# XXXVI Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología



# CONTRIBUCIONES

2017

# **OBSTETRICIA GENERAL**

## **C-1**

#### CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES EMBA-RAZADAS EN CONTROL EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) Y POSTAS DE SALUD RURAL (PSR) DE LA COMUNA DE NINHUE. ANÁLISIS DE ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL DE EMBARAZADAS DE NINHUE

Suárez R. 1, Quezada C. 1, Muñoz F. 2, Barría F. 2, C. Manríquez 3 1 Médico cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción (UdeC). 2 Médico General de Zona, CESFAM Ninhue, Servicio de Salud Ñuble. 3 Colaborador académico, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, UdeC.

## **C-2**

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEAR-MISS MATERNO EN HOSPITAL EL CARMEN MAIPÚ

Salvo I 1., Avilés R 1., Aguilera B 1., Boldrini P 1. 1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Maipú - Universidad Finis Terrae.

## **C-3**

# DISTRIBUCIÓN Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE PATÓGENOS AISLADOS EN PIELONEFRITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO

Salvo I 1., Morales F 3., Barría M 2., Diaz R 3., Galarce V 1. 1 Becario Obstetricia y Ginecología, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae. 2 Ginecobstetra, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae. 3 Ginecobstetra especialista en medicina Materno Fetal, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae.

## **C-4**

#### ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS CAUSAS DE CESÁREA Y UNA PROPOSICIÓN OPERACIONAL

Figueroa C., Winkler C., Alliende R., Godoy A., Molina K., Díaz S., y Gómez R. Centro de responsabilidad de la mujer, Hospital Clínico La Florida, P. Universidad Católica de Chile.

# **C-5**

#### TÉCNICA DE CERCLAJE DE RESCATE CON INVAGI-NACIÓN DE MEMBRANAS OVULARES PROTRUIDAS CON SONDA FOLEY

De Petris V., Catalán A. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Oriente.

# **C-6**

# ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LA HEMORRAGIA POST PARTO POR CESÁREA SEGÚN OPERADOR EN CONTEXTO DE HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL

Ríos, M.I. 1, Paredes, A 2. Jaime, A 3. Regonesi, I 4. Cayazzo. D. 5. 1,2,3,4 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago. 5 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago.

# **C-7**

# ENFERMEDAD DE NIEMANN PICK Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Garrido B 1, Muñoz J 1, Maldonado A 2.1 Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. 2 Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso.

## **C-8**

# FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR URBANO DE CONCEPCION

Pedreros L. Josselyne, Pacheco V. Camila, Padilla L. Leonardo, Roa C. Carolina, Castro A. Henry. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

# **C-9**

# AUMENTO DE LOS PARTOS DE EXTRANJERAS EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Rumante K., 2, Poblete A. 1 1 Ginecóloga Unidad Medicina Materno Fetal 2 Becada Obstetricia y Ginecología Hospital San Borja Arriarán (HCSBA)

#### DIAGNOSTICO DE COLITIS ULCEROSA EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. REPORTE DE CASO.

Angulo E, Sanhueza P, Mercado M, Lorca C. Hospital Antonio Tirado Lanas, Ovalle.

## C-11

#### PERFIL DEMOGRAFICO Y RESULTADO DE PARTO EN POBLACION HAITIANA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN JOSE: 2011-2016

Witker D, Lazarte R, Paredes N 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Medicina Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile.

## C-12

# PERFIL DEMOGRAFICO MATERNIDAD HOSPITAL SAN JOSE AÑO 2016.

Witker D, Paredes N, Lazarte R, Diaz K, Rocabado J. 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Medicina Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile.

# C-13

# HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO Y EMBARAZO: REPORTE DE 2 CASOS

Paredes N, Nuñez A, Rocabado J, Witker D, Lazarte R, Diaz K, Calderon V, Jeria R Ceroni J, Morales P. 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile.

