 1130668

EXPERIENCIA DE COAGULACIÓN LÁSER EN TRANSFUSIÓN FETO-FETAL SEVERA EN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y PÚBLICO DEL PAÍS.

61

Solar, F.2; Rencoret, G.2.; Figueroa, J.2; Sepúlveda, A.1; Parra-Cordero, M.1,2.

Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile¹ y Hospital San Borja Arriarán²

INTRODUCCIÓN

La transfusión feto-fetal (TFF) se presenta en alrededor de un 15% de los embarazos gemelares monocoriales, y en casos severos, su sobrevida no es superior al 5%. El año 2004 un consorcio Europeo publicó que la coagulación láser endoscópica era superior al amniodrenaje seriado en cuanto a sobrevida y secuelas neurológicas. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obstétricos y perinatales luego de 6 años de haber incorporado esta herramienta terapéutica en un Hospital Universitario y otro Público del país.

MÉTODO

Se realizó una evaluación de los resultados obstétricos y perinatales de los procedimientos de coagulación láser realizados desde diciembre 2008 hasta la fecha en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) y Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA) por el mismo equipo de sub-especialistas en medicina fetal. Se analizaron la sobrevida global y variables relacionadas con el procedimiento.

RESULTADOS

Se analizaron 24 casos de TFF severa que tuvieron indicación de coagulación láser. Edad gestacional al momento del diagnóstico fue de 20,3 semanas (16,5-24,5), asociándose en 62,5% a restricción de crecimiento fetal selectiva (RCFs) y 66,7% se clasificó en Estadio III de Quinteros. La edad gestacional al parto fue 28+1 semanas (19-35 sem) con 40% de RCFs al nacimiento. La sobrevida global al mes de vida para los primeros 24 casos con TFF con terapia láser fue 58% (28/44 fetos). La sobrevida de ambos gemelos fue de 37,5% (9/24 embarazos) y con un solo gemelo sobreviviente el 41,7% de los embarazos (10/24). La sobrevida de al menos un gemelo al mes de vida fue de 79,7% (19/24). Al analizar la sobrevida global de acuerdo a presencia o no de RCFs o Estadios II o III de Quinteros, se observó un aumento significativo de sobrevida en las TFF sin RCF (72,2% vs 50%) y Estadio II de Quinteros (92,9% vs 43,8%).

CONCLUSIONES

Este estudio confirma que la coagulación láser de los vasos comunicantes en TFF severa se asocia con una sobrevida global cercana al 60%, y que esta sobrevida tiene directa relación con el Estadio de Quinteros y presencia de RCFs.

RESULTADO PERINATAL EN PACIENTES CON ACORTAMIENTO CERVICAL IDENTIFICADO POR ULTRASONIDO TRANSVAGINAL E INSTALACIÓN ULTERIOR DE UN PESARIO DE ARABIN.

Gómez R1,2, Rojas I1, González F2, Rondini C1, Braun H1, López JL1, Buckel H1, Pérez R1, Reyes M1, González O1, Fuenzalida J1,2, Avila F1,2 y Figueroa C1,2. Clínica Santa María (1) y Cedip – Hospital La Florida - UC (2).

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el problema más importante de la obstetricia moderna. Su prevalencia es variable según la región y el año que se examinen. Chile presenta una frecuencia de 7.5% (2013), proporción que ha aumentado un 50% en los últimos 25 años, debido a factores múltiples entre los cuales se cuentan la indicación médica de interrupción del embarazo, cambios en el perfil epidemiológico asociados al incremento de las gestaciones en pacientes > 35 años y un aumento de embarazos que son el resultado de técnicas de reproducción asistida. Un 15-30% del total de pacientes que tiene un parto prematuro muestra cambios cervicales detectables por ultrasonido transvaginal en el segundo trimestre del embarazo, constituyéndose en el único examen de screening de prematuridad costo-efectivo. Utilizamos esta modalidad desde hace 3 años. Las pacientes con acortamiento cervical < 25 mm suelen recibir manejo conservador con observación de la cinética cervical, progesterona vaginal y/o un cerclaje. Recientemente, la publicación de 3 estudios randomizados ha hecho que el pesario se haya incorporado como una alternativa al cerclaje y a la terapia progestativa. Nuestros centros cuentan con el pesario de Arabin como una de las alternativas terapéuticas. Este reporte resume nuestra

experiencia con dicho dispositivo desde que iniciamos su utilización en abril de 2014.

MÉTODOS

La base de datos de nuestro sistema ultrasonográfico fue interrogada para devolver casos con la asociación embarazo + pesario. La lista fue recuperada y enviada a cada médico tratante junto con un cuestionario que sirvió para construir un dataset sin identificadores a partir de casos con seguimiento completo. Se utilizaron los siguientes criterios de inclusión: edad gestacional (EG) 16-28 semanas (sem), dilatación cervical < 3 cm, sin borramiento completo ni protrusión de membranas más allá del OCE. La cervicometría debía caracterizarse por a) un canal \leq 20 mm o b) acortamiento del canal > 5 mm con cervicometría resultante \leq 25 mm o c) acortamiento > 10 mm con cervicometría resultante de \leq 30 mm. Criterios adicionales fueron membranas intactas, quiescencia uterina, ausencia de metrorragia y un ultrasonido obstétrico (exceptuando el cuello uterino) normal. ViewPoint 5.0, su módulo de gestión, Google Sheets y SPSS fueron utilizados para evaluar los resultados maternos y perinatales.

RESULTADOS

19 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión. La mediana, rango y proporciones de las variables más importantes del estudio se resumen en la siguiente tabla (Pes=pesario; Prog=progesterona; Vag=vaginal):

Variables continuas	EG inserción (sem)	Canal pre-Pes (mm)	Canal post-Pes (mm)	EG extracción (sem)	EG al parto	Variables Categóricas	Prog Vag 200 mg	Partos < 37 sem	Efectos serios
Mediana	23	17	20	36.5	37.9	n	10	2	0
Mínimo	19	0	4	33.8	33.8	%	56%	10%	0
Máximo	28	30	45	38.6	39				
Total dispon	19	19	19	16	19	Total dispon	18	19	18

La instalación del pesario se asoció con un aumento de la mediana de la longitud del canal cervical de 3 mm. Sólo 2 pacientes tuvieron un parto prematuro < 37 sem en esta serie (10%). El 90% de los pesarios fue extraído a las 36-37 sem (mediana 36+4). En los 2 casos de parto de pretérmino se produjo un trabajo de parto prematuro previo que precedió a la expulsión espontánea (n=1) o médica (n=1) del pesario. En ninguno de los casos se reportaron lesiones cervicales al momento de la extracción del pesario o durante la revisión del canal genital inferior en el post-parto inmediato. Progesterona concomitante se utilizó por vía vaginal en 10/18 pacientes, por vía oral en 6/18 y no se utilizó en 2/18 pacientes. El efecto colateral más frecuente fue un aumento de la secreción vaginal en 8/18 pacientes. La instalación y extracción de los pesarios ocurrió en una sesión ambulatoria simple y sin dificultades mayores (15/19 pacientes se mostraron completamente satisfechas con la tolerancia al dispositivo). Dos pacientes con canales cervicales < 15 mm aceptaron someterse a una amniocentesis, cuyos resultados revelaron la presencia de un ambiente no inflamatorio.

CONCLUSIONES

En pacientes con un canal cervical predominantemente menor a 20 mm (y un riesgo de parto prematuro teórico de 30%), la instalación del pesario de Arabin en el segundo trimestre se asoció con una tasa de partos prematuros cercana a aquella de la población general de nuestro país (10%). Considerando estos primeros resultados en nuestro medio y aquellos publicados en la literatura global, el pesario aparece como una alternativa/complemento a la instalación de un cerclaje cervical o la administración de progesterona vaginal. Ello debido a su manejo ambulatorio, alto grado de satisfacción usuaria, muy baja incidencia de eventos adversos serios, costo razonable (Arabin, \$ 50.000), monitorización sencilla y la posibilidad de potenciar su efecto mediante la administración concomitante de progesterona vaginal. Estudios en curso y revisiones sistemáticas futuras serán claves para alcanzar un grado de convicción clínica que promueva su adopción como una nueva modalidad para el manejo del canal cervical corto y el parto prematuro que se le asocia, así como pacientes con embarazos gemelares e insuficiencia cervical genuina.

COBERTURA DE LA NEUROPROTECCIÓN FETAL EN CHILE: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA ESTRUCTURADA EMPLEANDO UN PORTAL INTERNET DE PROFESIONALES DE LA SALUD.

Gómez R1,2, Figueroa C1,2, González F1, Bustamante M1, Winkler C1, Fuenzalida J1,2, Díaz S1, Cortés G1,2, Ávila F1, Poblete A2. Cedip-Hospital Clínico La Florida (1), Pontificia Universidad Católica de Chile (2)

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es el problema más importante de la obstetricia moderna. Una de sus principales complicaciones a largo plazo es la parálisis cerebral (PC), condición a la que contribuye con el 50% de los casos. La PC es la discapacidad más frecuente durante la infancia, con una prevalencia estimada de 2 por mil recién nacidos vivos, la que se ha mantenido estable en los últimos decenios. Por esta razón, la prevención de esta condición aparece como un objetivo primario en la práctica obstétrica, a partir –entre otras intervenciones– de la neuroprotección ejercida por la administración prenatal de sulfato de magnesio (SMg) en casos de parto prematuro inminente (bolo IV de carga en 30 minutos y mantención por al menos 4 h y hasta 24 h, si es posible). El protocolo (ProNPF) está consagrado en la Guía Prevención de Parto Prematuro del Ministerio de Salud (MINSAL), del año 2010 y en la Guía Perinatal MINSAL 2015. Sin embargo, observaciones en diferentes centros hospitalarios y clínicas, hipotetizamos que la implementación de este protocolo es parcial y no cumple con las expectativas depositadas por las autoridades

de salud y sus asesores.

MÉTODOS

Para examinar esta hipótesis empleamos una encuesta estructurada que se distribuyó por vía electrónica utilizando nuestra red social Portal Cedip (facebook.com/cedip y twitter.com/cedip) y dirigida sólo a profesionales que realizaran turnos en partos o el alto riesgo de sus respectivos centros. La encuesta fue respondida en forma anónima, segura, sólo por 48 h e impidiendo reenvíos, utilizando Google Forms. Tres revisores (CF, FG y RG) analizaron cada una de las devoluciones, seleccionando sólo respuestas consistentes y fidedignas. Las categorías más relevantes de la encuesta se describen en RESULTADOS. El análisis de tablas de frecuencia y contingencia fue realizado utilizando SPSS v.20. Cuando nos pareció oportuno y posible realizar comparaciones, fijamos un $p < 0.05$ para proclamar la significancia estadística entre proporciones independientes (Test exacto de Fisher o Chi cuadrado, según correspondiese).

RESULTADOS

Se obtuvieron 292 respuestas válidas. La tabla resume las respuestas según tipo de Maternidad. La cobertura de esta recomendación MINSAL es parcial (61.3%), en especial en hospitales no universitarios de regiones.

Tipo de maternidad	Existe un Pro-NPF formal (%)	Conoce cabalmente un ProNPF (%)		Existe un ProNPF formal y se cumple (%)		Cumplimiento según región (%)		Efectos colaterales (%)	
		Matrón (a)	Médico	Sólo bolo	Íntegro	RM	Otras	Mat (%)	F/RN
Hospitales	9 (23%)	12 (41.3%)	5 (62.5%)	16 (41%)	2 (5%)	25 (62.5%)	106 (32.1%)	10 (25.6%)	3 (7.6%)
Hospital Universitario	153 (70.5%)	29 (30.8%)	65 (73%)	99 (45.6%)	38 (17.5%)	703 (67.5%)	648 (58.9%)	77 (35.4%)	30 (13.8%)
Clínicas	8 (44.5%)	3 (37.5%)	4 (57.1%)	7 (38.8%)	3 (16.6%)	60 (66.6%)	29 (41.4%)	4 (22.2%)	3 (16.6%)
Clínica Universitaria	9 (50%)	2 (16.6%)	2 (40%)	6 (33.3%)	2 (11.1%)	87 (51.1%)	5 (50%)	5 (27.7%)	1 (5.5%)
Global	179 (61.3%)	46 (32.1%)	76 (69.7%)	128 (43.8%)	45 (15.4%)	875 (65.2%)	788 (52.1%)	96 (32.8%)	37 (12.6%)

RM: Región Metropolitana. Mat: Maternos. F/RN: Fetales/Recién Nacido. *refleja n por cada 10 pacientes con indicación de NPF

Sólo el 50% de los encuestados conocía cabalmente algún ProNPF, distribuyéndose diferencialmente entre los médicos (69.7%) y la matronería (32.1%), $p < 0.01$. El 77.3% de las pacientes con indicación de ProNPF efectivamente recibió al menos una fracción del protocolo, aunque sólo el 15.4% aplicó el protocolo durante un tiempo mínimo deseable (bolo de carga y mantención por al menos 4 horas). En hospitales NO asociados a una Facultad de Medicina, sólo el 35% de los casos con indicación de ProNPF efectivamente recibió el protocolo, lo que contrasta con el 62% ocurrido en hospitales asociados a alguna Facultad de Medicina ($p < 0.01$). Destaca que el 67.4% de los hospitales públicos de la RM posee un ProNPF formal, mientras que sólo el 52.7% de sus homólogos de regiones considera el empleo de algún esquema similar ($p < 0.01$). Durante la administración de SMg, el 37.2% de los encuestados presencié algún efecto colateral/adverso materno (bochornos, cefalea y similares, 32.8%) y/o fetal (variabilidad disminuida del registro intraparto, hipotonía neonatal, 12.6%). La encuesta reveló que las 3 indicaciones más frecuentes de ProNPF entre las 24 y 32 semanas fueron el trabajo de parto prematuro (61.2%), la interrupción por indicación médica (19.5%) y la RPM de pretérmino (9.4%).

CONCLUSIONES

A pesar de las 2 guías clínicas publicadas por MINSAL en los últimos 5 años, nuestras maternidades no han logrado impregnarse del espíritu del protocolo de NPF. Esto puede explicarse -entre otros factores- por desconocimiento del equipo tratante acerca de la existencia de este protocolo y un débil esfuerzo de los servicios por diseminarlo. Por ello, menos del 60% de las pacientes recibe apenas una fracción del protocolo. Una proporción dramáticamente menor recibe el protocolo por un lapso mínimo deseable. La alianza entre un hospital y una Facultad de Medicina y la centralización geográfica se asocian con una mayor adherencia a esta recomendación. Estos resultados demuestran que el ProNPF del MINSAL debe modificar su estrategia para lograr mayor cobertura efectiva. Luego de conocida esta data, el Cedip-HLF informó a las autoridades y lanzó de inmediato un facsímil educacional de amplia distribución para atenuar el problema descrito, el que se encuentra disponible en <http://1drv.ms/1M6ocbm> desde el 14 de septiembre de 2015, incluyendo una protocolización clínica detallada, un checklist y una infografía de pared.

EFFECTO DEL CRECIMIENTO FETAL DISCORDANTE EN EL PRÓNOSTICO PERINATAL EN EMBARAZOS GEMELARES CON ≥ 34 SEMANAS DE AMENORREA.

Figueroa J1; Ramos M2; Schwarze J3; Rencoret G1
Geraldo J.2

1.Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 2.Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 3. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La discordancia de peso es un hallazgo común en gestaciones gemelares. Aunque ciertos grados de discordancia pueden representar una variación fisiológica, se sabe que la morbimortalidad perinatal aumenta con grados mayores de discordancia. La discordancia de peso al nacer se ha asociado con multitud de resultados adversos, incluyendo muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, dificultad respiratoria y hospitalización en UCI neonatal. A pesar de estas fuertes asociaciones, todavía no está claro el punto de corte óptimo de discordancia para predecir resultado perinatal adverso. El objetivo principal de este estudio fue determinar el comportamiento de la discordancia de peso en la predicción de un mal resultado perinatal en embarazos gemelares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los partos de gestaciones gemelares dobles entre 34 y 39 semanas, atendidos en el Hospital Clínico San Borja Arriarán entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2014. Se extrajeron los siguientes datos de las bases de datos de los servicios de Obstetricia y Ginecología y Neonatología del Hospital Clínico San Borja Arriarán: edad de la madre, corionicidad, número de semanas de amenorrea cumplidas al momento del parto; tipo de parto (vaginal o cesárea); peso y talla del recién nacido; puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos discordancia de peso expresado como porcentaje sobre el feto de mayor tamaño al nacimiento; hospitalización en UCI neonatal, morbilidad neonatal y muerte neonatal

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para las variables categóricas se presentó la frecuencia y el riesgo relativo con el correspondiente intervalo de confianza. Para las variables continuas se presentó la media y su desviación estándar. Para determinar el efecto de la discordancia fetal en la posibilidad de mal resultado perinatal, se realizó una regresión logística considerando como variables independientes edad materna, edad gestacional y discordancia de peso fetal. La discordancia de peso fetal fue categorizada en tres grupos: $<20.0\%$, $20.1-24.9\%$ y $\geq 25.0\%$. Para determinar la asociación entre la categoría de discordancia de peso fetal con el mal resultado perinatal se realizó un test de chi cuadrado de Fisher. Un valor de p menor a 0.05 fue considerado como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Doscientos casos cumplieron con los requisitos para ser considerados en este estudio. Se analizó la frecuencia de mal resultado perinatal compuesto (mortalidad perinatal más morbilidad neonatal) de acuerdo a la severidad de la discordancia de peso fetal. Los datos muestran que una vez que la discordancia supera el 20%, la frecuencia de mal resultado perinatal aumenta significativamente ($p=0.017$). Ocupando como referencia al grupo de gemelos con discordancia $<20\%$, el riesgo relativo de mal resultado perinatal es de 2.2 (IC 95% 1.3-3.8)

CONCLUSIONES

La discordancia de peso al nacer mayor al 20% en embarazos gemelares mayor o igual a 34 semanas se asocia a mayor riesgo de morbimortalidad neonatal.

RESULTADOS PERINATALES EN LA INDUCCIÓN DEL PARTO CON MISOPROSTOL EN EMBARAZO DE 41 SEMANAS.

65

Díaz A.M; Barrios R.M; Aguirre C.D.

Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo mayor a 41 semanas, en vías de prolongación, es considerado de Alto Riesgo por su asociación a deterioro de la unidad fetoplacentaria. En nuestro medio, la inducción del parto con malas condiciones obstétricas (Bishop < 6) se realiza con un análogo sintéticos de prostaglandinas E1 (Misoprostol), que se presenta, por su formulación para uso no obstétrico, en un comprimido, que es fraccionado a 25 o 50 mcg en su uso habitual vía oral o vaginal, cada 4 a 6 hrs. según protocolo local. La dosis inexacta así como la absorción desconocida y el sabido riesgo sobre el feto resultado del sobre estímulo uterino, hace que este medicamento sea cuestionado para su uso en obstetricia, especialmente con feto vivo. Existe la creencia que Misoprostol se asociaría a malos resultados perinatales.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Conocer los resultados perinatales en embarazos de 41 o más semanas inducidos con Misoprostol de acuerdo a protocolo local.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo y descriptivo de los partos de 41 semanas inducidos con Misoprostol en el Hospital Luis Tisné Brousse (HLT), entre el 01 de Enero 2014 y el 30 de Junio 2015. Desde la base de datos de neonatología se obtuvieron los datos del total de recién nacidos de 41 semanas y desde los registros del Alto Riesgo Obstétrico se seleccionaron las embarazadas que recibieron inducción con Misoprostol. Se consideraron las variables; edad materna, paridad, vía de parto, presencia meconio en líquido amniótico, peso recién nacido, Apgar 1 y 5 minutos, e ingreso a UTI neonatal. La información fue almacenada en base de datos Excel 2010 y para su análisis se utilizó el programa estadístico Stata 12.0.

RESULTADOS

558 recién nacidos de 41 semanas se registraron en este período. 242 recibieron inducción con Misoprostol. La edad materna promedio fue 25 años, con un rango de 15 a 44 años. 57% (140) primigestas, 43% (102) multiparas. 64% (156) Parto vaginal, 28% (66) Cesáreas y 8% (20) fórceps. El Peso recién nacido promedio fue 3648 +/- 352 gramos, con un peso mínimo de 2755 gramos y un peso máximo de 4820 gramos. Se registró solo un caso de Apgar menor a 7 a los cinco minutos (2-6), que evolucionó favorablemente hospitalizándose en puerperio con su madre. Dos recién nacidos ingresaron a UTI por patología no relacionadas al Misoprostol, una sospecha de infección connatal, y una taquipnea transitoria.

Las embarazadas que no recibieron inducción con Misoprostol fueron 316, con edad promedio de 26 años, con un rango de 14 a 43 años. 45% (144) primigestas y 55% (172) multiparas. 58% (186) Parto vaginal, 8% (24) fórceps, 33 % cesáreas: 81 cesáreas de urgencia (25%) y 25 cesáreas electiva (8%). Los recién nacidos pesaron en promedio 3649 +/- 405 gramos, con un peso mínimo de 2600 gramos y un peso máximo de 4980 gramos. No hubo casos de Apgar menor a 7 a los cinco minutos. 6 recién nacidos tuvieron ingreso a UTI.

Misoprostol no se relacionó significativamente con ingreso de recién nacidos a UTI, ni con la presencia de meconio en el líquido amniótico.

CONCLUSIONES

La inducción con Misoprostol en su uso habitual en HLT es segura para la madre y el recién nacido, no aumenta la tasa de cesárea, ni la cantidad de ingresos a unidad de cuidados intensivos neonatales. Se requieren nuevos estudios tendientes a evaluar si estos resultados son producto de la adecuada selección y/o vigilancia intraparto.

“MONITOREO FETAL ELECTRÓNICO: RESULTADOS PERINATALES CUANDO SE INTERRUMPE POR REGISTRO SOSPECHOSO PERSISTENTE”.

Pais F, Guiñez C, Masami Y, Valenzuela A, Latorre R¹

¹Unidad de gestión de la mujer y el recién nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

En 1998, la Unidad de gestión Clínica de la Mujer y del Recién nacido del Hospital Padre Hurtado, inició sus actividades, donde uno de los objetivos fue mantener la tasa global de cesáreas bajo 25% y evitar la encefalopatía hipóxico-isquémica asociada a la asfixia intraparto. Con este fin se desarrollaron guías clínicas de manejo del trabajo de parto y de interpretación del monitoreo fetal electrónico (MFE) intraparto. Nuestro centro se rige bajo los criterios que clasifican el monitoreo en tres patrones: normal, sospechoso y patológico (adaptaciones de las definiciones del Consenso del NICHD sobre vigilancia fetal intraparto 1997). El patrón sospechoso es aquel: presenta taquicardia fetal (FCFB: 160 a 170 lpm), bradicardia (100 a 110 lpm), variabilidad mínima (5 lpm) o marcada (>25 lpm) por más de 40 minutos, desaceleraciones variables simples frecuentes, desaceleraciones tardías en < 50% contracciones. Es indicación de interrupción de embarazo el registro sospechoso persistente, y dependiendo de la paridad y etapa del trabajo de parto será la vía de éste. El objetivo de este estudio es evaluar el impacto en los resultados perinatales en la interrupción por registro sospechoso persistente.

MÉTODOS Y MATERIALES

Estudio observacional retrospectivo realizado en el Hospital Padre Hurtado, Santiago-Chile, durante el periodo enero 2009 a diciembre 2014. Se utilizó la base de datos electrónica, donde se seleccionaron todos los partos que tuvieron como motivo de interrupción: “registro sospechoso persistente”. Se evaluó la edad gestacional al momento del parto, vía del parto, peso del recién nacido, apgar a los 5 minutos, pH y base excess, y las patologías asociadas más frecuentes.

RESULTADOS

En el periodo estudiado hubo un total de 33.511 partos, de los cuales 220 (0,65%) se interrumpieron por registro sospechoso persistente. Con una tasa global de cesáreas de 25,3%. La edad materna promedio fue de 25,9 años [15 – 44 años], de las cuales 109 (49,5%) eran primigestas y 111 (59,4%) multíparas. La edad gestacional promedio al momento del parto fue 38 3/7 sem {24 1/7 – 41 4/7 sem) y el peso de los RN promedio fue de 3215,5 grs y todos eran embarazos únicos. En cuanto a la vía del parto, fueron cesárea de urgencia 194 (88,1%), cesárea de emergencia 1 (0,45%), fórceps 16 (7,27%) y parto vaginal eutócico 9 (4,09%). En relación a los resultados perinatales, cabe destacar que en el grupo estudiado no existió asfixia perinatal (sin casos con apgar <7 a los 5 minutos ni pH <7.0). La mayoría de las pacientes estudiadas presentó patología asociada: síndrome hipertensivo del embarazo 15%, diabetes gestacional 10%, rotura prematura de membranas 9,5%, disminución de líquido amniótico 6% y consumo de drogas y alcohol en un 10%.

CONCLUSIONES

La interrupción del embarazo por registro sospechoso persistente, conlleva un aumento de la tasa de cesáreas y dado que los resultados perinatales son favorables, se debiesen ajustar los criterios para mejorar la especificidad diagnóstica..

ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS <32 SEMANAS ASOCIADO A OLIGOAMNIOS: PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN CON INFECCIÓN INTRA-AMNIÓTICA.

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Catalán C.2, Silva K.1, Díaz F.1,

Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica. 3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

La rotura prematura de membranas (RPM) se asocia a una importante morbimortalidad perinatal. Si bien la mayor proporción de los casos ocurre en embarazos de término, la RPM corresponde a una de las causas identificables más frecuentes de parto prematuro. Se ha observado que el período de latencia es inversamente proporcional a la edad gestacional, sin embargo, una relación entre latencia prolongada, oligohidroamnios

(OHA) y corioamnionitis ha sido descrita. El OHA es uno de los parámetros más importantes de mortalidad perinatal pacientes con RPM <32 semanas, asociándose a compresión de cordón, hipoplasia pulmonar, corioamnionitis, infección neonatal, entre otros. El objetivo de este estudio es caracterizar la prevalencia de infección intra-amniótica (IIA) en pacientes con RPM <32 semanas con y sin OHA.

MATERIALES Y MÉTODO

Se revisaron todos los casos de embarazos únicos y RPM ocurridas <32 semanas de gestación que ingresaron al Complejo Asistencial Sótero del Río en un periodo de 2 años. OHA fue definido como un bolsillo vertical mayor (BVM) <2 cms. Todas las pacientes tuvieron una amniocentesis, realizándose estudio de líquido amniótico con citoquímico, Gram y cultivos para aerobios/anaerobios y micoplasmas genitales.

RESULTADOS

Entre Enero de 2011 y Diciembre de 2012, 81 pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La tasa global de IIA fue 23,4% (19/81).

	<28 semanas	28-32 semanas
Infección intra-amniótica	34% (16/47)	8% (3/34)

Un 21% (17/81) de las pacientes presentó OHA al ingreso.

Infección intra-amniótica	BVM <2 cms	BVM ≥2 cms	p
<28 semanas	50% (8/16)	25,8% (8/31)	0,026
28-32 semanas	33,3% (1/3)	6,4% (2/31)	0,006

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra que un cuarto de las pacientes con RPM antes de las 32 semanas de gestación se asocian a una IIA. El riesgo de presentar una IIA es significativamente mayor en pacientes con oligoamnios secundario a la RPM.

PARTO VAGINAL LUEGO DE UNA CESÁREA ANTERIOR: INCIDENCIA, CAUSAS E IMPLICANCIA.

Rosas A.1, Martínez P.1, Barros J.1, Alliende R.1, Yamamoto M.2, Insunza A.3 1-Becado Ginecología-Obstetricia en Hospital Padre Hurtado 2-Jefe de Becados Ginecología Obstetrica Hospital Padre Hurtado 3-Jefe Unidad Ginecología-Obstetricia Hospital Padre Hurtado

INTRODUCCIÓN

La tasa de cesárea ha aumentado de 5% en 1970 a 32.9% en 2009 en EEUU. Si las tasas de cesárea continúan creciendo al mismo paso, se proyecta que la tasa general sea de 56.2% para 2020. El parto vaginal (PV) luego de una cesárea (CCA), ha sido un tema polémico en cuanto a sus riesgos vs beneficios. El objetivo de este trabajo, es determinar la incidencia de parto vaginal en pacientes con una cesárea anterior en el hospital Padre Hurtado; además, en caso de realizar una nueva cesárea, establecer las causas de dicha segunda cirugía, su asociación con complicaciones maternas y finalmente determinar los procesos en los cuales intervenir, para favorecer el parto vaginal en dicha población, de modo de disminuir la tasa global de cesáreas.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, de Enero del 2009 a Abril del 2014. Se incluyeron pacientes con una cesárea anterior, con embarazos únicos de 23 o más semanas. En el embarazo actual, se evaluó la vía del parto, la ocurrencia de dehiscencia o rotura, inercia y necesidad de histerectomía. Se determinó la frecuencia de complicaciones, para posteriormente realizar análisis de chi cuadrado, Fisher exacto o Mann Whitney según correspondiese en los grupos analizados, utilizando el programa online sisa-statistics.com

RESULTADOS

Se incluyeron 3.212 mujeres con una cesárea anterior, de las cuales un 38% (1.229) tuvieron un parto vaginal. Al excluir aquellas con cesáreas electivas y analizando solo las cesáreas de urgencia, hubo 53% de partos y

47% de cesáreas de urgencia. Las indicaciones de la segunda cesárea fueron "malas condiciones obstétricas" (52,8%), estimación de peso fetal >4.000gr (15%) y prueba de trabajo de parto fracasada (9%). Al analizar las complicaciones, se obtuvo 23 casos dehiscencia/rotura uterina, 16 del grupo de cesárea (0,8% del total de cesáreas), 5 en fórceps (2,3%) y 2 en el grupo de PV (0,19%). Ocurrieron 122 Inercias, 98 (4,9%), 8 (3,7%) y 16 (1,5%) para los grupos de cesárea, fórceps y PV respectivamente. Se obtuvo 9 histerectomías, 7 en el grupo de cesáreas, 1 post fórceps y 1 tras PV. Al separar las cesáreas electivas de las de urgencias, los porcentajes de complicaciones son respectivamente para cada caso: dehiscencia 4 (0,4% de las cesáreas electivas) vs 12 (1,0% de las cesáreas de urgencia), inercia 31 (3,4%) vs 57 (5,2%) y en el caso de histerectomía 1 (0,1%) vs 5 (0,4%). Al sub-analizar complicaciones en los distintos grupos con recién nacidos con peso mayor o menor a 4.000gr, no hubo diferencias significativas según la vía de parto; a excepción, de mujeres que ya tuvieran partos vaginales y RN mayores de 4.000, que fuesen operados de forma electiva, ya que estos presentaron menor tasa de complicaciones (6,6% vs 10,3% $p=0,02$ IC 95%). En los casos de cesárea de urgencia, cuando poseían PV previos, el porcentaje de complicación fue de 11% vs las que no tenían 43% ($p:0,008$ IC 95%)

CONCLUSIÓN

Según la información obtenida, se recomienda ofrecer la opción de PV a gestantes con una CCA, ya que no se mostró diferencia en el número de complicaciones al comparar PV y cesárea electiva. Sin embargo, al comparar mujeres a las cuales se les ofrece la opción de trabajo de parto, las que terminan en cesáreas, si presentan más complicaciones que las que resultan en PV (1,5% vs 0,5% $p: 0,0189$ IC 95%). Sin embargo, se considera como factor protector el poseer antecedente de PV. En el caso de mujeres con EPF >4000gr y antecedente de PV, se recomienda realizar cesárea electiva, ya que en ese grupo, se demostró menor porcentaje de complicaciones.

MORBILIDAD NEONATAL EN PACIENTES CON ROTURA PREMATURA OVULAR DIAGNOSTICADA ENTRE LAS 35 Y 36+6 SEMANAS DE GESTACIÓN

Ferrer F.1,2,, Muñoz E.3, Torres H.3, Pertossi E.2, Silva K.1, Díaz F.1,

Córdova V.1, Vargas P.1,2, Martinovic C.1,2, Valdés R.1,2, Kusanovic J.P.1,2

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

3Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

Los partos prematuros tardíos (PT) son aquellos que ocurren entre las 34 y 36+6 semanas, correspondiendo a cerca del 9% de los partos y al 70% del total de prematuros. Comparado con los recién nacidos (RN) de término, aquellos que son PT tienen una tasa significativamente mayor de ingreso a Neonatología y de morbilidad neonatal global, principalmente respiratoria, infecciosa y metabólica, las cuales disminuyen significativamente por cada semana de gestación. En la actualidad, la evidencia apoya el uso de corticoides hasta las 34+6 semanas, y el manejo de las pacientes con RPO entre las 35 y 36+6 semanas consiste en la interrupción del embarazo una vez que son admitidas al hospital. El objetivo de este estudio es reportar la morbilidad neonatal de los RN PT nacidos entre las 35 y 36+6 semanas secundario a un RPO.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo que incluyó todas las embarazadas con diagnóstico de RPO entre las 35 y 36+6 semanas ingresadas al Complejo Asistencial Sótero del Río entre los años 2012 y 2014. Pacientes con embarazos gemelares, malformaciones fetales, primera ecografía > 14 sem, trabajo de parto, o que hayan recibidos corticoides previos o durante el parto fueron excluidas.

RESULTADOS

Se analizaron 102 pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. De éstas, 47% (48/102) eran primigestas. La inducción del trabajo de parto se realizó con Misoprostol en el 42% de los casos (46/102), mientras que un 33% (33/102) requirió sólo conducción ocitócica y un 22% (23/102) se resolvió por cesárea. En 3 pacientes hubo fracaso de inducción. La mediana de la edad gestacional al momento del parto fue 36+3 semanas. El 100% de las pacientes recibieron antibióticos durante la inducción y el trabajo de parto, una vez cumplidas 12 horas de RPO. Corioamnionitis clínica ocurrió en 2% de los casos (2/102) sólo una paciente presentó una endometritis puerperal. La mediana del peso de nacimiento fue de 2.737 gramos. El 39% de estos recién nacidos fueron ingresados a Neonatología, con una mediana de 5 días de estadía. De ellos, 15% presentó membrana hialina, 7% taquipnea transitoria, 5% neumonía, 2,5% sospecha de sepsis y un 0.8% (1 paciente) con sepsis neonatal confirmada. El 79% también presentó hiperbilirrubinemia que requirieron fototerapia, un 20% evolucionó con hipoglicemia y un 14% tuvo hipocalcemia. No hubo muertes neonatales.

CONCLUSIÓN

La interrupción inmediata de las pacientes con RPO entre las 35 y 36+6 semanas se asocia con una alta tasa de RN ingresados a Neonatología (40%) y de morbilidad respiratoria, infecciosa y metabólica.

USO DE ASPIRINA PROFILÁCTICA EN POBLACIÓN DE RIESGO DE PREECLAMPSIA PRECOZ. UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL, HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA (UMF HRA), CHILE. 70

Santelices J1., Acuña L. 1, Kiekebusch G. 2

1. Interna séptimo año Medicina. Facultad de Medicina y Odontología, Universidad de Antofagasta

2. Ginecólogo obstetra. Unidad Medicina Materno Fetal, Hospital Regional de Antofagasta.

INTRODUCCIÓN

La Preeclampsia (PE) actualmente es una de las principales causas de morbimortalidad materna y perinatal. Publicaciones recientes han clasificado la PE según la edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo: PE precoz (<34 semanas) y PE tardía (≥ 34 semanas).

Los modelos predictivos de PE precoz requieren la combinación de historia materna (HTA crónica, PE previa, trombofilias, etc), marcadores biofísicos (Doppler de arterias uterinas y presión arterial) y marcadores bioquímicos (PLGF). Esta estrategia permite implementar medidas de prevención en población de riesgo, validadas por meta-análisis. Dentro de estas medidas, el ácido acetilsalicílico (AAS) en dosis bajas ha demostrado una disminución significativa de la PE precoz si es iniciado antes de las 16 semanas de gestación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se evalúa retrospectivamente el uso de AAS (100mg) en población de alto riesgo de PE precoz pesquisada a las 11-14 semanas por un modelo predictivo combinado (historia materna + US), entre enero y diciembre de 2014. A estas pacientes, se les aplicó la intervención desde el momento de la ecografía hasta la semana 34. Se excluyen del análisis aquellas pacientes sin resultado perinatal conocido. Se comparan los antecedentes y resultados perinatales de las pacientes catalogadas de alto y bajo riesgo. El IP menor del Doppler de uterinas es ajustado y expresado como log₁₀MoM del grupo no afectado.

Para variables continuas se utiliza t-test o test de Mann-Whitney según distribución de la variable, y se expresa en media ± DE o mediana (rango intercuartil). Las variables categóricas se evalúan con test chi² o Fisher exact, y se expresan como n (%). Se considera significativo un valor p < 0,05.

RESULTADOS

De 126 pacientes ingresadas, 22 se eliminan por información incompleta. El 38,5% del grupo estudiado (40 pacientes) fue catalogada de alto riesgo. Historia materna: la edad materna fue similar en ambos grupos, con una tasa significativamente mayor de HTA crónica e IMC en el grupo de alto riesgo vs bajo riesgo (22,5% vs 0%; p < 0,0001 y 30,5 vs 26,6; p = 0,0001, respectivamente). Ecografía 11-14: el MoM-IP menor de art. Uterinas fue significativamente mayor en el grupo de alto riesgo (1,5 vs 1,01; p < 0,0001). Resultado perinatal: no hubo diferencias entre el grupo de alto y bajo riesgo en tasa de PE (7,89% vs 13,56%; p = 0,4), PE precoz (0% en ambos), PE tardía (7,89% vs 13,56%; p = 0,4), edad gestacional al parto (38 sems vs 39 sems; p = 0,07) ni percentil del RN (49,3 vs 54,7; p = 0,5). El grupo de alto riesgo presentó tasas mayores de parto prematuro espontáneo < 37 y < 34 semanas que el grupo de bajo riesgo (31,4% vs 7,8%; p = 0,004 y 17,14% vs 0%; p = 0,002, respectivamente).

CONCLUSIONES

El uso de aspirina parece tener relación con una disminución de las tasas de patología placentaria (PE, aborto y PEG), adquiriendo un comportamiento semejante al grupo de bajo riesgo. Sin embargo, destaca la mayor incidencia de PP espontáneo, lo cual plantea la necesidad de un cribado secuencial para PE en primer trimestre y para PP en segundo trimestre en población de alto riesgo.

CERVICOMETRÍA ENTRE 18 Y 24 SEMANAS Y RIESGO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO.

71

Rencoret G. 2, Chong E. 1, Alvarado F. 1, Figueroa J2.

1. Becada Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile
2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La medición rutinaria de cérvix mediante ecografía transvaginal a las 18 a 24 semanas de embarazo, es útil para predecir el riesgo de presentar un parto prematuro espontáneo, y éste aumenta exponencialmente con el acortamiento cervical tanto en embarazo únicos como múltiples. Se estudió la asociación entre parto prematuro y cérvix corto en ecografía de 18-24 semanas en nuestra población.

MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo, tipo caso y controles. Se revisan las fichas electrónicas desde programa ASTRAIA, de 4401 embarazos únicos entre mayo de 2014 a Julio de 2015, que se encuentran en control ecográfico en unidad materno fetal del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Se analizan datos de cervicometría realizadas entre las 18 y 24 semanas y su asociación con parto prematuro (menor a 37 semanas).

RESULTADOS

De un total de 4401 partos en control en unidad de ecografía del HCSBA, se aíslan 414 pacientes con parto menor a 37 semanas, correspondiendo a un 9,4% de total de partos. De éstos, un 39.6% fueron espontáneos, siendo un 85% con membranas íntegras y un 14,6% por Rotura prematura de membranas.

De los partos prematuros espontáneos, un 15,8% presentaron un cérvix menor o igual a 25 mm. De los partos espontáneos menor o igual a 32 semanas, un 35,7% presentaron un cérvix menor a 25 mm, siendo de éstos un 21,4% menor o igual a 15 mm.

Se calcula el OR de la exposición a un cérvix menor o igual a 25 mm, presentando un riesgo de 4,4.

CONCLUSION

Existe correlación entre el largo del cérvix y riesgo de presentar un parto prematuro menor a 37 semanas, sobre todo en partos menores a 32 semanas. Por lo tanto, se confirma en nuestra población, que el cérvix menor o igual a 25 mm presenta 4.4 veces más riesgo de presentar un parto prematuro.

MORTALIDAD FETAL TARDÍA EN PACIENTES CON DIABETES PREGESTACIONAL DEL HOSPITAL DR. G.MO. GRANT BENAVENTE (HGGB), 2010-2014. FACULTAD DE MEDICINA . UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN.

Quiroz V, Arévalo E*, Gonzalez J*, Hananias F*, Pio G*.

(*)Alumnos de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

La diabetes pregestacional (DPG), ha sido asociada con tasas de mortalidad fetal tardía (MFT), entre 1,5 y 6 veces más altas que en la población general.

Objetivo. Determinar la tasa de MFT en pacientes con DPG del HGGB en el período 2010-2014.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo a partir de registros existentes en el HGGB, desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014. Se incluyó los embarazos de madres con diabetes pregestacional, excluyéndose aquellos en los que el parto fue atendido fuera del HGGB. Se analizó las siguientes variables: edad, paridad, antecedente de cesárea, antecedente de aborto, síndrome hipertensivo del embarazo (SHE), tipo de parto, macrosomía, prematuridad, bajo peso al nacer y vitalidad al nacimiento. En el caso de las muertes fetales tardías, se analizó la prematuridad, la presencia de comorbilidad materna y la vitalidad al ingreso. Además, se calculó la tasa de mortalidad fetal tardía, definida como el número de muertes fetales de 28 o más semanas por mil nacidos vivos.

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 214 pacientes, de edad media de 32 años (17 – 47 años, D.E. 6,49). El 2,34% tenía menos de 20 años y el 5,6% era mayor de 40 años. El 77,6% eran multíparas. El 31% tenía antecedente de aborto, el 25% tenía antecedente de cesárea. El 26,6% de los embarazos presentó SHE. El 65% de los partos fue cesárea. El 21% de los recién nacidos pesó más de 4 kg, el 13% fue bajo peso. La edad gestacional en la que se produjo el parto fue menor a 34 semanas en el 8,4% de los casos y entre 34 y 36 semanas en el 18,7%, obteniéndose un 27,1% de prematuridad. En el período analizado se registraron 8 muertes fetales tardías, el 50% de las cuales fue de pretérmino. 7 fetos (88%) ingresaron muertos al servicio. De las 8 gestantes con óbito fetal, 7 (88%) no tenían patología materna concomitante. Una paciente tenía artrogriposis, hipertensión y leucemia en tratamiento. Se obtuvo una tasa de mortalidad fetal tardía de 38,83 muertes por mil nacidos vivos.

CONCLUSIÓN

La tasa de mortalidad fetal tardía en el período estudiado fue de 38,8 muertes por mil nacidos vivos, considerando que la tasa global de MFT del mismo período en nuestro Hospital fue de 5,35 por mil nacidos vivos.

ESTUDIO ANATOMO-PATOLOGICO DE LAS MUERTES FETALES EN HOSPITAL SAN JOSÉ PERIODO 2011-2014.

Banderas B., Muñoz F, Guerra M, Canales J, Valdebenito P

Complejo Hospitalario San José/ Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

A pesar de los avances en obstetricia, las tasas de muerte fetal permanecen relativamente estables en el tiempo. Conocer las causas de estas muertes podría ayudar a desarrollar intervenciones con el fin de poder disminuir estas cifras. El objetivo de este trabajo es conocer las causas de muerte fetal en ausencia de patología materna y/o fetal, mediante el análisis de los hallazgos de autopsias y estudio de cordón umbilical y placenta, realizadas en el servicio de anatomía patológica del Hospital San José.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se analizó retrospectivamente el total de muertes fetales ocurridas entre las 20 y 40 semanas de gestación, en el periodo 2011-2014 en el Hospital San José. Del total de los 178 casos ocurridos, en 32 de estos no se encontró patología materna o fetal conocida. De estos 32 casos se realizaron 7 estudios anatomopatológicos (autopsia fetal, estudio de placenta y estudio de cordón umbilical). Se realiza análisis descriptivo de estas autopsias. En el caso de los fetos con signos de hipoxia intrauterina, sin asociación a malformaciones, se procede a su análisis de acuerdo a la edad gestacional y se correlaciona con otros hallazgos anatomopatológicos relevantes, tanto a nivel placentario, como de cordón umbilical. La principal limitante para la realización del estudio anatomopatológico, fue la falta de consentimiento de los padres.

RESULTADOS

De los 7 estudio anatomopatológicos en 2 se encontró malformaciones cardiacas en autopsia fetal, ambos asociados a hallazgos placentarios sugerentes de cromosomopatía. En los restantes 5 casos no se encontraron malformaiones fetales en la autopsia. De estos, 4 de eran embarazos de pretérmino y uno de término. En los fetos de pretermino 1 se asoció a signos de infarto vellositario en estudio de placenta, 1 presentaba placenta pequeña para la edad gestacional, con signos de hemorragia retroplacentaria y en 1 caso no se envió la placenta a estudio. En el caso del feto de término sin malformaciones, los hallazgos asociados fueron: macrosomía fetal, placenta adecuada para la edad gestacional y cordón umbilical normal.

CONCLUSIÓN

De los 7 casos analizados la autopsia fetal determinó la causa de muerte por malformaciones en 2, ambos, además, con hallazgos relevantes en el estudio de placenta, ya que ésta mostraba signos sugerentes de cromosomopatía. En los demás 5 casos, la autopsia no evidenció malformaciones fetales, sin embargo en 3 de ellos el estudio de la placenta permitió determinar la causa de muerte fetal. Si bien existe un sesgo de registro por la baja tasa de estudios anatomopatológicos realizados en los casos de muerte fetal, parece de suma relevancia fomentar la realización de estos estudios para poder conocer y comprender las causas de muerte intrauterina, de tal manera de poder llevar a cabo intervenciones que permitan disminuir la frecuencia de esta devastadora complicación del embarazo.

CAMBIOS DESDE EL AÑO 2011 AL 2014 EN LA PATOGENIA Y SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN PIELONEFRITIS AGUDA DE PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ.

Banderas B, Guerra M, Muñoz F, Borda P, Gutiérrez J, Fariás L. Complejo Hospitalario San José, 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, siendo la causa de muerte por infección más frecuente en los países desarrollados. Las complicaciones fetales son cada vez más reconocidas, como la prematuridad, entre otras. En nuestro centro, el manejo de las PNA se inicia de manera empírica con cefazolina endovenosa, con posterior cambio a tratamiento vía oral según resultado del antibiograma. El Objetivo de este trabajo es evaluar si han ocurrido cambios en la patogenia y sensibilidad antibiótica en los casos de pielonefritis atendidos en nuestro centro, que justifiquen un cambio en el esquema antibiótico utilizado en la actualidad.

MÉTODOS

Se realiza revisión retrospectiva de fichas y exámenes a través del sistema computacional OMEGA del total de las pacientes ingresadas con diagnóstico de PNA a la Unidad de medicina materno fetal del Hospital San José los años 2011 y 2014. Se busca el perfil bacteriológico y susceptibilidad a antibióticos de cada uno de estos años por separada, para su posterior comparación.

RESULTADOS

En el año 2011 hubo 215 casos ingresados con diagnóstico de PNA. Del total de urocultivos realizados resultaron negativos 24% y contaminados 5,5%. Los patógenos más frecuentes encontrados en los urocultivos fueron: *E. coli* (86,5%), *Klebsiella pneumoniae* (5,3%), *Proteus mirabilis* (2,68%), *Enterococcus faecalis* (1,8%) La sensibilidad a antibióticos calculada para el total de los

agentes, excluyendo los casos e urocultivos negativos y contaminados fue: Cefazolina 95,7% sensible; Cefadroxilo: 90% sensible; Ceftriaxona 99,2% sensible; Gentamicina: 94,4% sensible; Nitrofurantoína 75% sensible.

En el año 2014 hubo 203 casos ingresados con diagnóstico de PNA. Del total de urocultivos realizados resultaron negativos 16,7% y contaminados 1,7%. En este año, hubo un 5,9% de urocultivos, cuyo resultado no estuvo disponible. Los patógenos más frecuentes encontrados en los urocultivos fueron: *E. coli* (85,4%), *K. pneumoniae* (1,8%), *P. mirabilis* (1,8%). Además se encontró *E. coli* BLEE (+) en 1,7% y *P. mirabilis* BLEE (+) en 0,49%. La sensibilidad a antibióticos calculada para el total de los agentes, excluyendo los casos de urocultivos negativos, contaminados y no disponibles fue: Cefazolina 79,4% sensible; Cefadroxilo: 54,4% sensible; Ceftriaxona 96% sensible; Gentamicina: 96% sensible; Nitrofurantoína 94% sensible.

CONCLUSIONES

El agente etiológico más frecuentemente encontrado en los años 2011 y 2014 fue la *E. coli*, con porcentajes muy similares. *K. pneumoniae* es el agente que le sigue frecuencia, con porcentajes mucho menores, que se mantienen estables en ambos años. Cabe destacar la aparición de bacterias BLEE (+), en un porcentaje que las ubicaría como segundo agente etiológico más frecuente. En cuanto al perfil de susceptibilidad a antimicrobianos, se observa una caída en la sensibilidad de las cefalosporinas, con una mejoría en la sensibilidad de gentamicina y nitrofurantoína, ambos agentes de menor uso en el manejo de las pielonefritis en nuestro centro. Si bien el uso de Cefazolina como primera línea de tratamiento sigue siendo adecuado, la baja en la sensibilidad a ésta, hace posible plantear el uso de Ceftriaxona como manejo inicial para PNA. No parece conveniente indicar Cefadroxilo sin conocer primero el resultado del antibiograma, debido a la baja sensibilidad que muestra en la actualidad.