# C-14

# PERFIL DE MIRNA EXOSOMAL EN DIABETES GESTACIONAL, ROL POTENCIAL EN EL METABOLISMO PLACENTARIO

Diaz E.1,Scholz-Romero K.1,2,Ormazabal V.1, Zuñiga F.1,Salomon C.1,2,3,4 1Department of Clinical Biochemistry and Immunology, Faculty of Pharmacy, University of Concepción, Concepción, Chile. 2Exosome Biology Laboratory, Centre for Clinical Diagnostics, UQ Centre for Clinical Research, Royal Brisbane and Women's Hospital, Faculty of Medicine + Biomedical Sciences, The University of Queensland. 3Department of Obstetrics and Gynecology, Ochsner Baptist Hospital, New Orleans, Louisiana, USA. 4Mater Research Institute-University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia

# C-15

#### ANÁLISIS DE TASAS DE ENDOMETRITIS PUERPERAL 2011 - 2017 EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Méndez L 1, Ahumada S 2, Fernández C 2, Pérez C 3. 1 Becada Obstetricia y Ginecología U. de Chile 2 Internos 6° Medicina U. de Chile 3 Profesor Instructor Facultad de Medicina U. de Chile.

# C-16

#### CARACTERIZACION DE CESAREAS SEGUN CRITE-RIOS DE ROBSON EN UN CENTRO HOSPITALARIO DEL SUR DE CHILE, AÑOS 2015-2016

María José Talma R. (1,3), Beatriz Koryzma H. (2), Felipe Kovacic D. (2) Cristóbal Lara P. (2). Nicolás Zapata Lara. (1,3) (1) Médico Residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de medicina, Universidad de Concepción. (2) Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. (3) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras de Talcahuano.

## C-17

# DISMINUCIÓN SIGNIFICATIVA DE LA MORTALIDAD MATERNA EN CHILE EN EL PERIODO 2009-2015

Figueroa C1,2,3., Troncoso P,4,5., Neira R.5, Valdés A6., Gómez R.1,2,3 Welheim J6 Hospital Clínico La Florida1, Pontificia Universidad Católica2, Clínica Santa María 3, Universidad de Chile4, Depto. Ciclo vital5, DEIS -MINSAL6

# C-18

#### INCIDENCIA DE MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA EN EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL Y PREGESTACIONAL DETECTADAS EN ECOCARDIO FETAL REALIZADAS ENTRE 2012 Y 2016 EN HOS-PITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB)

Drs. Romero AK.1,3, Romero A.1,3, Sepúlveda S.1,3, Álvarez A2,3.1 Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2 Médico Pediatra, Cardiólogo Infantil, Medico Ecografista 3 Unidad de Exploración Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Guillermo Grant Benavente.

# EMBARAZO CON DIAGNOSTICO PRENATAL DE SINDROME DE JEUNE EN HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPO. REPORTE DE CASO Y REVISION DE LITERATURA.

Gálvez J., Cortés M., Fuentealba L, Reyes S. Ginecólogos Obstetras Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital Regional de Copiapó.

## C-20

#### CERCLAJE CERVICALDE RESCATE EN EL MANEJO DE INCOMPETENCIA CERVICAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LUIS TISNE BROUSEE.

Catalán A. Narváez P. Barrios R. Lattus J. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile. Sede Oriente.

## C-21

#### INCIDENCIA Y CAUSAS DE NEAR MISS MATERNO EN UN HOSPITAL DEL ÁREA NORTE DE SANTIAGO DE CHILE

Banderas B., Naray D., Gutiérrez J., Clavero M, Haye M., Vásquez P., Guerra M., Cartes G.

## C-22

#### FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EMBA-RAZADAS QUE INGRESANA CONTROL PRENATAL ENTRE 2013-2016 EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN TOME-CHILE.

Quezada C\*. Malpica S.\* Manríquez C.\*\* \*Médico residente obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción \*\*Colaborador docente departamento obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción

## C-23

#### INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE ENTRE LOS AÑOS 2014-2017

Andrea Romero I (1), Ana Romero V (1), Sandra Sepúlveda C (1), Germán Cruz B (2) (1) Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. (2) Médico Gineco-Obstetra. Encargado de Calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Guillermo Grant Benavente.

## C-24

#### CLASIFICACION DE CESAREAS POR GRUPOS DE ROBSON EN HOSPITAL LUIS TISNE BROUSSE, AGOSTO A DICIEMBRE 2016

Guzmán C., Millán C., Díaz A. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

## C-25

#### RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN GESTANTES DE EDAD MATERNA AVANZADA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO DURANTE EL AÑO 2015.

Zapata N.1,2, Manríquez K.1,2, Vera A.1,2, Gallegos A.3,2, González B.3,2 (1) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción (2) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano (3) Interno de Medicina, Universidad de Concepción

# **C-26**

# CARACTERIZACIÓN DE PRIMIGESTAS DE 35 Y MÁS AÑOS DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERÍODO 2015-2016.

Zapata N.1,2, Manríquez K.1,2, Vera A.1,2, Gallegos A.3,2, González B.3,2 (4) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción (5) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano (6) Interno de Medicina, Universidad de Concepción

# **C-27**

# PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN USUARIAS DE UN CESFAM DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE LA PAZ.

Barrientos, C.1, Contreras, C.2, Escobar, D.3 1 Médico Cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente. 2 Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. CESFAM Trehuaco. 3 Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. CESFAM Lomas Coloradas

#### CARACTERIZACIÓN DE EMBARAZOS EN PACIENTES DE 35 AÑOS Y MÁS PERTENECIENTES AL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB) DE CONCEPCION DURANTE EL AÑO 2016.

Figueroa H.1, Gutiérrez I.2, Cuevas P.2, Sandoval R.2, Manríquez C.3 1. Médico Cirujano, residente en Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. 2. Interno de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. 3. Ingeniero Estadístico, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

## C-29

#### LA RADIACIÓN SOLAR REGIONAL SE CORRELACIONA INVERSAMENTE CON HOSPITALIZACIONES POR DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN CHILE: POTENCIAL ROL DE ESTATUS DE VITAMINA D

1Galaz J., 2Borzutzky A., 1Farías M. 1. División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2. Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

# C-30

# ANÁLISIS DE ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL DE EMBARAZADAS DE NINHUE

Suárez R.\*, Quezada C.\*Muñoz F.\*\*, Barría F.\*\* C. Manríquez\*\*\*
\*Médico cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología,
Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina,
Universidad de Concepción (UdeC). \*\*Médico General de Zona,
CESFAM Ninhue, Servicio de Salud Ñuble \*\*\*Colaborador académico, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad
de Medicina, UdeC.

# C-31

#### ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL USO DE DINOPROS-TONA VAGINAL PARA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: TIEMPOS Y RECOMENDACIONES

Hierard D., Soldati A., Schepeler M., Valenzuela I., Mardones F., Illanes S. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Universidad de los Andes Unidad de Medicina Materno-Fetal, Clínica Dávila

## C-32

#### PREVENCION DE LA PRIMIPARIDAD PRECOZ

Autores : González R., Julia, Barría H., Eliana, Veas G., Vinka Servicio de Obstetricia, Hospital Regional Coyhaique

## C-33

# REPORTE DE CASO: EMBARAZO ABDOMINAL DE DIAGNOSTICO TARDÍO CON BUEN RESUTADO MATERO-FETAL

Dra. Jocelyn Stern 1, Dra. Isabel Talge2, Dr. Pedro Gonzalez2, Francisca del Pozo a, Belen Solera, Dr. Fernando Troncoso2 1 Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado a Interna, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2 UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

# C-34

# RESULTADOS A UN AÑO DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA PARA FACILITAR EL ACCESO A ANTICONCEPCION DE LARGA DURACIÓN DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS, EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Maluenda. A / Montero. B / Marín. E, Aguilar. G. Pastene. C. Residente GyO, Universidad de Valparaíso. /Médico-Cirujano, Universidad de Valparaíso. / Matrona, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. / Ginecóloga Pediátrica y de la Adolescencia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar y Clínica Las Condes, Santiago

# C-35

#### FRACASO DE LA INDUCCIÓN DE PARTO CON MISOPROSTOL ¿TERCER DÍA? HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ B.