Barrientos, J1. Duran, R1. Ruiz, M1. Walker, B2. Jordán, F2. Yamamoto, M2. Sanhueza, V3. Insunza, A2.

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

3 Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La displasia mesenquimal placentaria es una anomalía vascular placentaria caracterizada por dilataciones aneurismáticas de la superficie fetal de la placenta y dilatación de vellosidades en la superficie subcoriónica. Ecográficamente se presenta como placentomegalia y vellosidades anormales que suele confundirse con la mola hidatiforme parcial, pero con presentación clínica diferente pudiendo verse asociada a un feto completamente normal, con cariotipo normal, a un feto con una restricción del crecimiento intrauterino o asociado al síndrome de Beckwith-Wiedemann. Corresponde a una patología subdiagnosticada probablemente por la falta de conocimiento de ella, de incidencia y etiología desconocida cuyo único estudio aislado en Japón indicó una incidencia de 0.02%. Su diagnóstico definitivo se realiza mediante estudios histológico de la placenta.

CASO CLÍNICO

Mujer de 24 años, que fue derivada a sus 20 semanas de gestación a nuestro servicio por sospecha ecográfica de mola hidatiforme parcial la que fue descartada dado cariograma normal, por lo que se planteó la sospecha de displasia mesenquimal placentaria. Presentaba una historia sugerente de rotura prematura de membranas, que se manejó de acuerdo a su edad gestacional. Evolucionó favorablemente hasta las 31 semanas en donde presentó trabajo de parto prematuro asociado además a un Síndrome hipertensivo del embarazo no clasificado, dando como resultado un recién nacido por parto vaginal de sexo femenino vivo de 1600grs por 44cm, adecuado para su edad gestacional, sin patologías asociadas. Placenta de 1160gr discoide de 19x15x7 cm de espesor con vasos dilatados y tortuosos en cara fetal, sin proliferación trofoblástica anormal, confirmandose el diagnóstico de displasia mesenquimal placentaria.

DISCUSIÓN

Creemos importante tener presente esta patología, principalmente como diagnóstico diferencial de mola hidatiforme parcial con feto viable, cariograma normal y niveles de gonadotrofina coriónica humana y/o alfa-fetoproteína normales o levemente aumentados, debido a la asociación con diversas patologías como parto pretérmino (52%), restricción de crecimiento fetal (33%), muerte fetal in-útero (13%), síndrome de Beck-Wiedemann, y complicaciones maternas vistas en el 9% de los casos dadas principalmente por síndromes hipertensivos gestacionales. Se debería ofrecer a las pacientes una adecuada evaluación, seguimiento ecográfico en el tercer trimestre evaluando bienestar fetal y una interrupción programada del embarazo evitando pobres resultados neonatales.

ANÁLISIS ETIOLÓGICO DE HIPOGLICEMIA NEONATAL CON ÉNFASIS EN EL USO DE HIPOGLICEMIANTE ORALES EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL ATENDIDAS EN HOSPITAL SAN JOSÉ DURANTE EL AÑO 2014.

Maldonado C, Banderas B, Sierra A.

Complejo Hospitalario San José, Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) es una patología frecuente, cuya incidencia va en aumento, en gran medida debido al aumento de la obesidad en nuestra población. En Chile la prevalencia de DG se ha estimado en 5,1%. Las guías nacionales de manejo de DG plantean el uso de dieta e insulina, dependiendo de la complejidad del caso. Actualmente en nuestro centro, además del manejo propuesto en la guía nacional, se utilizan hipoglicemiantes orales (HGO) en casos de descompensación metabólica moderada que no responde a dieta y con dificultad para la autoadministración de insulina en base a protocolos estrictos. El objetivo de este trabajo es analizar las causas de hipoglicemia neonatal en recién nacidos (RN) durante el año 2014 en el servicio de Maternidad del Hospital San José y evaluar su relación con el uso de HGO en el embarazo.

MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva descriptiva de las fichas de los casos de hipoglicemia neonatal (definida en nuestro servicio como glicemia $< 45\text{mg/dl}$) de recién nacidos de la neonatología del Hospital San José durante el año 2014. Se analizan las patologías maternas y fetales, además de el uso de medicamentos durante el embarazo de dichos casos. En los casos de RN de madres diabéticas, se analiza el tipo de diabetes y el tratamiento utilizado durante la gestación.

RESULTADOS

De un total de 64 casos de hipoglicemia neonatal, 24 pacientes (37,5%) no presentaban patología materna, ni del embarazo al momento del parto. Las patologías neonatales asociadas más frecuentes en este grupo de RN con hipoglicemia fueron síndrome de distrés respiratorio en 15 casos (23%), RN pretérmino 9 casos (14%) y pequeños para la edad gestacional 8 casos (12,5%). Destacan además 5 casos de trisomía 21 (7,8%).

Del total de casos de hipoglicemia neonatal; 23 correspondían a hijos de madres diabéticas, 19 de éstas fueron DG (29,6%) y 4 DPG. Del total de madres diabéticas se excluyeron 2 pacientes por no existir registro de su tratamiento, 8 se trataron con dieta (12,5%), 9 pacientes se manejaron con insulina (14%) y de estas 4 se asociaron a metformina (6,25%) y 4 pacientes fueron manejadas con glibenclamida (6,2%).

CONCLUSIONES

Tanto la diabetes gestacional como la pregestacional son patologías que se asocian fuertemente a alta morbimortalidad perinatal y el impacto de estas en la vida adulta ya ha sido demostrado.

Con respecto a la hipoglicemia neonatal en nuestro Servicio, observamos una relación directa con el antecedente de diabetes gestacional o pregestacional durante el embarazo, sin embargo no existe una relación clara con respecto al uso de HGO y esta patología ni una diferencia clara con el uso de glibenclamida o metformina.

Creemos que la hipoglicemia en estas pacientes se observa con mayor frecuencia en pacientes con diabetes gestacional descompensada al momento del parto o de mayor dificultad en su manejo. Por lo debemos estudiar esto, en forma prospectiva, junto con la asociación del tipo de hipoglicemiante e hipoglicemia neonatal.

PREECLAMPSIA Y TAQUICARDIA MATERNA, RESULTADO DE ENFERMEDAD DE GRAVES NO CONTROLADA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Banderas B., Soto L., Maldonado C., Núñez A.

Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile Unidad de Partos, Hospital San José

INTRODUCCIÓN

El hipertiroidismo no diagnosticado o mal controlado está ligado a mayores complicaciones perinatales, incluida la preeclampsia (PE). La Enfermedad de Graves (EG) es la causa más frecuente de hipertiroidismo durante el embarazo. Suele presentarse en sus inicios exacerbando la sintomatología del embarazo, remitiendo en el 2° y 3° trimestre, y recidivando en el puerperio (Fernández M., 2013). Como complicación cardiovascular durante la gestación es infrecuente, lo que representa un reto diagnóstico (Sabah K., 2014). El siguiente caso representa dicha situación.

CASO CLINICO

Paciente de 24 años, multipara de 1, con antecedente de asma moderado y PE en primera gestación, cursa embarazo de 32 semanas por fecha de última regla operacional. Consulta en servicio de urgencias Hospital San José (HSJ) por cuadro de dinámica uterina. Se constata presión arterial elevada, taquicardia materna y acortamiento cervical. Se diagnostica PE Moderada y Amenaza de Parto Prematuro hospitalizándose para manejo. A su ingreso a Sala de Partos destaca taquicardia materna persistente de 160 lpm, diaforesis, paciente afebril y latidos cardio feales (LCF) 180lpm. Exámenes de laboratorio negativos para infección e índice proteinuria/creatinuria >0.3; Electrocardiograma objetiva taquicardia sinusal. Evaluada por médico Internista, sospecha Hipertiroidismo no controlado e indica Propanolol 40 mg intravenoso, respondiendo

con dificultad respiratoria y saturación O₂ 80%, que responde al uso de O₂ por mascarilla. Radiografía de tórax: Índice Cardio Torácico >0.5, edema intersticial y alveolar bilateral; Ecocardiograma sugerente de miocardiopatía periparto. Se administra Digoxina 3 ampollas, Furosemida bolo de 40 mg. Se interrumpe embarazo para manejo de madre en Unidad de Paciente Crítico (UPC). Se solicita perfil tiroideo que destaca T4L >7.7 y TSH 0.01. Paciente se traslada a UPC – Clínica Las Condes. Persiste hipertensa, taquicárdica, eupneica y con volumen extracelular aumentado. Se realiza nuevo ecocardiograma: ventrículos no dilatados, función sistólica global normal-baja. Dilatación moderada de auricular izquierda. Disfunción diastólica tipo 2, con aumento de presiones de llenado de ventrículo izquierdo. Insuficiencia mitral leve a moderada. Insuficiencia tricuspídea moderada. En contexto de taquicardia sinusal, y clínica de hipervolemia se descarta miocardiopatía. Se realiza Eco doppler de tiroides: sugerente de Tiroiditis / EG. Nódulo hiperecogénico en lóbulo derecho, 3.3 mm de diámetro mayor. Se solicitan anticuerpos anti-receptor de TSH que resultan positivos 30.9 UI/L, confirmándose EG. Finalmente la paciente es dada de alta al 5to día en buenas condiciones.

DISCUSION

Cabe hacer hincapié en considerar la EG como causa subyacente de complicaciones obstétricas, especialmente frente a sintomatología sugerente de hipertiroidismo como taquicardia, diaforesis e hipertensión (Aggarawal N, 2014), pese a que esta última es común de PE. El manejo clínico del hipertiroidismo en la gestante difiere de aquella no gestante (Fernández M, 2013), lo cual plantea retos tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico que en el presente caso requirió de interrupción del embarazo y manejo por UPC.

PERFIL LIPÍDICO DURANTE LA GESTACIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON FACTORES BIOMÉDICOS Y RESULTADOS PERINATALES.

78

Autor: Rodríguez M., Coautor: Pérez R.

Institución: Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

La gestación es un período crucial para el desarrollo y programación del individuo futuro. La malnutrición atenta la salud mundial. Por lo tanto es importante mejorar nuestro entendimiento acerca de los cambios en los parámetros lipídicos durante la gestación.

OBJETIVO

Analizar los cambios en los parámetros del perfil lipídico durante la gestación y su asociación con factores biomédicos y resultados perinatales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo, descriptivo y correlacional, realizado en una población de gestantes de la comuna de Cauquenes, Región del Maule, Chile. Se estudiaron 28 casos de ingresos prenatales durante Enero del 2011 a Enero del 2012, se determinó el perfil lipídico en cada trimestre de gestación, se recopilaron datos biodemográficos en cada trimestre y post- parto. Los datos fueron analizados por el software estadístico Stata 13. Se realizó un análisis descriptivo uni y bivariado, se ajustaron modelos de efectos mixtos y de regresión logística y lineal. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

RESULTADOS

El Colesterol total, C-LDL y triglicéridos aumentaron a lo largo de la gestación, el C- HDL presentó una disminución no significativa al tercer trimestre. El colesterol total promedio fue menor en las gestantes de 35 años y más. Los grupos “extremos” de edad presentaron un C-HDL promedio menor que las de 20-34 años (relación significativa). El C-LDL se correlacionó inversamente con el grupo de 35 años y más. Para los triglicéridos se observaron valores más bajos en el grupo de 35 años y más. No se encontró una asociación significativa entre estado nutricional o paridad vs colesterol total y C- HDL. En primíparas el C-LDL tiende a aumentar hasta el final de la gestación. Se observó valores más altos de triglicéridos en mujeres con sobrepeso, especialmente en obesas y múltiparas. El colesterol total al inicio de la gestación tiene una relación positiva con el peso al nacer, al final de la gestación la relación es inversa con el peso al nacer. Entre los parámetros del perfil lipídico y la edad la gestacional al nacer sólo son significativos, con valores moderados y bajos, el colesterol total y el C-LDL en los tres trimestres, por su parte el C- HDL es significativo sólo en el primer trimestre.

CONCLUSIÓN

La gestación se ve influenciada por factores biomédicos presentes durante todo el proceso, estos afectan los parámetros del perfil lipídico y pueden tener consecuencias en los resultados perinatales.

EFECTO DEL CRECIMIENTO FETAL DISCORDANTE EN EL PRÓNOSTICO PERINATAL EN EMBARAZOS GEMELARES CON ≥ 34 SEMANAS DE AMENORREA.

Figuroa J1; Ramos M2; Schwarze J3; Rencoret G1.

1.Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 2. Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 3. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La discordancia de peso es un hallazgo común en gestaciones gemelares. Aunque ciertos grados de discordancia pueden representar una variación fisiológica, se sabe que la morbimortalidad perinatal aumenta con grados mayores de discordancia. La discordancia de peso al nacer se ha asociado con multitud de resultados adversos, incluyendo muerte fetal, muerte neonatal, parto prematuro, dificultad respiratoria y hospitalización en UCI neonatal. A pesar de estas fuertes asociaciones, todavía no está claro el punto de corte óptimo de discordancia para predecir resultado perinatal adverso. El objetivo principal de este estudio fue determinar el comportamiento de la discordancia de peso en la predicción de un mal resultado perinatal en embarazos gemelares.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de todos los partos de gestaciones gemelares dobles entre 34 y 39 semanas, atendidos en el Hospital Clínico San Borja Arriarán entre el 1 de enero de 2011 y el 31 de diciembre de 2014. Se extrajeron los siguientes datos de las bases de datos de los servicios de Obstetricia y Ginecología y Neonatología del Hospital Clínico San Borja Arriarán: edad de la madre, corionicidad, número de semanas de amenorrea cumplidas al momento del parto; tipo de parto (vaginal o cesárea); peso y talla del recién nacido; puntaje de Apgar al minuto y a los 5 minutos

discordancia de peso expresado como porcentaje sobre el feto de mayor tamaño al nacimiento; hospitalización en UCI neonatal, morbilidad neonatal y muerte neonatal. Análisis estadístico: Para las variables categóricas se presentó la frecuencia y el riesgo relativo con el correspondiente intervalo de confianza. Para las variables continuas se presentó la media y su desviación estándar. Para determinar el efecto de la discordancia fetal en la posibilidad de mal resultado perinatal, se realizó una regresión logística considerando como variables independientes edad materna, edad gestacional y discordancia de peso fetal. La discordancia de peso fetal fue categorizada en tres grupos : $<20.0\%$, $20.1-24.9\%$ y $\geq 25.0\%$. Para determinar la asociación entre la categoría de discordancia de peso fetal con el mal resultado perinatal se realizó un test de chi cuadrado de Fisher. Un valor de p menor a 0.05 fue considerado como estadísticamente significativo.

RESULTADOS

Doscientos casos cumplieron con los requisitos para ser considerados en este estudio. Se analizó la frecuencia de mal resultado perinatal compuesto (mortalidad perinatal más morbilidad neonatal) de acuerdo a la severidad de la discordancia de peso fetal. Los datos muestran que una vez que la discordancia supera el 20%, la frecuencia de mal resultado perinatal aumenta significativamente ($p=0.017$). Ocupando como referencia al grupo de gemelos con discordancia $<20\%$, el riesgo relativo de mal resultado perinatal es de 2.2 (IC 95% 1.3-3.8)

CONCLUSIONES

La discordancia de peso al nacer mayor al 20% en embarazos gemelares mayor o igual a 34 semanas se asocia a mayor riesgo de morbimortalidad neonatal.

CERVICOMETRÍA ENTRE 18 Y 24 SEMANAS Y RIESGO DE PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO.

80

Rencoret G. 2, Chong E. 1, Alvarado F. 1, Figueroa J2.

1. Becada Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile

2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La medición rutinaria de cérvix mediante ecografía transvaginal a las 18 a 24 semanas de embarazo, es útil para predecir el riesgo de presentar un parto prematuro espontáneo, y éste aumenta exponencialmente con el acortamiento cervical tanto en embarazo únicos como múltiples. Se estudió la asociación entre parto prematuro y cérvix corto en ecografía de 18-24 semanas en nuestra población.

MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo, tipo caso y controles. Se revisan las fichas electrónicas desde programa ASTRAIA, de 4401 embarazos únicos entre mayo de 2014 a Julio de 2015, que se encuentran en control ecográfico en unidad materno fetal del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA). Se analizan datos de cervicometría realizadas entre las 18 y 24 semanas y su asociación con parto prematuro (menor a 37 semanas).

RESULTADOS

De un total de 4401 partos en control en unidad de ecografía del HCSBA, se aíslan 414 pacientes con parto menor a 37 semanas, correspondiendo a un 9,4% de total de partos. De éstos, un 39,6% fueron espontáneos, siendo un 85% con membranas íntegras y un 14,6% por Rotura prematura de membranas.

De los partos prematuros espontáneos, un 15,8% presentaron un cérvix menor o igual a 25 mm. De los partos espontáneos menor o igual a 32 semanas, un 35,7% presentaron un cérvix menor a 25 mm, siendo de éstos un 21,4% menor o igual a 15 mm.

Se calcula el OR de la exposición a un cérvix menor o igual a 25 mm, presentando un riesgo de 4,4.

CONCLUSION

Existe correlación entre el largo del cérvix y riesgo de presentar un parto prematuro menor a 37 semanas, sobre todo en partos menores a 32 semanas. Por lo tanto, se confirma en nuestra población, que el cérvix menor o igual a 25 mm presenta 4.4 veces más riesgo de presentar un parto prematuro.

¿CANCER DE TIROIDES ANAPLASICO Y EMBARAZO, SABEMOS COMO MANEJARLO?

Morales N, Sanhueza P, Guerra M, Vásquez P, Gutiérrez J
Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital San Jose,
Universidad Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de tiroides es un cáncer poco común pero es la neoplasia maligna más común del sistema endocrino. La mayoría de las veces se detecta en mujeres en edad reproductiva, con mayor frecuencia por debajo de 40 años y por lo tanto se encuentra entre los tipos de cáncer más comunes durante el embarazo. Su prevalencia va entre 3,6 a 14 por cada 100.000 nacidos vivos. Los tumores poco diferenciados (medular o anaplásico) son poco comunes, de rápida evolución, hacen metástasis temprano y tienen un pronóstico mucho más precario. Esto último, asociado al embarazo y sus características propias tanto endocrinas, inmunológicas como metabólicas hacen un pronóstico aún más ominoso.

OBJETIVO

Se presenta el caso excepcional de una paciente que curso durante el embarazo con un Cáncer anaplásico de tiroides, diagnosticado durante su etapa prenatal, manejo y seguimiento.

CASO CLÍNICO

M1, 28 años, sin antecedentes mórbidos, a las 13 semanas de embarazo consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por aumento de volumen en línea media cervical asociado a disfagia progresiva, ecografía demuestra bocio multinodular y PAAF Citológico neoplasia poco diferenciada.

Se realiza tiroidectomía total a las 23 semanas, identificándose masa indurada de 12 cm sin plano de clivaje. La biopsia rápida informa "tumor maligno poco diferenciado". Buena evolución postoperatoria. La biopsia definitiva informa cáncer anaplásico de tiroides. El comité oncológico propone prolongar embarazo lo más posible y en las mejores condiciones la sobrevivida y la calidad de vida de la paciente. En caso de crecimiento

tumoral acelerado con riesgo de obstrucción de vía aérea se plantea reoperación con reducción de masa tumoral y traqueostomía definitiva.

A las 31+4 semanas se hospitaliza por crecimiento de masa tiroidea remanente con sospecha de recidiva. Durante hospitalización presenta cefalea hemicránea derecha EVA 9 de difícil manejo llegando a requerir terapia neural. Oncólogo tratante indica manejo corticoideal para mantener tamaño del tumor. Nuevo comité oncológico propone maduración pulmonar del feto e interrupción del embarazo cuando sea posible, posterior TAC de cabeza-cuello y tórax y posterior tratamiento quirúrgico mas gastrostomía percutánea. Cesárea electiva a las 35 semanas con RN femenino 2278grs x 44.5 cm. APGAR 08-09. El día 28 de julio se hospitaliza para reintervención quirúrgica donde se realiza resección parcial de recidiva tumoral por compromiso de vasos de cuello, actualmente en tratamiento paliativo con radioterapia y quimioterapia.

DISCUSIÓN

La incidencia de cáncer tiroideo y embarazo ha ido en aumento e implica un desafío tanto para el obstetra como para el oncólogo. Al momento de la revisión de la literatura nos encontramos con que la mayoría de los casos publicados son aislados o series pequeñas. Es aun más difícil el manejo de un cáncer anaplásico como el de nuestro caso ya que en la mayoría de las series y casos de la literatura éstos presentan casos de cáncer de tiroides bien diferenciado. El tratamiento del cáncer de tiroides anaplásico dependerá del grado de diferenciación e infiltración tumoral, siendo en su mayoría la combinación de tres pilares: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Sin embargo, la decisión de tratar o retrasar el tratamiento en la mujer embarazada con cáncer es difícil y está influenciada por diversos factores.

Tomando en cuenta que el cáncer de tiroides es uno de los más frecuentes en la mujer en etapa reproductiva, creemos que hay que realizar protocolos de detección y manejo estandarizado de esta patología, tanto en la etapa preconcepcional como pre y post natal.

DIAGNOSTICO PRENATAL DE ANORMALIDADES CROMOSOMICAS EN PACIENTES CON MALFORMACIONES CONGENITAS EN EL HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Vargas P.1,2 Sepulveda S.3 Kusanovic JP. Parra Z. Mellado C. Pardo R. Silva K. Diaz F. Ferrer F. Cordova V. Valdes R. Martinovic C.

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

3 Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

Las aneuploidías y malformaciones congénitas constituyen una de las causas relevantes de mortalidad y morbilidad perinatal e infantil en Chile. Entre el 2-3% de los embarazos presentarán al menos una malformación congénita, y según los datos del MINSAL del año 2010, éstas explican el 40% de la mortalidad perinatal en Chile. La aneuploidia más prevalente es la trisomía 21, presente en 2,2/1000 nacidos vivos. El Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) del Complejo Asistencial Sótero del Río se ha desarrollado como un centro de referencia del sector suroriente de Santiago, y de derivación AUGE de cardiopatías congénitas. Nuestro laboratorio de citogenética nos ha permitido realizar el estudio prenatal de aneuploidías en nuestras pacientes y aquellas derivadas. El presente estudio evalúa la realidad local del diagnóstico prenatal de aneuploidías entre Octubre de 2010 y Diciembre de 2014.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, que incluye pacientes provenientes de las comunas de Puente Alto y La Florida, o aquellas derivadas de algún otro centro del país, a las cuales se les indicó el estudio genético prenatal invasivo basado en los hallazgos ecográficos de malformaciones y/o marcadores ecográficos de

aneuploidías. Las amniocentesis se realizaron bajo visión ecográfica y con técnica estéril, obteniéndose 15-20 ml de líquido amniótico. En situaciones específicas (ej: edad gestacional avanzada) se realizó una cordocentesis. Todas las pacientes leyeron y firmaron un consentimiento informado previo a la obtención de la muestra.

RESULTADOS

Los hallazgos ecográficos de malformaciones y/o marcadores ecográficos de aneuploidías más frecuentes fueron: cardiopatías congénitas, malformaciones del sistema nervioso central y restricciones de crecimiento precoz. Se tomaron 144 muestras de líquido amniótico y una de sangre fetal, de las cuales se obtuvo resultado en 135 de ellas. En un 6% (10/145) de las pacientes no hubo crecimiento celular. La edad materna promedio fue de 30 años, y la edad gestacional promedio a la amniocentesis fue de 27+3 semanas (rango: 18 y 36+4 semanas). Un 33% de las muestras (44/135) presentaron cariotipo anormal, siendo la alteración más frecuente la trisomía 21 (12.5% - 17/135), seguida por la trisomía 18 (9.6% - 13/135), la monosomía X (5% - 7/135), y la trisomía 13 (3% - 4/135). También se identificaron un caso de triploidía (69,XXX) asociado a craneosinostosis y un caso de 46,XY,der(9)t(7;9)(q32;p24) asociado a una hipoplasia de ventrículo izquierdo.

DISCUSIÓN

El diagnóstico prenatal de alteraciones cromosómicas es posible de ser realizado en forma segura en un hospital del servicio público de nuestro país. El 33% de las muestras presentó un cariograma anormal. Esto es más frecuente a lo descrito, ya que presentamos una población de alto riesgo de aneuploidías por ser centro de referencia AUGE de cardiopatías congénitas. La trisomía 21 fue la aneuploidía más frecuente.

DIAGNOSTICO PRENATAL Y SOBREVIDA DE NIÑOS CON SINDROMES DE EDWARDS Y PATAU: EXPERIENCIA DEL COMPLEJO ASISTENCIAL SOTERO DEL RIO.

Vargas P.1,2 Sepulveda S.3 Kusanovic JP. Parra Z. Mellado C. Pardo R. Silva K. Diaz F. Ferrer F. Cordova V. Valdes R. Martinovic C.

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Edwards (trisomía 18) y Patau (trisomía 13) son síndromes cromosómicos que fenotípicamente se presentan con múltiples malformaciones cardíacas, del sistema nervioso central, faciales, renales, etc. Dada la multiplicidad de órganos afectados, la sobrevida de estos niños es considerablemente baja. El objetivo de este estudio es mostrar los resultados perinatales de pacientes con diagnóstico prenatal de trisomías 13 y 18 que fueron atendidas en nuestro hospital.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes en las cuales se realizó una amniocentesis genética por sospecha de aneuploidías entre Octubre de 2010 y Marzo de 2015. Se revisaron las fichas maternas, estudios ecográficos y evolución de los recién nacidos para evaluar sobrevida.

RESULTADOS

En el periodo estudiado se identificaron trece pacientes con trisomía 18 y cuatro con diagnóstico de trisomía 13. La edad materna promedio fue de 39 años (rango: 16-42 años) y la edad gestacional promedio al momento de la amniocentesis fue 28 semanas (rango: 18-33+6 semanas). Las malformaciones fetales más frecuentemente diagnosticadas fueron cardiopatías congénitas (hipoplasia de ventrículo izquierdo, trasposición de grandes vasos, comunicación interventricular), del sistema nervioso central (holoprosencefalia alobar, Dandy-Walker) y defectos de pared abdominal (onfalocele). El resultado perinatal estuvo disponible en 12 pacientes. De ellos, el 58% (7/12) nació vivo, con un rango de sobrevida entre 2 horas y 6 meses. Tres recién nacidos fallecieron en las primeras 48 horas, dos a los 30 y 34 días y un caso sobrevivió hasta los 6 meses.

DISCUSIÓN

En nuestro centro, las cardiopatías congénitas y las malformaciones del sistema nervioso central fueron las malformaciones congénitas más frecuentemente asociadas a fetos con diagnóstico prenatal de trisomías 13 y 18. De ellos, un 58% nació vivo. Hubo 3 casos que sobrevivieron entre 30 días y hasta 6 meses. Actualmente, el manejo de estos niños es paliativo, siendo el objetivo, si los padres así lo desean, permanecer con sus hijos todo el tiempo que tengan de vida, haciendo de esto una experiencia única que permita mejorar el proceso del duelo. Si bien la tasa de sobrevida es baja, se sugiere no considerar a estos niños como “incompatibles con la vida”, e informar a los padres sobre la potencial sobrevida de sus hijos.

DISTROFIA MIOTÓNICA TIPO I: REVISIÓN DEL TEMA A PARTIR DE UN CASO.

Barrientos, J1. Díaz, E1. Alliende, R1. Ruz, A1. Jordán, F2. Novoa, J3.

¹Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. ² Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. ³ Servicio de Neonatología, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile

INTRODUCCIÓN

La distrofia miotónica tipo I (de Steinert), es una enfermedad multisistémica, autosómica dominante, provocada por la mutación de un gen en la porción q13.3 del cromosoma 19.

La forma congénita es una de las causas más frecuentes de hipotonía neonatal y ocurre en niños nacidos de mujeres afectadas. Se caracteriza por su manifestación precoz, su gravedad y el mal pronóstico, con una mortalidad neonatal del 50%. Tiene una prevalencia de 1:1600 - 3500 recién nacidos, y puede producir polihidramnios, óbito o un síndrome hipotónico neonatal severo. Las apneas y los trastornos respiratorios son muy frecuentes, requiriendo habitualmente cuidados intensivos y ventilación mecánica. La probabilidad de heredar esta patología y la severidad de la misma aumenta en forma considerable si la madre ya ha tenido un hijo con esta patología (fenómeno de anticipación). Ayudan al diagnóstico los antecedentes familiares de trastornos musculares y deglutorios, retardo mental, así como niños fallecidos en el período perinatal. La confirmación del diagnóstico suele obtenerse mediante la clínica y el electromiograma materno, agregándose la lámpara de hendidura en el caso de madres asintomáticas.

METODOLOGÍA

Describimos la evolución del embarazo y del neonato, la influencia recíproca entre la enfermedad y el embarazo, con énfasis en las complicaciones antenatales (ecográficamente observables) y neonatales.

CASO CLÍNICO

Paciente múltipara de uno, cesarizada anterior e hipotiroidea. Hospitalizada a las 29+2 semanas por síntoma de parto prematuro, cérvix corto y polihidroamnios (con PTGO normal). Se administran corticoides y se realiza amniocentesis con amniodrenaje, con glucosa de 11 mg/dl y recuento celular de 13 mm³. Ante sospecha de infección intramniótica, se inicia tratamiento empírico con antibióticos de amplio espectro por 10 días, cuadro descartado con cultivos negativos. Ecografía a las 30 semanas sospecha pie bot bilateral. Evoluciona con acortamiento cervical progresivo con inicio de trabajo de parto a las 32 semanas. Por presentación podálica se decide cesárea de urgencia, obteniéndose un recién nacido hipotónico, Apgar 1 y 4, el que evoluciona con requerimiento de ventilación mecánica de alto flujo inestable hasta la fecha. La evaluación neurológica compatible, sumado a antecedentes familiares (madre incapaz de realizar movimiento normal de la mano y hermano con dificultad para realizar ciertos movimientos como sujetar volante de auto) y test citogenético diagnóstico confirman la presencia de una distrofia miotónica neonatal tipo 1.

CONCLUSIONES

En recién nacidos con polihidroamnios idiopáticos es importante considerar la presencia de enfermedades neuromusculares, dada la prevalencia relativamente alta en recién nacidos con síndrome hipotónico, es importante sospechar la distrofia miotónica neonatal tipo 1, considerando que su diagnóstico es principalmente clínico y sus implicancias en el pronóstico neonatal, la asesoría genética que se puede ofrecer a la madre, futura descendencia, como asesoría a otros integrantes de la familia, potencialmente en riesgo.

RUPTURA HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO EN SÍNDROME DE HELLP: REVISIÓN DE LA LITERATURA Y REPORTE DE UN CASO.

85

Fuentes F., Oliva E.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca. Universidad Católica del Maule

INTRODUCCIÓN

El síndrome de HELLP, representa una forma severa de preeclampsia, pero el 15-20% de los pacientes afectados no tienen antecedentes de hipertensión o proteinuria. Dentro del síndrome de HELLP, el hematoma subcapsular hepático es la más inusual y sería complicación, con una incidencia de 1 en 40.000 a 1 en 250.000 embarazos, asociándose sobre el 90% con síndrome de HELLP. La tasa de mortalidad materna y fetal varía en la literatura, siendo 0-16.4% y 30%, respectivamente.

OBJETIVO

Presentar un caso de hematoma subcapsular hepático roto tratado eficazmente con drenaje y packing.

CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, primigesta, cursando embarazo de 34 semanas. Consulta por cuadro de epigastralgia de 2 horas de evolución. Al ingreso normotensa. Paciente evoluciona con hipotensión, sensibilidad uterina y bradicardia fetal decidiéndose interrumpir vía cesárea por sospecha de DPPNI. Dentro de sus exámenes destaca: hematocrito de 35%, plaquetas de 22.000, GOT de 1312 UI/L y GPT 938 UI/L. Durante cirugía, se evidencia hemoperitoneo masivo, se solicita colaboración de cirujano de turno, se decide abordaje con incisión subcostal derecha extensa donde se constata un amplio

hematoma subcapsular roto en cara anterior de lóbulo hepático derecho; por lo que, se decide realizar packing hepático con 12 compresas. En postoperatorio, ingresa a UCI con diagnóstico de síndrome de HELLP, hematoma subcapsular hepático roto operado y embarazo 34 semanas interrumpido por SFA. Reingresa a pabellón al día siguiente donde se retira packing y se deja drenaje. Al quinto día postoperatorio, se decide realizar una TC que muestra colección perihepática subcapsular derecha de 20 x 15 x 3 cm de aspecto compatible con un hematoma agudo y leve ascitis difusa. Se decide alta dada la buena respuesta clínica y de laboratorio al día 19 post operatorio.

DISCUSIÓN

La preeclampsia es la causa más común de disfunción hepática en el embarazo; por lo que, en toda embarazada con preeclampsia severa la presencia de dolor abdominal agudo debería hacernos sospechar esta patología. La confirmación se realiza mediante exámenes de laboratorio (anemia aguda, trombocitopenia y alteración de pruebas hepáticas) y técnicas de imagen, como ecografía, y TC de abdomen y pelvis. Se sabe que el grado de laceración hepática se correlaciona con la severidad de la trombocitopenia. El tratamiento es controversial, lo fundamental es que sea escalonado. Este puede ser conservador (hemodinamia estable) o quirúrgico (Evacuación con packing y drenaje, malla de poliglatina, hepatectomía parcial, embolización de arteria hepática e incluso transplante hepático). La terapia con packing y drenaje logra una supervivencia global del 82%, siendo ésta la más utilizada.

CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS COMPLEJAS EN EL RECIÉN NACIDO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO 2006-2014.

86

Witker D, Pais F, Insunza A, Novoa J

Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado Facultad de Medicina Hospital Padre Hurtado- Universidad del Desarrollo

Introducción

Las anomalías congénitas más frecuentes en los recién nacidos son las cardiopatías congénitas, representando un importante problema de salud pública, en Chile y en el mundo. Su incidencia en Chile corresponde a 6 a 8 por 1000 recién nacidos vivos, constituyendo la segunda causa de muerte en menores de un año. A partir del año 2004 se incorporan al plan de garantías explícitas en salud, por lo que su oportuno diagnóstico y consecuente manejo adquieren vital importancia.

OBJETIVOS

Realizar una descripción del perfil epidemiológico de los RN con diagnóstico de cardiopatías congénitas y de las madres de los RN con cardiopatías congénitas en la Unidad de Neonatología del Hospital Padre Hurtado desde el 01 enero 2006 al 31 de diciembre 2014. Evaluar el proceso de diagnóstico prenatal de los pacientes nacidos con cardiopatías congénitas en la Unidad de Neonatología del Hospital Padre Hurtado en el período correspondiente.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo. Se obtuvo la información de los recién nacidos de la base de datos de la Unidad de Neonatología y los datos maternos a partir de las fichas clínicas. Se realizó el diagnóstico de cardiopatía congénita compleja en 46 recién nacidos, se revisaron un total de 42 fichas clínicas, por pérdida en el seguimiento de las pacientes restantes en el transcurso de los años. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los recién nacidos y sus madres.

RESULTADOS

Se registraron 52004 partos, en 46 de ellos se diagnosticó cardiopatía congénita compleja, correspondiente a una prevalencia de 0,9 por mil recién nacidos vivos. La edad promedio de las madres fue de 25,7 años con un 17% del

total de la muestra sobre 35 años, 43 % fueron primigestas y 57% multíparas. En cuanto al nivel educacional, un 7% son analfabetas, con 10,2 años promedio de estudio. Solo 1 paciente presentaba antecedente de un mortineonato polimalformado. Un 40,5% del total, presentaron alguna comorbilidad, la más frecuente fue obesidad en un 81%, con un IMC promedio de 32,1 y no hubo pacientes con normopeso. Otras patologías encontradas en orden de frecuencia fueron colestasia anictérica 9,5%, hipertensión y embarazo en vías de prolongación 7,1% respectivamente, metrorragia del tercer trimestre 4,8%, asma, diabetes pregestacional y diabetes gestacional 2,4% cada una. La vía de parto fue 47,6% partos vaginales y 52,4% cesáreas, 54,5% de ellas de urgencia. La edad gestacional al parto fue de 38,3 semanas, con un peso promedio de 3146 gr. La prevalencia de aneuploidías en la muestra fue de 16,7%, correspondiente a trisomía 21 en todos los casos. 12% de la muestra presentaron malformaciones extra-cardíacas, en sistema nervioso central, genitourinario, musculoesquelético, pulmonar y/o gastrointestinal. Las cardiopatías congénitas de diagnóstico más frecuente en esta muestra corresponden a canal AV 19%, coartación aórtica 9,5%, atresia pulmonar 7,1%, estenosis pulmonar 7,1% y flutter auricular 7,1%, prevalencias similares a las reportadas en series nacionales e internacionales. Un 28,6% presentaba diagnóstico prenatal, encontrándose en control en el policlínico de alto riesgo obstétrico del hospital. La concordancia encontrada entre los pacientes con diagnóstico prenatal fue de 83,3%.

CONCLUSIÓN

Se demuestra que existe un evidente subdiagnóstico durante la vida fetal como en el período neonatal, debido a esto es necesaria una mejoría en el diagnóstico pre y postnatal, para ello la extensión de la evaluación básica cardíaca a fetos de bajo riesgo es de suma relevancia, pues es a nivel de atención primaria donde se encuentra la población de bajo riesgo y por tanto ahí es donde se requiere incrementar la tasa de diagnóstico.

DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DE EMBARAZO ISTMICO-CERVICAL QUE ALCANZA VIABILIDAD: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Vásquez P. 2, Toledo M. V.2, Guiñez R. 1, Galleguillos C.1, Parra-Cordero M.1

1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El embarazo cervical es un tipo de embarazo ectópico extremadamente infrecuente. Representa menos del 1% de todos los embarazos ectópicos y su incidencia es aproximadamente 1 de cada 9.000 nacimientos. La causa es poco clara, sin embargo el uso de dispositivos intrauterinos, historia previa de legrado o cesáreas, han sido asociados como posibles factores relacionados. El manejo es variable, desde tratamiento conservador a quirúrgico.

METODOLOGÍA

Se revisa la literatura internacional en la base de datos Pubmed, de todas las publicaciones de los últimos 10 años, usando como palabras claves: “cervical ectopic pregnancy”, “ectopic pregnancy”, “diagnosis”, “ultrasound diagnosis ectopic pregnancy” y se seleccionan estudios publicados en revistas indexadas. La revisión se centró en el diagnóstico de la entidad clínica, principalmente en el diagnóstico ecográfico, para comparar datos con el caso reportado. Se analizan principalmente datos relacionados con hallazgos ecográficos que orienten a un diagnóstico precoz de embarazo ectópico cervical y su seguimiento en embarazos más avanzados. A continuación se presenta experiencia en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, a raíz de un caso de embarazo cervical que avanzó hasta las 26 semanas, con recién nacido (RN) vivo.

CASO CLÍNICO

Paciente sin antecedentes mórbidos previos, múltipara de un parto vaginal de término y eutócico, con un aborto del primer trimestre que requirió legrado. Se hospitaliza

inicialmente en Iquique cursando embarazo de 19 semanas por metrorragia del II trimestre secundario a Placenta previa oclusiva total – Acretismo placentario. Es derivada al servicio de Obstetricia del HCUCH a las 23 semanas con estimación de peso fetal de 456 gr por falta de cupo en neonatología. En evaluación en nuestro centro, se sospecha un embarazo istmico-cervical por ecografía obstétrica, confirmándolo por resonancia magnética de pelvis y manteniendo control ecográfico posterior. Se planifica interrupción entre 28-32 semanas, con histerectomía, sin embargo por inicio de metrorragia incoercible es necesario realizar cesárea e histerectomía obstétrica de urgencia a las 26 semanas con técnica desarrollada por cirujano ginecólogo-oncólogo, sin incidentes. El RN evoluciona favorablemente hasta traslado a Iquique a los 28 días de vida, manteniendo controles pediátricos.

DISCUSIÓN

Dentro de la revisión en la literatura de revistas nacionales, no se encontraron datos de embarazos cervicales que alcanzaran viabilidad. La mayoría de los reportes hacían hincapié en el diagnóstico precoz para realizar interrupción del embarazo por medio de manejos conservadores en etapas tempranas. En el caso de nuestra paciente, entre los factores de riesgo conocidos para desarrollar esta entidad, se encuentra el legrado, teniendo el antecedente de sólo un aborto que lo requirió. Su manifestación fue la más frecuentemente reportada, hospitalizándose por metrorragia, en que se sospecha inicialmente placenta previa como la causa, sin embargo la herramienta más útil para certificar el diagnóstico posterior, fueron las imágenes, principalmente la ecografía que permitió realizar un seguimiento estrecho. Un caso como éste, de alto riesgo de morbi-mortalidad materna y la prematuridad neonatal asociada, requiere un trabajo en equipo entre distintas especialidades (medicina materno fetal, gine-oncología, neonatología, anestesia) para lograr un resultado favorable

CARACTERIZACIÓN DE PATRONES INMUNOLÓGICOS EN EMBARAZADAS CLASIFICADAS EN ALTO O BAJO RIESGO DE PRE-ECLAMPSIA EN EL PRIMER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN.

Parra-Cordero, M.1,2; Sepúlveda, A.1; Caro, G.1; Templo, F.3; López, M.3; Valdes, E.1; Rencoret, G.2

Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile¹ y Hospital San Borja Arriarán², Laboratorio de Inmunología, ICBM, Facultad de Medicina Universidad de Chile³.

OBJETIVO

Está descrito que para el éxito de un embarazo debe existir un predominio del patrón inmunológico Th2 sobre Th1/Th17 para favorecer un ambiente de inmuno-tolerancia y evitar eventuales rechazos al proceso de implantación placentaria y crecimiento fetal. Junto con los patrones linfocitarios anteriormente señalados, la presencia de linfocitos Natural Killer (NK) juegan un papel clave en la remodelación de las arterias espiraladas durante las primeras 12 semanas de gestación. El desbalance entre linfocitos Th1/Th17 vs Th2 y una alteración en la función de los NK se han asociado con condiciones como la pre-eclampsia (PE) u otras condiciones patológicas.

El objetivo de este estudio fue definir un patrón inmunológico en embarazadas clasificadas en “alto riesgo” comparadas con las de “bajo riesgo” de desarrollar PE precoz durante el primer trimestre de la gestación.

METODO

A todas las pacientes que acudieron a la ecografía entre 11+0-13+6 semanas se les invitó a participar a este estudio, el cual incluyó una evaluación Doppler de arterias uterinas y una muestra de sangre para citoquinas y aislamiento de linfocitos periféricos (PBMC).

De esta última muestra se realizaron mediciones por citometría de flujo de la expresión de NK y LT que expresaban IFN- γ +, IL-17A+ and IL-4+, como expresión de patrones de Th1, Th17 y Th2, respectivamente. Además, se realizaron mediciones de citoquinas periféricas por ELISA. Las embarazadas fueron sub-clasificadas de acuerdo a sus características clínicas y Doppler de arteria uterina como de “alto riesgo” (n=20) o “bajo riesgo” (n=20) de desarrollar PE precoz.

RESULTADO

El grupo de “alto riesgo” se caracterizó por un aumento significativo de los niveles de linfocitos T IL-4+ (Th2) y aumento de la expresión de NK al comparar con el grupo de “bajo riesgo”. El aumento de NK observado en el grupo de alto riesgo fue basado fundamentalmente en aquellos similares a NK deciduales. Además, el grupo de “alto riesgo” también se caracterizó por un aumento significativo de las citoquinas IL-18 y TGF- β . Por último, no hubo diferencias en la expresión de linfocitos Th1 y Th17 entre ambos grupos.

CONCLUSION

Estos hallazgos en el grupo de embarazadas en “alto riesgo” de desarrollar PE precoz a las 12 semanas de gestación son concordantes con la hipótesis que involucra a células inmunes y citoquinas plasmáticas en la remodelación de las arterias espiraladas e invasión del trofoblasto extravellocitario como parte de la génesis de la PE.

FONDECYT 1130668 & 1130324; IMII P09/016-F.

FACTORES BIOSOCIALES QUE INFLUYEN EN LA DESERCIÓN ESCOLAR DE MADRES ADOLESCENTES.

Pérez R., Araya T., Castillo MF., Faúndez C., Garrido V., Rivera J.

Departamento Obstetricia y Puericultura

Facultad de Medicina. Universidad de Concepción, Chile.

INTRODUCCIÓN

En Chile, un total de 15.404 adolescentes que se encuentran en situación de estudiantes padres, madres y/o embarazadas. La encuesta CASEN 2011 determinó que el embarazo, la maternidad o paternidad son la segunda causa por la cual las y los adolescentes menores de 18 años se encuentran fuera del sistema educativo.

MÉTODO

Estudio de tipo observacional descriptivo, de corte transversal y correlacional, en una muestra de 44 madres adolescentes inscritas en el Centro de Salud Familiar Yobilo de la comuna de Coronel, Región del Bio-Bio, durante el año 2014. Los datos se obtuvieron a través de diversos instrumentos auto-administrados: APGAR familiar de Smilkstein, Escala de Rosemberg, Escala de Graffar Mendez y Escala multidimensional de apoyo social de Zimet. El análisis estadístico se efectuó mediante la aplicación del test de Fisher ($p < 0,05$).

RESULTADOS

El 15% desertó antes del embarazo, 35% desertó durante el embarazo y el 50% no desertó del sistema escolar. De las madres que desertaron, 42,9% cursaba 8° Básico al momento del embarazo. El 35,7% de las madres que desertaron presentó conducta escolar clasificada como regular/mala, versus un 15% de las que no desertaron. El 71,4% de las familias de adolescentes que desertaron refirió algún integrante que fue madre o padre adolescente, versus el 65% de las que no desertaron. El 57,1% de las adolescentes que desertaron estaba con pareja, a diferencia del 95% de las que no desertaron ($p = 0,012$). El principal motivo de deserción fue las complicaciones del embarazo (78,6%), tales como síntomas de parto prematuro

(63,6%), anemia (27,3%) y síndrome hipertensivo del embarazo (18,2%). Con respecto al apoyo social, entre las madres que desertaron del sistema educacional el 35,8% percibió un menor apoyo social versus el 5% de las adolescentes que no desertaron ($p < 0,01$). El 64,2% de las madres que desertaron presentó elevada autoestima y el 28,5% baja autoestima, en cambio, en las madres que no desertaron, el 80% tuvo elevada autoestima y el 10% baja autoestima respectivamente. En lo que respecta al nivel socioeconómico, se identifica que para ambos grupos, este se concentró en los estratos medio bajo y obrero.

CONCLUSIONES

Las madres adolescentes que desertan del sistema escolar, se encuentran en condiciones socio-familiares más vulnerables que aquellas que se mantienen en el sistema escolar, puesto que no perciben una red de apoyo que las mantenga en el sistema. Por otra parte, las complicaciones del embarazo resulta ser la principal causa por la que abandonan los estudios.

MANEJO DE LA EMBARAZADA CON FENILCETONURIA: CASO CLINICO.

Guiñez R.1, Galleguillos C.1, Toledo V1, Vásquez P.1, Parra-Cordero M.1

1Unidad de Medicina Materno Fetal. Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCION

La fenilcetonuria (PKU) es una enfermedad metabólica hereditaria, autosómica recesiva, que se caracteriza por que en el aminoácido fenilalanina (Phe) no puede ser convertido en tirosina (Tyr) por la enzima fenilalanina hidroxilasa. Su consecuencia es la acumulación de Phe y de sus metabolitos, lo cual conduce a una grave encefalopatía que lleva a retraso mental irreversible. El síndrome de PKU materna, se refiere al efecto teratogénico de la Phe sobre el feto en una mujer embarazada. La base del manejo es la dietoterapia para mantener los niveles de Phe y así evitar su toxicidad sobre el feto.

CASO CLINICO

Paciente de 24 años, primigesta, con diagnóstico de PKU clásico a los 4 años de vida. En control en INTA hasta los 18 años, posteriormente mantuvo autotratamiento. Reingresa al INTA con gestación de 6 semanas, con medición de niveles de Phe en rango normal (1,4 mg/dl). Se mantiene restricción dietaria y suplemento alimentario. Comienza el control fetal en la Unidad de Medicina Materno fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en la semana 19 de embarazo, en paralelo y estrecha comunicación con el INTA. En el seguimiento ecográfico destaca foco hiperecogénico cardíaco y PHA leve a la semana 22 de embarazo. La anatomía fetal es normal, en especial el craneo, cerebro y corazón fetal. A la semana 35 presenta un descenso en la curva de crecimiento hasta percentil 9, con Doppler fetal normal. Durante todo el seguimiento mantiene niveles de Phe normales (< 4 mg/dl). La paciente tiene un parto vaginal eutócico, de término, con un RN de sexo masculino, peso 2450 gr. y 46 cm. Apgar 9-10. Puerperio normal. RN pequeño para la edad gestacional, sano, con lactancia materna y controles por INTA.

DISCUSION

En Chile, el programa de pesquisa nacional de PKU comenzó a regir en el año 1992, lo que ha permitido diagnosticar 184 niños hasta el año 2012. A la fecha, muchos de ellos han alcanzado la edad reproductiva con buen estado de salud y por lo tanto, las mujeres están expuestas a embarazarse. Durante la gestación, la Phe cruza la placenta por transporte activo, de modo que la concentración de Phe fetal es 70-80% más que la de la madre. El síndrome de PKU materno tiene directa relación con los niveles de Phe en sangre materna durante la gestación y en el periodo preconcepcional. Sus principales características son el aborto, RCIU, microcefalia, retraso del desarrollo global y cardiopatías, principalmente tetralogía de Fallot y coartación aórtica. En la literatura se reporta que cerca del 65% de las pacientes embarazadas PKU tienen niveles de Phe por sobre lo deseado a las 8 semanas de gestación, por lo que gran parte de estas pacientes tienen altas probabilidades de tener recién nacidos afectados. Nuestro país reporta tres casos de niños nacidos de madres PKU, dos de ellos con secuelas (microcefalia, retraso del desarrollo). Ambas pacientes se encontraban sin control al momento de la concepción. La paciente presentada en esta revisión es la primera en Chile cuyo resultado obstétrico fue exitoso debido a un adecuado control y seguimiento.

PREDICCIÓN DE CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA UTILIZANDO LACTATO DESHIDROGENASA EN LIQUIDO AMNIOTICO.

91

Tobar Hermógenes 1, Galvez Daniela 2 , Vargas Cristián 3 , Reyes Guillermo 3 , Kopplin Jorge 2

1 Unidad Medicina Materno Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile

2 Becado programa Especialización Ginecología y Obstetricia

3 Internos de Medicina Universidad de Chile

INTRODUCCION

El parto prematuro sigue siendo la principal causa de morbimortalidad perinatal. En su patogenia se ha involucrado la etiología infecciosa, la cual estaría presente en el 15% de los partos prematuros espontáneos con membranas integra y en un 40% de las rupturas prematuras de membrana de pretérmino. considerando a la vía ascendente como la principal fuente en el origen infeccioso.

El objetivo es determinar la utilidad de la lactato deshidrogenasa (LDH) en la predicción de corioamnionitis histológica, ya que podría ser útil en el manejo de las pacientes con síntomas de parto prematuro.

MATERIALES Y METODOS

Se incluyeron a todas las pacientes con síntomas de parto prematuro espontáneo que consultaron a la maternidad del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre enero de 2013 a junio del 2015, y que se les practicó amniocentesis para descartar infección intraamniótica y posterior evaluación anatómo patológica placentaria.

RESULTADOS

Entre 1º de Enero de 2013 al 30 de Junio de 2015 se efectuaron 158 amniocentesis en pacientes con síntomas de parto prematuro.

92 pacientes tuvieron su parto después de los 7 días de la amniocentesis y 66 tuvieron el parto en la semana, de las cuales 35 se les efectuó anatomía patológica

Los resultados de la anatomía patológica de la placenta informó corioamnionitis en 15 pacientes y 20 no se encontró evidencia de inflamación

Los resultados de las LDH en cada grupo fueron:

Grupo parto con corioamnionitis (n=15) 2583 (SD 3788)

Grupo parto sin evidencia histológica de infección (n=20) 679 (SD 363)

Se realizó análisis estadístico prueba U Mann-Whitney con un $p < 0,001$

CONCLUSION

Los valores de LDH obtenidos difieren a la literatura, debido a que la técnica utilizada en laboratorio es analítica seca y no líquida. Sin embargo existe una diferencia significativa entre los grupos con corioamnionitis y sin evidencia de inflamación. La tasa de detección utilizando valor de LDH 650 fue 93% con falsos positivos de 35%

ANÁLISIS DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROBSON MODIFICADOS.

92

Díaz P1, Chavarri M.J1, Jensen R2, Figueroa H2, Kottmann C2, Caradeux J2.

1Internas séptimo año Medicina U. De los Andes.

2Médicos Unidad de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

La tasa de cesárea (TC) es uno de los indicadores que evalúa la calidad de la atención perinatal. Actualmente se estima que a nivel nacional la TC está por sobre el 40% muy alejado del estándar de la OMS, menor al 15%, obtenido de los países nórdicos.

El año 2012 la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Canadiense (SOGC) recomendó la utilización de los criterios de Robson como método estandarizado para seguir la TC. El conocer los grupos donde se concentran las indicaciones de cesárea facilita el desarrollo de nuevas intervenciones para la reducción de la tasa de esta cirugía en cada grupo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional en el que se incluyeron todas las pacientes que fueron atendidas por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) desde el 1 de Enero del año 2013 al 30 de Septiembre del año 2014.

Se revisó la base de datos de los partos de los años 2013 y 2014, realizando un análisis de las características demográficas y los 10 Criterios de Robson Modificados (CRM) por la SOGC.

RESULTADOS

El total de pacientes analizadas fue 1787, el 2013 hubo 1009 partos, y hasta Septiembre de 2014, 778. Todas fueron incluidas en un grupo del 1 al 10 de los CRM. Se observó que del total de las mujeres embarazadas atendidas en nuestro servicio, las que correspondían a los grupos 1 y 2 fueron 35,6% el 2013 y 35,4% al año siguiente. Dentro del grupo 1 el porcentaje de cesáreas para 2013 y 2014 fue de 19,7 y 24,8 respectivamente. El porcentaje de cirugías en pacientes del grupo 3 fue de 9,9% y 17,4% para cada año. En el grupo 5 la tasa de cesáreas fue de 89% el 2013 y 62,2% el 2014. Del total de mujeres analizadas, las que se incluían en el grupo 9 fueron 1,2% para el primer año y 2,6% para el segundo.

CONCLUSIONES

Este estudio es un análisis diagnóstico del HPSB para poder implementar estrategias que logren disminuir la TC en aquellos grupos que esta aumentada. La elaboración de un protocolo que incluya IMC, edad gestacional de la primera ecografía, número de versiones externas y complicaciones durante el trabajo de parto, es el paso a seguir. Cabe destacar la reducción de cirugías que hubo entre los dos años en el grupo 5, esto debido a la instauración de un equipo de obstetras que analizaban las indicaciones de cesárea en este centro. Esta investigación motiva a crear nuevas estrategias para lograr acercarnos al número de cesáreas recomendado por la OMS, y así poder aplicarlas a nuestra población.

RECOLECCIÓN TRANSABDOMINAL DE “SLUDGE” EN LÍQUIDO AMNIÓTICO: PRIMER CASO REPORTADO EN LA LITERATURA

93

Kusanovic J.P.1, 2, 3, Romero R.3,, Martinovic C.1,2, Silva K.1, Díaz F.1, Ferrer F.1,2,

Valdés R.1,2, Córdova V.1, Vargas P.1,2, Nilo M.E.1, Le Cerf P.4

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

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

3Perinatology Research Branch, National Institute of Child Health and Human Development, USA.

4Servicio de Anatomía Patológica, Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un dispositivo intrauterino (DIU) en el embarazo es un factor de riesgo para resultados perinatales adversos, principalmente parto prematuro y rotura prematura de membranas (RPO), los cuales se asocian frecuentemente a infección intra-amniótica (IIA). Recientemente, la identificación con ecografía transvaginal (TV) de material hiperecogénico denso, particulado, flotando en el líquido amniótico (LA) en la cercanía del orificio cervical interno ha sido definida como “sludge”. La presencia de “sludge” en pacientes con trabajo de parto prematuro, cuello corto, insuficiencia cervical y pacientes asintomáticas con alto riesgo de parto prematuro, entre otros, se ha asociado a parto prematuro, RPO, IIA, corioamnionitis histológica y funisitis. Hasta ahora, las muestras de “sludge” han sido recolectadas por amniotomía transvaginal en pacientes con trabajo de parto prematuro inminente, demostrando un aspecto similar a pus y asociado a la presencia de biofilms en LA. Sin embargo, se ha propuesto que también podría corresponder a vernix, meconio o sangre. El objetivo de este estudio es reportar, por primera vez, la obtención de “sludge” por vía transabdominal y mostrar sus características macroscópicas y microbiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se reporta el caso de una paciente multipara de 2, con antecedente de una cesárea, sin partos prematuros previos, y que es ingresada cursando un embarazo de 20 semanas asociado a la presencia de un DIU, por un cuadro de metrorragia leve asociada a dolor abdominal. La ecografía TV muestra un cuello de 42 mms y la presencia de “sludge”. Se realizó una amniocentesis en el segmento inferior del útero, permitiendo la recolección de LA y del “sludge”, el cual tiene aspecto similar a pus.

RESULTADOS

El estudio del LA mostró: glucosa 0 mg/dL, leucocitos 1,627 cel/mm³, glóbulos rojos 260 cel/mm³, LDH 3,374 UI/L y Gram (+) para hongos. Se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro con Clindamicina 900 mg c/8 hrs EV, Ceftriaxona 1 gr c/12 hrs EV, Azitromicina 1 gr/día VO y Fluconazol 400 mg/día EV. El cultivo de LA fue positivo para *Candida albicans*. A pesar del tratamiento antibiótico la paciente tuvo un aborto 5 días después. El estudio histológico de la placenta mostró corioamnionitis y funisitis, observándose microabscesos en el cordón, compatibles con una infección por hongos.

CONCLUSIÓN

Este es el primer reporte conocido en la literatura de la recolección de “sludge” en LA por vía transabdominal. Las características macroscópicas son similares a las ya descritas, asociándose en este caso a una IIA por *Candida* spp. Se necesitan más estudios para determinar si este marcador ecográfico puede corresponder a vernix, meconio o sangre.

INCORPORACIÓN DE CRIBADO UNIVERSAL PARA ENFERMEDAD TIROIDEA EN EL CONTROL PRENATAL. REPERCUSIÓN EN HOSPITAL PADRE HURTADO.

Durán R. 1,2 Stern J.i2, Valderrama C. i2, Carrasco A. 1,2, González P.1,2, Yamamoto M.1,2 e Inzuna A. 1,2.1 Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Padre Hurtado, Servicio Metropolitano de Salud Sur Oriente.2 Facultad de Medicina, Universidad del Desarrollo - Clínica Alemana de Santiago.

RESUMEN

Introducción: El hipotiroidismo clínico durante el embarazo se asocia a numerosas complicaciones maternas y fetales, sin embargo la condición subclínica de la enfermedad aún está en materia de discusión. Actualmente no existen recomendaciones internacionales a favor del cribado universal para la detección de enfermedad tiroidea en el embarazo, sin embargo en Chile el examen para la detección de disfunción tiroidea se incorporó dentro del control prenatal luego de la publicación de la nueva Guía de Hipotiroidismo del Ministerio de Salud en 2013. Este estudio pretende objetivar las implicancias clínicas en resultado perinatal de la implementación de la nueva norma en el Hospital Padre Hurtado

MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de embarazos controlados y resueltos en el Hospital Padre Hurtado entre julio de 2013 y junio de 2014. Tomando como punto de corte el momento en el cual se implementó la nueva norma. Para el análisis de resultados se consideró la ocurrencia de mortinato, síndrome hipertensivo del embarazo, inercia uterina, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional y parto prematuro.

RESULTADOS

Se obtuvieron 214 ingresos por hipotiroidismo, 50 en el primer periodo y 164 en el segundo. Durante el seguimiento se perdieron 28 pacientes, analisándose finalmente 186 pacientes controladas y que tuvieron su parto en la misma institución. La consulta por hipotiroidismo se incrementó en un 328% después de la aplicación de la nueva norma. No hubo diferencias significativas respecto a los resultados perinatales estudiados. En cambio, se observó una disminución estadísticamente significativa de los partos vaginales de un 78 % a un 58.6% ($p = 0.02$; OR: 0.4 [0.18 – 0.9]), y un incremento, estadísticamente significativo, de los partos por cesárea de un 17.1% a un 34.5% ($p = 0.03$; OR 2.56 [1.06 – 6.18]).

CONCLUSIONES

La implementación del cribado universal de enfermedad tiroidea en el embarazo, no trajo resultados positivos para el servicio, al no disminuir la incidencia de parto prematuro, bajo peso al nacer, pequeño para la edad gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo e inercia uterina y por el

EXPERIENCIA DEL ACOMPAÑAMIENTO DE EMBARAZOS CON DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS LETALES

Muñoz A., Negrete M., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

La mortalidad por malformaciones congénitas corresponde a 3/1.000 nv, un tercio de la mortalidad infantil. Dentro de las malformaciones congénitas existe el subgrupo de las Malformaciones Congénitas Letales (MCL), que corresponden a alrededor de 600 casos al año. Las MCL son alteraciones múltiples de órganos que ejercen función vital en la etapa extrauterina, sin tratamiento curativo actual. Esta condición conduce a la muerte del paciente durante el período perinatal, registrando una sobrevida que fluctúa de minutos, horas, días, meses hasta años de vida. La División de Ginecología y Obstetricia de la Pontificia Universidad Católica de Chile, propone los Cuidados Paliativos Perinatales para los pacientes con MCL y sus familias. El objetivo de este estudio es describir la experiencia acumulada del acompañamiento multidisciplinario brindado por un equipo de Cuidados Paliativos Perinatales a las parejas que conciben hijos con MCL.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de 26 casos de pacientes que concibieron un hijo con una MCL y fueron acompañados por el Programa de Cuidados Paliativos Perinatales UC (CPP UC) durante su embarazo, parto, post parto y seguimiento a 6 meses post fallecimiento del hijo enfermo terminal, durante los meses de Enero 2012 hasta Septiembre 2015. Se analizaron datos sociodemográficos, edad gestacional del diagnóstico antenatal, tipo de malformaciones congénitas y sobrevida registrada. Se describió la evolución clínica de las pacientes post fallecimiento de hijo y elaboración de duelo.

RESULTADOS

Las pacientes pertenecientes al Programa CPP UC tienen en promedio 35 años, el diagnóstico antenatal se realiza en promedio a las 26 semanas de edad gestacional, los diagnósticos más frecuentes son Trisomía 18 (31%), Agenesia Renal o Síndrome de Potter (15%), Anencefalia (15%). Displasias Esqueléticas (11%) y Hipoplasia Ventricular (8%). El 73% de los recién nacidos sobreviven post parto. La sobrevida reportada fluctúa según el diagnóstico letal; el rango de vida en Cromosomopatías es desde óbitos fetales hasta 5 meses 1 semana, en Agenesia Renal fallecen en el momento del parto, en Cardiopatías se registra sobrevida de 3 meses 28 días y un caso post cardiocirugía que actualmente tiene 1 año 9 meses. El seguimiento psicológico revela que ninguna paciente elabora un duelo patológico, no tienen depresión, ni estrés post traumático y logran transformar la experiencia dolorosa en una vivencia fortalecedora para ellas y sus familias.

CONCLUSIÓN

La edad materna promedio de las pacientes que conciben hijos con MCL es de 35 años, el diagnóstico antenatal se realiza en el segundo trimestre, las cromosomopatías son las MCL más frecuentes y la sobrevida de los hijos fluctúa según el diagnóstico letal. El acompañamiento a las familias con hijos con MCL por un equipo de profesionales expertos en cuidados paliativos, ha mostrado resultados favorables según el seguimiento clínico realizado por el equipo tratante.

GINECOLOGÍA GENERAL

96

META-ANÁLISIS DEL USO DE LA CLASIFICACIÓN GIRADS EN PATOLOGÍA ANEXIAL.

Iturra A (1), Yamamoto M, Amor F, Vaccaro H, León M, Martínez J, Melgares C. 1. Clínica Indisa.

97

LAS TASAS DE ABORTO SON SIMILARES LUEGO DE UN TIEMPO DE INSTALADA LA LEY EN LOS PAÍSES QUE PERMITEN EL ABORTO SEGÚN CAUSALES RESTRICTIVAS Y AQUELLOS QUE LO PERMITEN SEGÚN PLAZOS.

Donoso M.1, Führer J.2, Hoffmann A.2, Taub M.2, Urquidí C.3. 1. Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 2. Internas de Medicina. 3. Departamento de Epidemiología y Salud Pública Universidad de los Andes

98

TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Celis P, Migueles D, Fuentes F, Doren A. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

99

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA ENTRE LOS AÑOS 2013 - 2014.

Dr. Pietro Vásquez B.1, Dr. Yoel López L.2, Dr. Fernando Díaz 3. 1.-Médico Cirujano, CESFAM Santa Anita. 2.- Médico Cirujano, Hospital Comunitario de Mejillones 3. Ginecólogo-Obstetra, Tutor Unidad de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antofagasta. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán; Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología

100

FALLA DE ESTERILIZACIÓN TUBARIA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON EMBARAZO TUBARIO.

Cisternas D, Cunill E, Preisler J, Astudillo J. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad de ecografía ginecológica, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana/Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

101

CORRELACIÓN ENTRE ECOGRAFÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DE ENDOMETRIOMAS Y TERATOMAS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Correa N, Jofré M, Oyarce H, Tapia J, Donoso M, Kottmann C Universidad de Los Andes.

102

EMBARAZO INTERSTICIAL: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Celis P, Fuentes F, Doren A. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

103

EXPERIENCIA CON DIU-LNG COMO ALTERNATIVA A LA HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

David Escobar¹, Andrés Casanova¹, Alfonso Jorquera¹, Lorena Monsalve¹, Juan Enrique Schwarze² ¹Ginecólogos-Obstetras, Servicio de Ginecología Hospital Clínico San Borja-Arriarán. ²Ginecólogo Clínica Monteblanco.

104

ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD DEL USO DE DIU-LNG COMO ALTERNATIVA A LA HISTERECTOMÍA EN PACIENTES SELECCIONADAS

David Escobar¹, Carolin Llancapi², Ana María Herrera³, Juan Carlos Barros¹, Andrés Casanova¹, Alfonso Jorquera¹, Lorena Monsalve¹, Juan Enrique Schwarze⁴ ¹Ginecólogo-Obstetra Hospital Clínico San Borja-Arriarán, ²EU Jefa Unidad Análisis Clínico (GRD) Hospital Clínico San Borja Arriarán, ³Matrona, Jefa Subdirección de Desarrollo, Hospital Clínico San Borja Arriarán. ⁴Clínica Monteblanco, Santiago.

105

DISGENESIA GONADAL MIXTA CON PRESENCIA DE CROMOSOMA Y: REPORTE DE UN CASO CLINICO.

Vigueras A.1, Escalona J. 2 1 Programa formación en Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras 2 Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras.

106

ENCEFALITIS AUTOINMUNE SECUNDARIA A ANTI-CUERPOS ANTI-RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO (NMDAR) ASOCIADA A TERATOMA OVÁRICO

Catalán. A1, Osorio. F2, Mosella. F.11 Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente 2 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile

107

OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE LA SALUD EN TORNO AL PROYECTO DE LEY DE INTERRUPTIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES

Troncoso J, Crispi MF., Franz K, Hasson D, Reyes C. – Universidad de Chile.

108

PREVALENCIA DE INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN GRUPO DE MUJERES ENTRE 15-24 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN LA RED DE SALUD DE UN CENTRO UNIVERSITARIO.

Ralph T, Constanza 1, Patricia García C 2, Cuello F Mauricio1, Zamboni T, Milena1 1. Division de Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Catolica de Chile 2. Laboratorio Clinico, Pontificia Universidad Catolica de Chile

109

ANGIOFIBROMA CELULAR, REPORTE DE UN CASO

Canales J.1, Leiva P.1, Banderas B.1, González F.2 (1) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile (2) Departamento de Ginecología Complejo Hospitalario San José.

110

DISPOSITIVO INTRAUTERINO INTRAVESICAL: REPORTE DE UN CASO

Jeria R., Tecas C., Padilla F., Reyes L., Soto L., Rubio G., Núñez A. Depto de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile Unidad de Ginecología, Hospital San José.

111

¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LA BIOPSIA? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO.

Galaz J1, Palomer M1, Faure M2, Riesco T1, Mönckeberg M3, Wainstein A4, Bustos B5. 1 Interno VII Medicina Universidad de los Andes, 2 Alumna V Medicina Universidad de los Andes 3 Becado de Ginecología, Universidad de los Andes, 4 Ginecólogo, Hospital Militar de Santiago 5 Ginecólogo, Universidad de los Andes y Hospital Parroquial de San Bernardo.

112

PERFIL DE LA USUARIA DE IMPLANON Y SU RETIRO PRECOZ EN UN CESFAM DE LA COMUNA DE SANTIAGO.

Marques X.1, Chong E. 1, Alvarado S.2 1Becada FOREBAS Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 2Tutor FOREBAS, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán, Docente Universidad de Chile, Campus Centro.

META-ANÁLISIS DEL USO DE LA CLASIFICACIÓN GIRADS EN PATOLOGÍA ANEXIAL.

96

Iturra A (1), Yamamoto M, Amor F, Vaccaro H, León M, Martínez J, Melgares C.

1. Clínica Indisa.

INTRODUCCIÓN

La evaluación ecográfica de los tumores anexiales es de gran importancia para poder definir aquellos que requieren una intervención quirúrgica. El cáncer de ovario es de baja incidencia, pero su problemática es su diagnóstico tardío, alta mortalidad y gran número de cirugías innecesarias en patología benigna, lo que implica mayores costos y riesgos quirúrgicos innecesarios. IOTA ha implementado varios modelos para predicción de cáncer de ovario, “simple rules” es uno de los más evaluados y muestra (BMJ 2010, Timmerman), sensibilidad de 92% y especificidad de 96% en el 77% de los casos evaluables por sus criterios, sin embargo, al ocupar toda la serie de casos, la sensibilidad y especificidad solo fue de 67% y 81% respectivamente. El sistema de clasificación GIRADS, descrito por primera vez en Chile (JUM 2009, Amor), se basa en el reconocimiento de la masa anexial, que le asigna una etiología presuntiva, clasificándola en 5 categorías. Requiere de un operador experto.

OBJETIVO

Revisar las series internacionales, que hayan usado GIRADS, y realizar un cálculo de meta-análisis para la sensibilidad y especificidad.

MÉTODOS

Se revisó en PubMed, los estudios que hayan reportado el uso de GIRADS, y se analizó el número de casos en cada etapa, así como el número de cáncer encontrado en cada grupo. Se realizó un meta-análisis, por efectos fijos o aleatorios. Se realizó un cálculo de heterogeneidad. Se construyeron gráficos de Forest plot.

RESULTADOS

Tres estudios publicados fueron encontrados en el buscador. En total, se incluyeron 1156 masas ováricas, de las cuales 197 fueron cáncer. La sensibilidad y especificidad para los casos asignados a G4 y G5 fue 98% (96-99) y 88% (77-85). El valor predictivo positivo fue 70% (65-75).

CONCLUSIÓN

La clasificación GIRADS ha sido evaluada en otros países, y su rendimiento ha mostrado ser adecuado clínicamente, con alta sensibilidad y especificidad, siendo superior a otros modelos diagnósticos en uso.

LAS TASAS DE ABORTO SON SIMILARES LUEGO DE UN TIEMPO DE INSTALADA LA LEY EN LOS PAÍSES QUE PERMITEN EL ABORTO SEGÚN CAUSALES RESTRICTIVAS Y AQUELLOS QUE LO PERMITEN SEGÚN PLAZOS.

Donoso M.1, Führer J.2, Hoffmann A.2, Taub M.2, Urquidí C.3 . 1. Departamento de Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 2. Internas de Medicina. 3. Departamento de Epidemiología y Salud Pública Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN

La despenalización del aborto ha sido últimamente un tema de amplia discusión, tanto en nuestro país como en el mundo entero. Con el pasar de los años, se ha marcado una tendencia mundial a favor de legislar y permitir el aborto, ya sea de manera restrictiva poniendo causales para poder realizarlo o de manera permisiva, poniendo plazos de semanas de edad gestacional para su implementación. Nos preguntamos si a largo plazo estas modalidades de legislar se traducen en diferencias en las tasas de aborto en los países que regulan esta práctica de manera diferente.

MÉTODOS

Estudio Ecológico de Series Temporales. Se incluyen países de todo el mundo que tengan definida su política en relación al aborto, con cinco o más años de instaurada la ley y que publiquen datos oficiales de número de abortos anuales y recién nacidos vivos. Se analiza la tasa de aborto (interrupciones legales reportadas por 1000 mujeres entre 15-44 años); porcentaje de abortos (número total de abortos legales reportados en 100 RNV) y porcentaje de abortos por recién nacidos potencialmente vivos (RNPV) (número total abortos legales reportados en 100 recién nacidos potencialmente vivos). Se usó el programa STATA SE v13. Se construyeron gráficos de tendencias llamados "median spline" estratificando a los países en 2 grupos 1) Países con leyes restrictivas de 3 o más supuestos y 2) Países con leyes no restrictivas, cuando se tratan de leyes a plazo o sin plazos. Se ajustaron modelos de ecuaciones generalizadas (GEE) para estimar la magnitud del cambio del indicador por año y la tendencia en el tiempo de la mediana de los indicadores para los dos estratos, asumiendo un

cambio lineal. Se analizaron los datos hasta los 40 años post implementación de ley. La magnitud se presenta con coeficientes betas y sus respectivos intervalos de confianza al 95%. Se consideró como significativos a valores $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 55 países de todos los continentes, 22 de los cuales cumplían los criterios de inclusión. Diez países tenían legislaciones restrictivas y 15 países tenían legislaciones no restrictivas de los cuales 9 tenían plazo hasta el primer trimestre y 6 en plazo mayor a este período. Tres países fueron considerados en ambos grupos debido a cambios de legislación interna con respecto al aborto al cabo de algunos años. En el análisis se observa un incremento no lineal y diferente para ambos grupos. El incremento en la tasa de Abortos es de 1,07 abortos por 1000 mujeres por año ($p < 0,001$) para el grupo de leyes restrictivas y 1,8 ($p = 0,044$) para los países con leyes por plazos en los primeros años luego de instalada la ley.

Se observa el mismo comportamiento en el porcentaje de abortos y el porcentaje de abortos por RNPV. En ambos tipos de países se abortan anualmente alrededor del 20% de los RNPV luego de 30 años de instalada la ley. En el período estudiado, se observa una tendencia significativa de los países con leyes restrictivas a igualar sus cifras de aborto respecto a los países con leyes liberales alcanzando valores similares luego de 30 años de implementada la ley.

CONCLUSIONES

Hay un aumento significativo en las tasas de abortos, porcentaje de abortos por RNV y porcentaje de abortos por RNPV tanto en países con leyes restrictivas como en aquellos con leyes liberales. Los países con leyes restrictivas de aborto tienden a igualar sus tasas a las de los países con leyes de plazo luego de 30 años de instaurada la ley.

TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO EN PACIENTES DEL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Celis P. Migueles D. Fuentes F. Doren A.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE), definido como la implantación de un óvulo fertilizado fuera de la cavidad endometrial, ocurre en aproximadamente el 1.5-2.0% de los embarazos, y sigue siendo la principal causa de muerte materna en el primer trimestre. El tratamiento médico es una alternativa terapéutica segura y eficaz, con una tasa de éxito del 88-93% en pacientes seleccionadas.

OBJETIVO

Evaluar respuesta a tratamiento médico con metotrexato según protocolo local (dosis única intramuscular) de pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico no complicado

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión de todos los casos con diagnóstico EE no complicado tratados con metotrexato en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Talca entre julio 2007 y junio 2015. Se evaluó la necesidad de dosis adicional de metotrexato y de manejo quirúrgico durante el seguimiento.

RESULTADOS

Se revisó un total de 34 casos con diagnóstico de embarazo ectópico no complicado tratados con metotrexato (50 mg/m²). El promedio de edad fue 31 años. Al ingreso 23 pacientes (67.6%) presentaron factores de riesgo para EE (Cirugía abdominal previa, uso de DIU o antecedente de EE). Al momento del diagnóstico el tamaño de la masa anexial presentó un rango de 9 a 77 mm, con una media de 25 mm; en ningún caso se detectó actividad cardíaca. Los valores iniciales de subunidad beta de gonadotropina coriónica humada (β -hCG) presentaron un rango de 49 a 5436 mUI/ml, con una media de 1949.1 ± 1582.6 mUI/ml. El porcentaje de éxito para el tratamiento médico con dosis única fue del 65%. El 20.5% de los pacientes necesito dosis adicional. El porcentaje total de éxito (una o dos dosis) alcanzó un 73.5%. Al eliminar de la muestra los pacientes que no cumplen con los criterios de selección para tratamiento médico publicado en guías recientes, el éxito del tratamiento médico alcanzo un 86.2%. Al excluir los pacientes con β -hCG >1500 mUI/ml, se obtiene un porcentaje de éxito del 93.75%.

CONCLUSIÓN

El uso de la ultrasonografía, la medición de la β -hCG y las alternativas terapéuticas disponibles en la actualidad, han traído como consecuencia que la presentación clínica del embarazo ectópico haya cambiado dramáticamente. La terapia médica en nuestro centro se ha convertido en una alternativa segura y eficaz, pero se debe tener especial cuidado en la selección de los pacientes. Mientras menor valor de β -hCG se utilice para escoger los pacientes, mejor será el porcentaje de éxito.

PRESENTACIÓN CLÍNICA Y MANEJO DEL EMBARAZO ECTÓPICO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA ENTRE LOS AÑOS 2013 - 2014.

Dr. Pietro Vásquez B.1, Dr. Yoel López L.2, Dr. Fernando Díaz3
 1.-Médico Cirujano, CESFAM Santa Anita. 2.- Médico Cirujano, Hospital Comunitario de Mejillones
 3. Ginecólogo-Obstetra, Tutor Unidad de Ginecología y Obstetricia de la Universidad de Antofagasta. Hospital Regional de Antofagasta Dr. Leonardo Guzmán; Universidad de Antofagasta, Facultad de Medicina y Odontología

INTRODUCCIÓN

El Embarazo Ectópico (EE), corresponde a una causa común de metrorragia en el primer trimestre del embarazo, se considera que el 1,3 a 2% de los embarazos son extrauterinos, provoca el 10% de las muertes maternas, en Chile la incidencia es de 1/80 con una tasa de prevalencia de 10,37 por cada mujer fértil. El cuadro clínico típico es dolor abdominal, metrorragia y amenorrea de 6 a 10 semanas. Dado que un 33% de los EE serán asintomáticos, establece un reto diagnóstico para el médico de urgencias. El tratamiento podrá ser médico con Metotrexato (MTX) o bien quirúrgico.

MÉTODOS Y MATERIALES

Se realiza un estudio retrospectivo donde se recopilamos todas las consultas realizadas entre Agosto del 2013 y Agosto del 2014 con el diagnóstico de ingreso: EE, en el Servicio de Urgencias del Hospital Regional de Antofagasta, Servicio de Ginecología y Obstetricia (SUHRASGO), y se tabularon según: edad, antecedentes de PIP, ITS, cirugía abdominal o ginecológica previa, edad gestacional (EG), MAC, Paridad, Hábito Tabáquico. Presentación clínica según: metrorragia, signos de irritación peritoneal, valor de β -hCG al momento de la consulta y tipo de tratamiento realizado.

RESULTADOS

Con un n de 63 pacientes que consultaron por metrorragia, amenorrea y dolor abdominal en el SUHRASGO con valores promedio de: 4 + 6 semanas EG, 1030 mUI/mL de β -hCG, 29 años (mín: 16 años; máx: 45 años), antecedentes de

PIP e ITS en un 4,76%, cirugía ginecológica o abdominal previa de 30,16%, hábito tabáquico 31,7%, portadora de DIU 11.11%, usuaria de ACO 12.7%, 26.98% nulípara y 73.02% Multípara. El 92.06% se sometió a una ecografía ginecológica transvaginal a su ingreso. El 47.62% cursó con metrorragia y el 9.52% con irritación peritoneal. De las cuales el 30.16% recibió manejo médico, 1.58% manejo expectante y el 68.26% tratamiento quirúrgico, siendo un 39.68% con lateralidad derecha, 31.75% izquierda. Un 14.29% se sometió a legrado uterino dado que hubieron un 12.69% correspondiente a otros diagnósticos ginecológicos. Discusión: Los Factores de Riesgo descritos en nuestro estudio son similares a los establecidos en la literatura: portadoras DIU, Técnicas de reproducción asistida, antecedentes de endometriosis, PIP, cirugía ginecológica pélvica o abdominal previa, EE previo, >30 años, Tabaquismo, promiscuidad sexual, ITS, aborto o parto prematuro, MAC con Progestágenos solos. En nuestra estadística observamos una diferencia notable entre el tratamiento médico v/s el quirúrgico, esto tal vez porque en nuestro centro no existe un protocolo de enfrentamiento del EE. El diagnóstico del EE se hace con valores de β -hCG, de progesterona, Ecografía TV o transabdominal, también se ha descrito la biopsia endometrial mediante curetaje, sin embargo es la laparoscopia el Gold Standard tanto terapéutico como diagnóstico.

CONCLUSIÓN

La inclusión de la tecnología ha mejorado el abordaje diagnóstico y terapéutico del EE. Creemos que debe establecerse un protocolo en nuestro centro que incluya evaluación inicial con ECO TV, niveles cuantitativos de β -hCG y progesterona, así como criterios para manejo médico como: estabilidad hemodinámica, masa anexial ≤ 4 cm, embrión sin LFC, hemoperitoneo <100 ml, embarazo de localización incierta, β -hCG <5000 , ya que los beneficios del tratamiento médico por sobre el quirúrgico salvaguardan la indemnidad de las trompas de Falopio y con ello la fertilidad, además de evitar morbi-mortalidad y mayores costos.

FALLA DE ESTERILIZACIÓN TUBARIA LAPAROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO CON EMBARAZO TUBARIO.

100

Cisternas D, Cunill E, Preisler J, Astudillo J.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad de ecografía ginecológica, Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana/Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

En el mundo, 180 millones de mujeres en edad reproductiva se realizan esterilización tubaria quirúrgica. Es de los métodos más utilizados y efectivos como anticoncepción en mayores de 35 años. Sin embargo, en caso de fracaso, la esterilización tubaria se asocia a un alto riesgo de embarazo ectópico, una condición potencialmente letal.

MÉTODOS

Se presenta un caso clínico de una paciente sometida a esterilización tubaria quirúrgica en Clínica Alemana de Santiago (CAS), el año 2015.

RESULTADOS

Paciente de 44 años, G2P2Ao, sin antecedentes mórbidos, con historia de esterilización tubaria laparoscópica en junio 2013. Ciclos regulares hasta enero 2015. Luego de ocho semanas de amenorrea, comienza abruptamente con dolor cólico hipogástrico intenso. Dos días después, comienza con metrorragia de 15 días de evolución sin dolor asociado. Ecografía transvaginal (ECOTV) muestra cavidad uterina vacía, ovario derecho aumentado de tamaño con un área econegativa en el espesor del parénquima, muy vascularizado a la exploración con

Doppler color, sin líquido libre. Hallazgos sugerentes de quiste hemorrágico del ovario. Obs. Cuerpo lúteo. Seis semanas después, el dolor reaparece aún más intenso. Acude al servicio de urgencia más cercano; se realiza ECO TV que muestra lesión anexial derecha, sin líquido libre. Hallazgos interpretados como lesión ovárica complicada. Obs. torsión ovárica. Se traslada a CAS para evaluación y manejo. Evaluada ambulatoriamente, se describe abdomen blando, sensible a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal ni sangrado genital actual. Las siguientes tres semanas continúa asintomática y acude a control ecográfico de la masa anexial. Ambos ovarios aparecen de aspecto normal, persistiendo una lesión anexial derecha. Esta lesión impresiona depender del útero a través de un pedículo y presenta vascularización periférica al doppler color, por lo cual se interpreta como mioma uterino pediculado complicado. Se decide explorar quirúrgicamente por sospecha de probable mioma pediculado que habría ocasionado el cuadro de dolor por torsión incompleta. En la cirugía laparoscopia se encontró un tumor en región tuboovárica de aspecto indeterminado. Se realiza anexectomía. La biopsia confirma EMBARAZO TUBARIO (ET) derecho con signos de involución.

CONCLUSIONES

Reportes extranjeros demuestran que la salpingectomía total a través de laparoscopia o minilaparotomía no presenta riesgo de ET. Nuevas evidencias han demostrado que el adenocarcinoma seroso del ovario habitualmente comienza en la trompa de Falopio, por lo tanto, la salpingectomía total debiera ser la técnica de elección para realizar la esterilización quirúrgica.

CORRELACIÓN ENTRE ECOGRAFÍA Y ANATOMÍA PATOLÓGICA DE ENDOMETRIOMAS Y TERATOMAS: EXPERIENCIA EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

101

Correa N, Jofré M, Oyarce H, Tapia J, Donoso M, Kottmann C

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES

Introducción: La patología anexial puede corresponder a diversos diagnósticos diferenciales, tanto ginecológicos como no ginecológicos. Estos tumores tienen diversas características y se debe tener certeza del diagnóstico antes de plantear un enfrentamiento quirúrgico del caso. A pesar de la existencia de tecnología más avanzada, la ecografía sigue siendo el examen de elección para la evaluación inicial de los tumores anexiales, permitiendo describir las diversas características de las lesiones y signos asociados.

OBJETIVO

Establecer la correlación entre la apreciación mediante ecografía transvaginal y el resultado histológico de masas anexiales, específicamente endometriomas y teratomas, en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB).

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo observacional utilizando la base de datos de cirugías del HPSB en donde se seleccionaron a todas las pacientes que hubieran sido sometidas a quistectomía u ooforectomía entre Julio de 2011 y Junio de 2015, obteniendo un total de 67 pacientes. Se logró obtener el resultado de anatomía patológica y de la ecografía mediante la cual se realizó el diagnóstico en 34 de estas pacientes. Finalmente, hubo diagnóstico anátomo-patológico de 16 endometriomas y 12 teratomas. De esta forma se estableció la correlación entre la ecografía y el resultado de la biopsia de la pieza quirúrgica.

RESULTADOS

De las 28 piezas quirúrgicas analizadas, la correlación entre el diagnóstico ecográfico de endometrioma y su confirmación histológica se observó en 12 de 16 pacientes (76%). En el caso de los teratomas, se observó correlación en 8 de 12 pacientes (66%).

CONCLUSIÓN

Al analizar los datos obtenidos, a pesar de la limitación del número de pacientes, se encontró una correlación similar a la descrita en la literatura, tanto para endometrioma como para teratoma.

Celis P. Fuentes F. Doren A.

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial es aquél en que el embrión se implanta en la porción intersticial de la tuba de Falopio. Representa el 2-4% de los embarazos tubarios, con una incidencia de 1 en 2500-5000 recién nacidos vivos. Su importancia radica en su alta mortalidad (2.5%), lo cual es 7 veces mayor que el embarazo ectópico en general. Sus factores de riesgo son similares a los de otros embarazos ectópicos, a excepción de la salpingectomía, que es un factor de riesgo específico para esta entidad en particular.

OBJETIVO

Presentar un caso de embarazo ectópico intersticial tratado eficazmente con metotrexato sistémico dosis única vía im, con necesidad de nueva dosis a la semana de seguimiento

CASO CLÍNICO

Mujer de 25 años, multipara 1 (cesárea anterior), consulta por cuadro de amenorrea de 5 semanas, metrorragia, dolor hipogástrico y prueba positiva para β -HCG en orina. Al ingreso en ecografía tv destaca un endometrio de 13 mm, imagen quística anexial izquierda de 35 mm y β -HCG de 1337 mU/ml. Se hospitaliza con diagnóstico presuntivo de embarazo ectópico. En 48 horas se repite β -HCG con un valor de 2100 mU/ml y la ecografía tv

describe un endometrio de 21 mm, y una imagen en región cornual izquierda compatible con saco gestacional de 24 x 18 x 15mm, con escaso líquido libre en el fondo de saco. En base a los hallazgos anteriores, se realiza el diagnóstico de embarazo ectópico intersticial izquierdo, no complicado. Se decide tratamiento conservador con 80 mg de metotrexato im dosis única, calculada a 50 mg por m² de superficie corporal. A los siete días del primer control la β -HCG fue de 5456 mU/ml, por lo que se indica segunda dosis de metotrexato (80 mg im). Acude a control al día 14 con β -HCG de 2606 mU/ml. Posteriormente, continúa con controles seriados cada 7 días hasta negativización de β -HCG.

DISCUSIÓN

La importancia del embarazo intersticial radica en su mortalidad y en que su incidencia está en aumento. La amplia disponibilidad de ultrasonografía, β -HCG y el uso de criterios diagnósticos establecidos, han permitido un diagnóstico cada vez más precoz. El mejor tratamiento para esta patología aún no está establecido, se describen quirúrgicos y no quirúrgicos, éste dependerá de una serie de factores: presencia de rotura, edad gestacional al diagnóstico y deseos de fertilidad futura. En nuestra paciente se utilizó tratamiento conservador con metotrexato sistémico dosis única im en 2 oportunidades, el cual en dosis única ha reportado tasas de éxito de 94%. El principal factor pronóstico del éxito de metotrexato es el valor inicial de β -HCG. En estos pacientes es esencial el seguimiento, ya que 10-20% de estos requerirá cirugía por aumento de la HCG, dolor persistente o evidencia de ruptura

EXPERIENCIA CON DIU-LNG COMO ALTERNATIVA A LA HISTERECTOMÍA EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN.

103

David Escobar¹, Andrés Casanova¹, Alfonso Jorquera¹, Lorena Monsalve¹, Juan Enrique Schwarze² ¹Ginecólogos-Obstetras, Servicio de Ginecología Hospital Clínico San Borja-Arriarán. ²Ginecólogo Clínica Monteblanco.

INTRODUCCIÓN

El Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG, Mirena® Bayer HealthCare) fue ideado con fines anticonceptivos, pero ha demostrado un fuerte efecto supresor endometrial que es de mucha utilidad en una gran variedad de problemas ginecológicos, sobretodo en Sangrado Uterino Anormal (SUA). Numerosos estudios avalan su uso en SUA existiendo en la base Cochrane abundantes revisiones que lo comparan a tratamientos médicos y quirúrgicos, conservadores o Histerectomías. También existen trabajos nacionales en esta línea, incluido uno en el cual se demuestra su eficacia en la corrección de SUA al ser utilizado en pacientes de alto riesgo quirúrgico, ASA 2 y 3, evitando una Histerectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se somete análisis cohorte de 46 pacientes con SUA, refractario a tratamientos médicos convencionales con progestágenos, anticonceptivos hormonales, antiinflamatorios no esteroideos y/o ácido tranexámico, a quienes se les insertó DIU-LNG, con su consentimiento y según Guías elaboradas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. Las inserciones se iniciaron desde julio del 2006 con seguimiento hasta ahora. El éxito clínico se definió cuando la paciente presentó sangrado uterino escaso o normal, bajo 100 puntos evaluados de acuerdo

a pictograma validado en numerosas publicaciones. De este grupo de pacientes se obtienen datos clínicos para cálculo de efectividad y fracaso.

RESULTADOS

De la cohorte estudiada, con un seguimiento promedio de 37 meses (rango de 12 a 78 meses) 84,6 % de las pacientes responden favorablemente al tratamiento propuesto ya sea cesando completamente SUA o bien sangrando escasamente bajo los 100 puntos mencionados. Esta respuesta se manifiesta en una reducción significativa ($p < 0,001$) en las medianas del pictograma desde basal 544 puntos (304 -770; Q1-Q3 respectivamente), 3 meses 60 puntos (9 - 112), 12 meses 5,5 (0 - 20). El resto de las pacientes (15,4%) o expulsan DIU-LNG o se mantienen sangrando a pesar del DIU-LNG in situ sobre los 100 puntos línea de corte de normalidad. Las fallas de tratamiento, que terminan en histerectomía, ocurren sólo en el primer año de nuestra casuística. La evolución de disminución de sangrado, y cifra de éxito y fracaso es acorde a otras series de casos publicadas.

CONCLUSIÓN

La inclusión del DIU-LNG en nuestras guías nos permite la posibilidad de disminuir las histerectomías en pacientes refractarias a tratamiento médico convencional y que cumplan con criterios de inclusión y exclusión estrictos. Dentro del primer año de uso es posible determinar éxitos y fracasos. Con estos datos nacionales es posible construir también un modelo fármaco-económico que permita justificar la costo-efectividad de DIU-LNG como alternativa a la histerectomía en pacientes seleccionadas.

ANÁLISIS COSTO-EFECTIVIDAD DEL USO DE DIU-LNG COMO ALTERNATIVA A LA HISTERECTOMÍA EN PACIENTES SELECCIONADAS.

104

David Escobar¹, Andrés Casanova¹, Alfonso Jorquera¹, Lorena Monsalve¹, Juan Enrique Schwarze² ¹Ginecólogos-Obstetras, Servicio de Ginecología Hospital Clínico San Borja-Arriarán. ²Ginecólogo Clínica Monteblanco.

INTRODUCCIÓN

El Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG, Mirena® Bayer HealthCare) fue ideado con fines anticonceptivos, pero ha demostrado un fuerte efecto supresor endometrial que es de mucha utilidad en una gran variedad de problemas ginecológicos, sobretodo en Sangrado Uterino Anormal (SUA). Numerosos estudios avalan su uso en SUA existiendo en la base Cochrane abundantes revisiones que lo comparan a tratamientos médicos y quirúrgicos, conservadores o Histerectomías. También existen trabajos nacionales en esta línea, incluido uno en el cual se demuestra su eficacia en la corrección de SUA al ser utilizado en pacientes de alto riesgo quirúrgico, ASA 2 y 3, evitando una Histerectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se somete análisis cohorte de 46 pacientes con SUA, refractario a tratamientos médicos convencionales con progestágenos, anticonceptivos hormonales, antiinflamatorios no esteroideos y/o ácido tranexámico, a quienes se les insertó DIU-LNG, con su consentimiento y según Guías elaboradas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. Las Inserciones se iniciaron desde julio del 2006 con seguimiento hasta ahora. El éxito clínico se definió cuando la paciente presentó sangrado uterino escaso o normal, bajo 100 puntos evaluados de acuerdo a pictograma validado en numerosas publicaciones. De este grupo de pacientes se obtienen datos clínicos para cálculo de efectividad y fracaso.

RESULTADOS

De la cohorte estudiada, con un seguimiento promedio de 37 meses (rango de 12 a 78 meses) 84,6 % de las pacientes responden favorablemente al tratamiento propuesto ya sea cesando completamente SUA o bien sangrando escasamente bajo los 100 puntos mencionados. Esta respuesta se manifiesta en una reducción significativa ($p < 0,001$) en las medianas del pictograma desde basal 544 puntos (304 -770; Q1-Q3 respectivamente), 3 meses 60 puntos (9 - 112), 12 meses 5,5 (0 - 20). El resto de las pacientes (15,4%) o expulsan DIU-LNG o se mantienen sangrando a pesar del DIU-LNG in situ sobre los 100 puntos línea de corte de normalidad. Las fallas de tratamiento, que terminan en histerectomía, ocurren sólo en el primer año de nuestra casuística. La evolución de disminución de sangrado, y cifra de éxito y fracaso es acorde a otras series de casos publicadas.

CONCLUSIÓN

La inclusión del DIU-LNG en nuestras guías nos permite la posibilidad de disminuir las histerectomías en pacientes refractarias a tratamiento médico convencional y que cumplan con criterios de inclusión y exclusión estrictos. Dentro del primer año de uso es posible determinar éxitos y fracasos. Con estos datos nacionales es posible construir también un modelo fármaco-económico que permita justificar la costo-efectividad de DIU-LNG como alternativa a la histerectomía en pacientes seleccionadas.

DISGENESIA GONADAL MIXTA CON PRESENCIA DE CROMOSOMA Y: REPORTE DE UN CASO CLINICO.

105

David Escobar¹, Andrés Casanova¹, Alfonso Jorquera¹, Lorena Monsalve¹, Juan Enrique Schwarze² ¹Ginecólogos-Obstetras, Servicio de Ginecología Hospital Clínico San Borja-Arriarán. ²Ginecólogo Clínica Monteblanco.

INTRODUCCIÓN

El Dispositivo intrauterino con levonorgestrel (DIU-LNG, Mirena® Bayer HealthCare) fue ideado con fines anticonceptivos, pero ha demostrado un fuerte efecto supresor endometrial que es de mucha utilidad en una gran variedad de problemas ginecológicos, sobretodo en Sangrado Uterino Anormal (SUA). Numerosos estudios avalan su uso en SUA existiendo en la base Cochrane abundantes revisiones que lo comparan a tratamientos médicos y quirúrgicos, conservadores o Histerectomías. También existen trabajos nacionales en esta línea, incluido uno en el cual se demuestra su eficacia en la corrección de SUA al ser utilizado en pacientes de alto riesgo quirúrgico, ASA 2 y 3, evitando una Histerectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se somete análisis cohorte de 46 pacientes con SUA, refractario a tratamientos médicos convencionales con progestágenos, anticonceptivos hormonales, antiinflamatorios no esteroideos y/o ácido tranexámico, a quienes se les insertó DIU-LNG, con su consentimiento y según Guías elaboradas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Clínico San Borja Arriarán, Santiago, Chile. Las Inserciones se iniciaron desde julio del 2006 con seguimiento hasta ahora. El éxito clínico se definió cuando la paciente presentó sangrado uterino escaso o normal, bajo 100 puntos evaluados de acuerdo a pictograma validado en numerosas publicaciones. De este grupo de pacientes se obtienen datos clínicos para cálculo de efectividad y fracaso.