Díaz A.M1; Sierra M.J2.; Skorka A1; de la Puente T.3; Curilem J3. 1 Médico Servicio y departamento de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. Universidad de Chile. 2 Médico en formación de especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. 3 Interno de Medicina Universidad de Chile.

#### INDUCCIÓN DE PARTO CON MISOPROSTOL PRI-MIPARAS V/S MULTIPARAS. HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ B.

Díaz A.M1; Sierra M. J2.; Paredes A.1; de la Puente T.3; Curilem J3.

1 Médico Servicio y departamento de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. Universidad de Chile. 2 Médico en formación de especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. 3 Interno de Medicina Universidad de Chile.

## C-37

#### RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN GENITAL DIAGNOS-TICADA CON TÉCNICA PCR EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PREMATURO E INFECCION CONNATAL EN SUS RECIEN NACIDOS, EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

Acevedo M.1; Barrios R.1; Jara A.1; Díaz A.2 1 Médico en programa formación de especialistas Universidad de Chile. 2 Médico Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

## C-38

#### **DISYUNCION PUBIANA DURANTE EL EMBARAZO.**

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

# C-39

#### RELACIÓN ENTRE PREMATURIDAD Y NACIONALIDAD

Gutiérrez, D., Márquez, N., Figueroa, J., Schwarze, J., Villablanca, E. Servicio de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital San Borja Arriarán.

## C-40

#### CRELACIÓN ENTRE PESO AL NACER Y NACIO-NALIDAD

Márquez, N., Gutiérrez, D., Figueroa, J., Schwarze, J., Villablanca, E. Servicio de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital San Borja Arriarán.

## **C-41**

#### **EXPERIENCIA DE 6 AÑOS EN PARTO NATURAL**

Grupo Acuario Concepción, Dr ,Héctor Figueroa, (obstetra) Carolina Irarrazaval (doula), Dra Maria Jose Figueroa (pediatra), Dr Marcelo Bancalari, (pediatra) Dr Joel Marchant (anestesista) Clinica Sanatorio Alemán, Concepción, Chile www. grupoacuario.cl Face. Grupo Acuario Concepción

# C-42

#### MANIOBRA DEL LIMON, TECNICA PARA EVITAR EL HEMATOMA DE LA PARED ABDOMINAL. DESCRIP-CION DE UNA TECNICA, UN ESTUDIO PRELIMINAR

Dr. Héctor Figueroa R., Dr Héctor Figueroa Malo (becado), Gineco-obstetra, Hospital Gmo. Grant Benavente, Profesor Asistente Universidad de Concepción, Departamento Obstetricia y Ginecología, Departamento de Ginecología y Obstetrica, Universidad de Concepción.

# C-43

#### ANÁLISIS CRITICO DE LA RELACIÓN ENTRE AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y PESO DE RECIEN NACIDO EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES, CLINICA DÁVILA

Venegas-Araneda, Pía Albers Daniela; Monckeberg, Max; Díaz, Pilar; Faure María Igancia; Cerda Valentina; Castro Isabel;Herrera Valentina; Illanes, Sebastián. Departamento de Obstetricia y Ginecología y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile

# C-44

#### ANÁLISIS DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNI-VERSITARIO Y CLÍNICA PRIVADA SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROBSON MODIFICADOS

Urrutia C1, Díaz P1, Kottmann C2, Figueroa H2. 1 Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 2 Médicos Unidad de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo y Clínica Universidad de los Andes.