RESULTADOS

De la cohorte estudiada, con un seguimiento promedio de 37 meses (rango de 12 a 78 meses) 84,6 % de las pacientes responden favorablemente al tratamiento propuesto ya sea cesando completamente SUA o bien sangrando escasamente bajo los 100 puntos mencionados. Esta respuesta se manifiesta en una reducción significativa ($p < 0,001$) en las medianas del pictograma desde basal 544 puntos (304 -770; Q1-Q3 respectivamente), 3 meses 60 puntos (9 - 112), 12 meses 5,5 (0 - 20). El resto de las pacientes (15,4%) o expulsan DIU-LNG o se mantienen sangrando a pesar del DIU-LNG in situ sobre los 100 puntos línea de corte de normalidad. Las fallas de tratamiento, que terminan en histerectomía, ocurren sólo en el primer año de nuestra casuística. La evolución de disminución de sangrado, y cifra de éxito y fracaso es acorde a otras series de casos publicadas.

CONCLUSIÓN

La inclusión del DIU-LNG en nuestras guías nos permite la posibilidad de disminuir las histerectomías en pacientes refractarias a tratamiento médico convencional y que cumplan con criterios de inclusión y exclusión estrictos. Dentro del primer año de uso es posible determinar éxitos y fracasos. Con estos datos nacionales es posible construir también un modelo fármaco-económico que permita justificar la costo-efectividad de DIU-LNG como alternativa a la histerectomía en pacientes seleccionadas.

ENCEFALITIS AUTOINMUNE SECUNDARIA A ANTICUERPOS ANTI-RECEPTOR N-METIL-D-ASPARTATO (NMDAR) ASOCIADA A TERATOMA OVÁRICO.

Catalán. A1, Osorio. F2, Mosella. F.1

1 Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente

2 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La Encefalitis anti-NMDAR secundaria a teratoma ovárico, fue descrita como tal, por primera vez en el año 2007. Los últimos reportes estiman un total de 500 casos aproximadamente en el mundo. En Chile no hay casos reportados hasta la fecha.

Objetivos: Describir cuadro clínico, fisiopatología y tratamiento de Encefalitis autoinmune secundaria a anticuerpos anti-NMDAR debido a teratoma ovárico maduro.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a través del análisis de ficha clínica de paciente admitida en Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse durante el primer semestre 2015 y revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS

Caso clínico: Paciente de 27 años, nuligesta, sin antecedentes mórbidos, presenta cuadro de 3 días de evolución caracterizado por síntomas neuropsiquiátricos, siendo admitida inicialmente en Servicio de Psiquiatría; evoluciona febril, con elevación de parámetros inflamatorios sistémicos, compromiso de conciencia y crisis convulsiva tónico clónica generalizada; se realiza punción lumbar que evidencia líquido cefalorraquídeo (LCR) con características inflamatorias, se inicia tratamiento con antivirales con nula respuesta clínica y persistencia de cuadro convulsivo, por lo que se ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos. Dentro de estudio etiológico

se descarta causa viral, metabólica y Lupus. Se realiza estudio imagenológico en donde se pesquisa imagen anexial izquierda compatible con teratoma ovárico. Por sospecha de Encefalitis autoinmune se solicitan anticuerpos anti-NMDAR en LCR, los que resultan positivos. Se deriva a nuestro servicio, en donde se procede a resección quirúrgica de masa ovárica de 2 cm de diámetro, compatible con teratoma ovárico maduro, lo que se confirma en biopsia diferida. Resonancia magnética cerebral sugiere encefalitis autoinmune. Se realiza Plasmaféresis, se administran Inmunosupresores e Inmunoglobulinas. A 5 meses de iniciado el cuadro clínico y posterior resección quirúrgica de teratoma ovárico, paciente persiste con convulsiones de difícil manejo y requerimiento de ventilación mecánica invasiva.

DISCUSIÓN

El caso clínico presentado tuvo un comportamiento similar a lo descrito en la literatura disponible. Se presenta en mujeres entre los 20 y 50 años, frecuentemente se inicia con síntomas neuropsiquiátricos, rápido deterioro neurológico y necesidad de ventilación mecánica invasiva; lo que dificulta el diagnóstico inicialmente, ya que, la mayoría son tratadas como cuadro psiquiátricos. Estos síntomas se explican por hipofunción del tálamo y corteza frontal, producido por anticuerpos anti-NMDAR como respuesta inmune al tejido neuronal presente en el teratoma ovárico maduro. El diagnóstico se confirma con presencia de estos anticuerpos en suero y LCR. Los pilares del tratamiento son la inmunoterapia y resección precoz del tumor, produciendo la mejoría clínica de hasta el 75% de los casos reportados en la literatura.

CONCLUSIÓN

Dada la alta tasa de mortalidad que llega a un 25% se justifica un alto índice de sospecha. La importancia de la detección precoz del teratoma ovárico, es que la resección tumoral temprana es el factor más importante en la recuperación rápida y completa de la encefalitis.

OPINIÓN DE ESTUDIANTES DE LA SALUD EN TORNO AL PROYECTO DE LEY DE INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES. 107

Troncoso J, Crispi MF., Franz K, Hasson D, Reyes C. – Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

En Chile en 1931 se permitió la interrupción del embarazo por razones terapéuticas (Código Sanitario, Art 226). En 1989 se modificó el Artículo 119 del Código Sanitario prohibiendo la ejecución de toda acción cuyo fin sea provocar un aborto. Actualmente Chile es uno de los 5 países del mundo en los cuales el aborto es ilegal bajo toda circunstancia. En Enero de 2015 la Presidencia de la República envió a la Cámara de Diputados el Mensaje N° 1230-362 con el que inicia a tramitación un Proyecto de Ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en 3 causales: Riesgo vital de la madre (RV), inviabilidad del feto (IF) y embarazo consecuencia de violación (V). Diversas encuestas han recogido la opinión de la sociedad civil y colegios profesionales en torno a la iniciativa. Es así como la Encuesta UDP 2014 reflejó que un 70% de la población está de acuerdo en caso de RV, un 67,8% en IF y 61,9% en caso de V. Una encuesta del Colegio Médico realizada el año 2015 (6731 médicos) concluyó que: 56% está a favor de las tres causales. Recientemente una encuesta realizada por la SOCHOG 2015 (209 miembros de la sociedad), muestra porcentajes de aprobación de: RV 61,7%, IF 66,5% y V:34,45%. En este contexto, no se cuentan con datos que den cuenta de la opinión de los futuros profesionales de la salud en torno al Proyecto de Ley, de ahí que creemos necesario explorar sus posturas para enriquecer el debate nacional.

MÉTODO

Se generó una encuesta donde se abordó el grado de acuerdo sobre las tres causales del Proyecto, además de otros tópicos respecto al mismo como lo son la objeción de conciencia, la confidencialidad y la gratuidad del

procedimiento. La encuesta se envió a 4182 estudiantes de las 7 carreras de pregrado (Medicina, Enfermería, Kinesiología, Tecnología Médica, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional y Nutrición) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile a través de una plataforma en línea, entre los días 25 y 26 de mayo de 2015.

RESULTADOS

Se obtuvieron 1560 respuestas (37,3% de la población). De ellas un 83,5% está a favor del proyecto de ley en las 3 causales, un 10% a favor de al menos una de las causales y un 6% en contra de las 3 causales. El mayor grado de apoyo a las 3 causales se da en las carreras de Enfermería (90%) y Tecnología Médica (88%), mientras que el mayor rechazo en Fonoaudiología (11%). En el caso de Medicina (83% a favor de 3 causales), son los 2 primeros niveles de la carrera los que poseen el menor grado de apoyo 74 y 77% respectivamente. Un 83,5% de los encuestados considera que la confidencialidad con el paciente prima sobre la obligación de denunciar, este porcentaje es mayor en las carreras de Obstetricia, Medicina y Enfermería (89,86 y 84% respectivamente). Mientras que un 77,8% considera que la objeción de conciencia debe ser sólo individual y no institucional. Finalmente un 84,9% considera que las causales de interrupción consideradas en la Ley deben ser procedimientos gratuitos financiados por el Estado.

CONCLUSIÓN

Los estudiantes de pregrado de la Facultad de Medicina de la U. de Chile encuestados, están de acuerdo en su mayoría con las 3 causales del Proyecto de Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, la objeción de conciencia individual, el deber de confidencialidad y la necesidad de gratuidad en el procedimiento por parte del Estado.

PREVALENCIA DE INFECCION POR CHLAMYDIA TRACHOMATIS EN UN GRUPO DE MUJERES ENTRE 15-24 AÑOS QUE SE ATIENDEN EN LA RED DE SALUD DE UN CENTRO UNIVERSITARIO. 108

Ralph T, Constanza 1, Patricia García C 2, Cuello F Mauricio 1, Zamboni T, Milena 1

1. División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

2. Laboratorio Clínico, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Chlamydia trachomatis es una bacteria gram negativa; parásito intracelular obligado. La infección por esta bacteria es la infección de transmisión sexual (ITS) más común en mujeres jóvenes. Los factores de riesgo más importantes son la edad y el antecedente de ITS. Estudios chilenos describen una prevalencia del 7% en menores de 25 años. La infección es principalmente asintomática con grandes secuelas a largo plazo: proceso inflamatorio pélvico (PIP), algia pélvica crónica, embarazo ectópico e infertilidad. El Gold Standard para el diagnóstico son las técnicas de amplificación de ácidos nucleicos, entre ellas, la PCR es la más utilizada con una sensibilidad y especificidad cercana al 91% y 100% respectivamente.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de infección por *Chlamydia trachomatis* con la técnica Cobas Taqman CT/NG (Roche) en mujeres sexualmente activas entre 15 y 24 años, atendidas en la red de salud UC/Christus.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal de prevalencia en policlínicos de la red de salud. Se tomó PCR para *Chlamydia trachomatis* a pacientes entre 15 y 24 años, sexualmente activas, que acudieron a control ginecológico y aceptaron participar del estudio. Se realizó una toma endocervical cuya muestra fue procesada en el Laboratorio de Microbiología UC utilizando la técnica ya mencionada, la cual consiste en un PCR en tiempo real para secuencias de ADN de *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*. El criterio de exclusión fue el uso de antibióticos durante

el mes previo a la toma del examen. Se calculó un tamaño muestral de 170 pacientes. El análisis estadístico expresa la prevalencia en porcentaje con un intervalo de confianza de 95%.

RESULTADOS

Se analizaron 181 muestras, repartidas entre los diferentes centros de la red de salud. 41 muestras fueron tomadas en el centro médico Irrarázaval (CMI), 40 en centro médico Lira (CML), 49 en centro médico San Joaquín (CMSJ) y 51 en la clínica UC San Carlos de Apoquindo. Un total de 10 (5,5%) muestras resultaron positivas (status portadora asintomática). De éstas, 6 correspondían a muestras provenientes del CMI estimando una prevalencia de 17% (6/41) para dicho centro. Tres muestras provenían del CML estimando una prevalencia de 8% (3/40). Finalmente, 1 muestra provenía de la clínica UC San Carlos de Apoquindo estimando una prevalencia de 2% (1/51). Ninguna muestra resultó positiva en el CMSJ (0/49). La edad promedio de las pacientes muestreadas fue de $21.3 \pm 2,2$ años (15-24 años 11 meses) con una mediana de 22 años. No hubo diferencias estadísticas en la edad promedio entre portadoras y no portadoras. Tampoco hubo diferencias estadísticas en la edad promedio de inicio de actividad sexual ($17.8 \pm 2,6$ SD años vs $16.9 \pm 2,1$ SD años, $p=NS$, Wilcoxon). Si hubo diferencia en el número de parejas sexuales entre portadoras y no portadoras (4 vs 2-3). Respecto del uso de preservativo, sólo el 32% de las pacientes refirió usarlo. Sólo una paciente portadora reconoció su uso.

DISCUSIÓN

La prevalencia demostrada en nuestro estudio es levemente menor (5,5%) comparado con otros estudios nacionales previamente reportados. Posibles explicaciones a esta diferencia son la técnica de detección utilizada y el nivel socio económico y educacional que representa esta cohorte. Pese a ello, resulta relevante el hallazgo de diferencias en prevalencia entre distintas zonas geográficas de la región metropolitana.

Canales J.1, Leiva P.1, Banderas B.1, González F.2

(1) Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile

(2) Departamento de Ginecología Complejo Hospitalario San José.

INTRODUCCIÓN

El angiofibroma celular (AC), tumor mesenquimal benigno poco frecuente descrito por primera vez por Nucci en 1997, está formado principalmente por 2 componentes: células fusiformes y una importante vascularización. Recientemente se ha caracterizado que afecta a ambos sexos, en particular en la región vulvo-vaginal en mujeres durante la quinta década de vida y en el área-inguino escrotal en los hombres alrededor de los 70 años. Macroscópicamente son lesiones bien circunscritas, localizadas en el tejido blando superficial, de consistencia elástica y generalmente menores de 3 cm, aunque en hombres el promedio es de 7 cm.

CASO CLÍNICO

Mujer multipara de 1, de 51 años, con antecedente de histerectomía en el 2012 por miomas uterinos, presenta cuadro de 5 meses de evolución caracterizado por dolor en zona anal, sinusorragia y dos episodios de metrorragia que ceden espontáneamente. Evaluada en atención primaria se pesquiza tumor que compromete cérvix uterino y vagina, por lo que se deriva a CDT de Ginecología Hospital San José; al examen físico destaca tumor que infiltra toda la vagina, de aspecto neoplásico, no impresionando compromiso de mucosa rectal. Se

realiza TAC abdomen y pelvis que muestra en excavación pelviana, tumor de 142 x 95 x 75 mm, centrado en canal vaginal que compromete planos adiposos perivaginales, de la vulva y perirrectales, presencia de adenopatías iliacas, nódulo pulmonar de 4 mm en segmento lateral del lóbulo medio y múltiples quistes esplénicos de aspecto simple. Se toma biopsia dirigida que muestra colpitis crónica activa.

Paciente persiste con molestias, es evaluada en servicio de Onco-ginecología en su país de residencia (Colombia); se realiza angioresonancia de pelvis que evidencia tumor que compromete vagina en toda su extensión y en forma concéntrica, extendiéndose hacia estructuras adyacentes, con compromiso infiltrativo y difuso, sin evidencia de malformaciones vasculares o fistulas. Se toma biopsia de vagina en cuña que objetiva proliferación celular benigna, con inmunohistoquímica compatible con angiofibroma.

DISCUSIÓN

El AC en mujeres representa una neoplasia benigna con una amplia distribución anatómica, afectando con mayor frecuencia en las mujeres a la región vulvo-vaginal. Tiende a ser una masa asintomática y de crecimiento lento, lo que lleva a consultar a la paciente tardíamente. Esta lesión puede presentar algunas variaciones en sus características fenotípicas y ocasionalmente desarrollo de mitosis anormales con atipia celular y transformación sarcomatosa. Generalmente se diagnostica como un quiste de Bartholino, una masa sólida no específica, un quiste vulvar, leiomioma o lipoma. Hasta el momento, la escisión local de la lesión parece ser el tratamiento más adecuado y eficaz para evitar las recurrencias.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO INTRAVESICAL: REPORTE DE UN CASO.

110

Jería R., Tecas C., Padilla F., Reyes L., Soto L., Rubio G., Núñez A.

Depto de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile

Unidad de Ginecología, Hospital San José

INTRODUCCIÓN

Se estima que cerca de 160 millones de mujeres usan el Dispositivo Intrauterino (DIU) como método anticonceptivo a nivel mundial (Perucca 2011), siendo uno de los métodos anticonceptivos más usados. En Chile, el uso de este método bordea 70% de las pacientes del sistema público (Perucca 2011). El DIU puede llevar a una serie de complicaciones entre las cuales destacan: perforación uterina, embarazo no deseado, enfermedad inflamatoria pélvica, perforación intestinal, y fístula vesicouterina (Guner 2013). La perforación uterina por DIU es una complicación rara de este método, y se puede alojar en órganos cercanos y la cavidad peritoneal. Aunque la fisiopatología es desconocida, se cree que el daño tisular, infección, adhesión, isquemia durante o posterior al procedimiento estarían involucrados en la migración hacia órganos vecinos (Guner 2013).

CASO CLINICO

Paciente de 54 años, múltipara de 7 partos vaginales, con antecedentes de hipertensión arterial crónica y usuaria de DIU tipo T de cobre desde hace 11 años no controlada. Refiere múltiples consultas por dolor pélvico crónico y tratamientos por infecciones urinarias recurrentes. Consulta al servicio de urgencia de maternidad del Hospital San José el día 16/06/15 por aumento del dolor hipogástrico que alcanza EVA 9/10, asociado a disuria y hematuria macroscópica con presencia de coágulos. Al examen físico se evidencia dolor a la palpación en hemiabdomen inferior, sin signos de irritación peritoneal. Visión bajo espéculo muestra cuello uterino sano, sin

sangrado y sin apreciarse guías del DIU. Se realiza radiografía de abdomen simple donde se evidencia dispositivo a nivel pélvico central bajo. En la ecografía transvaginal de ingreso, el útero y anexos son de tamaño y forma normal, sin visualización de dispositivo, destacando una imagen hiperecogénica intravesical sugerente de dispositivo tipo T de cobre. Se realiza cistoscopia el día 19/06/15 durante la cual se visualiza DIU en pared vesical posterior, el cual no es posible extraer, por lo que debe ser retirado por laparotomía el día 24/06/15. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta a los 5 días.

DISCUSION

La perforación intrauterina por DIU y su migración es una complicación infrecuente de este método anticonceptivo siendo reportado en alrededor de 0,87 de 1000 inserciones (Singh 2007). Variados mecanismos han tratado de explicar la migración del DIU, tales como la inserción iatrogénica, contracciones uterinas espontáneas, contracciones vesicales involuntarias y el peristaltismo intestinal. La migración del DIU es generalmente asintomática, pero la erosión a distintas estructuras puede provocar síntomas tales como disuria y urgencia miccional. (Mahmutyazicioğlu 2002). A pesar de que los DIU ectópicos pueden mantenerse asintomáticos por años, se describen complicaciones tales como abscesos pélvicos, perforaciones intestinales o fístulas vesicouterinas (Mahmutyazicioğlu 2002). La ecografía transvaginal es un excelente método para examinar los órganos genitales internos, sin embargo, puede no ser adecuada para una correcta exploración vesical, por lo cual debe ser complementada con la ecografía transabdominal. El DIU intravesical, a pesar de ser una complicación rara, debe considerarse como diagnóstico diferencial al momento de examinar a una paciente con DIU extraviado y síntomas urinarios persistentes.

¿EXISTE CORRELACIÓN ENTRE ENGROSAMIENTO ENDOMETRIAL ECOGRÁFICO Y HALLAZGOS PATOLÓGICOS EN LA BIOPSIA? ESTUDIO DESCRIPTIVO EN HOSPITAL MILITAR DE SANTIAGO. 111

J1, Palomer M1, Faure M2, Riesco T1, Mönckeberg M3, Wainstein A4, Bustos B5.

1 Interno VII Medicina Universidad de los Andes, 2 Alumna V Medicina Universidad de los Andes

3 Becado de Ginecología, Universidad de los Andes, 4 Ginecólogo, Hospital Militar de Santiago

5 Ginecólogo, Universidad de los Andes y Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

En Chile, la prevalencia de cáncer de endometrio es de aproximadamente 1.2 por cada 100.000 habitantes. Se debe sospechar principalmente en mujeres postmenopáusicas que presentan sangrado uterino asociado a un endometrio engrosado en la ecografía (considerando como límite de normalidad un endometrio bajo 4 mm. en pacientes sin terapia de reemplazo hormonal (TRH) y bajo 8 mm. en aquellas usuarias de TRH).

Existen además, alteraciones patológicas (neoplásicas) del endometrio que no constituyen un cáncer propiamente tal, pero aumentan el riesgo de desarrollar uno; esta es la hiperplasia endometrial (HE), definida como la proliferación anormal de las glándulas endometriales que se produce por estímulo estrogénico sin la oposición de progesterona. La OMS recomienda clasificarla en HE simple sin atipias (HSSA), HE simple con atipias (HSCA), HE compleja sin atipias (HCSA), HE compleja con atipias (HCCA). Clásicamente se describe un riesgo de desarrollar cáncer de endometrio de 1%, 3%, 8% y 29% con cada una de las categorías de hiperplasia respectivamente. Si bien el diagnóstico se realiza mediante estudio de anatomía patológica, existe evidencia científica que demuestra una asociación entre engrosamiento endometrial ecográfico y la presencia de patología endometrial neoplásica. En este estudio se describe la correlación que existe entre engrosamiento endometrial y la biopsia correspondiente en nuestra población del Hospital Militar de Santiago.

OBJETIVOS

Describir la relación entre grosor endometrial ecográfico y alteraciones neoplásicas en biopsias de endometrio del Hospital Militar de Santiago.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se revisaron las biopsias que incluían tejido endometrial (biopsias aspirativas, legrados uterinos e hysterectomías) realizadas entre el año 2009 y 2014 en el Hospital Militar de Santiago, seleccionando las que presentaban algún tipo de patología neoplásica (hiperplasia o cáncer de endometrio), para luego correlacionarlo con los hallazgos ecográficos.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 160 muestras de biopsias alteradas. De esas sólo disponíamos del seguimiento completo (con ecografía previa a la biopsia) de 58 pacientes. De estas pacientes estudiadas, el promedio de edad fue de 54.6 años. Un 70.6% de las pacientes presentaron HSSA, un 1.7% HCSA, un 6.9% HCCA y un 20.7% Cáncer endometrial. Para nuestro grupo de estudio, el promedio del grosor endometrial ecográfico fue de 15.36 mm. Al analizar los subgrupos cabe destacar que las pacientes con HSSA tenían un promedio de edad de 51.4 años y grosor endometrial de 16.03 mm. Las con HCCA tenían un promedio de edad de 53.5 años y un endometrio de 11 mm. Las pacientes que presentaron Cáncer de endometrio tenían una edad promedio de 65 años y un grosor endometrial de 12.4 mm.

CONCLUSIONES

Este trabajo nos permite conocer nuestra realidad institucional en cuanto a patología endometrial y comprobar que efectivamente existe una asociación significativa entre un engrosamiento endometrial ecográfico y una lesión endometrial neoplásica.

PERFIL DE LA USUARIA DE IMPLANON Y SU RETIRO PRECOZ EN UN CESFAM DE LA COMUNA DE SANTIAGO.

112

Marques X.1, Chong E. 1, Alvarado S.2 1Becada FOREBAS Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 2Tutor FOREBAS, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán, Docente Universidad de Chile, Campus Centro.

INTRODUCCIÓN

Los anticonceptivos reversibles de larga acción (LARCS) han sido promovidos como altamente efectivos y considerados como métodos preferibles en mujeres jóvenes y adolescentes. El implante subdérmico IMPLANON, que contiene la progestina etonogestrel, es usado ampliamente como LARC proveyendo protección anticonceptiva por hasta 3 años, sin embargo eventos adversos han sido reportados, incluyendo cambios en los patrones de sangrado, alza de peso, cambios de ánimo, cefalea, acné, y alteraciones de la libido, los que se asociarían a un retiro precoz del método.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal retrospectivo. Se realizó la revisión del registro de ingresos y egresos de planificación familiar del Cesfam ARAUCO, institución perteneciente a la comuna de Santiago, región Metropolitana. Se obtuvo la nómina de todas las inserciones de IMPLANON realizadas entre enero de 2011 y enero de 2015. Se identificaron 121 pacientes, revisándose la ficha electrónica de cada una para evaluar características demográficas, continuidad del método, patrón de sangrado y causal de abandono.

RESULTADOS

Durante el periodo enero 2011- enero 2015 se insertaron 121 IMPLANON,

El promedio de edad de las pacientes al momento de inserción fue de 25,1 años, un 14,9 % era nulípara y el 48,7% era multípara de 1.

El 16,5% de las inserciones correspondió a pacientes menores de 19 años, el 45 % de ellas eran puérperas cuando se realizó la inserción. El 65% de estas pacientes era multípara de 1.

Previo a la inserción de IMPLANON el 55,3% de las pacientes utilizaba algún tipo de método anticonceptivo, el más frecuentemente usado fue el anticonceptivo combinado inyectable en un 41,8%.

Durante el seguimiento el patrón de sangrado predominante fue amenorrea en un 43,8%.

Del total de IMPLANON insertados, se extrajeron hasta julio de 2015 47 implantes, de los cuales un 51% fueron precozmente extraídos, con 18,9 meses de uso promedio, siendo la causa más frecuente el cambio en los patrones de sangrado (33%).

La tasa de continuidad el primer año de uso, fue de 97,5%, la tasa de continuidad al 2do año de uso, fue de 84,5% y la tasa de continuidad al 3er año de uso, fue de 81,8%.

CONCLUSIÓN

IMPLANON corresponde a un método anticonceptivo de larga duración preferido por mujeres jóvenes, sin embargo, creemos que debe mejorarse la educación e información entregada a cada usuaria sobre los efectos adversos esperados y la duración del método, para evitar el retiro precoz de un método eficaz y de alto costo.

Destaca en este grupo el bajo porcentaje de usuarias adolescentes y el inicio de este método en ellas principalmente en el puerperio, lo cual nos da una alerta y nos insta a tomar medidas para promover la planificación familiar de este grupo y evitar el embarazo adolescente.

PISO PÉLVICO

113

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA COITAL EN MUJERES DEL POLICLINICO DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION

Castro, H., Canario, N., Ceballos, K., Diaz, S., Bascur, F., Bascur, C., Sobarzo, P. Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepcion, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB)

114

PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS COLORRECTALES E INCONTINENCIA FECAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL SINTOMÁTICO.

1-3Arellano M, 1-2Pattillo A, 1Blümel, B, 1Pohlhamer DS, 1González S, 2Dines E, 2Gorodischer A, 1-2-4Pizarro-Berdichevsky J 1Complejo asistencial Dr. Sotero del Río, 2Division de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Clínica Santa María, 4Cleveland Clinic.

115

ANÁLISIS Y FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS E INSTRUMENTALES EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS.

Barrientos J1, Urzúa MJ2, Yamamoto M2, Insunza A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

116

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA DE ORINA EN EL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

Berríos C.1, Sepúlveda A.1, Villa K.1, Laiz D.1, Lira J.1, Rojas L.1 (1) Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

117

NEOSAXITOXINA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO ASOCIADOS A HIPERTONÍA DEL ELEVADOR DEL ANO.

Guzmán R., V. Manríquez, Naser M., A. Aguilera, Ariel Castro, Lagos N. Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

118

COLPOSACROPEXIA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL

Rondini C.1-2, Urzúa M.J.1, Braun H.2, Álvarez J.1-2, Kaplan F.1 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

119

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS URINARIOS RELATIVOS A VEJIGA HIPERACTIVA EN MUJERES CONSULTANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PERTENECIENTES AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE – SANTIAGO.

Jacobsen C1, Barros J1, Barrientos J1, Martinez P1, Morales P3, Kaplan F2, Urzua MJ2, Alvarez J2, Rondini C2, Troncoso F2, Insunza A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

120

RESUTURA COMO MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE EPISIOTOMÍA. ANÁLISIS DE 50 CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Barrientos J1, Jacobsen C1, Barros J1, Valdes N3, Urzua MJ2, Kaplan F2, Alvarez J2, Troncoso F2, Insunza A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

121

EXPERIENCIA EN COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

2Urzúa M,1-3Arellano M,1Pohlhammer DS,1-2Pattillo A,1Blümel B,1-2-4Pizarro-Berdichevsky J. 1Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, 2División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Clínica Santa María, 4Cleveland Clinic.

122

SUSPENSIÓN AL LIGAMENTO SACRO ESPINOSOS EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL

Álvarez J. 1-2, Rondini C. 1-2, Kaplan F. 2, Urzúa M. 2, Barros J. 1 Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

123

CONSTIPACION E INCONTINENCIA FECAL: POR QUE DEBEMOS SIEMPRE PREGUNTAR POR SINTOMAS DEFECATORIOS A NUESTRAS PACIENTES DE PROLAPSO GENITAL.

Castro, H., Marrero, C., Rivers, I., Castillo, J., Diaz, S., Bascur, F., Bascur, C. Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepción, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB)

124

USO DE ESTUDIO URODINÁMICO SIMPLE PARA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: EXPERIENCIA DE 1 AÑO.

Boldrini P.1,2, Vallejos G.1,2, Peragallo J.1,2, Castillo N.1,2, Galarce MV.2, Hayes T.2. (1) Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Unidad de Ginecología y Obstetricia (2) Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

125

COLPOCLEISIS: RESULTADOS, SEGUIMIENTO Y ARREPENTIMIENTO.

Gutiérrez E., Castro H., Díaz, S. Departamento de Ginecología y Obstetricia - Facultad de Medicina - Universidad de Concepción

126

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN UN PROGRAMA DE TOT AMBULATORIO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES.

Medel S.1, Marques X.2, Millán R.1, Canto M.3, Fuentes A.4. 1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán. Universidad de Chile. 2Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 3 Interna Medicina, Universidad de Chile, Campus Centro. 4 Instituto de investigaciones materno infantil (IDIMI), Universidad de Chile.

127

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TOT AMBULATORIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA.

Marques X.3, Medel S.1, Canto M.4, Millán R.1, Fuentes A.2 1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán. Universidad de Chile. 2Instituto de investigaciones materno infantil (IDIMI), Universidad de Chile. 3Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 4Interna Medicina, Universidad de Chile, Campus Centro.

128

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE COHORTES DE HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, CLÍNICA DÁVILA.

Tapia. J.1, Barros. A.2, Millán. M.2, Pizarro. M. J.2, Osorio. E.3.

129

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA VIA TRANSOBTURADORA Y RETROPUBLICA EN LA RESOLUCION DE LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO?

Valdés F1, Manríquez V2, Naser M2, Valdevenito J2, Castro D2, Wenzel C, Guzmán R2. 1Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios. 2Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

130

EVOLUCIÓN DEL TIEMPO OPERATORIO EN LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Pattillo A1,2, Pohlhammer Ds1, Urzúa M2, Arellano M1, Blumel B1, Pizarro-Berdichevsky J1,2,3. 1Complejo Asistencial Dr. Sotero Del Río, 2División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Cleveland Clinic

131

CARACTERIZACIÓN DE MUJERES CON DISPAREUNIA DEL POLICLÍNICO DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

Castro, H., Scheel, S., Soto, M., Zapata, N. Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepción, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente

132

EFECTO DE LA NEUROMODULACIÓN PERCUTANEA DEL NERVI TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA

Kaplan F.1, Rondini C.1-2, Álvarez J.1-2, Urzúa M.J.1, González S.1, Alonso G.1, 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

133

PDS VS. PROLENE EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL: ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO A 24 MESES

Urzúa M1, Rondini C.1-2, Kaplan F.1, Álvarez J.1-2 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana–Universidad del Desarrollo, Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

134

IMPACTO DE LA EPISIORRAFIA EN LA FUNCION SEXUAL DE LAS MUJERES. UN ESTUDIO DE CASO

Autores/as: Carolina Bascur Castillo^{1,2}, Mercedes Carrasco Portiño^{1,3}, Henry Castro Arias^{2,4}, José Miguel Brito Valenzuela¹. 1 Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. 2 Unidad de Piso Pélvico. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción 3 Grupo de investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante. 4 Dpto. de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA PRESENCIA DE INCONTINENCIA URINARIA COITAL EN MUJERES DEL POLICLINICO DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCION.

Castro, H., Canario, N., Ceballos, K., Diaz, S., Bascur, F., Bascur, C., Sobarzo, P.

Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepcion, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB)

INTRODUCCION

La incontinencia urinaria coital (IC) es un síntoma que se presenta en un número importante de pacientes que consultan por incontinencia urinaria de diversos tipos. Se han descrito dos tipos principales, uno asociado a la penetración y otro asociado al orgasmo, sin embargo aún es poco lo que se conoce acerca de la fisiopatología de esta enfermedad. Diversos estudios muestran una prevalencia que va desde el 0,2 al 66%, dependiendo del grupo estudiado. Además, se han identificado ciertos factores de riesgo asociados, como la presencia de Incontinencia de Orina de Esfuerzo (IOE), Vejiga Hiperactiva (VHA) e Incontinencia de Orina Mixta (IOM). El objetivo del estudio es determinar factores de riesgo presentes en pacientes con incontinencia de orina que además refieren incontinencia coital a la penetración.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Observacional de corte transversal retrospectivo. Fuente de información: Base de datos de ingresos del policlínico de Piso Pelviano del HGGB. Población y muestra: Pacientes ingresadas al policlínico de uroginecología del HGGB desde enero del 2013 a julio del 2015 que ascienden en total a 609 mujeres. Se establecieron dos grupos para análisis comparativo, uno de pacientes que refirieron el síntoma y un grupo control; todas las pacientes consultaron por incontinencia de orina. Se excluyó las pacientes con otros tipos de incontinencia que no fuesen IOE, IOM y VHA, y las pacientes con incontinencia coital asociada al orgasmo. Análisis de datos: Descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas. Análisis bivariado con prueba chi cuadrado. Valor $p < 0,05$ se estableció para significancia estadística.

RESULTADOS

Del total de pacientes que consultaron por incontinencia de orina, 147 (24,1%) presentaron IC. La edad media del grupo con IC fue de 51,1 años (DE 8,8). La paridad fue de 2,7 (DE 1,5). El 34,7% de las pacientes tenían IOE, el 61,9% IOM y el 3,4% VHA, a diferencia del grupo control en que un 48,6% presentaba IOE, un 41,1% IOM y un 10,3% VHA ($p < 0,001$). La Urgencia miccional se presentó en el 72,1% del grupo IC a diferencia del 57,5% del grupo control ($p < 0,009$). La Constipación se presentó un grupo mayor (38,8%) en IC que en el control (27,4%) ($p < 0,04$). La Enuresis también fue mayor en IC (28,6%) que en control (11%) ($p < 0,0001$). La Sensación de vagina amplia fue referida mayormente por el grupo de IC (49,7%) que en el control (36,6%) ($p < 0,02$). No hubo diferencias significativas en otras variables como Diabetes Mellitus, Incontinencia fecal, disuria, episiotomía o desgarros.

CONCLUSIÓN

La Incontinencia Coital es un síntoma altamente frecuente entre pacientes que consultan por otros tipos de incontinencia urinaria. En nuestra pacientes, el 24,1% de ellas lo presentaba, sin embargo, solo un pequeño grupo lo refiere espontáneamente. Tanto en la edad como en la paridad no hubieron diferencias significativas, al contrario de otros reportes. Hubo importante asociación con síntomas de VHA, tanto urgencia miccional como IOM, lo cual tendría relación con la teoría fisiopatológica de un componente vesical. La asociación con enuresis podría explicarse por la severidad de la enfermedad, como también por un componente vesical. La aparición de constipación como un factor de riesgo es un hallazgo que no ha sido mencionado en ningún otro estudio y requiere mayor investigación, al igual que la sensación de vagina amplia. Este estudio es un gran aporte a la investigación de esta patología, de la cual existe muy poca información tanto mundial como en nuestro país, y abre las puertas a futuras líneas de investigación

PREVALENCIA E IMPACTO DE SÍNTOMAS COLORRECTALES E INCONTINENCIA FECAL EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL SINTOMÁTICO.

114

1-3Arellano M, 1-2Pattillo A, 1Blümel,B, 1Pohlhamer DS, 1González S, 2Dines E, 2Gorodischer A, 1-2-4Pizarro-Berdichevsky J

1Complejo asistencial Dr. Sotero del Río, 2Division de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Clínica Santa María, 4Cleveland Clinic.

INTRODUCCIÓN

Existe escasa información sobre la prevalencia de síntomas digestivos bajos e incontinencia fecal (IF) en pacientes que consultan por patologías de piso pélvico, específicamente en quienes consultan por prolapso genital (POP) sintomático. Dentro de la evaluación habitual de nuestras pacientes no está incluido un cuestionario de síntomas colorrectales (SC). Es muy probable que exista una subestimación de estos síntomas. Desde 2013 desarrollamos un estudio prospectivo que evalúa el impacto del uso de pesarios para el tratamiento de pacientes con POP sintomático (FONIS SA1212153 - NCT02113969). Este, incluye el uso del cuestionario PDFI 20. El objetivo de este estudio es reportar la prevalencia de SC e IF y analizar su impacto en (QoL) en pacientes con POP que buscan asistencia en un hospital público. Nuestra hipótesis es que encontraremos un 20% de pacientes con SC moderados o severos y que estas pacientes tendrán un peor índice de QoL.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio de tipo cross seccional de pacientes con POP sintomático. Las pacientes fueron reclutadas entre septiembre de 2013 y mayo de 2014 en la unidad de uroginecología del Hospital Sotero del Río y fueron evaluadas con la realización de POP-Q, Ultrasonografía pélvica, diario miccional, Test de stress para incontinencia de orina (IO), pad test además de encuestas de síntomas de piso pelviano (PFDI-20 con sus subescalas POPDI, UDI 6 y CRADI 8) y de impacto en calidad de vida (P-QoL). Se consideró CRADI 8 (+) en los casos en que la respuesta a los síntomas fue impacto “moderado” en al menos 3 y/o “severo” en al menos 2 de los 8 ítems de esta sub escala, correspondiendo a un valor mínimo de 25

puntos de un total de 100. Se excluyeron del análisis las pacientes con cuestionarios incompletos (> a 3 preguntas).

RESULTADOS

113 fueron incluidas en el análisis, 48 de ellas (42,5%) presentaron un resultado definido como positivo en el score de CRADI 8 para SC moderados o severos e IF (≥ 25 pts). El promedio de edad fue de $64,4 \pm 8,6$ años, la paridad promedio fue $3,4 \pm 1,8$ hijos, el recién nacido de mayor peso 3672 ± 539 g y el índice de masa corporal fue $29,4 \pm 4,5$. Al comparar las pacientes con CRADI test (+) vs (-), no observamos diferencias en las variables demográficas, estadio de POP-Q, estudios ecográficos, residuo post miccional, diario miccional, pad test y test de stress con 300cc. Se observó una diferencia significativa (DS) para un peor resultado con un valor $p < 0,001$ al comparar UDI 6 (51 vs 24), POPDI (48 vs 28) y PFDI-20 (141 vs 52), además de un mayor impacto en QoL en percepción general de salud, para las pacientes (+). Hallamos una DS con un valor $p < 0,05$ en los aspectos de limitación social, sueño-energía y severidad de la encuesta P-QoL (67,7 vs 51,2).

CONCLUSIONES

Los SC moderados o severos afectan a un 40% de las pacientes con POP sintomático de nuestra unidad. Estos hallazgos, además se asocian a una mayor presencia de síntomas urinarios y de POP, a la vez que se traducen en una peor calidad de vida. Debido al gran porcentaje de mujeres que presentan estos síntomas en nuestro estudio, creemos que debe realizarse una evaluación dirigida de todos los posibles síntomas de disfunción de piso pélvico independiente del motivo primario de consulta en las unidades de uroginecología. Esto permitiría ofrecer un plan de manejo integral que solucione de manera amplia todas las patologías de nuestras pacientes. Una de las debilidades de nuestro estudio está en carecer de un grupo control que no presente prolapso genital sintomático, por lo que se requieren mayores estudios considerando población general para comprobar estos hallazgos.

ANÁLISIS Y FRECUENCIA DE EPISIOTOMÍA EN PARTOS EUTÓCICOS E INSTRUMENTALES EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. EXPERIENCIA DE 8 AÑOS.

Barrientos J 1, Urzúa MJ 2, Yamamoto M 2, Insunza A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La episiotomía es una práctica obstétrica que tradicionalmente se ha utilizado de manera profiláctica como herramienta para disminuir los traumas del piso pélvico y mejorar los resultados neonatales entre otros argumentos, no existiendo hoy en día evidencia categórica que lo demuestre. Su frecuencia varía según el país estudiado, situándose en el 15% de los partos en algunos países europeos y en alrededor del 70% de los partos en nuestro país. Objetivo: conocer la frecuencia y variables asociadas a la episiotomía en los partos eutócicos e instrumentales en el Hospital Padre Hurtado en un periodo de 8 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajo datos desde la hoja de parto del Hospital Padre Hurtado en el periodo comprendido desde el año 2005 al año 2013 con el total de partos eutócicos e instrumentales atendidos en este centro. Los datos fueron tabulados en tabla Excel para luego realizar estadísticos de prueba.

RESULTADOS

En el periodo analizado se registraron un total de 53.576 partos de estos el 66 % fueron eutócicos, 26 % cesárea, 7.9 % fórceps y 0.1 % podálico. En 20.058 casos se realizó una episiotomía correspondiendo al 37% del total (45.7 % de los partos vaginales y 92 % de los fórceps). El 83% de las pacientes que se le realizó una episiotomía correspondían a primigestas. Del total de partos con episiotomía el 80.23% fueron partos de inicio espontáneos y 17% inducidos con misoprostol. En cuanto a los operadores el 68,57 % correspondieron a matronas, 13.87% a staff y un 13.59 % a becados de la especialidad. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3.345 grs siendo un 6.4 % recién nacidos mayor a 4.000 grs. En el 18.9% de los casos existieron desgarros concomitantes. Del total de partos por año, en el 2005 el 43.85 % correspondieron a pacientes que se les practicó una episiotomía en comparación al año 2013 que se practicó en el 29.78 % del total de partos.

CONCLUSIÓN

La frecuencia registrada en nuestro centro es menor a los datos registrados a nivel nacional existiendo una clara tendencia a la disminución de su aplicación, siendo aplicada solo con una indicación clara y no de manera profiláctica salvo en fórceps. El tipo de operador, el tipo de inicio de trabajo de parto y la presencia de desgarros son variables a considerar en esta práctica.

PREVALENCIA DE INCONTINENCIA DE ORINA EN EL EMBARAZO Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS.

116

Berrios C.1, Sepúlveda A.1, Villa K.1, Laiz D.1, Lira J.1, Rojas L.1

(1)Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina (IO) ha sido evidenciada en muchos estudios como un síntoma común en el embarazo y el parto. Algunos estudios han identificado factores de riesgo de IO gestacional y postparto como: vía de parto, IMC, edad materna, mientras que otros concluyen que no habría influencia de éstos. La IO usualmente se resuelve dentro de los primeros 3 meses postparto, de no ser así, 76,4% podrían persistir a los 12 años de seguimiento. Durante el embarazo se producen una serie de cambios anatómicos y fisiológicos que permiten el crecimiento uterino y favorecerán la salida del feto a través del canal del parto. Algunos de estos cambios podrían influir en el desarrollo de IO durante el embarazo o en el postparto. Los objetivos de nuestro estudio son estimar la prevalencia de IO en el embarazo, en pacientes del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, consultando a puérperas recientes del Hospital Luis Tisné Brousse y comparar la prevalencia de IO según edad gestacional de inicio, edad materna, IMC, paridad, tipo de partos previos y patologías asociadas.

MÉTODO

Para cumplir con los objetivos, se realizó un estudio descriptivo retrospectivo. Mediante la encuesta International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form (ICIQ-SF), validada para la población chilena, se evaluaron pacientes puérperas hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Luis Tisné Brousse, en el mes de Agosto de 2015. Se excluyeron las pacientes con antecedentes de IO pregestacional.

RESULTADOS

De las 109 pacientes a las que se les solicitó participar del estudio, 100 aceptaron responder la encuesta. De las encuestadas, se excluyeron 14 pacientes por presentar IO pregestacional (14%, de ellas 12 (86%) eran multíparas). De las pacientes sin IO pregestacional, 54 (62,8%) refirieron IO gestacional. El promedio de edad de las pacientes con IO fue de 27,6 años, sin diferencias con las del grupo sin IO (28 años). No hubo diferencias en cuanto a peso al final del embarazo, talla ni IMC, comparando los grupos con y sin IO. En cuanto a la paridad, de las pacientes con IO un 42,6% eran multíparas, versus un 62,5% para las pacientes sin IO. La mayoría de las pacientes refirieron haber iniciado la IO en el tercer trimestre del embarazo (40 pacientes, 74%), seguido por el segundo trimestre (12 pacientes, 22%) y del primer trimestre (2 pacientes, 4%). En cuanto a antecedentes de ITU, en las pacientes con IO fueron 4 (7,4%), mientras que en las pacientes sin IO, fueron 5 (15,6%). En cuanto a los datos propios del ICIQ-SF, la mayoría de las pacientes refirió una frecuencia de varias veces al día, una cantidad moderada de pérdida de orina y un promedio de afectación de calidad de vida (0 a 10) de 4,2. La mayoría de las pacientes con IO refirieron este síntoma al toser o estornudar, seguido por la urgeincontinencia.

CONCLUSIONES

La prevalencia de IO gestacional de novo en nuestro estudio fue de un 62,8%, algo mayor a los estudios publicados. En concordancia con algunos estudios, nuestros resultados muestran que no habría influencia de factores como la edad, el peso o la talla en el desarrollo de IO gestacional. La primiparidad podría ser un factor de riesgo de IO de novo. Como es de esperar, la mayor parte de las pacientes inician IO en el tercer trimestre. La importancia de identificar el grupo de más riesgo de persistir con IO a largo plazo nos motiva a continuar el seguimiento de estas pacientes, al menos a 3 meses pues, como se ha visto, éste sería el punto de inflexión para el mal pronóstico a futuro.

NEOSAXITOXINA COMO TRATAMIENTO DEL DOLOR PÉLVICO CRÓNICO ASOCIADOS A HIPERTONÍA DEL ELEVADOR DEL AÑO.

117

Guzmán R., V. Manríquez, Naser M., A. Aguilera, Ariel Castro, Lagos N.

Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

El dolor pélvico crónico es una patología que afecta del 15% a 24% de las mujeres en edad fértil, impactando en la calidad de vida de las que lo padecen. La paciente puede referir dispareunia, disquecia, dismenorrea o dolor pélvico en la vida cotidiana. La etiología de esta enfermedad es multifactorial y requiere un diagnóstico preciso. El espasmo o hipertonia del músculo elevador del ano (MEA) se ha propuesto como un factor etiológico, que puede ser difícil de tratar. Algunos estudios han demostrado que la inyección de toxina botulínica para estos pacientes puede ser un tratamiento exitoso. La Neosaxitoxina es un ficotoxinas cuyo mecanismo de acción se basa en la inhibición reversible de los canales de sodio dependientes de voltaje a nivel axonal, impidiendo la propagación del impulso nervioso. El objetivo del estudio es evaluar la eficacia clínica de la inyección neosaxitoxina como relajante muscular y bloqueador de dolor en el tratamiento del dolor pélvico crónico asociado a la hipertonicidad del MEA.

MÉTODOS

Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de dolor pélvico crónico (6 meses de dolor - dispareunia, disquecia, dismenorrea) no cíclico y un hipertono del elevador del ano objetivado con perineometría \Rightarrow 40 cm H₂O, recibieron 60 µg de neosaxitoxina en una solución isoosmótica de 0,9% de NaCl, pH 6,5. La ficotoxina se inyectó con la paciente en posición de litotomía con una aguja G21. La piel de la vulva y la mucosa vaginal se prepararon con una solución antiséptica y lidocaína 10% tópica. No se utilizó la sedación durante el procedimiento. El puborrectal y pubococcígeo fueron identificados por palpación digital y se inyectaron directamente

en ambos lados. Todas las pacientes completaron la encuesta de calidad de vida SF12 y evaluación del dolor con escala visual análoga (EVA). La exploración clínica y perineometría se llevó a cabo en todas las citas. Las paciente fueron vistas antes y 7, 30 y 90 días después del procedimiento. El estudio fue aprobado por el comité de ética del Hospital Clínico Universidad de Chile (No 7-08). Consentimiento informado se obtuvo de todas las pacientes.

RESULTADOS

9 pacientes fueron reclutadas. La edad media fue de 27,9 años (SD 9.1, rango 19-45). 6 pacientes eran nulíparas y 3 habían tenido un parto vaginal. Hubo una reducción significativa en el tono muscular del suelo pélvico en reposo evaluado por perineometría a los 90 días (de 42 [40-49] H₂O a 33 [30-40] H₂O, 21% de reducción p 0,002). Las puntuaciones de EVA para dolor mejoraron de manera significativa para la dispareunia (90 días; 8 vs 4; p 0,003), dolor de la pelvis no cíclico (90 días; 6 vs 2; p 0,004) y el dolor en palpación (90 días; 8 vs 4; p 0,0008). Sin embargo, no hubo una reducción significativa para disquecia (2 vs 3) y dismenorrea (5 vs 3). La puntuación de la SF-12 mostró mejoría de la calidad de vida sin alcanzar significancia estadística. Todas experimentaron parestesia perioral y astenia en el momento de la inyección. Sin embargo, los efectos secundarios fueron transitorios y duraron menos de 2 horas.

CONCLUSIONES

Inyección neosaxitoxina en el músculo elevador del ano en pacientes con dolor pélvico crónico asociado a la hipertonicidad del MEA ha demostrado ser una intervención eficaz y segura. Fue bien tolerado por los pacientes con efectos secundarios menores. Nuevos estudios deberán evaluar esta nueva alternativa para el tratamiento de esta condición, de preferencia en un ensayo controlado randomizado.

COLPOSACROPEXIA ABIERTA VS LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL.

118

Rondini C.1-2, Urzúa M.J.1, Braun H.2, Álvarez J.1-2, Kaplan F.1

1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile.

2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una patología frecuente que se presenta entre el 30-50 % de las mujeres. El compartimento apical juega un rol fundamental en la fisiopatología del prolapso, se asocia principalmente al prolapso anterior con un índice de correlación de 0.52-0.73. La identificación y tratamiento del prolapso apical es primordial para el éxito a corto y largo plazo de cualquier cirugía de prolapso. Hasta el momento el gold standard del tratamiento quirúrgico del prolapso sigue siendo la colposacropexia abierta. La colposacropexia laparoscópica ha sido considerada equivalente a la colposacropexia abierta por algunos estudios recientes.

El objetivo de este trabajo es comparar la colposacropexia abierta con la laparoscópica para el tratamiento del prolapso apical.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Los datos fueron obtenidos de las fichas de las pacientes sometidas a colposacropexia abierta y laparoscópica en el Hospital Padre Hurtado entre el 2003 y 2015.

RESULTADOS

Se revisaron 175 fichas de las cuales 119 fueron de colposacropexia abierta y 56 laparoscópicas. La edad, índice de masa corporal, paridad y tiempo de seguimiento fueron comparables entre los grupos. La falla apical fue similar en ambos grupos (0.8 % abdominal vs 1.8 % laparoscópico p. 0.590). EL tiempo operatorio fue significativamente menor en la colposacropexia abierta (tabla 1). La colposacropexia abierta presentó mayor falla del compartimento anterior (20/119 (16.8 %) vs 2/56 (3.6 %) p 0.022 y del posterior 11/119, 10.2 % vs 0/56, 0 % p 0.025) que la laparoscópica.

CONCLUSIÓN

Ambas vías son equivalentes para tratamiento del compartimento apical sin embargo la vía laparoscópica presenta mejores resultados anatómicos que la vía abdominal en el compartimento anterior y posterior pero a expensas de un mayor tiempo operatorio.

	CSP abierta	CSP laparoscópica	
Edad	57.25 ±9.19	55.02 ±10.78	0.158
IMC (peso/m ²)	27.94 ±7.19	28.65 ±3.85	0.504
Paridad	3.59 ±1.68	3.18 ±1.28	0.109
Seguimiento (meses)	9.63 ±8.06	8.82 ±6.52	0.513
Tiempo operatorio (minutos)	96.81 ±28.54	181.87 ±48.08	< 0.001

IMC: índice de masa corporal

PREVALENCIA DE SÍNTOMAS URINARIOS RELATIVOS A VEJIGA HIPERACTIVA EN MUJERES CONSULTANTES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD PERTENECIENTES AL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO SUR ORIENTE – SANTIAGO.

119

Jacobsen C1, Barros J1, Barrientos J1, Martínez P1, Morales P3, Kaplan F2, Urzua MJ2, Álvarez J2, Rondini C2, Troncoso F2, Insunza A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva se define como la presencia de urgencia miccional, con o sin urgeincontinencia y que generalmente se asocia a un aumento de la frecuencia miccional y nicturia en ausencia a infección del tracto urinario. Su prevalencia clásicamente a bordeado el 30% de la población. En Chile no existen datos sobre la prevalencia en poblaciones de mujeres determinadas. Recientemente (2014) Linda Cardozo et al. desarrolló y validó una encuesta de síntomas urinarios relativos a la vejiga hiperactiva de fácil aplicación.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de pacientes con síntomas urinarios relativos a vejiga hiperactiva candidatas a un estudio y eventual tratamiento, en una muestra de mujeres consultantes en atención primaria de salud por causas no relacionadas con la vejiga.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo de corte transversal. Se aplicó una encuesta validada de síntomas vesicales relativos a la vejiga hiperactiva (Cardozo. L 2014) a un total de 135 mujeres que consultaron en atención primaria de salud (2 centros de la zona sur oriente de Santiago) en

el periodo de julio y agosto del 2015. Se aisló el grupo de pacientes con puntaje mayor o igual a 3 puntos (candidatas a estudio y tratamiento) calculando su frecuencia de presentación y características. La muestra se dividió en 2 grupos, el A: 2 o menos puntos en la encuesta; el grupo B: 3 o más puntos de la encuesta.

RESULTADOS

Se encuestó a 135 mujeres, de ellas 31 (22.9%) obtuvieron 3 o más puntos en la encuesta, lo que las haría candidatas a ser estudiadas y eventualmente tratadas. El promedio de edad fue de 38 años y 4 meses, paridad fue 1.8. El 28.8% de las encuestada era primigestas y 24 % multíparas de 3 o más. El promedio de edad del grupo A fue de 37 años y dos meses y del grupo B 46 años y 1 mes, demostrando una diferencia significativa ($p=0.00169$, IC 95%) en tanto que no hubo diferencias significativas en la paridad entre los grupos (A 1.5 vs B 2.75; $p=0.99992$ IC 95%)

CONCLUSIÓN

La prevalencia de síntomas urinarios sugerentes de vejiga hiperactiva en la población estudiada es alta similar a la publicada. Esto nos obliga a buscar estos síntomas en todas nuestras pacientes ya que muchas veces no consultan por miedo o vergüenza. La edad y la paridad tal como en otros estudios es un determinante en la prevalencia de los síntomas de vejiga hiperactiva, aun cuando en el último caso la diferencia entre ambos grupos no fue estadísticamente significativa.

RESUTURA COMO MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE EPISIOTOMÍA. 120

ANÁLISIS DE 50 CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Barrientos J1, Jacobsen C1, Barros J1, Valdes N 3, Urzua MJ 2 , Kaplan F 2, Alvarez J2, Troncoso F2, Insunza A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

La resutura de la dehiscencia de episiotomía no es una práctica habitual en nuestro país, el cierre por segunda intención ha sido el manejo preferido. La evidencia disponible en la literatura actual es escasa para preferir alguna de estas dos técnicas, así lo demuestra una revisión Cochrane del año 2013 que con solo 52 casos entre todos los estudios incluidos intenta comparar ambas técnicas concluyendo que no existe evidencia para refutar o apoyar alguna de las dos alternativas.

OBJETIVO

Describir las características de población, tipo de defecto, manejo y resultados a mediano plazo de las pacientes sometidas a una resutura de dehiscencia de episiotomía.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajeron casos desde la hoja de epicrisis de ginecología del Hospital Padre hurtado en el periodo comprendido desde el año 2002 al 2013, aislando un total de 142 casos de pacientes hospitalizadas con diagnóstico de egreso de dehiscencia de episiotomía que hayan sido sometidas a una cirugía de resutura; se tuvo acceso a la ficha clínica de 50 casos de los cuales se extrajeron los datos. Se confecciono una planilla Excel, se analizó variables tales como edad, paridad, tipo de parto, operador, sutura utilizada, IMC, tratamiento y complicaciones. Luego las variables analizadas fueron sometidas a

estadísticos de prueba. Resultados: De los 50 casos analizados, el promedio de edad de las pacientes fue de 20 años y 8 meses, 43 fueron primigestas (86%), con un IMC promedio de 28,2. Estos datos se contrastaron con el grupo de pacientes que tuvieron episiotomía sin dehiscencia las cuales presentaron una edad promedio de 25 años, siendo primigestas un 83%. En cuanto a la proporción de partos del grupo estudiado (50 pacientes), 42 fueron partos eutócicos (84%) y 8 forceps (16%), en 32 casos (64%) el operador fueron matronas y en 18 casos médicos (36%). El tiempo promedio de horas de parto (desde fase activa) fue de 7 horas y 20 minutos, con 4 tactos promedio. La sutura más utilizaba fue Catgut crómico en el 88% de los casos. El promedio de peso de los recién nacidos fue de 3371 grs. El promedio de días posteriores al parto al momento de la consulta al servicio de urgencias por dehiscencia fue de 7 días. El defecto en la zona operatoria como promedio fue de 3.8 cms de largo y 1.1 cms de profundidad, el puntaje de valoración promedio de herida operatoria al ingreso fue de 14,7 puntos según escala de valoración de herida operatoria UC. Todas las pacientes se sometieron a 3 curaciones por día. Los días de antibióticos endovenosos promedio que recibieron las pacientes fue de 3,3 días y el promedio de días que tuvieron que transcurrir desde el ingreso a la resutura fue 2,4 días. Todas las pacientes fueron dadas de alta al día siguiente a su resutura. Se reportaron 5 casos de complicaciones en el control a los 7 o 30 días: 3 dehiscencias superficiales que se manejaron con cierre por segunda intención, 2 dehiscencias que se manejaron con re-resutura y 1 granuloma de manejo médico. 48 de las 50 pacientes (96%) fueron dadas de alta de nuestro centro a consultorio a más tardar a los 30 días (otras dos a los 60 días) sin defectos en herida quirúrgica, relatando sentirse bien y conforme según evolución de ficha.

CONCLUSIÓN

La resutura como técnica en manejo de la dehiscencia de episiotomía es una técnica segura, eficaz y con una tasa de complicaciones muy baja.

EXPERIENCIA EN COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

121

2Urzúa M,1-3Arellano M,1Pohlhammer DS,1-2Pattillo A,1Blümel B,1-2-4Pizarro-Berdichevsky J.

1Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, 2División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, 3Clínica Santa María, 4Cleveland Clinic.

INTRODUCCIÓN

La colposacropexia (CSP) es el tratamiento quirúrgico de elección para el manejo del prolapso del compartimiento apical, por sus buenos resultados anatómicos y funcionales a largo plazo y su baja tasa de recidiva, especialmente en mujeres jóvenes y sexualmente activas. La vía laparoscópica (CSPL) ha permitido agregar los beneficios de una técnica mínimamente invasiva con similares complicaciones comparada con la vía clásica de abordaje abdominal.

OBJETIVOS

Describir resultados anatómico-funcionales de la CSPL en la Unidad de Uroginecología de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de las pacientes sometidas a CSPL en la Unidad de Uroginecología del Hospital Sótero del Río. Se incluyeron las pacientes con estadio > II de POP-Q que solicitaron resolución quirúrgica, con al menos un control post-operatorio con examen clínico y POP-Q de seguimiento. Se evaluó la mejoría subjetiva utilizando cuestionario PGI-I y el estadio anatómico con la clasificación POP-Q, considerando mejoría objetiva la ausencia de prolapso más allá del nivel del himen.

RESULTADOS

Entre septiembre de 2011 y agosto de 2015, se realizaron un total de 153 CSP - 105 (68,6%) fueron abiertas y 48 (31,4%) CSPL. Dentro de estas últimas, se analizaron 37 pacientes, las cuales contaban con al menos un control postoperatorio. Variables demográficas: edad $57,5 \pm 7,5$ años (40-72), paridad $2,7 \pm 1,1$ hijos, 37,8% de ellas tuvo fórceps, RN de mayor peso promedio 3728 ± 496 g, IMC

$27,9 \pm 3$, 43,2% eran sexualmente activas, un 78,4% presentaban estatus post-menopáusico y un 16,2% tenían antecedente de cirugía pélvica previa (2 histerectomías abdominales, 2 histerectomías vaginales y 2 plastías vaginales). El 86,5% de las pacientes reportaron en la anamnesis la sensación de "bulto vaginal". En el POP-Q preoperatorio encontramos: 21,6% estadio II, 62,2% estadio III y 16,2% estadio IV. Todas las pacientes tenían defecto apical. Variables intra-quirúrgicas: tiempo operatorio promedio 241 ± 71 minutos, en 24 (64,8%) de las pacientes se realizaron cirugías concomitantes (13 TVT, 8 TOT y 3 plastías posteriores). No se reportaron complicaciones relacionadas con el tiempo laparoscópico. Tiempo de hospitalización $2 \pm 0,7$ días (1-4). Seguimiento promedio $13,7 \pm 10,3$ meses. 81,1% tuvieron éxito objetivo. En el POP-Q post operatorio, 6 pacientes (16,2%) estaban en estadio 0; 3 pacientes (8,1%) en estadio I; 26 pacientes (70,3%) en estadio II y 2 pacientes (5,4%) en Estadio III. Analizamos con test de Wilcoxon la comparación entre el POP-Q pre y post quirúrgico, encontrando diferencias significativas ($P < 0,05$) para todos los compartimientos analizados (anterior, apical y posterior) y para todos los puntos del POP-Q, excepto para largo vaginal total (TVL). En relación al PGI-I, el 94,6% de las pacientes refieren estar excelente, mucho mejor o mejor que previo a la cirugía. Hasta la fecha, se ha reportado 1 complicación relacionada con el uso de malla que requirió una nueva intervención quirúrgica (espondilodiscitis), 1 erosión de sling (TVT) y 1 incontinencia de orina de esfuerzo de novo. Ninguna paciente ha requerido reoperación por prolapso de órganos pélvicos.

CONCLUSIONES

Los resultados anatómico-funcionales de la CSPL en nuestro centro son similares a los reportados en la literatura (> 90% satisfacción, sin reoperaciones por prolapso y excelentes resultados anatómicos). Las complicaciones son infrecuentes y no asociadas a la vía laparoscópica per se. Sin embargo, nuestros resultados deben ser tomados con cautela ya que el tamaño de la muestra es pequeño y el seguimiento no ha sido óptimo. Pese a lo anterior son resultados alentadores para el servicio público de salud.

SUSPENSIÓN AL LIGAMENTO SACRO ESPINOSOS EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL.

122

Álvarez J. 1-2, Rondini C.1-2 , Kaplan F. 2, Urzúa M.2, Barros J.1

Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El prolapso genital es una patología frecuente que se presenta en 30-50 % de las mujeres, de ellas el 11 % requerirá de una resolución quirúrgica. Existen distintos tratamientos para resolverlo pero la colposacropexia sigue siendo el gold standard. El abordaje por vía vaginal sigue siendo el preferido por los uroginecólogos dado que obtiene resultados subjetivos similares a la colposacropexia pero con menor costo y morbilidad. Una de las alternativas de tratamiento por vía vaginal más conocidas, en especial en el mundo anglosajón, es la suspensión del compartimento apical a los ligamentos sacro espinoso, uni o bilateral. En la actualidad los nuevos dispositivos de sutura y anclaje a los ligamentos sacro espinoso –Capio® y arpones- han hecho resurgir el interés por esta técnica. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia del Hospital Padre Hurtado en el tratamiento del prolapso apical mediante la suspensión apical a los ligamentos sacro espinosos y comparar la técnica clásica con la que utiliza nuevos dispositivos que facilitan la suspensión y sutura a estos ligamentos. Se consideró como falla anatómica un estadio \geq II del POP-Q.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Los datos fueron obtenidos de las fichas de las pacientes sometidas al anclaje apical a los ligamentos sacro-espinosos entre el 2004 y 2015.

RESULTADOS

Se revisaron 33 fichas de pacientes sometidas a la suspensión de compartimento apical a los ligamentos sacro espinosos con un seguimiento promedio de 12 meses. En 11 de las pacientes se utilizó la técnica clásica y en 22 se utilizaron dispositivos especiales de suspensión y sutura. No hubo diferencias en la edad, paridad e índice de masa corporal entre los grupos (Tabla 1). Tampoco hubo diferencias entre los grupos en el tiempo operatorio y días de hospitalización aunque se evidenció una tendencia a disminuir el tiempo operatorio a favor del grupo que usó dispositivos especiales de sutura. En cuanto a las fallas anatómicas no hubo diferencias significativas entre los grupos en los tres compartimentos pero en el compartimento apical se observó una tendencia a favor del grupo en el que se usaron dispositivos especiales de sutura (1/12, 95.5 % vs 3/11 72.7 %; p. 0.299) (Tabla 2).

CONCLUSIÓN

El uso de los nuevos dispositivos en la suspensión del compartimento apical a los ligamentos sacro espinosos es una opción válida y podría disminuir las recidivas de prolapso. Se requieren estudios prospectivos randomizados para confirmar estos hallazgos.

Tabla 1	Técnica Clásica	Dispositivos de anclaje	
Edad	62.9 ± 8.91	66.31 ± 9.17	0.311
Paridad	4.72 ± 2.24	3.8 ± 2.28	0.226
IMC	28.5 ± 4.62	30.5 ± 5.03	0.466
Tiempo operatorio	74.0 ± 27.09	65.23 ± 20.0	0.414
Hospitalización	1.72 ± 0.64	2.09 ± 1.23	0.584
Tabla 2	Técnica Clásica	Dispositivos de anclaje	
Apical	3/11 (72.7 %)	1/22 (95.5 %)	0.299
Anterior	4/1 (63.6 %)	7/20 (65 %)	0.627
Posterior	1/11 (90.9 %)	1/12 (95.5 %)	0.674

CONSTIPACION E INCONTINENCIA FECAL: POR QUE DEBEMOS SIEMPRE PREGUNTAR POR SINTOMAS DEFECATORIOS A NUESTRAS PACIENTES DE PROLAPSO GENITAL. 123

Castro, H., Marrero, C., Rivers, I., Castillo, J., Diaz, S., Bascur, F., Bascur, C. Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepción, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB)

INTRODUCCIÓN

Los síntomas defecatorios son comúnmente referidos por las pacientes que consultan por Prolapso Genital, especialmente las que tienen defectos de pared posterior. Estos incluyen constipación de tránsito, outlet, la necesidad de reducir el prolapso manualmente para poder evacuar o digitación, sensación de vaciamiento incompleto, incontinencia de gases o fecal, entre otros. La evidencia más actualizada, muestra que, este tipo de síntomas esta muy relacionados con los prolapso que son de pared posterior, sin influencia en el grado de severidad de este. La prevalencia de la constipación va desde un 12 a 19% en población general, sin embargo sube a un 30% en pacientes con prolapso genital. La incontinencia fecal en tanto se ha descrito en un 8% de población general no institucionalizada. El objetivo de este trabajo es determinar la frecuencia de presentación de síntomas defecatorios en las pacientes portadoras de prolapso y buscar su relación con los segmentos vaginales afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional de corte transversal retrospectivo. Fuente de información: Base de datos de ingresos del policlínico de Piso Pelviano del HGGB. Población y muestra: Pacientes ingresadas al policlinico de uroginecología del HGGB desde enero del 2013 a julio del 2015 con diagnostico de Prolapso Genital que ascienden en total a 536 mujeres. Se incluyeron todas aquellas pacientes que respondieron positivo a cualquier síntoma defecatorio y se excluyó aquellas que no contaban con los datos completos. Se definió constipación según los criterios de Roma III e Incontinencia Fecal según la escala Wexner. Para el análisis bivariado, las pacientes fueron agrupadas por segmento vaginal mayormente afectado al POPQ, estableciendo un grupo de pared

anterior, uno de pared posterior y un apical. Análisis de datos: Descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas. Análisis bivariado con prueba chi cuadrado. Valor $p < 0,05$ se estableció para significancia estadística.

RESULTADOS

La edad media fue de 59,6 años (DE 12,8) y la paridad de 3 (DE 2). Del total de pacientes con diagnóstico de prolapso genital, 23,5% correspondían a Estadio I, 40,4% a Estadio II, 29,1% Estadio III y 6,9% a Estadio IV. Incontinencia fecal fue diagnosticada en 163 pacientes (30,4%) y Constipación en 161 mujeres (30%). El síntoma de constipación mas referido fue la presencia de deposiciones duras en un 42%, en tanto digitación se presentó en un 11,3%. El síntoma asociado a incontinencia fecal mas mencionado fue incontinencia de gases, en un 37,6%. En el análisis por segmento afectado, la pared vaginal anterior presentó una asociación significativa sólo con la sensación de vaciado rectal incompleto ($p < 0,05$). En tanto, el segmento apical se vio relacionado significativamente con la presencia de esfuerzo defecatorio ($p < 0,005$) y constipación ($p < 0,05$). La pared vaginal posterior se asoció significativamente con incontinencia de gases ($p < 0,05$), soiling ($p < 0,05$) y urgencia defecatoria ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN

Este estudio demuestra la alta prevalencia de sintomatología defecatoria entre las pacientes portadoras de prolapso genital. En el caso de la incontinencia fecal, inferimos que la alta frecuencia del diagnóstico se debe a la definición utilizada en que se incluye la incontinencia de gases, sin embargo creemos que es un síntoma muy común cuando se pregunta dirigidamente. La asociación significativa encontrada con segmentos vaginales diferentes de la pared posterior confirma la teoría de la alteración global funcional del piso pelviano, y a la vez demuestra que la interrogación de sintomas defecatorios debe ser parte obligatoria en toda consulta por prolapso genital.

USO DE ESTUDIO URODINÁMICO SIMPLE PARA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: EXPERIENCIA DE 1 AÑO.

124

Boldrini P.1,2, Vallejos G.1,2, Peragallo J.1,2, Castillo N.1,2, Galarce MV.2, Hayes T2.

(1) Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Unidad de Ginecología y Obstetricia

(2) Facultad de Medicina, Universidad Finis Terrae

INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) es una condición muy frecuente y una de las principales indicaciones de cirugía en nuestro servicio. Si bien es cierto que la historia clínica es capaz de identificar a la gran mayoría de las pacientes que tienen IOE, alrededor de un 40% de pacientes que tienen otro tipo de incontinencia son inapropiadamente tratadas por IOE. Por lo anterior, es que cada vez más, los organismos técnicos internacionales recomiendan estudios para objetivar la condición. El estándar para evaluar toda incontinencia urinaria es la urodinamia multicanal, la cual es de alto costo y limitado acceso. La evidencia muestra que en pacientes con IOE no complicada, tanto el estudio urodinámico multicanal como el estudio urodinámico básico reconocen adecuadamente los distintos tipos de incontinencia urinaria y no afectan el resultado del tratamiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo que incluye pacientes con indicación de cirugía para IOE realizada por evaluación tradicional (historia más examen físico). Se excluyeron las pacientes en cuya reevaluación se pesquizó alguna indicación de estudio urodinámico. Todas las pacientes fueron reevaluadas con uroanálisis, residuo postmiccional (RPM), cistometría simple y test de estrés con 300 cc, 200 cc y con vejiga vacía (RPM). En pacientes con prolapso genital, se realizó el test de estrés con y sin reducción del prolapso.

RESULTADOS

Se evaluaron 264 pacientes. Del total, 172 pacientes (65,2%) tenían prolapso de manera concomitante (estadios II a IV). En total se identificó 185 pacientes (70,1%) que padecían IOE y efectivamente tenían indicación quirúrgica. De estas, 171 pacientes fueron catalogadas de IOE puras y las otras 14 fueron incluidas con diagnóstico de incontinencia urinaria mixta que no mejoró completamente con tratamiento médico. Los hallazgos en las 79 pacientes restantes que significaron su exclusión fueron: 6 pacientes con RPM >100 cc (2,3%), 12 pacientes con Inestabilidad del detrusor (4,5%), 31 pacientes con Incontinencia urinaria mixta que se mejoró con tratamiento médico (11,7%) y 30 pacientes sin evidencias de enfermedad (11,4%).

CONCLUSIÓN

La cistometría simple más el test de estrés y la medición del RPM son una evaluación simple, fácil de implementar y cuya confiabilidad en el diagnóstico de los distintos tipos de incontinencia urinaria está demostrado. La utilización sistemática en hospitales públicos podría ayudar a seleccionar a aquellas pacientes que efectivamente se beneficiarán de un procedimiento quirúrgico y, también, a reducir las listas de espera.

Gutiérrez E., Castro H., Díaz, S.

Departamento de Ginecología y Obstetricia - Facultad de Medicina - Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

El aumento de la población adulto mayor ha tenido un impacto en la salud, con un número creciente de mujeres que requieren cirugía de prolapso genital. Sin embargo, este tipo de cirugía puede asociarse con una significativa morbilidad en este grupo de edad, con la posibilidad de recidiva y requerir nuevas intervenciones. La cirugía obliterativa, como la colpocleisis, se asocia con una menor morbilidad en comparación con la cirugía reconstructiva. Es una alternativa quirúrgica para mujeres de edad avanzada sin actividad sexual. Tiene la ventaja de menor tiempo operatorio y morbilidad, así como una recuperación más rápida. La evidencia describe altas tasas de éxito anatómico (90-100%) y subjetivo (95-100%). Pocos estudios han evaluado la tasa de arrepentimiento en estas pacientes, la cual va del 0 al 10%. El objetivo de este estudio es determinar la tasa de arrepentimiento en las pacientes sometidas a colpocleisis, además de caracterizar la población y comunicar los resultados quirúrgicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio transversal retrospectivo. Se identificaron mujeres sometidas a colpocleisis en el HGGB entre Ene 2013 y Mar 2015. La información se extrajo desde la ficha clínica y base de datos. Cada paciente fue aconsejada sobre las opciones de tratamiento y la decisión de tipo de cirugía fue en conjunto. Para determinar el arrepentimiento de la cirugía, se utilizó una pregunta directa y el cuestionario 'Decision Regret Scale-Pelvic Floor Disorders' (DRS-PFD), además se agregaron dos preguntas sobre satisfacción y recomendación de la cirugía. Éxito se consideró la ausencia de recidiva anatómica y sintomática. Análisis de datos descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas.

RESULTADOS

Quince pacientes fueron incluidas en el estudio, de las cuales una fue inubicable para ser encuestada. La edad promedio fue 79 ($\pm 4,4$) años (rango 72 – 86), paridad mediana 3 (rango 0-12), IMC promedio 26 (± 4) (rango 22-36). De las pacientes, 4 tenían POP Q estadio III (27%) y 11 estadio IV (73%). Asimismo, 5 pacientes presentaban IOM (33%), 5 IOE (33%, 2 con IOE oculta), 1 IOU (7%) y 4 sin IO (27%). La mediana de seguimiento fueron 2 meses (rango de 2 semanas a 1 año). Catorce fueron sometidas a técnica Le Fort (93%) y 1 a Labhart (7%), a 4 pacientes se les realizó histerectomía vaginal (27%); a todas se les agregó reparación de cuerpo perineal; a 9 (60%) se les realizó TOT y a 1 (7%) TVT. La duración total promedio fue 86 (± 22) minutos. En ningún caso se presentó complicación intraoperatoria. En el postoperatorio, 4 pacientes presentaron RPM alto (27%), el cual se resolvió en todos los casos espontáneamente. Durante el seguimiento, se logró 100% de éxito; con 100% de cura objetiva, definida como ausencia de prolapso a nivel del himen y 100% de cura subjetiva definido como la respuesta "muy de acuerdo" o "de acuerdo" al ser consultadas sobre la satisfacción de la cirugía. El TVL promedio fue 3 ($\pm 1,3$) cm (rango 1-6cm). No se ha presentado ninguna recidiva hasta la fecha. Hubo 1 caso de IOU de novo (6.6%), 2 casos de Urgencia de novo (13%), 2 casos de persistencia de síntomas de VHA (13%) y ninguno de IOE de novo. Ninguna paciente se arrepiente de la cirugía (0%), lo que se refleja en el DRS-PFD promedio de 1.08 ($\pm 0,1$); y todas ellas recomendarían la cirugía a otra persona (100%).

CONCLUSIÓN

La colpocleisis es una alternativa sencilla, segura y efectiva para reparar el prolapso genital en pacientes de edad avanzada sin actividad sexual, con excelentes resultados. La tasa de arrepentimiento que muestra este estudio se condice con el éxito alcanzado por la cirugía, lo cual es el principal deseo de la paciente. Este estudio aporta entonces, evidencia para apoyar la decisión de realizar colpocleisis en pacientes informadas y seleccionadas. Una debilidad de este estudio es el tiempo de seguimiento.

TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA EN UN PROGRAMA DE TOT AMBULATORIO, RESULTADOS DEL SEGUIMIENTO A LOS 6 MESES.

Medel S.1, Marques X.2, Millán R.1, Canto M.3, Fuentes A.4.

1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

2Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

3 Interna Medicina, Universidad de Chile, Campus Centro.

4 Instituto de investigaciones materno infantil (IDIMI), Universidad de Chile.

INTRODUCCION

La corrección de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) es un procedimiento quirúrgico frecuente donde un porcentaje importante de pacientes son candidatas a ser incluidas en un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) con el objetivo de agilizar la lista de espera y disminuir las repercusiones psicosociales, laborales y económicas de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo en el que se evaluaron los resultados objetivos y subjetivos en el tratamiento de la IOE con cinta mediouretral transobturadora a libre tensión (TOT) dentro de un programa piloto de CMA llevado a cabo en el período noviembre –diciembre de 2014 en el servicio de ginecología, unidad de piso pélvico, del Hospital Clínico San Borja Arriarán. 50 mujeres con incontinencia urinaria mixta mayor esfuerzo e IOE fueron evaluadas clínica y urodinámicamente con cistometría simple, al ingresar al programa y a los 6 meses postoperatorios. Se realizaron 50 cirugías. Se utilizó malla de polipropileno monofilamento macroporo de 30 x 12 mm. Completaron el seguimiento a los 6 meses 47 pacientes.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes fue 51 años, IMC promedio de 27,8, 2 partos vaginales promedio, 4 pacientes habían sido hysterectomizadas y 2 presentaban prolapso genital concomitante, asintomático no mayor a estadio 2. 85% de las pacientes presentaban síntomas de incontinencia urinaria mixta con predominio de esfuerzo y un 15% IOE. El 100 % de las pacientes presentaba prueba de tos positiva con capacidad cistométrica máxima (CCM) durante la cistometría simple. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por un cirujano experimentado en la técnica. La duración promedio de la cirugía fue 32,4 minutos. El 100% de las pacientes obtuvo el alta el mismo día de la cirugía. 1 paciente presentó una retención urinaria por lo que se dio de alta con sonda Foley la que fue retirada luego de 48 hrs. A los 6 meses del seguimiento se observó una curación sintomática para la IOE de 75%, un test de esfuerzo negativo de 76,6% y la ausencia de test de tos positivo con CCM durante la cistometría en un 57,5%, en una escala subjetiva el 95,7% de las pacientes dijo sentirse mejor que antes de la cirugía. Se produjo exteriorización de la malla en un 4,2 % de las pacientes (2), complicación que fue resuelta de manera ambulatoria, con anestesia local. Un 8,5% de las pacientes refirió presentar dolor inguinal leve en el control de los 6 meses. No se presentó urgintinencia de novo.

CONCLUSIONES

La realización de cirugía TOT ambulatoria es factible, efectiva, con una baja tasa de complicaciones y alta tasa de satisfacción usuaria, similar al régimen de hospitalización habitual.

IMPACTO DE UN PROGRAMA DE TOT AMBULATORIO EN LA CALIDAD DE VIDA DE MUJERES CON INCONTINENCIA URINARIA.

127

Marques X.³, Medel S.¹, Canto M.⁴, Millán R.¹, Fuentes A.²

¹Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán. Universidad de Chile.

²Instituto de investigaciones materno infantil (IDIMI), Universidad de Chile.

³Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

⁴Interna Medicina, Universidad de Chile, Campus Centro.

INTRODUCCIÓN

Incontinencia urinaria (IU) es una patología de alta prevalencia que afecta a un gran número de mujeres en el mundo y produce un deterioro significativo en la calidad de vida en múltiples aspectos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio observacional prospectivo que evaluó la calidad de vida en una muestra de 47 pacientes, antes y 6 meses después de ser sometidas a cirugía ambulatoria de cinta mediouretral transobturadora a libre tensión (TOT) en el servicio de ginecología, unidad de piso pélvico del Hospital Clínico San Borja Arriarán durante el período noviembre-diciembre de 2014. Para evaluar la calidad de vida se aplicó el Cuestionario de Salud King (KHQ), un instrumento de evaluación específico de la calidad de vida, recomendado por la sociedad internacional de incontinencia. Consta de 21 ítems distribuidos en 9 dimensiones: percepción del estado de salud general; impacto de la IU; limitación de roles; limitaciones sociales; limitaciones físicas; relaciones personales; emociones; sueño/energía, y actividades condicionadas. Una dimensión adicional evalúa la gravedad de los síntomas urinarios. El porcentaje de afectación en cada dimensión va de 0% (mejor calidad de vida) a 100% (peor calidad de vida). El puntaje total fluctúa entre un mínimo de 28 puntos y un máximo de 115 puntos. A mayor puntaje total obtenido mayor influencia de la IU en la calidad de vida.

RESULTADOS

El promedio de edad de las pacientes fue 51 años, IMC promedio de 27,8, 2 partos vaginales promedio, 4 pacientes habían sido hysterectomizadas y 2 presentaban prolapso genital concomitante, asintomático no mayor a estadio 2. 85% de las pacientes presentaban síntomas de incontinencia urinaria mixta con predominio de esfuerzo y un 15% IOE. Los porcentajes de afectación medios para cada dimensión preoperatorias y postoperatorias respectivamente fueron: percepción del estado de salud general 46 y 29%, impacto de la IU 82 y 14%, limitación de roles 75 y 7%, limitación física 66 y 6%, limitación social 44 y 4%, relaciones personales 35 y 1%, emociones 50 y 5%, sueño y energía 47 y 9%, actividades 71 y 14%. La puntuación total media obtenida preoperatoria fue de 58 pts y 26 pts a los 6 meses postoperatorios. El análisis estadístico fue realizado con el software SPSS. La disminución de la afectación de la calidad de vida en cada una de las dimensiones y en el puntaje total fue estadísticamente significativo. T test $p < 0.05$

CONCLUSIONES

Este grupo de pacientes con IU tienen afectada su calidad de vida sobre todo en dos aspectos, uno limitando sus roles, y el otro es el impacto que ejerce dicha IU en su vida. El programa de TOT ambulatorio incidió significativamente disminuyendo la afectación de la calidad de vida de estas pacientes en cada una de las dimensiones evaluadas en el KHQ.

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE COHORTES DE HISTERECTOMÍAS REALIZADAS EN SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA, CLÍNICA DÁVILA.

Tapia. J.1, Barros. A.2, Millán. M.2, Pizarro. M. J.2, Osorio. E.3.

La histerectomía es la cirugía ginecológica mundialmente más frecuente. La indicación más frecuente es por causas benignas hasta un 90% y menos de un 10% se realiza en contexto de una patología maligna. Existen diferentes vías de abordaje quirúrgico: abdominal por laparotomía, abdominal laparoscópica y vaginal.

OBJETIVOS

El objetivo principal es analizar las indicaciones quirúrgicas para histerectomías y comparar el tiempo operatorio, estadía hospitalaria y complicaciones de las distintas vías de abordaje quirúrgico.

MÉTODO

Análisis descriptivo de cohorte de histerectomías en el servicio de Ginecología y Obstetricia de Clínica Dávila entre enero de 2011 y mayo de 2015, las variables estudiadas son edad, diagnóstico preoperatorio, vía de abordaje, conversión quirúrgica, tiempo operatorio, días de hospitalización y complicaciones postoperatorias.

RESULTADOS

Se analizaron 722 histerectomías, la edad promedio de las pacientes fue de 48,54 años. Los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron miomas, adenomiosis y endometriosis. 383 histerectomías fueron realizadas por vía abdominal, 170 por vía laparoscópica, 169 por vía vaginal. Hubo solo 5 casos de conversión quirúrgica. El tiempo promedio operatorio fue de 154,26 minutos para las tres técnicas; 148,375 minutos vía abdominal, 201,151 minutos vía laparoscópica y 117,217 minutos vía

vaginal. El promedio de días de hospitalización según técnica son: 3,99 días por vía abdominal, 2,80 días por vía laparoscópica y 3,42 días por vía vaginal. 56 pacientes presentaron complicaciones postoperatorias, 36 casos en abordaje abdominal, 11 laparoscópico y 9 vía vaginal. Las principales complicaciones fueron infección y hematoma de la cúpula vaginal, infección de herida operatoria y deshisencia de suturas tanto en cúpula vaginal como pared abdominal.

CONCLUSIÓN

La edad promedio fue 48,54 años, lo cual coincide con el periodo perimenopausico de la mujer. Los principales diagnósticos preoperatorios encontrados se correlacionan con lo visto en la literatura, llamando la atención el gran número de casos de endometriosis, pudiendo deberse a que contamos con cirujanos especializados en esta patología y su tratamiento. La laparotomía se mantiene como principal vía de abordaje quirúrgico, siendo aproximadamente un 50%, mientras que la vía laparoscópica y vaginal se encuentran en similar número de frecuencia. Por otro lado, la vía abdominal presenta mayor tasa de complicaciones postquirúrgicas y estadía hospitalaria, en comparación con la vía laparoscópica la cual reduce aproximadamente un 50% estos parámetros. Finalmente, la técnica laparoscópica fue aquella que más tiempo tardó, demorando hasta 54 minutos más que la vía abdominal y 84 minutos que la vía vaginal.

1Médico Gineco-obstetra, Clínica Dávila, Santiago – Chile.

2Interna de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Los Andes, Santiago – Chile.

3Médico Gineco-obstetra, Jefe de servicio de Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila, Santiago – Chile.

¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LA VIA TRANSOBTURADORA Y RETROPUBICA EN LA RESOLUCION DE LA INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO?

129

Valdés F1, Manríquez V2, Naser M2, Valdevenito J2, Castro D2, Wenzel C, Guzmán R2.

1Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios.

2Unidad de Piso Pélvico Femenino, Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es una patología prevalente en la población femenina que afecta la calidad de vida. Se han descrito múltiples procedimientos quirúrgicos para su resolución. Actualmente el estándar de oro lo tienen las cintas o slings del tercio medio uretral. Sigue siendo controversial si la vía retropúbica (TVT o RP) debiera ser la alternativa primaria para todas las pacientes por sobre la vía transobturadora (TVT-O o TOT). Pareciera ser que en aquellas pacientes portadoras de una deficiencia intrínseca del esfínter (DIE) el TVT confiere mejores resultados en comparación al TOT. Para establecer este diagnóstico es necesario un estudio urodinámico multicanal, el cual no se encuentra disponible ampliamente en todos los centros. Además, el TVT obliga a una cistoscopia intraoperatoria por el riesgo de perforación vesical. El objetivo del presente estudio es comparar resultados y complicaciones de los 2 procedimientos antes mencionados para el tratamiento de la IOE.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de IOE operadas entre Julio 2004 y Julio 2014 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se evaluaron los datos demográficos, antecedentes quirúrgicos, antecedentes obstétricos, síntomas y examen físico tanto preoperatorio como post operatorio y seguimiento post quirúrgico. El análisis estadístico se realizó utilizando la prueba de T-student o Test de Wilcoxon según las características de cada variable.

RESULTADOS

De un total de 715 pacientes operadas en este periodo, se analizaron los datos de 383 pacientes que presentaban información completa y más de tres meses de seguimiento post operatorio. 59,7% (n= 229) fueron sometidas a un sling transobturador y 40,3% (n=154) a un sling retropúbico. Las características demográficas de la muestra no mostraron diferencias significativas entre grupos. La edad promedio al momento de la cirugía fue de 56 años (25-84), el seguimiento promedio fue de 26,1 meses (3,1 -108). Un 4,8% (n=11) de las pacientes en que se realizó sling transobturador tenían antecedente de cirugía previa de incontinencia versus un 14,29% (n=22) de las pacientes en que se realizó sling retropúbico (P 0,006). Los datos post operatorios fueron ajustados según el dato anterior. En el seguimiento post operatorio se presentaron diferencias significativas en la disfunción del vaciamiento vesical [OR 0,28, (95%IC 0,10-0,74), p = 0,011]; y en el dolor inguinal post operatorio [OR 0,19 (95%IC 0,06-0,56), p = 0,003]; siendo ambos más frecuentes en el grupo transobturador. No hubo diferencias significativas en el éxito subjetivo de la resolución de la IOE así como en otro tipo de complicaciones postoperatorias entre ambos procedimientos.

CONCLUSIONES

Si bien ambas técnicas presentan tasas similares de éxito subjetivo en la resolución de la IOE, en nuestra experiencia, la vía transobturadora presenta mayor riesgo de disfunción del vaciamiento vesical y dolor inguinal postoperatorio.

EVOLUCIÓN DEL TIEMPO OPERATORIO EN LA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. SÓTERO DEL RÍO.

Pattillo a^{1,2}, pohlhammer ds¹, urzúa m², arellano m¹, blumel b¹, pizarro-berdichevsky J^{1,2,3}. ¹Complejo Asistencial Dr. Sótero Del Río, ²División de Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile, ³Cleveland Clinic

INTRODUCCIÓN

El prolapso de órganos pélvicos es una condición frecuente, estimándose que un 12,6% de las mujeres serán operadas por ello. La colposacropexia para el tratamiento del prolapso apical ha demostrado una menor tasa de recidiva al compararse con técnicas vaginales, pero con mayor estadía y tiempo de recuperación. El realizar esta operación por vía endoscópica podría mejorar estos aspectos y es actualmente el estándar en países desarrollados. En nuestro país su implementación ha sido limitada, argumentando falta de entrenamiento, baja disponibilidad de equipos y/o tiempos operatorios prolongados. Los reportes de curvas de aprendizaje publicados mencionan curvas de aprendizaje que van entre 18 y 90 casos hasta la estabilización de tiempos quirúrgicos.

OBJETIVOS

Describir la evolución del tiempo operatorio de la colposacropexia laparoscópica (CSPL) durante su implementación inicial en un hospital público del área metropolitana.

MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de una cohorte de pacientes sometidas a una CSPL en el Hospital Dr. Sótero Del Río. Se revisaron fichas obteniendo datos descriptivos de la población, tiempo operatorio total para cada caso, procedimientos concomitantes y complicaciones intraoperatorias. Se calculó el intervalo de tiempo entre casos. Para el estudio de los tiempos operatorios se subdividió la cohorte en 5 subgrupos agrupados por orden temporal. Se calculó la media móvil (MM) de tiempo operatorio y de intervalo entre cirugías.

RESULTADOS

Se incluyeron 47 pacientes operadas entre septiembre

de 2011 y agosto de 2015. La edad promedio fue $57,5 \pm 7,5$ años, el IMC promedio fue $28,1 \pm 3,15$. El 87,2% fue sometida a una histerectomía subtotal concomitante, 61,7% tuvo un TVT/TOT y un 8,5% una plastia vaginal. Hubo una perforación vesical con aguja TVT (2,1%). En el postoperatorio hubo un caso (2,1%) de espondilodiscitis y un caso de IO de novo (2,1%). La mediana y rango intercuartil de tiempo operatorio fue de 212,5 minutos (180-240). La mediana y rango intercuartil para el intervalo entre cirugías fue 14,5 días (7-35,25). Se dividió la población en 4 grupos de 9 y un grupo de 11 pacientes según el orden en que fueron operadas. La mediana y rango intercuartil de tiempo operatorio de los grupos fue: I 240 (240-350); II 250 (210-270); III 220 (205-240); IV 200 (170-215); V 190 (190-215) minutos. Un análisis de Kruskal-Wallis mostró que los grupos eran diferentes entre sí ($p = 0,01$). Al comparar los grupos con prueba de Mann-Whitney, se observaron diferencias significativas entre el grupo I y el III ($p = 0,04$), IV ($p = 0,005$) y V ($p = 0,005$), y entre el grupo II y el IV ($p = 0,03$) y V ($p = 0,03$). A partir del grupo III ya no se observan diferencias significativas con los siguientes. Se observó una correlación inversa entre número de casos operados y MM de tiempo operatorio ($R_2 = 0,59$ $p < 0,01$) y una correlación directa entre MM de intervalo entre cirugías y MM de tiempo operatorio ($R_2 = 0,45$ $p < 0,01$). Al realizar un modelo de regresión lineal múltiple incluyendo ambos factores (número de casos e intervalo), se demostró una correlación adecuada ($R_2 = 0,66$ $p < 0,0001$).

CONCLUSIONES

La CSPL se puede implementar en un hospital público logrando tasas de complicaciones similar a lo reportado. Al separar nuestra cohorte en grupos observamos una disminución de los tiempos operatorios hasta el caso número 27, después de lo cual no hubo una mejoría significativa. Esto se asemeja a lo reportado en otras experiencias. Nuestros datos sugieren que además del número de casos operados, el intervalo entre cirugías tendría una asociación con el tiempo quirúrgico, sin embargo no se puede establecer una causalidad ya que sería esperable que en la medida que un equipo se sienta afiatado con una técnica la realice con mayor frecuencia.

CARACTERIZACIÓN DE MUJERES CON DISPAREUNIA DEL POLICLÍNICO DE UROGINECOLOGÍA DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN.

Castro, H., Scheel, S., Soto, M., Zapata, N.

Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepción, Unidad de Piso Pelviano Hospital Guillermo Grant Benavente

INTRODUCCION

La función sexual es un concepto multidimensional que incluye aspectos físicos, psicológicos, emocionales y de la pareja. La dispareunia se define como dolor persistente o recurrente al intentar o al completar la penetración vaginal. Existe una relación entre alteraciones de piso pélvico y la función sexual; donde a mayor sintomatología, las pacientes manifiestan menor deseo sexual, disminución en la excitación, menor frecuencia de orgasmos y mayor dispareunia. El objetivo de este estudio es caracterizar a las pacientes consultantes en el policlínico de uroginecología que presenten dispareunia, describir su función sexual y comparar con un grupo control.

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Observacional de corte transversal retrospectivo. Fuente de información: Base de datos de ingresos del policlínico de Piso Pelviano del Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC). Población y muestra: Pacientes ingresadas al policlínico de uroginecología del HCRC entre enero del 2013 a Agosto del 2015 (total 843 mujeres). Del total de pacientes con actividad sexual en los últimos tres meses, se establecieron dos grupos para análisis comparativo, uno de pacientes que refirieron el síntoma (153 mujeres) y un grupo control (153 mujeres). Se excluyeron a las pacientes que no completaban la mayoría de los datos requeridos y que no tenían actividad sexual. Análisis de datos descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas. Análisis bivariado con prueba chi cuadrado y test de Fisher. Valor $p < 0,05$ se estableció para significancia estadística.

RESULTADOS

Del total 153 presentaron dispareunia (18,1%). La edad media de las pacientes con dispareunia fue de 51,8 años (± 11), en el grupo control fue de 52,81 ($\pm 10,9$). La paridad fue de 2,93 ($\pm 1,75$) y en el grupo control fue de 2,94 ($\pm 1,54$). Los motivos de consulta se enmarcaron en: incontinencia de orina en un 72,5% con dispareunia y 90,2% en el control, y sensación de cuerpo extraño vaginal en un 36,6% con dispareunia y 35,6% grupo control. Un 32% de las pacientes con dispareunia refirieron haber tenido desgarro durante el parto versus un 23% del grupo control ($p: 0,079$). Un 60,1% de las mujeres con dispareunia se encontraba post menopáusicas versus un 47,1% ($p: 0,022$). Un 78,9% de las pacientes con dispareunia presentaban prolapso al examen físico versus un 92,3% ($p < 0,001$). En cuanto a los síntomas sexuales, el deseo sexual estuvo disminuido o ausente en un 77,1% en las pacientes con dispareunia versus 50,3% ($p < 0,0001$); la fase de excitación estuvo ausente o disminuida en un 69% de las pacientes con dispareunia versus un 36,4% ($p < 0,0001$); en cuanto a la capacidad orgásmica, 16,8% de las con dispareunia refirieron no alcanzar el orgasmo versus un 7,9% en el grupo control. ($p: 0,002$).

CONCLUSIÓN

La dispareunia es un síntoma altamente frecuente en pacientes con alteración del piso pélvico, sin ser este el motivo de consulta. El antecedente de desgarro perineal aparece más frecuente en pacientes con dispareunia, lo cual se ha visto asociado a la forma de penetración, no encontrando lo mismo en episiotomía. La menopausia constituye un factor de riesgo en la dispareunia, lo que probablemente se asocie a los cambios urogenitales. Hay una disfunción sexual global asociada al síntoma, sin embargo, el grupo control también presenta altos índices de disfunción, lo cual se relaciona con la patología de base. Pese a la dispareunia, un 83,2% de las pacientes tienen capacidad orgásmica. Este estudio aporta información de base en el estudio de la dispareunia en pacientes uroginecológicas y es el inicio de una línea de investigación.

EFFECTO DE LA NEUROMODULACIÓN PERCUTANEA DEL NERVIIO TIBIAL POSTERIOR EN EL TRATAMIENTO DE LA VEJIGA HIPERACTIVA.

132

Kaplan F.1, Rondini C.1-2 , Álvarez J.1-2, Urzúa M.J.1, González S.1, Alonso G.1,

1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile.
2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

La vejiga hiperactiva (VH) es un enfermedad de alta prevalencia en las mujeres sobrepasando el 40 % entre las mayores de 40 años. Produce un deterioro significativo en la calidad de vida de ellas. Dentro de las alternativas terapéutica los antimuscarínicos son los más utilizados y universalmente aceptados sin embargo son de alto costo y baja adherencias debido a sus reacciones adversas. La neuromodulación percutanea del nervio tibial posterior (NMTP) aparece como una alternativa interesante debido a su bajo costo, pocas reacciones adversas y buenos resultados. El objetivo de este trabajo es mostrar los resultados obtenidos en el Hospital Padre Hurtado con la NMTP percutánea en mujeres con diagnóstico de vejiga hiperactiva.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio prospectivo descriptivo para evaluar el efecto de la NMTP en el tratamiento de la VH comparando la sintomatología antes y después

de 3 meses de tratamiento. Par esto se utilizó el índice de severidad de incontinencia (ISI) , una escala visual análoga (EVA) y el “Overactive Bladder Questionnaire” validado para el español que se compone de dos secciones, una que evalúa síntomas (preguntas 1-8) y la otra que evalúa calidad de vida (preguntas 9-33). Se incluyeron mujeres mayores de edad con vejiga hiperactiva del tipo urge-incontinencia y se excluyeron aquellas que no pudieran completar el tratamiento de 3 meses o tuvieran una enfermedad neurológica. A todas las pacientes se les realizó 12 sesiones de 30 minutos de NMTP dirigidas por la matrona de la Unidad de Uroginecología previamente entrenada por una kinesióloga experta en este tratamiento.

RESULTADOS

Se reclutaron 67 paciente con un promedio de edad de 56.69 años (± 12.08), paridad 3-4 e índice de masa corporal 31.56 (± 4.65). Todas fueron tratadas por 3 meses logrando una disminución significativa de la sintomatología de VH en cada test utilizados (Tabla 1).