#### ROTURA UTERINA DUARNTE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTE SIN CICATRIZ UTERINA PREVIA. REPORTE DE UN CASO

Rettig J(1), Medina L(1), Cerna J(1), Caro G(2) (1)Médico en formación de especialista en ginecología obstetricia U.Chile sede Sur (2)Ginecólogo Obstetra residente Complejo asistencial Barros Luco

## C-46

#### CAMBIO DEMOGRAFICO EN LA MATERNIDAD HOSPITAL SAN JOSÉ

Palma, Camilo (1, 2); Ceroni, Juan Pablo (1, 2); Calderón, Valentina (1); Haye, María Teresa (1, 2, 3) (1) Programa de Formación de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile (2) Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José (3) Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana.

# C-47

#### ECLAMPSIA: RESULTADOS MATERNOS Y PERINA-TALES HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE CONCEPCIÓN. 1999 - 2016.

Ruth Pérez V, Marcela Cid A, Claudia Cea S b, Ámbar Jara C b, Ignacio Matamala Fb, Giselle Proboste M b, Stefanía Vilugrón P. b Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. b Licenciados en Obstetricia y Puericultura.

# C-48

# SINDROME DE VASOCONSTRICCIÓN CEREBRAL REVERSIBLE POST PARTO

Regonesi I1, Díaz E.1, Cayazzo D.2 1Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana Santiago. 2 Ginecólogo Obstetra, jefe de puerperio Hospital Padre Hurtado

# CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS EN C-1 CONTROL EN EL CENTRO DE SALUD FAMILIAR (CESFAM) Y POSTAS DE SALUD RURAL (PSR) DE LA COMUNA DE NINHUE. ANÁLISIS DE ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL DE EMBARAZADAS DE NINHUE

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

#### INTRODUCIÓN

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.

# ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEAR-MISS MATERNO EN HOSPITAL EL CARMEN MAIPÚ

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NEAR-MISS MATERNO EN HOSPITAL EL CARMEN MAIPÚ Salvo II., Avilés R1., Aguilera B1., Boldrini P1. 1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Maipú - Universidad Finis Terrae

#### INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna ha ido en franca disminución a nivel mundial con descenso de un 1.3% al año desde 1990. El año 2015 la estimación de muertes en mujeres como consecuencia de condiciones relacionadas con el embarazo a nivel mundial se estimó en 300.000. En Chile, se reportó una tasa de 16,9 por 100.000 nacidos vivos durante el 2009, lo que posiciona a nuestro país dentro de las 10 menores tasas de mortalidad a nivel mundial. Al analizar las causas de muerte materna a nivel nacional, el primer lugar lo ocupan las enfermedades maternas concurrentes (26,7%), el segundo lugar las muertes asociadas a hipertensión arterial relacionada con el embarazo (24,4%) y el tercer lugar el aborto (8,8%). La distribución por grupos etáreos posiciona en primer lugar (68.2%) a las pacientes del grupo 20-34 años, y en segundo lugar a las mayores de 35 años y a las menores de 20 años (15.9% ambos grupos). El término "Near-Miss materno" hace referencia a aquella mujer que estuvo "muy cerca de la muerte" por un evento gestacional, ya sea durante el embarazo, parto o dentro de los 42 días postparto, pero que finalmente sobrevivió. Una manera de estimar los "near-miss maternos" es considerar aquellas pacientes que requieren atención en unidades críticas. Este enfoque permite dejar en evidencia el manejo de cada institución de salud para eventos gestacionales y aportar información epidemiológica respecto de las causas de muerte materna más probables en cada centro.

#### **OBJETIVO**

Evaluar los casos de pacientes con evento gestacional que ingresaron en la Unidad de Paciente Crítico (UPC) del Hospital El Carmen Maipú para describir la epidemiología local de morbimortalidad materna.