CONCLUSIÓN

La NMTP es efectiva para el tratamiento de la VH con urge-incontinencia constituyéndose como una alternativa de bajo costo y de fácil implementación en un hospital publico.

Tabla 1 Sintomatología de VH basal y a los 3 meses de tratamiento.

	Basal	Post tratamiento	IC 95%
ISI	8.98 \pm 3.21	4.9 \pm 3.35	P < 0.001
EVA	8.80 \pm 1.76	5.98 \pm 3.13	p < 0.001
OAB-Q (1-8)	67.41 \pm 23.98	42.25 \pm 27.57	p. 0.004
OAB-Q (9-33)	34.43 \pm 21.12	60.27 \pm 27.02	p. 0.004

ISI: Índice de severidad de incontinencia; EVA: escala visual análoga; OAB-Q: Overactive bladder questionnaire.

PDS VS. PROLENE EN EL TRATAMIENTO DEL PROLAPSO APICAL: ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO A 24 MESES.

133

Urzúa M¹, Rondini C.¹⁻², Kaplan F.¹, Álvarez J.¹⁻²

¹Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana–Universidad del Desarrollo, Escuela de Medicina, Santiago, Chile.

²Clínica Santa María, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El Prolapso genital (PG) es una patología frecuente que se presenta entre un 30-50 % de las mujeres. El tratamiento quirúrgico del PG por vía vaginal es una alternativa atractiva por su bajo costo, menor curva de aprendizaje, menor tiempo quirúrgico, baja morbilidad y buenos resultados subjetivos similares a la colposacropexia. El anclaje a ligamentos útero-sacro continua siendo una técnica ampliamente utilizada para la reparación apical por vía vaginal; en la que se han utilizado materiales de sutura no reabsorbibles y de reabsorción lenta. A la fecha no hay estudios prospectivos que comparen el impacto de los distintos materiales de sutura en el soporte apical. El objetivo de este estudio es comparar los resultados anatómicos del tratamiento del prolapso apical anclando la cúpula vaginal a los ligamento útero-sacro con suturas reabsorbibles vs no reabsorbibles.⁽¹⁻²⁾

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo randomizado en el que se incluyeron mujeres con prolapso genital sintomático estadio \geq a II del POP-Q. Las pacientes fueron distribuidas aleatoriamente a anclaje de la cúpula vaginal a los ligamentos útero-sacro con sutura absorbible (PDS[®]) o no reabsorbible (Prolene[®]) en relación 1:1. El objetivo primario fue evaluar la recurrencia anatómica del compartimento apical (POP –Q punto C); se definió como recurrencia anatómica el descenso del punto C \geq

a estadio II del POP-Q. El objetivo secundario fue evaluar la percepción subjetiva de mejoría de las pacientes utilizando el “Patient global improvement index” (PGI-I); se definió como falla subjetiva las respuestas “igual”, “peor” o “mucho peor”. Las pacientes fueron controladas a los 3, 6, 12, 24 y 36 meses con POP-Q y PGI-I. A su vez se evaluó el número de re-operaciones, presencia de suturas palpables y la presencia de dispareunia y/o hispareunia en ambos grupos.

RESULTADOS

Se reclutaron 93 pacientes, 49 fueron asignadas a PDS[®] y 44 a Prolene[®]. El promedio de seguimiento fue de 24 meses. No hubo diferencias significativas en las variables demográficas ni en los estadios de prolapso. Tampoco hubo diferencias significativas entre los grupos en el tiempo quirúrgico, reparación vaginal anterior concomitante, cirugía de incontinencia asociadas y tiempo de seguimiento. Desde el punto de vista anatómico el grupo Prolene[®] presentó menos falla apical que el grupo PDS[®] 1/44 (2.3%) vs., 7/49 (13.5%), $p=0.037$. En los otros compartimentos y en el resto de las variables evaluadas no hubo diferencias significativas entre los grupos salvo en las suturas palpables que fue mayor en el grupo Prolene[®] 36.4% vs. 2.0%, $p < 0.001$.

CONCLUSIÓN

El anclaje de la cúpula vaginal a los ligamentos útero-sacro con Prolene[®] disminuye el riesgo de recurrencia del prolapso apical a mediano plazo.

REFERENCIAS

(1) IUJ 2012; (23): 223-227;

(2) Int Urogynecol J (2012) 23:941–945.

IMPACTO DE LA EPISIORRAFIA EN LA FUNCION SEXUAL DE LAS MUJERES. UN ESTUDIO DE CASO.

134

Autores/as: Carolina Bascur Castillo^{1,2}, Mercedes Carrasco Portiño^{1,3}, Henry Castro Arias^{2,4}, José Miguel Brito Valenzuela¹.

1. Dpto. de Obstetricia y Puericultura. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

2. Unidad de Piso Pélvico. Hospital Guillermo Grant Benavente. Concepción

3. Grupo de investigación de Salud Pública. Universidad de Alicante.

4. Dpto. de Obstetricia y Ginecología. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

INTRODUCCIÓN

El grado en que las mujeres mejoran la función del músculo perineal después del nacimiento está relacionado con el traumatismo perineal en el parto, principalmente los desgarros perineales y la episiotomía. En este sentido, diversos estudios han demostrado que estos eventos obstétricos pueden traer como consecuencia la aparición de prolapso genital, incontinencia de orina y disfunción sexual. Sin embargo la evidencia no ha demostrado lo contrario, es decir, hiato urogenital disminuido debido a la atención del parto vaginal, por lo que se hace necesario difundir los infrecuentes casos en que se presentan.

OBJETIVO

Describir el impacto de la episiorrafia en la calidad de vida de una mujer atendida por parto vaginal en un hospital público Metodología: Estudio de caso clínico del Servicio de Ginecología del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción (HGGB), específicamente en su Unidad de Piso Pélvico. Se realizó una revisión exhaustiva de la ficha clínica de la atención directa recibida por una mujer derivada de un Hospital tipo II de nivel de complejidad.

RESULTADOS

Mujer de 19 años, primípara, puérpera de 3 meses de parto vaginal con episiotomía y posterior sutura, sin antecedentes de alteración de la función sexual ni mórbida gineco-obstétricos, consulta por dolor vulvar e imposibilidad de penetración en un CESFAM. Fue derivada al HGGB para evaluación de especialista en uroginecología. Al examen ginecológico se observó una estenosis introital (HUG 0.5 cm), impidiendo la introducción del dedo meñique como del espéculo virginal. Tras la valoración completa se le indica plastia perineal con el objetivo de ampliar el HUG. En el postoperatorio, a pesar de lograr un HUG de 2 cms., éste se palpa tenso. Por lo que se inicia tratamiento con dilatadores tipo Hegar nº16 durante 2 meses sin incidentes. Tras este período se realiza un control del equipo de la Unidad de Piso Pélvico del HGGB y se aprecia un introito elástico, sin dolor a la palpación y un HUG de 2 cms.

La paciente reinicia su actividad sexual con lubricante vaginal a base de agua, presentando dispareunia de penetración la cual va disminuyendo con el tiempo.

CONCLUSIONES

El cuidado perineal en la atención del parto debería ser un objetivo primordial para preservar y promover la adecuada recuperación de las mujeres y así, reanudar su calidad de vida en general y la función sexual en particular de la joven puérpera. Este caso clínico es una clara constatación de que el hiato urogenital disminuido con la consecuente estenosis introital se deben a la sutura y posterior episiorrafia en el momento del parto vaginal. Más que una crítica al manejo efectuado en este caso, este estudio pretende ser una llamada de atención a las/os profesionales de la Matronería, tanto sobre los conocimientos teóricos y técnicos en el cuidado perineal como la posterior evaluación de su estado de salud perineal a nivel hospitalario y de atención primaria de salud, asegurando la integralidad de la atención.

ONCOLOGÍA GINECOLÓGICA

135

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA QUIRÚRGICA INTRAOPERATORIA Y DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA – ONCOLÓGICA

Vergara P., Geraldo J., Nuñez A. Mat. Rojas J., Dinamarca C., Altamirano R., Pincheira E., Rojas L., Suárez E., Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

136

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA ENDOSAMPLER Y DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA – ONCOLÓGICA

Vergara P., Geraldo J., Nuñez A. Mat. Rojas J., Dinamarca C., Altamirano R., Pincheira E., Rojas L., Suárez E., Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

137

TERAPIA COMBINADA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO DE GRAN VOLUMEN: ESTADIOS IB2 Y IIA 2.

Núñez A., Vergara P., Geraldo J., Mat. Rojas J., Olfos P., Pincheira, E., Solari M, Altamirano R, Rojas L, Nazzal O, Suarez E. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

138

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO PRECOZ, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP; Gárate, MJ. Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica.

139

LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA EXTRA-PERITONEAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO LOCALMENTE AVANZADO, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP; Gárate, MJ. Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica

140

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CERVICOUTERINO PRECOZ, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP; Gárate, MJ. Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica.

141

VALOR DE LA BIOPSIA RAPIDA EN EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ANEXIAL MALIGNA. ANALISIS DE 43 CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Barrientos J 1, Jacobsen C 1, Ruz A1, Inostroza J3, Urzúa MJ 2, Alvarez J 2, Troncoso F 2, Insunza A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

142

CARACTERIZACION DE PACIENTES CON Y SIN TAMIZAJE PREVIO OPERADAS POR CÁNCER DE MAMA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. ANALISIS DE 166 CASOS.

Jacobsen C1, Barrientos J 1, Cadiz F 2, Stern J 3, Troncoso F 2, Insunza A2 1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile. 2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile. 3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

143

ESTUDIO DE SOBREVIDA, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES TRATADAS CON CÁNCER DE ENDOMETRIO: EXPERIENCIA HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

Drs Puga O, Perez MV, Orlandi E, Mutizabal, M, Saez N. Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr Sotero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

144

CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN REGIÓN DEL MAULE, SEGUIMIENTO 2001 A 2014

Vallejos P, Leiva J.E., Paredes C, Correa R. Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule

145

SOBREVIDA DE CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN LA REGIÓN DEL MAULE

Vallejos P, Leiva JE, Paredes C, Correa R. Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule.

146

CARACTERIZACIÓN DE TUMORES BORDERLINE EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLOGÍA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.

Núñez A., Vergara P., Geraldo J., Pincheira, Mat Rojas J., E., Solari M, Altamirano R, Rojas L, Nazzari O, Suarez E. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

147

CÁNCER DE MAMA : ACTUALIZACIÓN REGIONAL DE AYSÉN

Gonzalez R., J, Pinto G., P.P., Valdebenito T., A. Hospital Regional Coyhaique.

148

CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE BIOPSIA ENDOMETRIAL Y RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR PATOLOGÍA ENDOMETRIAL. EXPERIENCIA EN CLÍNICA DÁVILA Y HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO.

Autores: Tapia J, Oyarce H, Jofré M, Kottmann C, Osorio E. Institución: Universidad de los Andes

149

MANEJO DE PACIENTES CON CONO EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL, HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Raineri I, Regonesi I, Tapia J, Donoso M, Kottmann C. Departamento de Ginecología y Obstetricia Parroquial de San Bernardo, Santiago-Chile. Universidad de los Andes, Santiago-Chile.

150

UTILIDAD DE LA DETECCIÓN DE VIRUS PAPILOMA DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON CITOLOGÍA ATÍPICA Y DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO DE CUELLO UTERINO

Yazigi R., Puga O, Selman A, Contreras LA. Unidad de Oncología Ginecológica. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Las Condes.

151

LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Sáez N, Orlandini E, González Carvallo CA, Hwang D, Pérez Méndez MV, García K, Brañes J, Cuello M. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

152

EMBARAZO POSTERIOR A BIOPSIA ESCISIONAL CON ASA RADIOQUIRÚRGICA, EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN HOSPITAL SAN JOSÉ.

Jeria R, Núñez A, Napolitano C, González F. Depto de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile Unidad de Ginecología, Hospital Clínico San José

153

SOBREVIDA EN RECURRENTES CANCER CER-VICO-UTERINO EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERIODO 2003 – 2014.

Vigueras A. 1, Hinostroza M. 2 Araneda J. 2 Programa formación en Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras 2 Oncología Ginecológica. Hospital Las Higueras.

154

LEEP DIAGNOSTICO EN UPC HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERIODO 2013 – 2014.

Vigueras A. 1, Subiabre F. 2 Programa formación en Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras 2 Unidad Patología Cervical. Hospital Las Higueras.

155

VALOR PREDICTIVO Y CONCORDANCIA DE LOS MÉTODOS DE PESQUISA Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA PREINVASORA: ROL EN LA INDICACIÓN CORRECTA DE TERAPIA EXCISIONAL CON ASA ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP).

Hwang D., Pérez MV, Orlandini E., Brañes J., García K., Sáez N., Mayerson D., Cuello M. Unidad de Oncología Ginecológica, Hospital Clínico U. Católica, Red de Salud UC/Christus. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

156

EL CÁNCER DE ENDOMETRIO TIPO ENDOMETRIOIDE TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO AL COMPARARSE CON EL TIPO NO ENDOMETRIOIDE: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Sáez N, Orlandini E, Hwang D, Pérez Méndez MV, García K, Cuello M, Brañes J. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.

157

RESULTADOS TERAPÉUTICOS DEL MANEJO CON ASA DE EXCIÓN ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP) EN PATOLOGÍA CERVICAL PREINVASORA REALIZADO POR BECADOS BAJO SUPERVISIÓN: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Hwang D, Pérez MV, Orlandini E, Saez N, García K, Brañes J, Cuello M. Unidad de Oncología Ginecológica, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

158

BIOPSIA CONTEMPORÁNEA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: CONCORDANCIA Y CAMBIO DE CONDUCTA, EXPERIENCIA HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

Pérez MV.1-2, Mutizabal M.3, Orlandini E.1-2, Sáez N.1-2, Cuello M.1 Puga O.1-2 1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad Oncología Hospital Sótero del Río, Puente Alto, SSMSO. 2División Obstetricia y Ginecología, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Santiago. 3Interna de Medicina PUC

159

CITORREDUCCIÓN SECUNDARIA EN CANCER DE OVARIO EPITELIAL: EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD CATOLICA.

Pérez MV.1 Cuello M.1 Muñoz A.2 Orlandini E.1 Hwang D.1 Sáez N.1 García K. 1 Brañes J.1 1División Obstetricia y Ginecología, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Santiago. 2Interna de medicina PUC.

160

DOS CASOS DE MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL CON FETO VIVO EN HGGB.

Alarcón C, Quiroz V, Vergara M, Heredia F Facultad de medicina. Universidad de Concepción. HGGB.

161

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Orlandini E, Sáez N, Hwang D, Pérez MV, García K, Cuello M, Brañes J. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.

162

QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE CASOS EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO

Orlandini E2, Pérez V2, Sáez N1,2, Puga O1.1 Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río 2 Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile.

163

CARGA DE ENFERMEDAD SUBYACENTE A UNA CITOLOGÍA CERVICAL ATÍPICA, ANÁLISIS DE 9 AÑOS.

Geraldo J, Vergara P, Nuñez A, Mat. Rojas J., Pincheira E, Altamirano R, Rojas L, Suárez E, Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina Universidad de Chile Campus Centro.

164

LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO, ¿CUÁL ES SU CITOLOGÍA DE DERIVACIÓN?, ANÁLISIS DE 9 AÑOS.

Geraldo J, Vergara P, Nuñez A, Mat. Rojas J., Pincheira E, Altamirano R, Rojas L, Suárez E, Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina Universidad de Chile Campus Centro

165

REPORTE DE CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS EN UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

Dinamarca C., Vergara P., Nuñez A. Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA QUIRÚRGICA INTRAOPERATORIA Y DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA – ONCOLÓGICA.

135

Vergara P., Geraldo J., Nuñez A. Mat. Rojas J., Dinamarca C.,

Altamirano R., Pincheira E., Rojas L., Suárez E., Nazzari O.

Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

El Cáncer de Endometrio es una de las neoplasias malignas más frecuentes en la mujer, especialmente en países desarrollados. Su incidencia ha ido en aumento, asociado al incremento de factores predisponentes como obesidad, diabetes mellitus y expectativa de vida. El tratamiento principal es quirúrgico, en el cual la cirugía cumple un rol etapificador, terapéutico, pronóstico y permite definir la necesidad y tipo de tratamiento adyuvante. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre la biopsia quirúrgica intraoperatoria y diferida en pacientes con cáncer de endometrio en nuestra unidad durante los años 2010 al 2015.

MATERIAL Y MÉTODO

Desde Octubre del 2010 hasta Agosto 2015, 124 casos fueron manejados quirúrgicamente en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Clínico San Borja Arriarán. En 93 de las pacientes operadas (81.5%) se realizó biopsia contemporánea, las cuales son materia de este análisis. Se realizó una revisión retrospectiva de las biopsias quirúrgicas contemporáneas y definitivas, evaluando la correlación entre el tipo histológico de neoplasia, el grado de diferenciación y la profundidad de invasión miometrial.

RESULTADOS

5/93 (5,4%) de las biopsias contemporáneas fueron negativas para neoplasia, con biopsia definitiva positiva para cáncer endometrial. De ellas, una informó hiperplasia simple sin atipia, tres hiperplasia compleja con atipia, y una pólipo endometrial hiperplásico. Se informó el tipo histológico en 73 biopsias (82.9%), de las cuales, hubo correlación absoluta en 60 casos (82.2%). 10 biopsias (13,7%) informaron la aparición de un segundo tipo histológico en la biopsia definitiva (neoplasia mixta) y en 3 (4,1%), el tipo histológico final fue distinto al de la biopsia contemporánea.

En 81/93 casos (87%) se cuenta con el grado de diferenciación histológica, de las cuales, hubo correlación absoluta en 75 (92,5%) y discordancia en 6 (7,4%). De estas, en el 100% de los casos hubo aumento de grado en la biopsia definitiva. Se informó el porcentaje de invasión miometrial en 81 (93,5%) biopsias rápidas, en las cuales hubo concordancia en 71 (87.6%) casos y discordancia en 10 (12,4%), de las cuales, 7 (8,6%) informaron mayor invasión miometrial y 3 (3,7%) menor en la biopsia definitiva.

CONCLUSIÓN

La biopsia quirúrgica contemporánea en el Servicio de Anatomía Patológica del Hospital Clínico San Borja Arriarán tiene una alta correlación con el resultado de la biopsia definitiva, porcentaje similar a lo publicado en la literatura internacional y más alto a lo publicado en la literatura nacional, haciendo de ella una herramienta muy útil en la toma de decisiones quirúrgicas intraoperatorias.

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA ENDOSAMPLER Y DIFERIDA EN CANCER DE ENDOMETRIO EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGÍA – ONCOLÓGICA.

Vergara P.,Geraldo J., Nuñez A. Mat. Rojas J., Dinamarca C.,
Altamirano R., Pincheira E., Rojas L., Suárez E., Nazzal O.

Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCION

El cáncer de Endometrio es una neoplasia ginecológica prevalente. En países desarrollados es el tumor más frecuente del tracto genital. Su incidencia ha ido en aumento, asociado al incremento de factores predisponentes como obesidad, diabetes mellitus y mayor expectativa de vida. El grupo etario de mayor incidencia es la post – menopausia, en promedio 60 años de edad al momento del diagnóstico. El estudio histológico es indispensable para establecer el manejo más apropiado. La biopsia endometrial con endosampler se reporta tan sensible y específica como la obtenida con legrado uterino, pero de menor costo, simple de efectuar, práctico y con menor frecuencia de complicaciones, por lo que debiera constituir la primera elección. El objetivo de este estudio es analizar la correlación entre la biopsia endosampler de endometrio tomada en policlínico con la biopsia quirúrgica definitiva en pacientes con cáncer de endometrio en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Clínico San Borja Arriarán durante los años 2010 al 2015.

MATERIAL Y METODO

Desde Octubre del 2010 hasta Agosto 2015 se diagnosticaron 153 Cánceres de Endometrio. En 114 pacientes se efectuó el diagnóstico inicial mediante biopsia con endosampler de endometrio tomada en policlínico. Se realizó una revisión retrospectiva de las biopsias ambulatorias y quirúrgicas, evaluando la correlación entre el tipo histológico de neoplasia y el grado de diferenciación.

RESULTADOS

7/114 (6,1%) de las biopsias con endosampler fueron negativas para neoplasia, con biopsia quirúrgica definitiva positiva para cáncer. 3 de ellas informaban hiperplasia endometrial compleja con atipías, 3 pólipo endometrial y 1 hiperplasia simple sin atipías. Se decidió manejo quirúrgico por persistencia de sintomatología post tratamiento médico y factores de riesgo asociados. En las pacientes con biopsia positiva para neoplasia (107), en 101 se informó tipo histológico, en las restantes 6 se informó sólo carcinoma alto grado. Se encontró correlación de tipo histológico en 88/101 casos (87,1%). 9 casos (8,9%) informan aparición de un segundo tipo histológico (neoplasia mixta) y 4 (3,9%) una histología definitiva distinta. En relación al grado de diferenciación histológica, se encontró correlación en 70 casos (68,6%). 22 casos (21,5%) presentaron un incremento en el grado de diferenciación y 10 casos (9,8) una disminución.

CONCLUSION

En esta experiencia, la biopsia con endosampler constituye un método sencillo, de bajo costo y con alta sensibilidad para el diagnóstico de neoplasia endometrial y debe constituir la primera herramienta diagnóstica. Su correlación con la biopsia quirúrgica definitiva es alta, siendo el porcentaje encontrado similar a lo publicado en la literatura internacional.

TERAPIA COMBINADA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER CERVICOUTERINO DE GRAN VOLUMEN: ESTADIOS IB2 Y IIA2.

137

Núñez A., Vergara P., Geraldo J., Mat. Rojas J., Olfos P.,

Pincheira, E., Solari M, Altamirano R, Rojas L, Nazzal O, Suarez E.

Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el tratamiento de elección para el Cáncer Cervicouterino (CaCu) de gran volumen: estadios IB2 y IIA2, es la Radioquimioterapia-Braquiterapia, con una mejoría de sobrevida en un 15% y disminución de mortalidad en aproximadamente un 30%. Sin embargo no es posible determinar la presencia de tumor residual viable posterior a tratamiento. En el Hospital Clínica San Borja Arriarán se ha incorporado hace muchos años, la Cirugía Adyuvante para el control local de éstas pacientes. Nuestro objetivo es evaluar las complicaciones, falla, mortalidad, sobrevida de las terapias combinadas, en el manejo del CaCu de gran volumen.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron retrospectivamente todas las fichas clínicas de las pacientes con CaCu estadios IB2 y IIA2, entre los años 2010 y 2013, evaluadas en comité oncológico, derivadas Radioquimioterapia y que posteriormente se les efectuó cirugía. Se tabularon en planilla Excel la edad de las pacientes, tamaño tumoral inicial, estadio, tipo histológico, meses de seguimiento, recidiva y sobrevida.

RESULTADOS

Se incluyen en el análisis 44 pacientes. El promedio de edad fue 42,8 años (25-67). La mediana de seguimiento fue de 34,5 meses (12-58). El tamaño tumoral inicial promedio fue 5,5cm (4-8). Los tipos histológicos fueron 37 Escamoso (84%) y 11 Adenocarcinoma (16%). La Sobrevida Libre de Enfermedad local fue de 95,5% a los 12 meses y de 93,2% a los 24 meses. La Sobrevida Global fue de 97,7% a los 12 meses y de 93,2% a los 24 meses. Falla local en 3 pacientes (6,8%). Falla a distancia 3 pacientes (6,8%). Complicaciones en 5 pacientes (2 cistitis actínicas, 2 enteritis actínicas, 1 fistula vésico-vaginal). Mortalidad por cáncer 9,1% (4/44).

CONCLUSIONES

A 2 años de seguimiento, los datos obtenidos muestran una baja incidencia de complicaciones, baja tasa de recurrencia local y una alta sobrevida global en pacientes con Cáncer Cervicouterino de gran volumen, estadios IB2 y IIA2, tratados con terapias. Este trabajo es preeliminar a una publicación extensa de terapias combinadas en nuestra unidad.

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CÉRVICOUTERINO PRECOZ, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP.; Gárate, MJ.

Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía radical laparoscópica ha demostrado ser una técnica factible, segura y que cumple los principios oncológicos en el tratamiento de un grupo de pacientes con cáncer precoz del cuello uterino. Los principales beneficios son la disminución de la pérdida hemática, disminución del dolor postoperatorio y estadía hospitalaria, así como la mejor visualización de las estructuras anatómicas, sobretodo en cuanto se refiere a la preservación nerviosa.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 7 pacientes con cáncer de cuello uterino invasor, con etapas entre IA1 con ILV+ y IB1, sin sospecha de compromiso ganglionar en la imageneología, sometidas a histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral laparoscópica entre junio de 2013 y julio de 2015. La evaluación preoperatoria de las pacientes consistió en anamnesis y examen físico; biopsia cervical; Radiografía de tórax y TC de Abdomen y Pelvis.

RESULTADOS

Edad media del grupo 50 años. La histología de la lesión invasora fue carcinoma escamoso en seis pacientes y adenocarcinoma en una. Los estadios correspondieron a estadio IA1 con ILV+ en una paciente, IB1 en seis pacientes. El tiempo operatorio promedio fue de 275 minutos y el sangrado intraoperatorio promedio de 210 mL. En promedio se obtuvieron 19 linfonodos. Se convirtió a laparotomía una paciente por hipercarbia. Una paciente requirió transfusión de hemoderivados. Las complicaciones fueron: hematoma de cúpula dos pacientes y pelviperitonitis una paciente. Esta última requirió reexploración y aseo quirúrgico, en cuyo acto se lesionó la vejiga. El tiempo promedio de hospitalización fue 5 días, al igual que el uso de la sonda foley.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados iniciales demuestran que es una técnica factible y segura de hacer. Requerimos mayor afiatamiento en el equipo quirúrgico para disminuir el tiempo operatorio. El seguimiento de las pacientes ayudará a determinar su seguridad oncológica.

LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA EXTRAPERITONEAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CÉRVICOUTERINO LOCALMENTE AVANZADO, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

139

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP; Gárate, MJ.

Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica

INTRODUCCIÓN

El tratamiento habitual del cáncer cervicouterino localmente avanzado consiste en radioterapia pelviana, braquiterapia y quimioterapia concomitante. La evaluación por imagen con PET/CT de los linfonodos lumboaórticos tiene una tasa de falsos negativos que varía entre un 22 y 9% dependiendo si hay o no compromiso de los linfonodos pelvianos respectivamente. La evaluación histológica de los linfonodos lumboaórticos permite determinar de manera más certera el pronóstico y cuales pacientes se benefician de radioterapia de campo extendido o eventualmente de quimioterapia. La linfadenectomía lumboaórtica laparoscópica permite realizar esta evaluación de manera segura, con morbilidad mínima y sin retrasar el inicio del tratamiento adyuvante.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 9 casos de linfadenectomías lumboaórticas laparoscópicas extraperitoneales en pacientes con cáncer cervicouterino localmente avanzado entre Diciembre de 2013 y Agosto de 2015. La evaluación preoperatoria de las pacientes consistió en anamnesis y examen físico; biopsia cervical; Radiografía de tórax y TC de Abdomen y Pelvis; cistoscopia y rectoscopia cuando estaba indicado. Bajo visión endoscópica se exploró la cavidad peritoneal para descartar carcinomatosis. Posteriormente se accedió al espacio retroperitoneal en la fosa iliaca izquierda disecando desde el espacio preperitoneal hacia el retroperitoneo. Se realizó linfadenectomía lumboaórtica hasta al menos la arteria mesentérica inferior de los territorios paraaórtico, intercavaoártico y paracavo. Los linfonodos se estudiaron según técnica anatomopatológica estándar.

RESULTADOS

El promedio de edad fue 52 años. Todos los casos correspondieron a histología escamosa. La etapificación del grupo se compone de tres pacientes en estadio IB2, tres IIB y tres IIIB. El tiempo operatorio promedio fue de 133 minutos. No hubo conversión a laparotomía. El tiempo promedio de hospitalización fue de 1,6 días. Se presentaron como complicaciones: 2 linfocelos asintomáticos, un linfedema. Ninguna paciente requirió transfusión de hemoderivados. El promedio de linfonodos resecados fue 20. Dos pacientes presentaron linfonodos metastásicos, no sospechados en la tomografía computada.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia inicial ha demostrado que es una técnica segura y factible de realizar. Esto permite seleccionar de mejor manera a las pacientes candidatas a radioterapia de campo extendido, sobre todo si no se dispone de PET/CT.

HISTERECTOMÍA RADICAL LAPAROSCÓPICA EN CÁNCER CÉRVICOUTERINO PRECOZ, EXPERIENCIA INICIAL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Torres, P.; Jiménez, P.; Núñez, F.; Goycoolea, JP.; Gárate, MJ.

Hospital Padre Hurtado, Unidad de Oncología Ginecológica.

INTRODUCCIÓN

La histerectomía radical laparoscópica ha demostrado ser una técnica factible, segura y que cumple los principios oncológicos en el tratamiento de un grupo de pacientes con cáncer precoz del cuello uterino. Los principales beneficios son la disminución de la pérdida hemática, disminución del dolor postoperatorio y estadía hospitalaria, así como la mejor visualización de las estructuras anatómicas, sobretodo en cuanto se refiere a la preservación nerviosa.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo de 7 pacientes con cáncer de cuello uterino invasor, con etapas entre IA1 con ILV+ y IB1, sin sospecha de compromiso ganglionar en la imageneología, sometidas a histerectomía radical más linfadenectomía pélvica bilateral laparoscópica entre junio de 2013 y julio de 2015. La evaluación preoperatoria de las pacientes consistió en anamnesis y examen físico; biopsia cervical; Radiografía de tórax y TC de Abdomen y Pelvis.

RESULTADOS

Edad media del grupo 50 años. La histología de la lesión invasora fue carcinoma escamoso en seis pacientes y adenocarcinoma en una. Los estadios correspondieron a estadio IA1 con ILV+ en una paciente, IB1 en seis pacientes. El tiempo operatorio promedio fue de 275 minutos y el sangrado intraoperatorio promedio de 210 mL. En promedio se obtuvieron 19 linfonodos. Se convirtió a laparotomía una paciente por hipercarbia. Una paciente requirió transfusión de hemoderivados. Las complicaciones fueron: hematoma de cúpula dos pacientes y pelviperitonitis una paciente. Esta última requirió reexploración y aseo quirúrgico, en cuyo acto se lesionó la vejiga. El tiempo promedio de hospitalización fue 5 días, al igual que el uso de la sonda foley.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados iniciales demuestran que es una técnica factible y segura de hacer. Requerimos mayor afiatamiento en el equipo quirúrgico para disminuir el tiempo operatorio. El seguimiento de las pacientes ayudará a determinar su seguridad oncológica.

VALOR DE LA BIOPSIA RAPIDA EN EL DIAGNOSTICO DE PATOLOGIA ANEXIAL MALIGNA. ANALISIS DE 43 CASOS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO.

Barrientos J 1, Jacobsen C 1, Ruz A1, Inostroza J3, Urzúa MJ 2, Alvarez J 2, Troncoso F 2, Insunza A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario constituye la segunda neoplasia más frecuente del tracto genital pero es la más letal de ella. Muchas veces es difícil para el cirujano establecer si el tumor es benigno o maligno sin contar con una biopsia rápida durante la cirugía. Estudios previos posicionan esta alternativa como una herramienta con una alta sensibilidad y especificidad (> 95%).

OBJETIVO

Conocer la sensibilidad, especificidad y valores predictivos de la biopsia rápida en el diagnóstico de la patología anexial maligna en el Hospital Padre Hurtado de Santiago de Chile

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo. Se realizó una búsqueda desde la base de datos de epicrisis de ginecología del Hospital Padre Hurtado en el periodo comprendido desde el año 2002 al año 2013 correspondiente a 342 casos de tumores anexiales que fueron sometidos a cirugía y analizados con biopsia rápida y luego diferida. Se extrajeron los resultados positivos para patología anexial maligna (43 casos). Los datos se tabularon en tabla Excel, para luego ser analizados con estadísticos de prueba.

RESULTADOS

Del total de los 43 casos positivos para patología anexial maligna, en 37 casos el diagnóstico dado en la biopsia rápida fue consecuente con el de biopsia diferida (verdaderos positivos), existieron 6 casos en que la biopsia rápida aportó diagnóstico benigno siendo el diagnóstico diferido maligno (falsos negativos) y 6 casos en los cuales el diagnóstico de la biopsia rápida aportó resultado de malignidad siendo en definitiva un resultado benigno (falso positivo). La sensibilidad de la biopsia rápida fue de un 86% y la especificidad de un 97%. En cuanto al valor predictivo positivo fue de un 86% y el valor predictivo negativo de un 97%. Existieron diferencias significativas en cuanto al volumen total promedio de los casos de falsos negativos versus los casos de verdaderos positivos (1.154 vs 650 cc $p < 0.05$). El tumor borderline fue la primera causa de error en el diagnóstico, correspondiendo a 4/6 casos tanto en el grupo de falsos positivos y falso negativos.

CONCLUSIÓN

La biopsia rápida es una herramienta con una alta sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la patología anexial maligna, pero que no está exenta de error sobre todo en tumores de gran tamaño y borderline.

CARACTERIZACION DE PACIENTES CON Y SIN TAMIZAJE PREVIO OPERADAS POR CANCER DE MAMA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO. ANALISIS DE 166 CASOS.

Jacobsen C1, Barrientos J 1, Cadiz F 2, Stern J 3, Troncoso F 2, Insunza A2

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

2 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago de Chile.

3 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en la mujer occidental y la principal causa de muerte por cáncer en la mujer en Europa, Estados Unidos de Norteamérica, Australia y en Chile. Se estima que representa el 23% del total de los nuevos cánceres y un 14% del total de las muertes por año. La mamografía como estrategia de tamizaje podría llegar a disminuir alrededor de un 15% la mortalidad, además de disminuir los estadios de presentación de esta patología. Objetivo: Conocer características de la población, tipo de tamizaje previo, estadio, compromiso axilar y tamaño tumoral en paciente que se sometieron a cirugía de cáncer de mama en un periodo de 5 años en el Hospital Padre hurtado.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se extrajo datos desde epicrisis de ginecología del Hospital Padre Hurtado seleccionando pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se sometieron a cirugía, para luego extraer características desde la base de datos de anatomía patológica en el periodo comprendido desde el año 2011 al año 2015. Los datos fueron tabulados en tabla Excel para luego realizar estadísticos de prueba.

RESULTADOS

Del total de los 166 casos presentados, 106 pacientes (66,8%) eran pacientes sin tamizaje previo, el promedio de edad en este grupo fue de 55,7 años y el IMC promedio fue de 30,5kg/m2. El estadio de presentación de este grupo correspondió al 20,7% en estadio I, 43,3% estadio II, 32% estadio III, 3,7% en estadio IV. En cuanto al tamaño tumoral, el promedio fue de 34 mm al momento del diagnóstico, requiriendo disección axilar un 62% por linfonodo positivo. En cuanto a las pacientes con tamizaje previo, correspondieron a 60 pacientes que representan al 33,2 % de la muestra. El promedio de edad fue 58 años, IMC promedio de 30 kg/m2. El estadio de presentación de estas paciente fue: estadio I 28,3%, II 53,3%, III 18,3%, IV 0%. El tamaño tumoral promedio de este grupo fue de 23,6mm, requiriendo disección axilar un 35% por linfonodo positivo. En relación a los receptores moleculares, los casos triple negativo correspondió a un 12% de las pacientes sometidas a tamizaje; en tanto que al segundo grupo la prevalencia fue de un 13%.

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama es una patología oncológica prevalente en Chile. Nuestra población presenta porcentajes elevados de pacientes con diagnóstico de la enfermedad sin tamizaje previo, en estadios avanzados y siendo sometidas a disección axilar en mayor frecuencia en comparación a la literatura internacional; todos factores condicionantes al pronóstico, morbilidad y éxito de tratamiento. El tamizaje y estudio del cáncer de mama es un desafío en nuestro país.

ESTUDIO DE SOBREVIDA, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO EN PACIENTES TRATADAS CON CÁNCER DE ENDOMETRIO: EXPERIENCIA HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

143

Drs Puga O, Perez MV, Orlandi E, Mutizabal, M, Saez N.

Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr Sotero del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile, Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es una patología que ha ido en aumento a medida que la población cambia su estilo de vida y alimentación, acercándose a países desarrollados. Existen algunas controversias sobre el manejo inicial y terapias complementarias para estas pacientes, sin existir estadísticas de incidencia y supervivencia en nuestro país. El objetivo es evaluar la supervivencia global de las pacientes con cáncer de endometrio por estadio con un mínimo de 5 años de seguimiento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratadas por cáncer de endometrio en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Dr. Sótero del Río desde el año 2005 al 2010. Se analizaron las fichas clínicas y reportes de anatomía patológica, estudio estadístico se utilizó el programa excel. Se realizó estadística descriptiva.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 150 pacientes con cáncer de endometrio, de las cuales se logró información clínica en 109.

La edad promedio fue de 60 años (rango 27-80 años), 85 (77%) pacientes eran post menopausias, el principal motivo de consulta fue metrorragia (99 pacientes)

El tipo histológico más frecuente fue endometroide 90 pacientes (82%), tumor de células claras 8 (7%), seroso 5 (4%), sarcoma 3 (3%), indiferenciado 2 (2%). El 51,2% eran G1, 22,02% G2 y 25,69% G3; no se informó grado histológico en el 0,91% de las pacientes.

En etapa I se encontraron 61 pacientes (65%), etapa II en 8 (7%), etapa III en 17 (16%) y 13 (12%) en etapa IV. 105 pacientes fueron operadas, a 60 se les realizó histerectomía con o sin salpingooforectomía, 45 linfadenectomía pélvica y 23 linfadenectomía Paraaortica. Como terapia complementaria se usó quimioterapia en 23 pacientes, radioterapia en 16 y la combinación de ambas en 3.

La supervivencia global a 5 años fue de 65,14%. La supervivencia de acuerdo al grado histológico fue de 85,71%, 62,5% y 42,85% para G1, G2 y G3 respectivamente. La supervivencia a 5 años según estadio fue: 91,94% para IA; 72,78% para IB; 62,50% para II; 35,29% para III y de 30,77% para estadio IV.

CONCLUSIONES

Las supervivencias registradas en nuestra serie son menores a las registradas en la literatura internacional. Es necesario evaluar si la etapificación quirúrgica y terapias adyuvantes que entregamos son perfectibles para poder mejorar nuestros resultados.

CÁNCER DE OVARIO EPITELIAL EN REGIÓN DEL MAULE, SEGUIMIENTO 2001 A 2014.

144

Vallejos P, Leiva J.E., Paredes C, Correa R.

Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule

INTRODUCCION

El Hospital Regional de Talca es el centro que recibe toda la patología gine-oncológica de la Región del Maule. Equipo compuesto por tres Gine-Oncólogos, que destinan sus horas a policlínico gine-oncológica, cuidados paliativos, pacientes hospitalizadas y pabellón.

El Cáncer de Ovario Epitelial está en el segundo lugar de los cánceres ginecológicos, y es la novena causa de muerte en la mujer chilena, dado principalmente por el diagnóstico en etapa avanzada. Ingresando como patología AUJE en el año 2013.

MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes que recibieron Quimioterapia por Cáncer de Ovario Epitelial entre Enero de 2001 y Diciembre de 2014. Se incluyó en la base de datos ciudad de derivación, edad de la paciente, Ca125 pre operatorio, año de la cirugía, tipo de cirugía, residuo tumoral y etapa.

RESULTADO

Se tuvo acceso a 183 fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de Cáncer de Ovario Epitelial. Las derivaciones según centro de referencia 48% corresponden a H. de Talca, 26% a H. de Curicó, 20% a H. de Linares y 6% H. de Cauquenes. La edad promedio al diagnóstico fue 54 años (rango 27-82 años, mediana 54 años) El 83%

de la pacientes contaba con Ca 125 preoperatorio. El promedio fue de 811 U/mL (rango 3-13200 U/mL). La etapificación corresponde a etapa I 18%, II 9%, III 58%, IV 15%. El tipo de cirugía fue Biopsia 9%, Histerectomía con salpingooforectomía bilateral 19%, Histerectomía con Salpingooforectomía bilateral más apendicectomía y/o omentectomía 59%, Cirugía radical de ovario 13%. Con respecto a la histología el 65% es informado como A. Seroso Papilar, 14% A. Endometrioides, 12% A. Mucinoso, 8% A. indeterminado y 1% A. Células claras.

CONCLUSIONES

Nuestro centro recibe pacientes con sospecha de Cáncer de Ovario como también derivadas con el diagnóstico histológico. Por lo que no todas cuentan con el estudio inicial, como lo es el Ca125, marcador que permite el seguimiento de estas pacientes.

La edad promedio de diagnóstico de 54 años no difieren de lo publicado en la literatura, la paciente más joven fue 27 años y el 18% de las pacientes era menor de 45 años.

Al igual que lo publicado en la literatura el Cáncer de ovario Epitelial se diagnostica en etapa avanzada, siendo el 73% etapa III-IV.

La cirugía realizada cambia con la incorporación de más ginecólogos oncólogos, siendo la principal cirugía HT+SOB+apendicectomía y/o omentectomía, además de cirugías radicales con linfadenectomía, peritonectomía y resecciones intestinales en conjunto con cirujanos digestivos.

La histología más frecuente igual a la publicada es Seroso-papilar.

SOBREVIDA DE CANCER DE OVARIO EPITELIAL EN LA REGION DEL MAULE.

145

Vallejos P, Leiva JE, Paredes C, Correa R.

Hospital Regional de Talca – Universidad Católica del Maule

INTRODUCCION

El Hospital Regional de Talca es el centro que recibe toda la patología gine-oncológica de la Región del Maule. Equipo compuesto por tres Gine-Oncólogos, que destinan sus horas a policlínico gine-oncología, cuidados paliativos, pacientes hospitalizadas y pabellón.

El Cáncer de Ovario Epitelial se caracteriza por su alta mortalidad asociado al diagnóstico tardío, incorporándose como patología AUGE en 2013. Se han modificado los objetivos quirúrgicos para la citoreducción óptima, el uso de Quimioterapia Neoadyuvante y nuevas drogas para su tratamiento.

METODO

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes que recibieron Quimioterapia por Cáncer de Ovario Epitelial entre Enero de 2001 y Diciembre de 2014. Se incluyó en la base de datos tipo de cirugía, residuo tumoral, etapa al diagnóstico, tipo de quimioterapia con esquema y seguimiento. Se evalúa sobrevida según método de Kaplan-Meier

RESULTADO

Citorreducción óptima se logra en un 60% de las pacientes, siendo óptimo en el 100% en etapa precoz y 39% en etapa avanzada.

Las pacientes que recibieron quimioterapia, 8% corresponden a Neoadyuvancia, 89% post operatoria y 3% paliativa.

Los esquemas utilizados fueron Cisplatino con Ciclofosfamida 54%, Taxol con Cisplatino 37% y 9% Taxol con Carboplatino.

Sobrevida global 47% a 5 años de seguimiento.

Sobrevida según etapificación a 5 años: Etapa I 77%, Etapa II 73%, Etapa III 32%, Etapa IV 10%.

Sobrevida según tipo de cirugía a 5 años: Biopsia 9%, Histerectomía con salpingooforectomía bilateral 47%, Histerectomía con Salpingooforectomía bilateral más apendicectomía y/o omentectomía 51%, Cirugía radical de ovario 57%.

CONCLUSIONES

No se realiza análisis de la sobrevida con respecto a la citoreducción, dado que los criterios de citoreducción óptima han sido modificados con el tiempo.

La sobrevida global a 5 años es de un 47%, pero hay que recordar que es una enfermedad con diagnóstico tardío, siendo el 73% de nuestras pacientes diagnosticadas en etapas avanzadas, con una sobrevida de 32% en etapa III y 10% en etapa IV.

Las diferencias de sobrevida se dan también con respecto al tipo de cirugía realizada, siendo mayor en la cirugía radical que incluye la linfadenectomía desde el año 2008.

CARACTERIZACION DE TUMORES BORDERLINE EN UNA UNIDAD DE GINECOLOGIA ONCOLOGIA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS.

146

Núñez A., Vergara P., Geraldo J., Pincheira, Mat Rojas J., E., Solari M, Altamirano R, Rojas L, Nazzal O, Suarez E.

Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos de bajo potencial maligno o Borderline representan aproximadamente el 10% de los cánceres ováricos de origen epitelial. La histología serosa es la más frecuente con un 65% de los casos. La sobrevida global alcanza un 98% a 10 años. El objetivo del siguiente trabajo es caracterizar los Tumores Ovaricos Borderline presentados en nuestra unidad en los últimos 5 años.

MATERIAL Y MÉTODO

Se analizaron retrospectivamente todas las fichas clínicas de las pacientes con diagnóstico de Tumor Ovarico Borderline operadas y con seguimiento en nuestra unidad entre Enero 2010 y Diciembre 2014. Se obtuvieron los datos de edad, tamaño tumoral, valor de Ca125 al diagnóstico, estadio quirúrgico, histología, tipo de tratamiento, seguimiento y sobrevida.

RESULTADOS

Se analizan 42 pacientes, con Cáncer de Ovario Epitelial Borderline, el promedio de edad fue 50,8 años (17-83). El tamaño tumoral promedio fue de 15cm (rango 4-30). La determinación de Ca125 se realizó en 36 pacientes, siendo normal en 27 pacientes (75%), alterado en 9 pacientes (25%). En la histología se encontró la variedad Seroso en 28 pacientes (66,6%), Mucinoso en 13 pacientes (31%) y 1 caso mixto Seroso-Mucinoso (2,4%). 35 pacientes

fueron etapificadas de acuerdo a la clasificación FIGO 2013 en estadio I (79%): 23 en estadio IA, 4 en estadio IB, 8 en estadio IC. Las restantes 7 pacientes fueron clasificadas como etapa III (21%), 3 de ellas presentan implantes invasores. Se efectuó tratamiento conservador, Tumorectomía y Salpingo-Ooforectomía unilateral en 12 pacientes (27%) por deseo de fertilidad; en las restantes 32 (73%) se efectuó Cirugía de etapificación con Histerectomía Total y resección de implantes. 3 pacientes con Implantes invasores reciben quimioterapia adyuvante en base a Carboplatino y Paclitaxel. 1 paciente (estadio IC) presenta recidiva con Carcinomatosis peritoneal que requirió quimioterapia. La población estudiada presenta una sobrevida de 100% con una mediana de seguimiento de 31 meses (3-65).

CONCLUSIONES

En los últimos 5 años, de los 113 casos de cáncer de ovario diagnosticados en nuestro servicio, un 37% corresponde a Tumores Borderline, cifras mayor a lo reportado en la literatura internacional. La edad de diagnóstico es más tardía, cercano a la perimenopausia. El tipo histológico y sobrevida es similar a lo reportado en otras casuísticas.

Dada la alta tasa de sobrevida en este tipo de tumores, es factible tratamiento conservador, de hecho en nuestra serie, 1 de cada 4 pacientes fueron candidatas; esto sumado a los 3 casos en estadios avanzados con implantes invasores refuerzan la necesidad de una correcta etapificación en una unidad de Ginecología Oncologica.

Gonzalez R., J, Pinto G., P.P., Valdebenito T., A.

Hospital Regional Coyhaique

INTRODUCCIÓN

Con el objeto de conocer datos epidemiológicos y semiológicos locales para optimizar el uso de los recursos se estudian los casos de Cáncer de Mama (CM) ingresados al Hospital Regional Coyhaique (HRC).

Material y Método : se estudia la casuística clínica constituida por 87 pacientes ingresadas al HRC por CM durante el quinquenio julio 2010 - junio 2015.

RESULTADOS

El rango etario al momento del diagnóstico fue de 33 a 90 años con promedio de 57,8 años. El motivo de consulta fue tumor palpable en el 69 o/o de los casos y anomalía mamográfica en el 28,7 o/o. La mama izquierda es la más afectada (64,36 o/o). Multiparas o grandes multiparas son el 85 o/o. Lactancia materna varío de una semana a seis años. Antecedentes familiares CM hay en 15,5 o/o ya sea línea materna o paterna. El tamaño tumoral (TT) clínico varió de 1 a 10 cm con promedio de 3,93 cm mientras el TT anatomopatológico promedio fue 2,89 cm. Los ingresos por anomalía radiológica presentaron lesiones promedio de 1,48 cm mientras su TT anatomopatológico promedio 1,36 cm . Histológicamente predominó el carcinoma ductil infiltrante moderadamente diferenciado.

CONCLUSIONES

Los hallazgos nos inducen a insistir en el autoexamen mamario y a la consulta precoz ante la aparición de un nódulo como también considerar el examen clínico de mamas ante cualquier oportunidad de consulta especialmente en la quinta y sexta década de la vida. El uso subreciente de la radiología ha permitido el diagnóstico preclínico (30 o/o) de neoplasias no registradas en revisiones previas de 25 años.

CONCORDANCIA HISTOLÓGICA ENTRE BIOPSIA ENDOMETRIAL Y RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO EN PACIENTES HISTERECTOMIZADAS POR PATOLOGÍA ENDOMETRIAL. EXPERIENCIA EN CLÍNICA DÁVILA Y HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO.

Autores: Tapia J, Oyarce H, Jofré M, Correa N, Kottmann C, Osorio E.

Institución: Universidad de los Andes

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es una de las patologías más frecuentes dentro de los cánceres ginecológicos. Existen diferentes métodos diagnósticos preoperatorios para evaluar patología endometrial, los cuales presentan diferentes sensibilidades y especificidades asociadas, según el que se utilice.

OBJETIVO

Realizar un análisis descriptivo de la experiencia en los centros de Clínica Dávila y Hospital Parroquial de San Bernardo (campos clínicos de Universidad de los Andes) evaluando la confiabilidad que existe entre el resultado de la biopsia preoperatoria con el estudio anatomopatológico posterior del útero.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño transversal retrospectivo de pacientes tratadas en Clínica Dávila y Hospital Parroquial de San Bernardo, sometidas a histerectomías durante el período de Enero de 2011 a Mayo de 2015. Se utilizaron las bases de datos que proporcionaron ambos centros de salud. Dentro de los criterios de inclusión se consideraron: pacientes histerectomizadas durante el período en estudio, con una ecografía previa que describiese el grosor del endometrio, que hubieran sido sometidas a algún tipo de biopsia preoperatoria (aspirativa, legrado o biopsia por histeroscopia) y que contasen con un diagnóstico anatomopatológico por biopsia postoperatoria.

RESULTADOS

Del total de pacientes analizadas, 100 cumplieron los criterios de inclusión. La concordancia global (para los diagnósticos de hiperplasias simples, complejas y cáncer endometrial) entre el diagnóstico preoperatorio y post operatorio fue de 0,47 según el coeficiente kappa, obteniendo así, una fuerza de concordancia moderada, con una sensibilidad de 62% y una especificidad de 100%. Específicamente para cáncer endometrial la concordancia fue del 0,54 según el coeficiente kappa, encontrándose igualmente una fuerza moderada en la correlación, con una sensibilidad y especificidad de 75% y 96% respectivamente, cuando se utilizó la biopsia aspirativa. El 76% de las muestras se obtuvieron por biopsia aspirativa.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se encontró una correlación global moderada entre los diagnósticos preoperatorios y postoperatorios. En el subgrupo de pacientes con cáncer endometrial, no hubo diferencias con lo obtenido en el análisis de la población completa, lográndose obtener una sensibilidad y especificidad similar, al realizar una biopsia aspirativa para cáncer endometrial, de la que se describe en la literatura.

MANEJO DE PACIENTES CON CONO EN LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL, HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO. 149

Raineri I, Regonesi I, Tapia J, Donoso M, Kottmann C.

Departamento de Ginecología y Obstetricia Parroquial de San Bernardo, Santiago-Chile.

Universidad de los Andes, Santiago-Chile.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos excisionales de cuello uterino otorgan una pieza diagnóstica, y eventual tratamiento, para la patología cervical.

OBJETIVO

Análisis descriptivo del manejo con conos en pacientes atendidas en la Unidad de Patología cervical (UPC) del Hospital Parroquial de San Bernardo, evaluación de bordes comprometidos y presencia de lesión residual.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratadas en Unidad de Patología Cervical (UPC) del Hospital Parroquial de San Bernardo, sometidas a conización entre Enero de 2012 y Diciembre de 2014. Los datos fueron obtenidos a partir de informes de anatomía patológica. Se incluyeron pacientes sometidas a primer cono, leep o frío, realizado entre Enero 2012 y Diciembre 2014. De los informes anátomo-patológicos se analizaron diagnóstico histológico, compromiso de bordes y lesión residual ante un segundo procedimiento.

RESULTADOS

Se analizaron 175 informes, 97,14% corresponden a cono leep. Las indicaciones fueron 38,9% NIE alto grado; 35,4% discordancia cito-histológica, y 26,7% otras indicaciones. El 26,85% (47/175) presentó compromiso de borde endocervical y/o exocervical. Se realizó re-conización en 28 pacientes, de los cuales el 21,4% presentó lesión residual. No se reportaron complicaciones durante los procedimientos.

CONCLUSIONES

Se realizaron procedimientos de cono leep y frío, sin complicaciones. Se pudo evaluar bordes en todos los casos. Hubo lesión residual en 21,4% de los casos de re-conización, lo que consideramos la realización de un segundo procedimiento luego de un primer cono.

UTILIDAD DE LA DETECCIÓN DE VIRUS PAPILOMA DE ALTO RIESGO EN PACIENTES CON CITOLOGÍA ATÍPICA Y DE NEOPLASIA INTRAEPITELIAL DE BAJO GRADO DE CUELLO UTERINO.

150

Yazigi R., Puga O, Selman A, Contreras L A.

Unidad de Oncología Ginecológica. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Departamento de Anatomía Patológica. Clínica Las Condes

INTRODUCCIÓN

La prevención del cáncer cérvico uterino ha sido tradicionalmente a través de la detección de las lesiones pre neoplásicas (NIE) mediante el examen de Papanicolaou, sin embargo, la implementación del test de VPH ha generado nuevas estrategias para su prevención, desde pesquisa dual, combinando el PAP con la determinación viral, hasta la recomendación de reemplazarlo totalmente por el test viral, creando confusión respecto al método ideal de pesquisa. Un meta análisis ha sugerido que como pesquisa inicial, la determinación viral tiene mayor sensibilidad que la citología pero una menor especificidad para determinar la presencia de estas lesiones cervicales, generando un aumento de evaluaciones innecesarias.

OBJETIVO

Analizar la utilidad de la determinación del virus papiloma humano (VPH) de alto riesgo, en detectar patología intra epitelial de alto grado en pacientes con citología atípica y con citología de neoplasia intra epitelial de bajo grado (NIE 1) de cuello uterino

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo en pacientes derivadas para colposcopia a la Unidad de Oncología Ginecológica de Clínica Las Condes (CLC). Se incluyeron aquellas que tenían citología de NIE 1 y dos citologías atípicas consecutivas dentro de un plazo de 60 días. El colposcopista obtuvo una muestra cervical de citología en fase líquida para determinación viral. Tanto el estudio citológico, virológico, colposcópico y patológico fueron realizados en CLC.

El método de determinación viral usado fue el de Amplicor (Roche), que utiliza la amplificación de Polimerasa en Cadena (PCR) de la región L1 del genoma de VPH y la hibridación de ácidos nucleicos para la detección de los genotipos de alto riesgo 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59 y 68

El diagnóstico final se determinó por biopsia o por seguimiento citológico en aquellos casos en que se desestimó efectuarla. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de nuestra Institución. El análisis estadístico utilizado fue la prueba de Fisher.

RESULTADOS

Se estudiaron 201 pacientes entre marzo de 2008 y junio de 2010. En 94 la citología fue atípica y 116 la citología fue de NIE 1. La mediana de seguimiento fue de 40 meses. El test de VPH es positivo en 26(28%) de las citologías atípicas y en 98(84%) de las citologías NIE 1.

El estudio histológico de las pacientes con citología atípica reveló la presencia de NIE de bajo grado en 30 (32%), y de alto grado en 9 (10%), para un total de 39/94 (41%). En pacientes con lesiones de alto grado el test de VPH fue positivo en 6(23%) pacientes comparado a un 4% cuando el test viral es negativo ($p=0.0124$). Sugiriendo, por lo tanto, la utilidad del test de VPH en pacientes con citología atípica.

De las 116 pacientes con citología de bajo grado (NIE 1), se confirmó la presencia de NIE I en 63 (54%) y de alto grado en 14 (12%), para un total de 77/116 (66%). En las pacientes con NIE de alto grado el test de VPH fue positivo en 13 (13%) y negativo en una paciente (5.5%) ($p=0.693$). Sugiriendo, la escasa utilidad del test de VPH en pacientes con citología de bajo grado.

CONCLUSIÓN

Concluimos que la determinación de presencia viral de alto riesgo es un examen útil en pacientes con 2 citologías atípicas pero de escasa contribución en pacientes con citología de NIE 1.

LAPAROSCOPIA VERSUS LAPAROTOMIA EN EL MANEJO QUIRURGICO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA.

151

Sáez N, Orlandini E, González Carvallo CA, Hwang D, Pérez Méndez MV, García K, Brañes J, Cuello M. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia 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 operadas por cáncer de endometrio por el equipo de Ginecología Oncológica entre noviembre del 2007 y julio del 2015 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de la red de salud UC-Christus. Se revisó la base de datos de protocolos operatorios de pabellón. Además se revisaron las fichas clínicas para evaluar el tiempo de estadía hospitalaria y las complicaciones peri-operatorias. El análisis estadístico se hizo con Chi Cuadrado y Test de Student mediante JMP12.

RESULTADOS

En el período analizado se operaron 92 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales 43 (46,7%) se operaron por laparotomía (LPA), 45 (48,9%) por laparoscopia (LPX) y 4 (4,4%) por vía vaginal. No hubo diferencias de edad entre ambos grupos (LPA $65,4 \pm 1,9$ vs LPX $62,8 \pm 1,8$, $p=NS$). El tiempo operatorio promedio fue similar entre

grupos (LPA $171,1 \pm 12,7$ min vs LPX 186 ± 12 min, $p=NS$). No hubo conversiones desde laparoscopia a laparotomía en el período de tiempo analizado. Se presentaron 4 complicaciones intraoperatorias (9,3%) en el grupo LPA y 2 (4,4%) en el grupo de laparoscopia ($p=NS$). En relación a las complicaciones postoperatorias hubo 12 (27,9%) en el grupo LPA y 6 (13,3%) en el grupo LPX ($p=NS$). La estadía hospitalaria promedio en el grupo LPA fue de $4,7 \pm 0,7$ días (rango 2-14) versus $4,1 \pm 0,7$ días (rango 1-41) en el grupo LPX ($p=NS$). Del total de pacientes, a 44 se les realizó linfadenectomía para etapificación durante el mismo acto quirúrgico. De este grupo, 25 (56,8%) se etapificaron por LPA y 19 (43,2%) por LPX. El recuento ganglionar total fue de $17,3 \pm 2,3$ versus $18,8 \pm 2,8$ ganglios, respectivamente. No hubo diferencias significativas en recuento ganglionar pelviano (LPA $12,6 \pm 1,7$ vs LPX $14,8 \pm 2$, $p=NS$) ni periaórticos (LPA $6,2 \pm 3$ vs LPX $7,5 \pm 7$, $p=NS$) entre grupos. Cinco pacientes (19,2%) del grupo laparotomía resultaron tener metástasis ganglionares en comparación con 3 pacientes (16,6%) del grupo laparoscopia ($p=NS$).

CONCLUSIONES

La cirugía laparoscópica es una alternativa viable en el tratamiento del cáncer de endometrio en etapa inicial al ser comparada con la laparotomía, con similares tasas de complicaciones peri-operatorias y estadías hospitalarias. 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

EMBARAZO POSTERIOR A BIOPSIA ESCISIONAL CON ASA RADIOQUIRURGICA, EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN HOSPITAL SAN JOSE.

Jeria R, Núñez A, Napolitano C, González F.

Depto de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile

Unidad de Ginecología, Hospital Clínico San José

INTRODUCCIÓN

El parto prematuro es una de las principales causas de morbi-mortalidad neonatal (Conner, 2014). Dentro de los factores que aumentan su riesgo, destacan las cirugías cervicales como: Biopsia Escisional con Asa Radioquirúrgica (BEAR), Cono quirúrgico o Cono láser (Heinonen, 2013).

BEAR se ha utilizado de manera cada vez más frecuente para el diagnóstico y tratamiento de las lesiones preinvasoras de cuello uterino. Debido a que esta patología tiene una alta incidencia en pacientes en edad reproductiva, ha existido una preocupación constante frente al riesgo de parto prematuro en embarazos posterior al procedimiento. Diversos estudios indican que el riesgo relativo de parto prematuro en pacientes con antecedente de BEAR es de 1,61 (1,35-1,92) (Conner 2014). El objetivo de este trabajo es evaluar la tasa de riesgo de parto prematuro, en las pacientes con BEAR en el Hospital Clínico San José.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se obtiene la información de todas las pacientes con antecedentes de realizarse BEAR y que luego tuvieron su parto entre Enero de 2008 y Diciembre de 2014. Se excluyeron todas las pacientes cuyo parto no fue atendido en nuestro servicio o que presentaban registros incompletos. Se realizó un análisis estadístico de la muestra, tomando énfasis en la edad gestacional de la resolución del parto, así como el peso promedio del recién nacido.

RESULTADOS:

De un total de 109 pacientes, 64 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión antes descritos. De las pacientes reclutadas, la edad promedio fue de 31,08 años (19-41) con una desviación estándar de 4,99. El promedio de edad gestacional al momento del parto fue de 38+6 semanas (24-41) con una desviación estándar de 2,5 semanas. De las pacientes reclutadas tan solo 6 tuvieron un parto antes de la semana 37 (9,38%). El peso promedio de los recién nacidos fue de 3.433 gramos (490 – 4.544 gramos) con una desviación estándar de 670gramos.

CONCLUSIONES:

Los datos obtenidos muestra un 9,38% de partos prematuros en las pacientes sometidas a BEAR, lo que sería mayor con lo reportado a nivel nacional e internacional (6% aprox). Sin embargo, es necesario realizar estudios randomizados controlados para establecer un efecto causal directo.

SOBREVIDA EN RECURRENTES CANCER CERVICO-UTERINO EN HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERIODO 2003 – 2014.

153

Vigueras A. 1, Hinostriza M. 2 Araneda J. 21 Programa formación en Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras 2 Oncología Ginecológica. Hospital Las Higueras.

Un tercio de las pacientes tratadas por cáncer de Cuello Uterino recurrirá. El pronóstico post falla es pobre, con sobrevida 1 año inferior al 15-20%. Múltiples factores de riesgo se han descrito: tamaño tumoral, tipo histológico, invasión linfovascular (ILV), profundidad de invasión en estroma, y estado linfonodal. El objetivo principal fue conocer sobrevida de pacientes recurrentes y factores clínico-patológicos relacionados con falla.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo, incluye todas las pacientes tratadas y seguidas en oncología ginecológica del Hospital Higueras durante periodo 2003-2014 portadoras de una neoplasia maligna cérvix. Se incluye todas las pacientes con diagnóstico histológico, independiente del tipo y estadio FIGO, primer tratamiento con intención curativa e indicado por comité, y evidencia de respuesta completa a este.

RESULTADOS

292 pacientes ingresadas, 78 excluidas por protocolo y 214 analizadas. 31 recurrencias fueron encontradas (14,4%). La SG desde el fin del tratamiento primario fue de 19,9 meses (3-73). El ILE promedio fue de 12,3 meses (2-58). La sobrevida post recurrencia fue de 7,6 meses (1-33), con SLP de 4,4 meses (1-23). En promedio se realizaron 7 controles por paciente (1-16). En el grupo quirúrgico la SG fue similar al global, con ILE de 8,7 meses (2-20), sobrevida post recurrencia de 10,2 meses (2-23) y SLP de 2,7 meses (0-7). El grupo irradiado presentó mayor SG post tratamiento primario (20,1 meses), con ILE de 12,8 meses y SG post recidiva de 7,23 meses. Sobrevida no se modificó según tratamiento recibido.

CONCLUSIÓN

La falla en cáncer de cuello presenta un pronóstico ominoso independiente del tipo de tratamiento recibido y de otras variables clinicopatológicas.

LEEP DIAGNOSTICO EN UPC HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERIODO 2013 – 2014.

154

Vigueras A. 1, Subiabre F. 21

Programa formación en Ginecología & Obstetricia. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Hospital Las Higueras2 Unidad Patología Cervical. Hospital Las Higueras.

La escisión electro quirúrgica de la unión escamo-columnar como procedimiento diagnóstico es clave en el funcionamiento de una unidad de patología cervical. Una adecuada indicación y correlación cito-colpo-histológica permite un manejo óptimo de la patología pre-invasora del cuello uterino. Es necesario manejar estadísticas propias. El objetivo principal fue conocer el resultado final de LEEP diagnósticos realizados en UPC Hospital las Higueras durante periodo 2013-2014

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo incluye todas las pacientes derivadas a UPC Hospital las Higueras por citología alterada o cuello sospechoso sometidas a LEEP diagnóstico. Se incluyeron todas las pacientes con indicación de LEEP posterior a evaluación por especialista.

RESULTADOS

378 LEEP realizados, 12 (3.2%) por cuello sospechoso y 366 (96.8%) por citología anormal. De este último grupo, 112 (29.6%) fueron por NIE I, 101 (26.7%) por NIE II, 54 (14.3%) por NIE III y 38 (10%) por citología CIS o sospecha de cáncer invasor. El PAP atípico fue indicación en un 16.1 % del total, siendo predominantemente escamoso. No hubo indicaciones por HPV. El 96 % requirió un solo LEEP, y un caso requirió 3 o más. El porcentaje de lesiones de alto grado en histología final para PAP NIE I, NIE II y NIE III fue de 54.7%, 75% y 81.5% respectivamente. No hubo cánceres invasores en NIE I, si en NIE II : 3.1% y NIE III: 15.2%. El grupo de PAP atípicos en conjunto presentó un 44.2 % de lesiones de alto grado y un 4.9% de invasores en pieza quirúrgica. En 222 colposcopias concluyentes, el 63 % presentaba lesión histológica mayor a la colposcópica, y en solo 53 casos fue concordante. De 173 biopsias guiadas por colposcopia, la pieza definitiva por LEEP mostró correlación adecuada en un 59 %.

CONCLUSIONES

LEEP diagnóstico permite estudio exhaustivo de patología cervical preinvasora en un solo procedimiento. Las citologías de alto grado presentan alta correlación histológica y requieren evaluación histológica.

VALOR PREDICTIVO Y CONCORDANCIA DE LOS MÉTODOS DE PESQUISA Y DIAGNÓSTICO DE PATOLOGÍA PREINVASORA: ROL EN LA INDICACIÓN CORRECTA DE TERAPIA EXCISIONAL CON ASA ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP).

155

Hwang D., Pérez MV, Orlandini E., Brañes J., García K., Sáez N., Mayerson D., Cuello M.

Unidad de Oncología Ginecológica, Hospital Clínico U. Católica, Red de Salud UC/Christus. División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el tratamiento de elección para el tratamiento de la patología preinvasora del cuello uterino es la excisión mediante asa electroquirúrgica (LEEP). Alcanzados los bordes libres de lesión, los resultados se aproximan casi al 98 a 99% de éxito en erradicar la lesión. Sin embargo, no infrecuentemente, algunas pacientes con lesiones susceptibles de seguimiento son consideradas como candidatas a tratamiento basado en alguno de los siguientes criterios: confirmación histológica de lesión intraepitelial \geq NIE II, por la presencia de discordancia colpocitohistológica o por la detección de una lesión de bajo grado que se extiende más allá de dos cuadrantes (generando dudas sobre su real naturaleza) o por persistencia o progresión de ella. Algunas de ellas pueden tener compromiso eventual de la fertilidad futura. El objetivo primario del presente estudio fue evaluar el valor predictivo del uso exclusivo o combinado de cada uno de los métodos diagnóstico y el nivel de concordancia entre ellos. Secundariamente, el establecer si la concordancia de dos o más métodos predice de mejor manera la existencia de una lesión \geq NIEII a fin de minimizar los casos de sobre tratamiento.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todas las pacientes sometidas a excisión mediante LEEP en el período comprendido entre 1/2008 y 12/2014. Se construyó base de datos mediante Excel 2011 para variables clínicas de interés (edad, citología, colposcopia y biopsia por cascada y del cono). El análisis estadístico incluyó el cálculo de sensibilidad (S), especificidad (E), VPN, VPP, LR(-), LR (+) para

lesión \geq NIEII usando como Gold Estándar el resultado de la biopsia del cono (o por cascada cuando el cono no mostró lesión y se sospechó la extirpación previa al LEEP). La concordancia se evaluó mediante 'kappa score' y test de simetría de discordancia de Bowker. Se hizo análisis exclusivo o por concordancia (citología sugerente alto grado, colposcopia con lesión de más de 2 cuadrantes, biopsia por cascada con lesión \geq NIEII).

RESULTADOS

En el período de estudio se trataron 269 pacientes con excisión mediante LEEP. La S, E, VPP, VPN, LR(-) y LR (+) para \geq NIEII fueron para citología (pap): 53,5%, 84%, 93,5%, 29,4%, 0,6 y 3,3; para colposcopia (CPX): 46,1%, 64%, 84,7%, 21,5%, 0,8 y 1,3; para biopsia por cascada (Bx): 86,1%, 51,5%, 75,3%, 68,5%, 0,3 y 1,8; para la concordancia pap+CPX: 29,5%, 98%, 98,5%, 24,3%, 0,7 y 14,7; para la concordancia pap+Bx: 50,6%, 86,7%, 86,7%, 50,6%, 0,6 y 3,8; para la concordancia CPX+Bx: 55,4%, 52,6%, 66,9%, 40,5%, 0,8 y 1,2; y para concordancia pap+CPX+Bx: 50,9%, 85,9%, 86%, 50,6%, 0,6 y 3,6. El score de kappa entre pap y CPX fue 0,15 ($p=NS$), pap y Bx: 0,14 ($p<0,0001$), CPX y Bx: 0,1 ($p<0,0001$). La probabilidad de no encontrar una lesión \geq NIEII fue mayor cuando no existía concordancia entre los 3 métodos, que cuando existía concordancia entre dos de ellos o cuando los tres concordaban (53% vs 47,3% vs 12,6%, $p<0,0001$). Esta diferencia se hace más evidente en mujeres <30 años (67,8% vs 33,3 vs 12%, $p<0,0001$).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados avalan que la concordancia entre citología sugerente de LIE de alto grado y lesión a la CPX de dos o más cuadrantes ofrece el mejor valor predictivo y LR (+), independiente de que la discordancia de la Bx por cascada. Más importante aún, en pacientes <30 años debe exigirse la concordancia entre los 3 métodos, para evitar sobre tratamiento, en particular cuando la indicación es una NIEII.

EL CÁNCER DE ENDOMETRIO TIPO ENDOMETRIOIDE TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO AL COMPARARSE CON EL TIPO NO ENDOMETRIOIDE: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA P. UNIVERSIDAD CATÓLICA.

Sáez N, Orlandini E, Hwang D, Pérez Méndez MV, García K, Cuello M, Brañes J. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados, causando un importante impacto en la morbilidad y mortalidad en la salud de la mujer. El 80-90% de los cánceres endometriales son de tipo histológico endometrioide, acarreado en general un buen pronóstico. El resto de los tumores (serosos, células claras, mucinosos, mesonéfricos e indiferenciados) en general presentan un mal pronóstico. En el presente estudio buscamos describir los cánceres de endometrio que se trataron en nuestro hospital en los últimos ocho años y analizar las curvas de supervivencia global al comparar por tipo histológico, etapa FIGO y vía de abordaje quirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio operadas por el equipo de ginecología oncológica en nuestro centro entre noviembre del 2007 y julio 2015. Se revisó la base de datos de protocolos operatorios de la división de Ginecología del Hospital Clínico de la P. Universidad Católica con sus respectivas biopsias diferidas. Además se revisaron las fichas clínicas para evaluar el seguimiento y se acudió al registro civil para detectar a las pacientes fallecidas en el periodo de seguimiento. Se utilizaron curvas de Kaplan-Meier y log Rank test para evaluar diferencias en supervivencias.

RESULTADOS

En el período analizado se operaron 92 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales 43 (46,7%) se operaron por laparotomía, 45 (48,9%) por laparoscopia y 4 (4,4%) por vía vaginal. Setenta y un (77,2%) casos correspondieron a histología endometrioide, de los cuales 81% correspondieron a G1 y G2. Veintiún (22,8%) casos correspondieron a histología no endometrioide. Sesenta y siete (72,8%) de los casos correspondieron a etapa I; 10 (10,8%) casos a etapa II; 12 (13%) casos a etapa III y 3 (3,2%) casos a etapa IV. La mediana de supervivencia para tumores no endometrioide es de 19 meses, mientras que para tumores endometrioide todavía no es alcanzada ($p < 0,01$). Al comparar la supervivencia de los cánceres etapa I versus los etapa II, III y IV no se encontraron diferencias significativas ($p = 0,149$). Tampoco se encontraron diferencias significativas al comparar entre los distintos grados (G1 y G2 versus G3) y las distintas vías de abordaje (laparotomía versus laparoscopia).

CONCLUSIONES

En el cáncer de endometrio, tener histología endometrioide confiere un buen pronóstico de supervivencia, sin importar la vía de abordaje quirúrgico. El no encontrar diferencias significativas entre las distintas etapas FIGO y los distintos grados de diferenciación tumoral se puede deber a un tamaño muestral pequeño, a un sobre diagnóstico de tumores G3 en nuestro centro o a que en registro nacional no se reporta la causa específica de muerte.

RESULTADOS TERAPÉUTICOS DEL MANEJO CON ASA DE EXCISIÓN ELECTROQUIRÚRGICA (LEEP) EN PATOLOGÍA CERVICAL PREINVASORA REALIZADO POR BECADOS BAJO SUPERVISIÓN: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Hwang D, Pérez MV, Orlandini E, Saez N, García K, Brañes J, Cuello M. Unidad de Oncología Ginecológica, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC).

INTRODUCCIÓN

La patología preinvasora constituye una de las causas más comunes de consulta en ginecología y de derivación a las unidades de oncología en Chile. El tratamiento excisional mediante asa de excisión electroquirúrgica (LEEP) es de elección para el manejo de la patología preinvasora, con tasas de curación mayores al 95% cuando se logra la remoción completa de la lesión. Se trata de un método sencillo, de bajo costo y con rápida curva de aprendizaje.

OBJETIVO

Evaluar los resultados del manejo de la patología cervical, en un centro formador (PUC), donde los residentes de especialidad aprenden y efectúan de manera protocolizada el procedimiento excisional bajo supervisión directa de un médico especialista.

MATERIALES

Se reclutaron todas las pacientes sometidas a LEEP en nuestro centro entre 8/2007 y 12/2013. Se identificaron todos los casos en los cuales el procedimiento fue realizado por becado bajo supervisión y aquellos realizados por staff de la unidad. Se construyó una base de datos para variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y de seguimiento mediante Excel 2011 y el análisis estadístico se realizó mediante JMP12. Para el análisis de variables no paramétricas se utilizó Chi Cuadrado. Se excluyeron los casos tratados previamente por patología cervical o con diagnóstico ya confirmado de cáncer de cuello uterino mayor que IA1. En todos los casos se utilizó asa triangular o semicircular, cuyo tamaño se basó en el

tipo de lesión visualizada mediante test de Schiller y usando una fuente de energía programada en Corte 35W y Coagulación 35W, modalidad Blend. En todos los casos se realizó halo de seguridad con electrodo de bolita (50W).

RESULTADOS

En el período de estudio se reclutaron 269 pacientes. De ellas, el 84% de los procedimientos fue realizado por becados. Las indicaciones para LEEP fueron confirmación de lesión de alto grado (\geq NIEII) o discordancia colpocitohistológica en 87,6% de los casos. El resto fue lesión de bajo grado persistente. La edad promedio fue de 37 ± 10 años (mediana 34, moda 32, rango 20-73 años). El porcentaje de conos obtenidos en 1 pieza fue 73,3%. La obtención de conos fragmentados fue significativamente mayor con el uso de asa semicircular (50% vs 23,1%, $p < 0,004$). En 63,2% de los casos el cono confirmó una lesión \geq NIEII. En 4,4% se pesquiso un cáncer invasor (7 de ellos considerados tratados con el procedimiento excisional). El porcentaje de bordes (+) endocervical fue de 13,3%. El resultado terapéutico exitoso fue de 96,9% con un promedio de $52,9 \pm 28$ meses y una mediana de 35 meses de seguimiento. Se registraron 6 persistencias (rango 3-14 meses) y 4 recurrencias (rango 32-81 meses). Hubo 6 complicaciones asociadas al procedimiento (2,7%). Comparados los casos operados por becado o por staff, no hubo diferencias en el porcentaje de persistencia de lesión (3,1 vs 0%; $p = 0,42$).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que es posible enseñar la técnica de procedimiento excisional con asa electroquirúrgica de manera protocolizada, con resultados terapéuticos comparables a la literatura internacional y de manera segura en pacientes con lesiones preinvasoras NIE \geq 2.

BIOPSIA CONTEMPORÁNEA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO: CONCORDANCIA Y CAMBIO DE CONDUCTA, EXPERIENCIA HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

158

Pérez MV.1-2, Mutizabal M.3, Orlandini E.1-2, Sáez N.1-2, Cuello M.1 Puga O.1-2

1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad Oncología Hospital Sótero del Río, Puente Alto, SSMSO. 2División Obstetricia y Ginecología, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Santiago. 3Interna de medicina PUC.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio (CE) es uno de los cánceres ginecológicos más comunes, encontrándose la mayoría de ellos en estadios precoces al diagnóstico. Sin embargo, existe entre un 25 % y 50% que presentaría compromiso ganglionar al realizar una cirugía de etapificación quirúrgica. Este riesgo estaría determinado principalmente por el grado histológico y la penetración miometrial, considerándose de riesgo alto aquellas con grado histológico alto. Existe controversia respecto al manejo quirúrgico óptimo de las pacientes con histologías bien y moderadamente diferenciada, siendo la política de nuestro hospital realizar etapificación quirúrgica completa de acuerdo a las características histológicas de la biopsia contemporánea. El objetivo de este trabajo es evaluar la concordancia entre la biopsia contemporánea y la definitiva en nuestro centro y determinar si su resultado afecta la conducta quirúrgica.

MÉTODOS

Se revisó las fichas clínicas y reportes de anatomía patológica de pacientes con diagnóstico de CE en la Unidad de Oncología Ginecológica del Hospital Dr. Sótero del Río desde el año 2005 al 2010. Fueron analizadas en forma retrospectiva aquellas con diagnóstico histológico prequirúrgico de hiperplasia endometrial, adenocarcinoma endometrioide bien, moderadamente diferenciadas, biopsias de adenocarcinoma endometrioide sin reporte de grado de diferenciación y aquellas pacientes sin diagnóstico prequirúrgico en que se realizó biopsia contemporánea por sospecha clínica.

Se excluyeron aquellas con histología de alto grado de diferenciación e histologías desfavorables. Se realizó análisis estadístico descriptivo y de concordancia usando software JMP12, 2014, SAS.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron 150 pacientes con CE, obteniéndose la información clínica de 110. De ellas, 65 cumplían los criterios de inclusión. El promedio de edad al diagnóstico fue de 59 ± 12 años (rango: 29 a 80 años). 11 no tenían diagnóstico histológico prequirúrgico, 9 presentaban hiperplasia endometrial y 45 adenocarcinoma endometrial. Las biopsias contemporáneas reportaron en 8 pacientes ausencia de patología neoplásica, en 57 se informó adenocarcinoma. De ellas, en 5 no se informó grado histológico y en 6 no se informó penetración miometrial. La biopsia rápida tuvo una concordancia en relación a la biopsia diferida de un 56,9% para el grado histológico (Kappa 0,25, $p=0,0015$), el error en el reporte contemporáneo de grado histológico habría cambiado la conducta en 3 paciente (4,62%). La concordancia para invasión miometrial fue de 66,2% (Kappa 0,4, $p=0,0001$), el error en el reporte contemporáneo de invasión miometrial habría cambiado la conducta en 8 pacientes (12,31%). 6 pacientes fueron subetapificadas (9,2%) y 2 pacientes fueron sometidas a cirugía más extensa sin haberlo necesitado (3%), en el 100% de ellas el cambio de conducta se debió al informe de penetración miometrial. En el 84,6% de los casos donde se informó penetración miometrial profunda su cumplió con los estándares establecidos por el servicio para etapificar. Todas las pacientes subetapificadas se les indicó tratamiento adyuvante.

CONCLUSIONES

La biopsia contemporánea es una herramienta determinante en la etapificación quirúrgica, siendo la invasión miometrial el factor principal. Es importante conocer nuestra concordancia para poder realizar acciones que mejoren nuestra práctica médica.

CITORREDUCCIÓN SECUNDARIA EN CANCER DE OVARIO EPITELIAL: EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD CATOLICA.

159

Pérez MV.1Cuello M.1 Muñoz A.2 Orlandini E1. Hwang D1. Sáez N1. García K. 1 Brañes J.1

1División Obstetricia y Ginecología, Facultad Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile (PUC), Santiago.2Interna de medicina PUC.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de ovario epitelial (COE) es una de las neoplasias ginecológicas más frecuente. A nivel mundial se diagnostican más de 230000 casos anualmente, dando cuenta del 3,6% de los cánceres diagnosticados en mujeres. En Chile ocupa el séptimo lugar en incidencia y causa de defunción en mujeres, observándose en los últimos años un aumento tanto en su incidencia como mortalidad. Es la neoplasia ginecológica más letal, con una sobrevida a 5 años no mayor a un 40%. Esto se debe principalmente a que alrededor del 70% de los casos se diagnostica en estadios avanzados. El manejo estándar es la cirugía con citorreducción óptima seguida de quimioterapia en base a platino. La citorreducción sería beneficiosa debido principalmente a la remoción de grandes volúmenes tumorales que presentan una menor fracción de crecimiento, pobre irrigación y clones resistentes, lo que mejoraría la acción de la quimioterapia. A la vez, esto se asocia tanto a mejoría sintomática como de la respuesta inmune. La mayoría de las pacientes a pesar de lograr una remisión completa recurrirá, principalmente dentro del abdomen. Existen múltiples drogas activas en la recurrencia; sin embargo, el estándar de tratamiento no es claro dado que la citorreducción secundaria – cirugía realizada una vez terminado el tratamiento primario para lograr la remoción completa de la enfermedad- emerge como una opción en pacientes seleccionadas: 1) intervalo libre de enfermedad mayor a 12 meses. 2) Enfermedad reseccable completamente. 3) Respuesta a primera línea de tratamiento. 5) Recurrencia localizada. No existen trabajos randomizados que comparen ambas opciones terapéuticas; sin embargo, múltiples series muestran un beneficio en términos de sobrevida, identificándose como factores pronóstico independientes la enfermedad

residual y el intervalo libre de enfermedad previo a la cirugía. El objetivo de este trabajo es reportar nuestra casuística.

MÉTODOS

Se revisó de manera retrospectiva la ficha médica de pacientes diagnóstico de COE recidivado que fueron sometidas a citorreducción secundaria, obteniéndose información clínica relevante.

RESULTADOS

Hubo 11 pacientes sometidas a citorreducción secundaria. La media de edad al diagnóstico del COE fue de 55 años (40-76 años). El estadio clínico inicial correspondía a etapa I en 5, etapa II en 1 y etapa III en 5. Todas presentaban histología serosa papilar de alto grado. En todas se logró citorreducción primaria óptima que requirió en un caso esplenectomía y en otro caso una resección anterior baja. 9 pacientes recibieron quimioterapia adyuvante en base a platino. La mediana de recurrencia fue de 36 meses (11 a 56 meses). El diagnóstico se realizó en 7 casos por ascenso del Ca 125, en 2 casos por la sintomatología y en los 2 casos restantes por hallazgos imaginológicos. La cirugía de citorreducción secundaria consistió en 3 casos en resección anterior baja, 1 hemicolectomía derecha, 1 pancreatoduodenectomía y los 6 casos restantes requirieron resección de nódulos, peritonectomía y linfadenectomía selectiva. 5 pacientes han recidivado, en un rango que varía entre 9 y 66 meses desde la fecha de la cirugía secundaria. Dos pacientes han fallecidos, a los 102 y 115 meses de seguimiento. La sobrevida global alcanza una mediana de 73 meses.

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados creemos que la citorreducción secundaria es una opción en pacientes seleccionadas. Dado el perfil de estas pacientes, creemos que el Ca 125 es la forma óptima de seguimiento en pacientes con citorreducción óptima, platinos sensibles, eventualmente tributarios de este tratamiento.

DOS CASOS DE MOLA HIDATIDIFORME PARCIAL CON FETO VIVO EN HGGB.

160

Alarcón C, Quiroz V, Vergara M, Heredia F

Facultad de medicina. Universidad de Concepción. HGGB

INTRODUCCIÓN

La mola hidatidiforme es un embarazo que se caracteriza, según la definición clásica de Hertig, por la degeneración hidrópica y el edema del estroma vellositario, la ausencia de vascularización de las vellosidades coriales y la proliferación del epitelio trofoblástico. Se incluye dentro del grupo de las neoplasias trofoblásticas gestacionales y constituye la forma más benigna de este conjunto de alteraciones del trofoblasto.

Entre sus variedades se distinguen la mola completa y la mola parcial, esta última constituye aprox el 30% de los embarazos molares y se caracteriza, a diferencia de la mola completa, por la presencia de un embrión con diferentes anormalidades y que generalmente es inviable.

MÉTODO

Se analizan dos casos clínicos retrospectivamente ocurridos el año 2000 y 2015 del Hospital Guillermo Grant Benavente de embarazos molares parciales de segundo trimestre (22 y 28 semanas respectivamente) con embrión vivo.

RESULTADO

En el primer caso, paciente cursando embarazo de 21 semanas, debuta con preeclampsia severa, dentro de su evolución destaca feto con malformaciones mayores e hidrops, por lo cual se realiza estudio genético, el cual informa triploidía. El embarazo culmina en parto prematuro a las 23 semanas. (fallece a las pocas horas de vida) Dentro de las características anatomopatológicas de la placenta destaca placenta edematosa y engrosada, con degeneración hidrópica de las vellosidades. Diagnóstico final: Mola parcial.

En el segundo caso, primigesta cursando embarazo de 23 semanas, ingresa con diagnóstico de hidrops fetal, cardiopatía, insuficiencia cardiaca, y taquicardia paroxística supraventricular fetal, por lo cual es manejada con digitálicos, con aparente buen resultado a manejo. A las 27 semanas la paciente evoluciona con preeclampsia severa y crisis hipertensiva refractaria a tratamiento médico, por lo cual se decide interrupción. Ecográficamente se observa la presencia de quistes tecaluteínicos asociados a BHCG de 234340 mUi/ml. Dentro de los hallazgos anatomopatológicos de la placenta se pesquiza mola parcial, con feto que fallece a las pocas horas de vida y numerosas malformaciones.

CONCLUSIÓN

El embarazo molar parcial es una rara entidad que se presenta en aproximadamente 1/35000 embarazos, con escasa frecuencia su evolución culmina con un feto vivo. El diagnóstico precoz es muy importante dada las importantes complicaciones para la vida de la madre, por lo cual su presencia siempre debe sospecharse ante la aparición de síndrome hipertensivo de presentación temprana y malformaciones fetales importantes

CORRELACIÓN ENTRE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE 8 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA.

161

Orlandini E, Sáez N, Hwang D, Pérez MV, García K, Cuello M, Brañes J.

Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en los países desarrollados y conlleva una importante morbi-mortalidad para la mujer. La etapificación quirúrgica tiene un rol pronóstico y además sirve como guía para el tratamiento adyuvante. La biopsia intraoperatoria cumple un rol fundamental para seleccionar a las pacientes de mayor riesgo de diseminación ganglionar. El presente estudio busca analizar la correlación respecto a la 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 agosto del 2015. 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 descrito, se operaron 92 pacientes por cáncer de endometrio, de las cuales a 44 se les realizó biopsia intraoperatoria. Las 48 pacientes que no se les realizó biopsia intraoperatoria ya tenían biopsia endometrial previa (aspirativa o legrado), y no se les realizó porque la mayoría 34/48 pacientes pertenecían al grupo de histología de alto riesgo (seroso, células claras, carcinosarcoma o endometroide G3), y el resto tenían sospecha de compromiso extrauterino o la paciente presentaba comorbilidades que no la hacían elegible para 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 82% y 72%, 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 4 (9%) casos. 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 dos mostraron compromiso de cuello del útero y recibió braquiterapia.

CONCLUSIONES

La biopsia intraoperatoria tiene un buen nivel de correlación 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 en solo el 9% de los casos. De esto, se concluye que la biopsia intraoperatoria es una buena herramienta para seleccionar a que pacientes que se les realizará etapificación completa durante la cirugía.

QUIMIOTERAPIA EN CÁNCER DE ENDOMETRIO: REVISIÓN DE CASOS EN 5 AÑOS EN EL HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO.

162

Orlandini E2, Pérez V2, Sáez N1,2, Puga O1.

1 Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río 2 Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados, causando un importante impacto en la morbilidad y mortalidad en la salud de la mujer. A pesar que la gran mayoría se diagnostica en estadio precoz, aproximadamente un 15% de los cáncer endometriales, se presentan con enfermedad avanzada y en ese escenario el uso de quimioterapia ha demostrado ser el tratamiento adyuvante más efectivo. En el siguiente estudio se describe el uso y los resultados del uso de quimioterapia adyuvante en pacientes con cáncer de endometrio avanzado en el Hospital Sótero del Río.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes tratadas con quimioterapia por cáncer de endometrio en el Hospital Sótero del Río entre los años 2005 y 2010. Se revisaron los protocolos operatorios, con sus respectivos informes de biopsia y las fichas clínicas de las pacientes mencionadas.

RESULTADOS

Entre los años 2005 y 2010 se trataron a un total de 110 pacientes con cáncer de endometrio en el Hospital Sótero del Río, de las cuales 27 recibieron quimioterapia. La edad mediana de pacientes tratadas con quimioterapia fue de 62 años (44-78 años). El 85% se presentó como metrorragia y el 85% eran mujeres postmenopáusicas. El tipo histológico más frecuente fue adenocarcinoma endometroide 16/27(59%), luego carcinoma seroso 5/27 (18%), carcinoma células claras 4/27 (14.8%), un caso de adenosarcoma y un caso de adenocarcinoma indiferenciado.

El 74% de las pacientes se clasificaron en estadio III/IV, de las cuales todas recibieron quimioterapia adyuvante posterior a la cirugía. 6 pacientes en estadio I recibieron quimioterapia en contexto de recidivas. De las pacientes en estadio III/IV, se usaron distintos esquemas de quimioterapia adyuvante, siendo el más común doxorubicina/cisplatino en 7/20 pacientes, cisplatino/ciclofosfamida 5/20 pacientes y carboplatino/plaquitaxel 4/20. La mediana de seguimiento fueron 50 meses, reportándose en un 40% de ellas una recidiva. La sobrevida global a 5 años para pacientes en estadio III y IV con uso de quimioterapia adyuvante fue de un 50% y 30% respectivamente.

CONCLUSIONES

Hoy en día, el uso de quimioterapia en pacientes con cáncer de endometrio en etapa III y IV, es el tratamiento de elección. En la serie reportada, los esquemas de quimioterapia fueron diversas, todos basados en platino, y la sobrevida a 5 años ajustada por el estadio clínico es similar a las reportadas por literatura internacional.

CARGA DE ENFERMEDAD SUBYACENTE A UNA CITOLOGÍA CERVICAL ATÍPICA, ANÁLISIS DE 9 AÑOS.

163

Geraldo J, Vergara P, Nuñez A, Mat. Rojas J., Pincheira E, Altamirano R, Rojas L, Suárez E, Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este estudio es conocer la real carga de enfermedad que representa una citología informada como atípica, en la unidad de patología cervical (UPC) del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de las fichas de pacientes derivadas por PAP atípico en cualquiera de sus subdivisiones: segundo PAP informado como células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS), células escamosas atípicas que no excluyen una lesión de alto grado (ASC-H) y células glandulares atípicas (AGC), entre enero del 2006 y diciembre del 2014. Se correlaciona la citología de ingreso y el diagnóstico histológico definitivo en la UPC del HCSBA.

RESULTADOS

Durante los 9 años se estudiaron 4000 citologías positivas, de las cuales 880 fueron catalogadas como atípicas: doble ASCUS 18,2% (n=160), ASC-H 40,4% (n=355) y AGC 41,5% (n=365), lo que corresponde al 22% de los ingresos.

La distribución etaria del grupo estudiado fue de 17 a 76 años con un promedio de 42 años.

En esta muestra se obtuvo 177 pacientes con diagnóstico histológico de NIE II y/o NIE III que representa el 20,1% de los casos y 27 cánceres invasores que corresponde al 3,1% del grupo en estudio, de los cuales 11 fueron cánceres invasores escamosos de Cérvix y 16 Adenocarcinomas (12 de Cérvix y 4 de Endometrio)

CONCLUSIONES

Las citologías informadas como atípicas representan un motivo significativo de consulta en la UPC del HCSBA (22%), y en su conjunto representan un grupo de alto riesgo por la carga de enfermedad subyacente que representan (20,1% de NIE II/III y 3,1% de cáncer invasor).

Llama profundamente la atención que el mayor número de PAP atípicos corresponde al subgrupo Glandulares, más aún que siendo este el grupo que tiene la menor carga de enfermedad. Los reportes hablan que no deberían constituir más de un 5% del total de citologías atípicas y debiesen representar un alto riesgo de NIE II +, AIS e incluso enfermedad invasora.

En relación a los ASC-H la cifra reportada de NIE II + está en el límite superior de lo esperable, sin embargo su número dobla a la de los ASCUS repetidos, lo que difiere claramente de lo publicado.

Estos resultados nos motivaron a hacer un llamado de alerta y solicitar al laboratorio de Citología del HCSBA la revisión de sus conceptos diagnósticos para generar los debidos cambios en el reporte de la información citológica.

LESIONES INTRAEPITELIALES DE ALTO GRADO, ¿CUÁL ES SU CITOLOGÍA DE DERIVACIÓN?, ANÁLISIS DE 9 AÑOS.

164

Geraldo J, Vergara P, Nuñez A, Mat. Rojas J., Pincheira E, Altamirano R, Rojas L, Suárez E, Nazzal O. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

El objetivo de este trabajo es analizar las citologías de derivación de las pacientes en las que se confirma histológicamente una NIE II y/o NIE III en la unidad de patología cervical (UPC) del Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), con el propósito de conocer la carga de enfermedad que subyace en cada uno de los PAP positivos.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de las fichas de pacientes derivadas por PAP positivo, informadas entre enero del 2006 y diciembre del 2014. Se correlacionó la citología de ingreso y el diagnóstico histológico definitivo en la UPC del HCSBA.

RESULTADOS

Durante los 9 años se revisaron los diagnósticos histológicos asociados a 4.000 citologías positivas. Se obtuvieron 1.366 pacientes con diagnóstico histológico de NIE II y/o NIE III.

La distribución etaria del grupo estudiado fue de 19 a 86 años con un promedio de 37 años.

Analizando la citología que originó la derivación un 13,1% (n=179) lo hizo de un PAP atípico en una de sus tres variedades: segundo PAP informado como células escamosas atípicas de significado incierto (ASCUS) 2,2% (n=30), células escamosas atípicas que no excluyen una lesión de alto grado (ASC-H) 9% (n=123) y células glandulares atípicas (AGC) 1,9% (n=26).

Un 17,9% (n=244) lo hace por un PAP NIE I, un 63,7% (n=870) por un PAP NIE II y/o III y el resto por PAP sugerente de invasión.

CONCLUSIONES

Una de cada tres pacientes derivadas a la UPC del HCSBA por un PAP positivo tiene una lesión de alto grado, de las cuales 2/3 son referidas por una citología de alto grado; 1/3 provienen de citologías de menor grado. Esta distribución difiere de lo publicado internacionalmente y dice relación con la estructura de distribución de los PAP + en nuestro laboratorio en donde se reporta una muy baja proporción de ASCUS repetidos y una muy alta de AGC, fenómeno de difícil interpretación. Es necesario que los especialistas que se desempeñan en una UPC, estén en conocimiento de los rendimientos de sus laboratorios, con el fin de evaluar los procedimientos según los riesgos de sus pacientes.

REPORTE DE CIRUGÍAS LAPAROSCÓPICAS EN UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

165

Dinamarca C., Vergara P., Nuñez A. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

INTRODUCCIÓN

Varios estudios demuestran las ventajas que ofrece la cirugía laparoscópica sobre la laparotomía, como por ejemplo, menor tiempo hospitalización, mejor sangrado, mejor recuperación postoperatoria y menos complicaciones menores. En nuestra unidad, centro de formación de médicos, especialistas y subespecialistas, con cerca de 100 pabellones/año, la primera cirugía laparoscópica se realizó el 17 julio del 2012 y ha sido parte de un desarrollo constante en nuestra unidad. El objetivo de este trabajo es describir las cirugías realizadas.

MATERIAL Y MÉTODO

Recopilación de todas las pacientes operadas entre el 17 de Julio 2012 al 31 de diciembre 2014. Se revisaron protocolos operatorios y datos de las pacientes (edad, diagnóstico, tipo de entrada, cirugía realizada, tiempo operatorio, necesidad de conversión a laparotomía abierta, complicaciones y manejo de ellas). Se registraron los datos en planilla Excel, desde donde se analizaron.

RESULTADOS

Se realizaron 57 cirugías laparoscópicas (8 en 2012, 21 en 2013 y 24 en 2014). Exclusión de 2 por datos incompletos. La edad promedio fue 52 años (25 a 87 años). Del total de laparoscopías, 45% fue por patología anexial, 23% endometrial, 10% cuello uterino, 12% por tumor pélvico,

5% por carcinomatosis peritoneal y 1 cirugía por un cáncer de mama metastásico. El punto de entrada más frecuente por punto de palmer (45%) seguido por región umbilical (27%), 12% por técnica abierta en región umbilical y en 6 cirugías no fue descrito. Hubo 2 cirugías que se programaron como laparoscopia y que debieron ser convertidas desde su inicio por falta de instrumental adecuado. Se realizaron 27 hysterectomías totales (4 vía vaginal asistida por laparoscopia), 10 anexectomías, 4 ooforectomías, 4 quistectomías, 3 salpingectomías bilaterales, 1 miomectomía, 5 laparoscopías exploradoras y 1 resección tumor de pared abdominal. El tiempo promedio de las hysterectomías fue de 167 min y 148 min para las HT vaginales asistidas por laparoscopia, 95 minutos en las anexectomías, 101 minutos en las ooforectomías. 87 minutos en quistectomías, 62 minutos en salpingectomías, 75 minutos en la miomectomía, 58 min en laparoscopia exploradora, 60 minutos en la tumorectomía. Se tuvo que convertir 12 cirugías, 3 por síndrome adherencial severo, 3 por falta de instrumental quirúrgico. Hubo solo 3% de complicaciones.

CONCLUSION

Con el tiempo se han realizado un mayor número de cirugías laparoscópicas llegando hasta casi el 25% del total de cirugías al año. Si bien la mayoría fue por patología anexial benigna, también se realizó para tratamientos en cáncer de cérvix uterino y toma de biopsias para diagnóstico histológico. Cabe destacar el tiempo operatorio, que en ocasiones se ve aumentado, por factores externos a la unidad. El porcentaje de conversión es baja destacando la falta de instrumental quirúrgico adecuado. Por último la tasa de complicaciones fue solo de un 3,6% del total de las cirugías realizadas.

MEDICINA REPRODUCTIVA

166

ESTUDIO PILOTO DE RESULTADO DE TRES ESQUEMAS DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON MALA RESPUESTA OVÁRICA (< 4 OVOCITOS EN CICLO ANTERIOR).

Schwarze JE, Villa S, Ortega C, Pommer R., Unidad Medicina Reproductiva Monteblanco

167

CERCLAJE CERVICAL DE MCDONALD, EN EL MANEJO DE LA INCOMPETENCIA CERVICAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. LUIS TISNE BROUSSE.

Barrios R.1; Catalán B.2, Lattus O.2 1Médico en programa formación de especialistas Universidad de Chile. 2Médico Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

168

PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA (FERTIQOL) DE PACIENTES CON INFERTILIDAD EN CHILE

Hitschfeld C, Diaz S, Macaya R, Zeidan RM, Soto E, Manzur A, Miranda V. Unidad de Reproducción Humana, Pontificia Universidad Católica de Chile.

169

PREDICCIÓN DE SEXO DEL RECIÉN NACIDO SEGUN CALENDARIO LUNAR CHINO.

Chong E. 1, Rencoret G. 2, Alvarado F. 1 Haye M.2 1. Becado Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile 2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriaran. Universidad de Chile.

170

RESULTADOS REPRODUCTIVOS EN PACIENTES MENORES DE 42 AÑOS SOMETIDAS A MIOMECTOMIA. EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile.

171

ANALISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS QUIRURGICOS EN PACIENTES SOMETIDAS A MIOMECTOMIA POR VIA ABDOMINAL O POR LAPAROSCOPIA CON MIOMA ≤ 5 CM Y NUMERO MENOR A 3 MIOMAS

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

172

EMBARAZOS EXITOSOS CON USO DE LIPIDOS ENDOVENOSOS EN TRATAMIENTO DE REPRODUCCION ASISTIDA. REPORTE DE CASOS.

Ortega-Hrepich C1, Saavedra P1, Chávez N1, Villa S1, Schwarze JE1, Pommer R1. 1.Clínica Monteblanco, Camino Farellones Km4, Lo Barnechea, Santiago, Chile

173

ONDAS ELECTROMAGNETICAS EN GAMETOS MASCULINOS

Araneda C. H. PhD, Solar C, Cofré V, Mella V Institución: Universidad de Concepción

174

INSEMINACION INTRAUTERINA EN PAREJAS INFÉRTILES DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO

Salgado C.S1, Becerra P.S1, Carrillo J.A1, Ortiz F2, Campos C3, Manríquez C4.- 1 Médicos Residentes Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción 2 Interna de Medicina Universidad de Concepción - 3 Ginecoobstetra, Especialista en Medicina Reproductiva, Universidad de Concepcion. 4 Licenciado en Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Concepcion.

175

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CIRUGÍAS DE INFERTILIDAD POR FACTOR TUBOPERITONEAL EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO

Guajardo U1, Galaz J1, Mellado F1, Correa N1, Mönckeberg M2, Donoso M3, Arraztoa JA3. 1Interno Medicina, Universidad De Los Andes. 2Médico Becado en Ginecología y Obstetricia, Universidad De Los Andes. 1Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad De Los Andes, Hospital Parroquial de San Bernardo.

176

TRATAMIENTO DE FACTOR INMUNOLÓGICO EN PACIENTES CON ABORTO RECURRENTE

Gonzalez C., Teuber R. Clínica Alemana Puerto Varas

177

INDICACIONES Y RESULTADOS TERAPEUTICOS DE LA MIOMECTOMIA ABDOMINAL Y LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

178

EMBARAZO ECTOPICO ABDOMINAL: A PROPOSITO DE UN CASO.

Sepúlveda. A1, Hidalgo. M1, Berrios. C1, Catalán. A2, Leyton. M2. 1 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile 2 Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente

ESTUDIO PILOTO DE RESULTADO DE TRES ESQUEMAS DE ESTIMULACIÓN EN PACIENTES CON MALA RESPUESTA OVÁRICA (< 4 OVOCITOS EN CICLO ANTERIOR).

Schwarze JE, Villa S, Ortega C, Pommer R

Unidad Medicina Reproductiva Monteblanco

INTRODUCCIÓN

Los principales factores pronóstico de los ciclos de FIV son la edad de la mujer y el número de ovocitos recuperados. Se define como una pobre respuesta la recuperación de menos de 4 ovocitos. Se han descrito distintas alternativas para mejorar la respuesta a la hiperestimulación ovárica controlada, como por ejemplo agregar hormona del crecimiento, agregar LH y otros.

En el presente estudio, presentamos nuestra experiencia con tres distintos esquemas para hiperestimulación ovárica controlada en pacientes en las que se haya recuperado < 4 ovocitos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes en las que en un primer ciclo se < 4 ovocitos con una mezcla de FSH recombinante y urinaria, entre el 1 de enero del 2014 y el 30 de junio del 2015. Los esquemas que se analizaron son: a) corifollitropin alfa; b) FSH recombinante diaria; c) uso de combinación de FSH recombinante y urinaria. Se realizó seguimiento ecográfico en cada una de las pacientes, y una vez que uno o dos folículos alcanzaran un diámetro de ≥ 17 mm, se indujo la maduración final ovocitaria. Los ovocitos fueron recuperados mediante aspiración folicular guiada por ultrasonido bajo anestesia, e identificados mediante un microscopio estereoscópico y luego de su denudación se catalogaron mediante la identificación del primer polocito, como maduros (en metafase II) o inmaduros (metafase I o vesícula germinativa). Se presenta la edad como media y desviación estándar; el número de ovocitos como media e intervalo de confianza del 95%, al igual que la diferencia entre la recuperación en el primer ciclo y en el segundo ciclo.

RESULTADOS

Encontramos 13 casos en los que se recuperó ≤ 3 ovocitos en el primer ciclo. En el segundo ciclo 6 pacientes usaron corifollitropin, 2 FSH recombinante y 5 la combinación de FSH recombinante y urinaria. Las pacientes que recibieron FSH recombinante, tendieron a ser mayores que los otros grupo. La media de ovocitos recuperados fue mayor en el grupo que recibió la combinación de FSH recombinante y urinaria ($p=0.346$). Sin embargo, la diferencia de ovocitos recuperados entre el primer y el segundo ciclo de hiperestimulación ovárica controlada no difirió en forma significativa en ninguno de los grupos: corifollitropin : 0.0 (-1.48 a 1.48); FSHr 0.5 (-5.9 a 6.9); FSHr y urinaria: 1.5 (0.58 a 2.41).

CONCLUSIÓN

Nuestro estudio sugiere que el protocolo de hiperestimulación no altera significativamente el número de ovocitos recuperados, por lo que el médico debe usar la alternativa más amistosa para la paciente.

CERCLAJE CERVICAL DE MCDONALD, EN EL MANEJO DE LA INCOMPETENCIA CERVICAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DR. LUIS TISNE BROUSSE.

167

Barrios R.1; Catalán B.2, Lattus O.2

1Médico en programa formación de especialistas Universidad de Chile.

2Médico Ginecología y Obstetricia Hospital Dr. Luis Tisné Brousse

INTRODUCCIÓN

El cerclaje cervical, se utiliza para tratar la incompetencia cervical, consiste en reforzar el cuello uterino con una sutura irreabsorbible. Se reconocen tres indicaciones: el cerclaje profiláctico, cuando existe el antecedente de incompetencia cervical documentada antes de evidenciar cambios del cérvix. El cerclaje terapéutico se indica en casos de acortamiento cervical progresivo en pacientes con riesgo potencial de parto prematuro. El cerclaje de rescate está indicado ante exposición de membranas a través del orificio cervical externo o en vagina.

Objetivos del estudio: Conocer los antecedentes, manejo y resultados perinatales de embarazadas que fueron sometidas a cerclaje cervical en el Hospital Dr Luis Tisné Brousse.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo del total de embarazos que recibieron cerclaje cervical en nuestro hospital, entre el 01 de Enero 2013 y el 30 de junio 2015. La información se obtuvo desde la base de datos de pabellón, y se revisó antecedentes clínicos desde las fichas médicas. Todos los datos obtenidos fueron almacenados en una base de datos excell 2010.

RESULTADOS

Se obtuvo 44 casos de cerclaje, realizados con la técnica de Mac –Donald. Entre los antecedentes obstétricos del grupo general destacan: aborto previo en 30 casos (68%), parto prematuro previo en 20 (45%) y Mortineonato (MNN) en 13(29%). La Edad de gestación

(EG) promedio al parto fue de 35+4 semanas (rango de 19+ 4 semanas y 40+4 semanas), con un peso promedio de recién nacido (RN) de 2842 gr (325 y 4025 gr). Los Partos prematuros < 34 semanas fueron 7 casos (16%). Hubo un MMN y un aborto.

Los cerclajes profiláctico fueron 21 (47%), la cervicometría promedio previa al procedimiento fue de 33 mm. La EG promedio al parto fue de 37+3 semanas, solo hubo 1 paciente con un parto prematuro de 28+4 semanas, el peso de los RN promedio fue de 3196 gr (rango 740-4025grs.) y la vía de resolución del parto fue cesárea en 14 (67%). Se realizaron 14 cerclajes terapéuticos (31%), la cervicometría promedio previo al procedimiento fue de 17 mm. La EG promedio al parto fue de 37+2 semanas, y 11 pacientes tuvieron parto vaginal (78%). Cerclajes de rescate se realizaron en 9 pacientes (21%), entre las 17 y 24 semanas de gestación. Los promedios de EG al realizar el cerclaje, cervicometría inicial y EG al parto fueron de 21 semanas, 4 mm., y 31+3 semanas respectivamente. La mayoría de estas pacientes presentaba exposición de membranas al realizarlo. Solo 2 pacientes (22%) tuvieron parto prematuro antes de las 28 semanas. El peso de los RN estuvo entre los 325- 3600grs, con un promedio de 2035grs. El 78 % de los partos fue vía vaginal.

CONCLUSIONES

El cerclaje cervical es un procedimiento seguro que disminuyó el número de partos prematuros en los casos descritos en nuestra revisión. Constituye una buena alternativa de salvataje en casos de cerclaje de rescate.

PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA (FERTIQOL) DE PACIENTES CON INFERTILIDAD EN CHILE.

168

Hitschfeld C, Diaz S, Macaya R, Zeidan RM, Soto E, Manzur A, Miranda V.

Unidad de Reproducción Humana, Pontificia Universidad Católica de Chile.

INTRODUCCIÓN

La infertilidad tiene un impacto negativo en la salud psicosocial de nuestros pacientes. El cuestionario FertiQol es un instrumento internacional, traducido a 24 idiomas para medir la calidad de vida (Qol) de pacientes con infertilidad compuesto por 24 preguntas sobre salud emocional, mental/física, relacional y dominio social y 10 respecto a tolerancia al tratamiento. A mayor puntaje, mejor es la Qol. Esta medición es inédita en Chile.

OBJETIVOS

Medir la calidad de vida en pacientes chilenos de infertilidad, detectar factores de riesgo en nuestra población y compararla con la Qol de otros países.

MÉTODOS

Pacientes con infertilidad y en tratamiento de baja complejidad en la Unidad de Reproducción Humana de la Pontificia Universidad Católica de Chile, respondieron la encuesta FertiQol en forma anónima y voluntaria en un buzón. Se controló variables clínicas y demográficas previo aprobación del comité de ética. Recibimos 219 encuestas; 196 se encontraban completas. Comparamos nuestros resultados con un estudio realizado en varios países con el mismo instrumento vía buzón y web. El análisis estadístico fue realizado con una prueba de t de student y Man-Whitney, considerando significancia estadística un $p < 0.05$.

RESULTADOS

Analizamos cuestionarios de 140 mujeres y 56 hombres. El principal factor de riesgo fue el sexo femenino. Las mujeres presentan puntajes menores en salud emocional $63,57 \pm SD 16,5$ vs. $75,65 \pm SD 22,43$; mental/física $61,08 \pm SD 22,58$ vs. $74,97 \pm SD 14,88$, social $67,23 \pm$

SD $20,22$ vs. $76,12 \pm SD 15,27$ y respecto a la tolerancia al tratamiento $64,24 \pm SD 22,36$ vs. $81,9 \pm SD 20,63$; reflejado en el puntaje total FertiQol de $68,16 \pm SD$ vs. $76,23 \pm SD 11,78$ ($*P < 0,005$). Una enfermedad de más de 3 años significó en las mujeres una disminución en la escala mental/física $54,33^{**} \pm SD 19,59$ vs. $62,99 \pm SD 23,09$ y social $60,3^{**} \pm SD 20,64$ vs. $69,19 \pm SD 19,76$; con una menor Qol total: $63,37^{**} \pm SD 14,79$ vs. $69,52 \pm SD 15,28$ ($**p < 0.05$). No hubo relación entre Qol y la edad. Un factor protector resultó ser un embarazo previo. Un 37% de las mujeres presentaban infertilidad secundaria y éstas tuvieron una mejor capacidad relacional $82,07 \pm SD 18,88$ vs $75,48 \pm SD 18,67$. Esto también se observó en hombres, disminuyendo el stress al entorno $78,42 \pm SD 18,44$ vs $66,61 \pm SD 21,12$ y dándoles una mejor calidad de vida global de $81,21 \pm SD 10,50$ vs $75,02 \pm SD 11,98$. Al comparar nuestros resultados con los publicados por Boivin J, 2011, observamos que la Qol total fue un 21% mejor en nuestros pacientes, $55,43 \pm SD 14,8$ vs $70,49 \pm SD 15,25$.

CONCLUSIÓN

Siendo la primera medición Chilena, nuestros resultados son mejores a indicadores descritos en otros países y observándose el mismo patrón con respecto al género, paridad, duración de la enfermedad que en otras poblaciones; lo que demuestra la aplicabilidad de la encuesta en Chile. Nuestros resultados son mejores por ser pacientes solo de baja complejidad y con una mayor proporción de varones. Nuestros pacientes tienen una menor Qol en distintos ámbitos de su salud psicosocial, especialmente las nuligestas, con >3 años de infertilidad, independiente de su edad, lo que coincide con ser las de peor pronóstico reproductivo. Esperábamos una asociación con la edad, sin embargo, es posible que esto se deba al diseño con rangos etarios. Existen escasos reportes en baja complejidad y más aún con respecto a los hombres, que también se vieron validados frente al entorno con un embarazo.

Human Reproduction, vol 26, N°8 pp 2084-291,2011; J. Boivin et al.

PREDICCIÓN DE SEXO DEL RECIÉN NACIDO SEGUN CALENDARIO LUNAR CHINO.

Chong E. 1, Rencoret G. 2, Alvarado F. 1 Haye M.2

1. Becado Ginecología y Obstetricia Hospital Clínico San Borja Arriarán. Universidad de Chile

2. Gineco-obstetra, especialista en UMMF, Hospital Clínico San Borja Arriaran. Universidad de Chile.

INTRODUCCION

El calendario chino fue creado hace 700 años en este país, para predecir sexo fetal de la embarazada. Este se rige por las fases de la luna y establece que cada mes empieza cuando hay luna llena. Utiliza el mes de concepción y edad lunar de la madre para establecer el sexo. Actualmente en el mundo muchas personas utilizan este método, sin embargo existen pocos estudios científicos que avalen su exactitud. Calculamos la capacidad de predicción del sexo fetal por este método.

MATERIALES Y METODOS

Se obtuvo 5982 datos de embarazos únicos desde programa ASTRAIA que se encontraban en control ecográfico entre el año 2010 al 2014, en unidad materno fetal del HCSBA. Se utilizó fecha de última regla, fecha de nacimiento de la madre y sexo del recién nacido para calcular mes de concepción y edad lunar de la madre. Posteriormente se calculó factor kappa y porcentaje de concordancia entre el sexo del recién nacido y sexo según calendario chino.

RESULTADOS

Se obtuvo un total de 5982 nacimientos. Se comparó el sexo de cada recién nacido con el predicho por el calendario lunar chino. Se obtuvo un 49.8% de concordancia entre ambos. El factor kappa fue de -0.003.

CONCLUSION

El calendario chino, no sería buen predictor de sexo fetal y la concordancia observada es la que se espera a causa exclusivamente del azar.

RESULTADOS REPRODUCTIVOS EN PACIENTES MENORES DE 42 AÑOS SOMETIDAS A MIOMECTOMIA. EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.

170

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Tal vez la principal indicación de miomectomía, independiente de la vía de abordaje, en pacientes con miomas sintomáticos, es el deseo de preservar la fertilidad. La mayoría de las estrategias alternativas de tratamiento médico buscan reducir el tamaño del mioma (ej. agonistas GNRH o ulipristal) previo a la cirugía o evitar la cirugía (ej. embolización o uso de radiofrecuencia guiada por ultrasonografía) en cuyo caso limitan o contraindican la posibilidad de embarazo posterior. A la fecha, no existen trabajos nacionales que revisen los resultados reproductivos de pacientes sometidas a miomectomía. El objetivo de este trabajo fue revisar las indicaciones, la vía de abordaje y los resultados reproductivos en pacientes ≤ 42 años con deseo de paridad futura.

MÉTODOS

Se reclutaron las pacientes sometidas a miomectomía en nuestra institución entre 1/2008 y 12/2014. Se incluyeron todas las pacientes, independiente de la indicación quirúrgica o vía de abordaje, con o sin paridad previa, quienes manifestaron la intención de embarazo futuro al momento de indicarse la cirugía. Se excluyeron pacientes que hubiesen sido sometidas a miomectomía previa, que hubiesen recibido tto. médico y aquellas que tuviesen historia de infertilidad. Se construyó una base de datos para variables clínicas, quirúrgicas y reproductivas en Excel 2011 y el análisis estadístico se efectuó con JMP12. Se utilizaron los test de Chi Cuadrado, T-test o ANOVA (método de Dunnet) según correspondiera. Se construyeron curvas de seguimiento para embarazo.

RESULTADOS

En el período de estudio 230 mujeres fueron sometidas a miomectomía. De ellas 211 eran ≤ 42 años. 74,5% eran nuligestas. 65 de ellas (30,8%) no deseaban embarazarse

al momento del diagnóstico y sólo deseaban tratar el síntoma y preservar su útero (Grupo I). 84 (39,8%) no se pronunciaron sobre querer o no tener hijos una vez tratadas (Grupo II). El resto, 62 mujeres (29,4%) manifestaron el deseo de embarazo en los próximos dos años (Grupo III). La edad promedio fue $34,7 \pm 4,6$ años (mediana: 35, rango: 20-42 años). La edad promedio fue menor en los grupos III y II comparado al grupo I, siendo significativa entre el grupo III y I ($33,6 \pm 5 \pm 35,7 \pm 4,6$ años, $p < 0,02$). La nuliparidad fue menor en los grupos III y II comparado al grupo I (74,2% vs 74,4% vs 89,1%, $p < 0,05$). La principal indicación de cirugía (sangrado uterino anormal) fue menos común en el grupo III comparado a los grupos II y I (43,6% vs 63,1% vs 64,6%, $p < 0,03$). El tamaño promedio del mioma fue $6,9 \pm 3,3$ cm (rango: 0,5-20,5 cm), sin diferencias significativas entre grupos. El n° promedio de miomas fue de $3 \pm 3,8$ (mediana: 2, rango: 1-27 miomas). La vía de abordaje fue similar entre grupos, 79,2% por vía abierta ($n=167$), el resto ($n=44$) por vía laparoscópica. Sólo en 23 casos (10,9%) el mioma comprometía la cavidad o se ubicaba en relación a los cuernos. A la fecha se han reportado 51 embarazos (77,4%) en las pacientes con deseo de embarazo que continuaron su control en nuestro centro ($n=62$). La mayoría de ellos espontáneos. Dicho porcentaje disminuye en el peor escenario a 34,9% si se incluye como no embarazadas todas las pacientes del grupo II y III sin seguimiento y aumenta a 85,2%, si todas ellas se hubiesen embarazado. La mediana de tiempo al embarazo se ubicó en los 22 meses. En el grupo III, se observó además una tendencia a lograr embarazo antes en el grupo operado por LPX (mediana 15,2 vs 24,3 meses, log Rank $p=0,14$). No se observaron diferencias en porcentaje de embarazos entre miomas $< 0 > 5$ cm ó número de miomas $\leq 0 > 3$ miomas en este grupo. Todos los partos han sido por cesárea considerando el compromiso transmural o múltiples incisiones en la mayoría de los casos.

CONCLUSIONES

Nuestros resultados demuestran que la miomectomía ofrece buenas expectativas reproductivas en pacientes menores de 42 años que desean paridad futura independiente del tamaño, número de miomas y vía de abordaje.

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

Con la incorporación de la laparoscopia a la cirugía ginecológica una de las indicaciones discutibles para su uso ha sido en la miomectomía. Existe discrepancia entre los autores y uno de los argumentos que se esgrime es la disparidad de entrenamiento para ambas vías. Análisis comparativos entre la vía laparoscópica y abierta son difíciles considerando el tamaño, localización y número de los miomas. En la actualidad se privilegia la vía abierta cuando los miomas son mayores de 5 cm o superan en 3 su número. Así también se discute su indicación en aquellos casos de localización transmural, en particular aquellos que comprometen la cavidad. El objetivo del presente trabajo fue comparar los resultados quirúrgicos entre ambas vías en pacientes que cumplían el criterio de miomectomía por vía laparoscópica y operados por cirujanos entrenados en el abordaje de cada técnica.

MÉTODOS

Se reclutaron todas las pacientes sometidas a miomectomía en el período comprendido entre Enero del 2008 y Diciembre del 2014. Se construyó una base de datos usando Excel 2011 para variables clínicas y quirúrgicas. El análisis estadístico se hizo mediante JMP 12. Se compararon las indicaciones quirúrgicas, la localización de los miomas, el tiempo quirúrgico, estadía hospitalaria, necesidad de transfusión y complicaciones. Para el análisis se usaron los test de Chi Cuadrado o T-Test según correspondiera. Criterios de inclusión fueron: mioma menor de 5 cm y en número menor o igual a 3 y cirujano entrenado en la técnica específica. Se excluyeron los casos de localización predominante intracavitaria, con indicación de resección vía histeroscopia.

RESULTADOS

En el período de estudio se operaron un total de 230 miomectomías, 185 por vía abdominal (LPA) y 45 por vía laparoscópica (LPX). De ellas cumplieron el criterio de inclusión 60 pacientes. La edad promedio de ellas fue $34,7 \pm 5,2$ años (mediana: 35, rango: 20 a 45 años). La indicación principal de cirugía fue sangrado uterino anormal, con o sin dolor asociado, siendo más frecuente en las pacientes abordadas por vía abierta (LPA 67,6% vs 32,4%, $p < 0,04$). La vía de abordaje fue por LPA en 56,7% ($n=34$) y LPX en 43,3% restante ($n=26$). Pese a ser todos menores de 5 cm, el rango de tamaño del mioma tendió a ser mayor en el grupo operado vía abierta (LPA $4,1 \pm 1,8$ cm [IC 95%: 3,8-5] vs $3,5 \pm 2,1$ cm [IC 95%: 3,1-3,9], $p < 0,03$). En cuanto al número promedio de miomas no hubo diferencias significativas (LPA $1,5 \pm 0,1$ vs LPX $1,4 \pm 0,1$, $p=NS$). La localización anterior/fúndica fue similar entre ambas vías (LPA 54,6% vs 61,5%, $p=NS$). En cambio la profundidad transmural fue más común en la vía abierta (71,8% vs 28,2%, $p < 0,002$). El tiempo operatorio fue significativamente menor para el grupo sometido a miomectomía por vía abierta (LPA $60,1 \pm 6,5$ min [IC 95%: 45-73,2] vs LPX $110,6 \pm 7,5$ min [IC 95%: 95,6-125,6], $p < 0,0001$). No hubo diferencias significativas en el porcentaje de complicaciones intraop. (LPA 5,9% vs 0%, $p=NS$) o postop. (LPA 8,8% vs 3,9%, $p=NS$). En 1 paciente abordada por LPX fue necesaria la conversión a LPA (un mioma único, anterior, 4,5 cm, intramural) donde la resección fue difícil y no se logró adecuada hemostasia. No hubo diferencias en los requerimientos de transfusión postoperatoria. (LPA 5,9% vs 3,9%, $p=NS$). La estadía hospitalaria fue similar entre ambos grupos (LPA $2,3 \pm 0,1$ vs $2,2 \pm 0,1$ días, $p=NS$). La remisión del síntoma que motivó la cirugía fue similar en ambos grupos (LPA 91,2% vs 96,2%, $p=NS$).

CONCLUSIONES

Nuestros resultados sugieren que con cirujanos entrenados en miomectomía, la vía de abordaje abierta es la elección aún en casos considerados para abordaje laparoscópico.

EMBARAZOS EXITOSOS CON USO DE LÍPIDOS ENDOVENOSOS EN TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA. REPORTE DE CASOS.

172

Ortega-Hrepich C1, Saavedra P1, Chávez N1, Villa S1, Schwarze JE1, Pommer R1.

1. Clínica Monteblanco, Camino Farellones Km4, Lo Barnechea, Santiago, Chile

INTRODUCCIÓN

Niveles preconceptionales elevados de células natural killers (NK) han sido asociados a pérdida recurrente del embarazo con embriones cromosómicamente normales. Reportamos tres casos de pacientes quienes se realizaron tratamiento de reproducción asistida y lograron un parto con recién nacido sano al disminuir los niveles de NK posterior a la administración de lípidos endovenosos.

MÉTODOS

Tres mujeres con niveles séricos preconceptionales de NK tipo CD16 y CD56 >12% recibieron infusiones de lípidos al 20% endovenosos. Se realizaron mediciones periódicas de NK séricas evaluadas por medio de citometría de flujo. La transferencia embrionaria se realizó al disminuir los niveles séricos de NK.

RESULTADOS

A tres mujeres de 32 años, 34 años y 40 años con antecedentes de una mala historia obstétrica y niveles preconceptionales de NK CD16 y CD56 de 20,4%, 13,8% y 21,1% respectivamente se les administró lípidos endovenosos. A dos de las tres pacientes se les administró una única dosis de lípidos endovenosos, con lo cual los niveles de NK disminuyeron a 16,2% y 11,4% respectivamente. La tercera paciente recibió tres dosis lípidos endovenosos, disminuyendo los niveles séricos de NK a 12,1%. Con estos valores se realizó una transferencia embrionaria con prueba de embarazo positiva y parto con recién nacido sano en los tres casos.

DISCUSIÓN

Estudios previos han demostrado que una solución de lípidos endovenosos disminuye los valores de NK. El mecanismo de acción exacto de los lípidos endovenosos sobre el sistema inmune es aún desconocido. Pero se cree que los ácidos grasos contenidos en la emulsión servirían como ligandos de los receptores activados por los proliferadores de peroxisomas. En este reporte de casos, las tres pacientes lograron un parto con recién nacido sano posterior al tratamiento con lípidos endovenosos. Si bien no podemos atribuir totalmente el éxito del tratamiento de fecundación in vitro (FIV) en estas pacientes al uso endovenoso de lípidos, creemos que la disminución en los valores séricos de NK disminuyó el riesgo de aborto en estas pacientes. Actualmente, no se recomienda la medición rutinaria de niveles séricos de NK.

CONCLUSIÓN

Nuestra experiencia muestra que en tres pacientes con niveles preconceptionales alterados de NK con mala historia obstétrica, el uso de lípidos endovenosos se asoció a un tratamiento exitoso de FIV. Queda por demostrar si estos cambios se observan en estudios clínicos aleatorizados.

Autores: Araneda C. H. PhD, Solar C, Cofré V, Mella V

Institución: Universidad de Concepción

INTRODUCCIÓN

Durante las dos últimas décadas se ha producido un aumento significativo del uso de teléfonos móviles en todo el mundo. Los celulares emiten radiación electromagnética, que es absorbida por el cuerpo humano.

Existe una creciente preocupación sobre los posibles efectos negativos de la radiación electromagnética emitida por estas herramientas de comunicación, sobre la fertilidad masculina. Se postula que éstos, pueden alterar la función testicular y / o parámetros espermáticos.

OBJETIVO

Evaluar cambios en algunos parámetros del líquido seminal expuestos a ondas electromagnéticas emitidas por celulares.

MÉTODO

Se realizó un estudio caso- control de tipo experimental, aleatorizado, que incluyó a 24 muestras de semen provenientes de igual número de pacientes voluntarios, con un promedio de edad de 27.2 años, pertenecientes al Policlínico de Infertilidad del Hospital Guillermo Gran Benavente de Concepción. Por cada muestra de semen, se obtuvo 2 alícuotas (expuesta y control). El grupo control se mantuvo en un sistema cerrado, libre de radiación, pero en iguales condiciones ambientales.

Mientras que el grupo en estudio, fue sometido a un baño de radiación electromagnética generado por un teléfono celular por 30 minutos (Modelo XPIRIA). Inmediatamente después del experimento, las muestras fueron sometidas al examen de rutina del líquido seminal en el laboratorio de Medicina Perinatal, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Algunas alícuotas de las muestras, también fueron llevadas al Laboratorio de microscopía electrónica para su proceso y captura de imágenes por microscopía electrónica de transmisión. Esto se realizó durante el año 2014.

RESULTADOS

En relación a la motilidad espermática promedio a los 30 minutos de exposición, se observó que en el grupo expuesto, la motilidad fue de 46% versus un 54%, del grupo control.

En cuanto a la vitalidad espermática, luego de 30 minutos de exposición; el grupo expuesto fue del 27%, versus un 63% del grupo control.

A la observación por microscopía electrónica, se destaca alteraciones a nivel de ultra estructuras, específicamente solución de continuidad en las membranas, en grupo expuesto.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación, podemos concluir que la radiación electromagnética emitida por teléfonos celulares, tiene un efecto negativo sobre la motilidad, vitalidad y calidad de la membrana plasmática de los gametos masculinos.

INSEMINACION INTRAUTERINA EN PAREJAS INFÉRTILES DEL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN: UN ESTUDIO RETROSPECTIVO.

174

Salgado C.S1, Becerra P.S1, Carrillo J.A1, Ortiz F2, Campos C3, Manríquez C4.

1 Médicos Residentes Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción

2 Interna de Medicina Universidad de Concepción

3 Ginecoobstetra, Especialista en Medicina Reproductiva, Universidad de Concepcion.

4 Licenciado en Estadística, Facultad de Medicina, Universidad de Concepcion.

INTRODUCCION

La Inseminación Intrauterina (IIU) es una técnica de fertilidad de baja complejidad. En la actualidad las dos principales indicaciones para la IIU son el factor masculino leve y la infertilidad de causa desconocida (ICD). Para optimizar los resultados de la IIU se recomienda practicar el procedimiento en ciclos con estimulación ovárica leve y controlada, y se gatille la ovulación con hormona gonadotrofina coriónica. (hCG). Las tasas de embarazo por ciclo reportadas en distintas partes del mundo usualmente varían entre 7% y 22%. El objetivo de este estudio es caracterizar los resultados de las inseminaciones intrauterinas en el Hospital Regional de Concepción, y determinar la tasa de éxito de embarazo clínico.

METODOS

Estudio Observacional Retrospectivo de las parejas en control en policlínico de fertilidad del Hospital Guillermo Grant Benavente que fueron sometidas a tratamiento de IIU entre los años 2013-2015. Los datos fueron recolectados a través de la revisión de fichas clínicas, espermigramas, registro de seguimientos foliculares y llamados telefónicos; siendo registrados en una planilla Excel y analizados en el software estadístico SPSS V.19.

RESULTADOS

Se estudiaron un total de 216 ciclos de IIU en 94 parejas. En promedio, cada pareja se sometió a 2,3 ciclos de IIU (rango, 1-5). La causa de infertilidad fue femenina en 60,6% de los casos, sólo masculina en 8,5%, y mixta en el 18,1% de los casos. En 12,8% presentó ICD. Las causas femeninas se desglosaron: anovulación (39,18%), factor tuboperitoneal (24,3%); endometriosis pélvica (13,5%), malformaciones mullerianas (10,8%), factor etareo (8,1%) y causa cervical (4%). Al inicio del tratamiento, la media de edad de la mujer fue 32,5 (rango 21-42) con un promedio de años de infertilidad de 4,31 (rango de 1 - 15 años); el 56% de las pacientes tenía infertilidad primaria. El recuento promedio de espermios móviles (REM) previo a la IIU fue de 10,66 millones para todas las pacientes, y de 14,75 millones para las que lograron embarazo clínico (rango de 0,4 - 38 millones). La inducción se gatillo con un sólo folículo >16 mm en el 75% de las pacientes que se embarazaron y con 2 en el resto. Para los ciclos de IIU se utilizaron como inductores de ovulación letrozol (44,4%), FSHr (36,1%) y Citrato de Clomifeno (16,2%), dando lugar a 28 embarazos clínicos (29,7%), con una tasa de 12,9% por ciclo; de éstos el 39,2% ocurrió en el primer ciclo, un 17,8% en el segundo ciclo, y el 32,1 % en el tercer ciclo; ocurriendo sólo un embarazo en el 4to ciclo y ninguno en el 5to. De los embarazos 3 finalizaron en aborto (10,7%), no hubo embarazos ectópicos, ni múltiples; y los recién nacidos no presentaron malformaciones.

CONCLUSION

La inseminación intrauterina con estimulación ovárica leve y controlada es un procedimiento seguro y efectivo. En nuestra población la tasa de embarazo fue de un 29,7% con una tasa promedio de 12,9% por ciclo, lo que se asemeja a datos publicados en la literatura.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE CIRUGÍAS DE INFERTILIDAD POR FACTOR TUBOPERITONEAL EN HOSPITAL PARROQUIAL DE SAN BERNARDO.

175

Guajardo U1, Galaz J1, Mellado F1, Correa N1, Mönckeberg M2, Donoso M3, Arraztoa JA3.

1Interno Medicina, Universidad De Los Andes. 2Médico Becado en Ginecología y Obstetricia, Universidad De Los Andes. 1Médico Especialista en Ginecología y Obstetricia, Universidad De Los Andes, Hospital Parroquial de San Bernardo.

INTRODUCCIÓN

Se define Infertilidad como la incapacidad de lograr un embarazo durante 12 meses o más teniendo relaciones sexuales no protegidas. Ésta puede ser primaria, si nunca ha logrado un embarazo o secundaria si tiene hijos previos. Afecta aproximadamente a un 10-15% de las parejas y de ellas un 40-45% afecta a mujeres, un 30-35% hombres y un 20-30% a ambos miembros de la pareja, variando estos porcentajes a medida que aumenta la edad. Clásicamente las etiologías se dividen en factor endocrino-gonadal, factor tuboperitoneal (FTP) y factor masculino. Hasta un 30% de los casos de infertilidad se deben a obstrucción parcial o total de las tubas uterinas ya sea asociadas o no a un síndrome adherencial. Una de las formas utilizadas para resolver esta causa es quirúrgicamente. En este trabajo queremos describir las cirugías de infertilidad por FTP realizadas por el equipo de Infertilidad del Hospital Parroquial de San Bernardo.

OBJETIVO

Describir las cirugías de infertilidad por factor tuboperitoneal (FTP) en el Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) y analizar sus resultados.

METODOLOGÍA

Se revisaron los registros clínicos de las pacientes operadas por infertilidad debido a FTP en el HPSB durante los años 2006 al 2014, haciendo un seguimiento de fertilidad posterior a la cirugía. Para esto se revisaron las atenciones ambulatorias, los protocolos quirúrgicos y mediante contacto telefónico para obtener los datos necesarios

RESULTADOS

Durante este periodo se realizaron 82 cirugías por FTP. El promedio de edad de las pacientes fue de 35 años. De ellas un 73.8% presentaban Infertilidad Secundaria y un 26.2% Infertilidad Primaria. Un 47.5% fueron cirugías por FTP, un 37.8% Recanalización Tubaria post esterilización quirúrgica y un 14.6% por endometriosis. La técnica quirúrgica utilizada fue 86.5% laparoscopia, 9.7% Laparotomía y 3.6% laparotomía con retractor elástico abdominal. El tiempo operatorio promedio fue 2 hrs y 20 minutos. Un 18.2% de nuestras pacientes se operan antes de los 30 años, un 66.6% entre los 30 y 40 años y un 15% sobre los 40 años. De todas las pacientes operadas, 60 tenían un seguimiento completo posterior a la cirugía. En ellas la tasa global de embarazo fue un 35%. De estas pacientes que lograron embarazarse un 29.6% obtuvo un Recién Nacido Vivo (RNV), un 40.6% abortó y un 29.6% tuvo un embarazo ectópico. La tasa global de RNV fue de un 13.3%. Al evaluarlas por tramos de edad, las que tenían entre 20 y 25 años lograron un 100 % de embarazo con 100% de RNV; entre los 25 y 30 años 60% logró un embarazo, con 33.3% de RNV, 33.3% fue embarazo ectópico y 33.3% abortó; entre los 30 y 35 un 31.5% logró embarazarse con un 33.3% de RNV, 50% fueron embarazo ectópico y 16.7% abortó; entre los 35 y 40 años un 38% se embarazó con 25% de RNV, 25% fueron embarazo ectópico y 50% abortaron; entre los 40 y 45 años un 25% logró un embarazo siendo un 50% ectópico y un 50% aborto, por lo que no se obtuvieron RNV. Hubo una paciente mayor de 45 años que tuvo 3 embarazos todos los cuales terminaron en aborto espontáneo. No obtuvimos RNV en pacientes mayores de 36 años de edad.

CONCLUSIONES

El factor tuboperitoneal sigue siendo una causa importante de infertilidad que puede ser corregida quirúrgicamente. La edad es claramente un factor preponderante a la hora de plantear una cirugía dado la relación inversamente proporcional entre esta y la tasa de éxito. Es importante destacar que un número importante de pacientes con infertilidad secundaria a esterilización quirúrgica solicitan cirugía de recanalización tubaria por distintas razones, lo que evidentemente afecta nuestra tasa de éxito.

TRATAMIENTO DE FACTOR INMUNOLÓGICO EN PACIENTES CON ABORTO RECURRENTE.

176

Gonzalez C., Teuber R. Clínica Alemana Puerto Varas

INTRODUCCIÓN

El aborto recurrente tiene una incidencia del 1%. Dentro de sus principales causas están malformaciones mullerianas, trombofilias y alteraciones cromosómicas de los progenitores. Excluidas estas causas y algunas endocrinas (hiper/hipotiroidismo, hiperprolactinemia, diabetes/insulino resistencia) queda un porcentaje de abortos recurrentes “idiopáticos”. En parte de esos “idiopáticos” se ha logrado demostrar respuesta inmunológica alterada, sobre todo con sobre expansión de recuento de linfocitos Natural Killer. El objetivo de nuestro estudio es evaluar la eficacia de la terapia contra el factor inmunológico.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo. Se incluyeron en el estudio pacientes con al menos 3 abortos consecutivos de primer trimestre, con estudio normal de cavidad uterina, trombofilias, cariotipo de los progenitores, TSH, PRL, TTG e IPC (insulina post carga). Dentro del tratamiento se incluyó: prednisona 5 mg/día VO (ajustando dosis semanalmente con incrementos de 2,5 mg/día) que se inicia el día 1 del ciclo y se mantiene hasta las 14 semanas al igual que el Ácido Fólico 5mg/día, y Progesterona micronizada 400 mg/día VV mas AAS 100 mg/día VO desde la ovulación hasta las 14 semanas. Además se realizó ecografía semanal hasta las 10 semanas.

RESULTADOS

Se incluyeron 11 pacientes con los criterios de selección mencionados enroladas entre los años 2012 y 2015. La edad promedio fue de 35 años (rango 32-39), con un IMC promedio de 26,8 (rango 24-32) y un promedio de abortos de primer trimestre de 3.22 (rango 3-4). 9 pacientes (81%) logran embarazo. El promedio de ciclos para lograr embarazo fue de 1.56 (rango 1-3). El 55% lo consigue en ciclo Natural con Actividad sexual dirigida (5 pacientes), el 22,5% con IIU (2 pacientes) y el 22,5 % restante con FIV (2 pacientes). De las 9 embarazadas, 7 llegaron a término, 1 está en embarazo de III trimestre y 1 tuvo un aborto bioquímico.

CONCLUSIONES

Si bien el tratamiento inmunológico propuesto es empírico y se cubren otras variantes no evaluadas dirigidamente en este estudio (insuficiencia de cuerpo luteo y Stress materno), creemos que esta observación puede servir para desarrollar trabajos con mayor significancia estadística, ya que ofrece un tratamiento efectivo (78% de embarazo de término), eficaz (100% antes de 2 meses), económico, sin efectos secundarios y de fácil posología.

INDICACIONES Y RESULTADOS TERAPEUTICOS DE LA MIOMECTOMIA ABDOMINAL Y LAPAROSCOPICA: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE.

177

Avilés R1., Durruty G1., Elorrieta V2., Bennett JT2., Celle C1., Zamboni, M.1, Pomés, C1., Cuello M1. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Interno Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN

El perfil laboral y educacional actual de la mujer chilena se asocia a un n° menor de hijos y a una paridad más tardía. Ello ha determinado una mayor asociación de patología ginecológica con indicación quirúrgica en mujeres con deseos de fertilidad. Dentro de dichas patologías se encuentra el mioma uterino, causa frecuente de histerectomía. Distintas opciones se han propuesto para el tratamiento del mioma sintomático. Dentro de ellas, la más clásica, es la miomectomía realizada ya sea por vía abierta (LPA) o por vía endoscópica (LPX). El objetivo del presente trabajo es evaluar sus indicaciones, los resultados quirúrgicos y remisión de síntomas que motivaron la cirugía al cabo de 6 meses de realizada la intervención. Así también comparar los resultados obtenidos con la vía abierta o laparoscópica en términos de selección de pacientes candidatas (por tamaño o número) y variables quirúrgicas.

MÉTODOS

Se reclutaron todas las pacientes que fueron operadas en nuestra institución entre los años 2008 y 2014. Sólo se incluyeron pacientes que contaran con un tiempo desde realizada la cirugía superior a 6 meses. Se construyó una base de datos para variables clínicas (edad, motivo de la cirugía, tamaño y número de miomas, entre otras), quirúrgicas (vía de abordaje, tipo de incisión, tiempo operatorio, complicaciones intra y postop.) y seguimiento clínico usando Excel 2011. El análisis estadístico se realizó mediante el JMP12. Para análisis se utilizaron los test de Chi cuadrado, t-test o ANOVA según correspondiera.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se operaron un total de 230 pacientes. La edad promedio fue de $35,5 \pm 5$ años

(mediana: 35, moda: 35, rango: 28-48, IC 95%: 34,8-36-1 años). El 74,4% (n=169) era nuligesta y 78,4% (n=178) nulípara al diagnóstico. Los principales motivo de consulta y de cirugía fue sangrado uterino anormal abundante exclusivo (42,2%), asociado a dismenorrea (16,1%) y dolor pelviano (16,1%). En 9,6% el diagnóstico fue por hallazgo, 5,6% por tamaño, 7% como parte del estudio reproductivo. En 80,4% de los casos la miomectomía fue realizada por LPA, el resto por LPX. El tamaño y número promedio de los miomas fueron significativamente mayores en aquellas pacientes en que se optó por la LPA (tamaño $7,4 \pm 3,3$ vs $5 \pm 2,3$ cm, $p < 0,0001$; número $3,4 \pm 0,3$ vs $1,6 \pm 0,6$, $p < 0,001$). Pese a ello el tiempo operatorio fue menor por LPA ($78,4 \pm 3$ vs $110,6 \pm 6$ min, $p < 0,0001$). El porcentaje de complicaciones intraop. fue similar entre ambas vías de abordaje (LPA 7,6% vs LPX 4,4%, $p = NS$). Se registró 1 lesión vesical en una paciente abordada por LPA (0,5%). El ingreso a la cavidad endometrial fue más común en LPA pero sin alcanzar diferencia significativa (7% vs 2,2%, $p = NS$). La tasa de conversión a LPA fue de 8,9% (todas LPX con mioma único > 4 cm, intra o transmural). La estadía postoperatoria. fue significativamente menor en las pacientes abordadas por LPX ($2,1 \pm 0,7$ [IC 95%, 1,9-2,35] vs $2,7 \pm 1$ [IC 95%, 2,5-2,8], $p < 0,0007$). El porcentaje de complicaciones postoperatorias fue mayor por LPA (LPA 11,9% vs LPX 2,2, $p < 0,03$). Dentro de ellas, la principal fue el requerimiento de transfusión, pero sin alcanzar per se diferencia significativa (LPA 9,1% vs LPX 2,2%, $p = NS$). Excluidas las transfusiones el porcentaje de complicaciones fue 2,6%. El promedio de seguimiento fue de 40,7 meses (6-91 meses). La remisión sintomática se evidenció en 92,2% de los casos (LPA 91,4% vs 92,1%, $p = NS$).

CONCLUSIONES

La miomectomía, independiente de la vía de abordaje, es una técnica segura, con baja tasa de complicaciones mayores (aún con miomas múltiples y de gran tamaño), con alto porcentaje de remisión de síntomas, lo cual la convierte en alternativa de elección para pacientes con deseos de paridad futura.

Sepúlveda. A1, Hidalgo. M1, Berrios. C1, Catalán. A2, Leyton. M2.

1 Médico en programa de formación de Ginecología y Obstetricia Universidad de Chile

2 Médico Servicio Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente

INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico abdominal es uno de los tipos menos frecuentes de embarazos extrauterinos y esta asociado a una alta morbi - morbilidad materna y fetal. Su incidencia, según la literatura internacional, es del 1% de todos los embarazos ectópicos ocurriendo entre 1/2200 – 1/10200 embarazos, según diversos reportes. Es una de las principales causas de mortalidad materna en el primer trimestre de embarazo: 7.7 veces más que el ectópico tubario y 89.9 veces más que el intrauterino. La mortalidad fetal es del 75 – 95% de los casos. El diagnóstico de esta entidad es difícil y suele realizarse de forma tardía. Presentamos el caso de una paciente con una gestación ectópica abdominal, diagnosticada mediante ecografía transvaginal, cursando un embarazo de 13 + 4 semanas.

OBJETIVOS

Describir cuadro clínico y manejo de embarazo ectópico abdominal.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a través del análisis de ficha clínica de paciente admitida en Unidad de Cuidados intensivos del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse durante el segundo semestre del 2014 y revisión bibliográfica del tema.

RESULTADOS

Caso clínico: Paciente de 34 años, multípara, consulta a las 13 + 4 semanas de embarazo, por epigastralgia urente de 2 semanas de evolución, asociado a vómitos biliosos y un episodio de lipotimia. Presenta ecografía de primer trimestre de hospital institucional que

informa gestación intrauterina. Normotensa, frecuencia cardíaca 112 por minuto, afebril. Destaca palidez de piel y mucosas; abdomen: ligeramente distendido en zona epigástrica, ruidos hidroaéreos (++) ,blando, depresible, sensible, sin signos peritoneales, no se palpan masas. En exámenes de laboratorio destaca hematocrito 14% y hemoglobina 4.5 gr. Tacto vaginal sin modificaciones cervicales ni dolor a movilización, no se logra delimitar útero en palpación bimanual. En Ecografía obstétrica formal por vía transvaginal se evidencia saco gestacional de contornos irregulares, con solución de continuidad en extremo superior derecho, no se identifica miometrio envolvente con nitidez, latidos cardiofetales presentes y abundante líquido libre en cavidad abdominal materna, a izquierda se observa imagen uterina, endometrio 16 mm. Impresión diagnóstica: Gestación 13+6 semanas, útero doble versus embarazo abdominal y observación de hemoperitoneo. Se realiza laparotomía exploradora, destaca hemoperitoneo de 4 litros, en cara posterior y ligamento ancho masa de aproximadamente 10 cm de diámetro con solución de continuidad que da salida a feto de 6 cm, se evidencia placenta en ligamento ancho derecho con extracción sin dificultad. Paciente es dada de alta al quinto día post operatorio.

CONCLUSIÓN

El embarazo abdominal plantea un desafío en cuanto a optimizar la sospecha diagnóstica, mejorar las competencias ecográficas y considerar dentro de las causas de anemia en el embarazo, una complicación gestacional. Con respecto al caso clínico, destaca lo difícil del diagnóstico, ya que es una entidad muy infrecuente, con manifestaciones clínicas inespecíficas y la formación del trofoblasto envolvente puede ser confundida con miometrio de un útero doble. Cobra entonces gran importancia la obtención de buenas imágenes por ecografía, y la interpretación por un operador entrenado.