#### MÉTODO

Se evaluó retrospectivamente de forma consecutiva todas las pacientes con evento gestacional que ingresaron a UPC de nuestro hospital entre Junio de 2014 y Marzo de 2017, incluyendo abortos en primer y segundo trimestre, patología materna y/o fetal, patología médica en el embarazo y puerperio

#### **RESULTADOS**

Un total de 11 pacientes ingresaron a UPC por algún evento gestacional en el período descrito. No hubo casos de mortalidad materna. El 36,3% de los ingresos por evento gestacional fueron asociados a causa infecciosa, entre ellas pielonefritis y pancreatitis en igual proporción. El segundo lugar en frecuencia (27,2%) lo ocupan aquellas clasificadas como "otras causas", incluidas en este grupo intoxicación medicamentosa, politraumatismo y púrpura trombocitopénico. Un 18.1% se relaciona a abortos de primer y segundo trimestre. Un 9,09% a causa Hipertensiva relacionada con el embarazo, y un 9,09% a enfermedad trofoblástica gestacional. Respecto de la distribución etárea, un 55% se encuentra en rango de 20-34 años, 27% mayores de 35 años y 18% menores de 20 años.

#### **CONCLUSIONES**

Comparado con estadísticas nacionales de mortalidad materna, nuestra revisión de eventos "near- miss maternos" arroja diferencias en cuanto a la distribución por morbilidad, colocando en primer lugar las causas de tipo infecciosas por sobre las enfermedades maternas concurrentes. Faltan estadísticas nacionales de "nearmiss" para una comparación más exacta, pero aun así, el análisis de los eventos near- miss permite orientar los esfuerzos clínicos en la prevención de la mortalidad materna.

# DISTRIBUCIÓN Y RESISTENCIA ANTIBIÓTICA DE PATÓGENOS AISLADOS EN PIELONEFRITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO

**C-3** 

Salvo II., Morales F3., Barría M2., Diaz R3., Galarce VI. 1Becario Obstetricia y Ginecología, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae. 2Ginecobstetra, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae. 3Ginecobstetra especialista en medicina Materno Fetal, Hospital El Carmen Maipú – Universidad Finis Terrae.

#### INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la evidencia disponible, no existen datos suficientes que permitan hacer una recomendación adecuada y "universal" del tratamiento antibiótico en Pielonefritis aguda durante el embarazo, sino más bien experiencias clínicas sobre el uso de estos. No existen estudios actuales que comparen el uso de las distintas alternativas antibióticas para el tratamiento de Pielonefritis aguda en el embarazo, y los estudios existentes de este tipo son enfocados en bacteriuria asintomática, no demostrando diferencias significativas en cuanto a efectividad y recurrencia de infección. La última información disponible sobre perfil epidemiológico - microbiológico de infección urinaria en el embarazo es una publicación del año 2009 en la Revista Chilena de Ginecologia y Obstetricia.

#### **OBJETIVO**

Investigar la distribución bacteriana y resistencia antibiótica de los urocultivos positivos en Pielonefritis aguda durante el embarazo y entregar una referencia para el uso racional de antibióticos usados en forma empírica.

#### **MÉTODOS**

Se analizó en forma retrospectiva la distribución y la resistencia antibiótica de los uropatógenos presentes en urocultivos de 100 casos consecutivos en hospitalización por diagnóstico de Pielonefritis aguda en el embarazo en nuestro establecimiento Hospital El Carmen Maipú, entre los años 2014 y 2017. Las muestras de los urocultivos fueron tomadas bajo la técnica de orina de segundo chorro.

#### **RESULTADOS**

De los 100 urocultivos realizados 87% fueron positivos, 8% negativos y 5% contaminados. De estos un 95,4% fueron Gram negativos y un 4,59% Gram positivos. De los urocultivos con resultado positivo, Escherichia Coli representó un 90,8% de los casos, S. Aureus 2,29%, E. Faecalis 2,29%. La tasa de resistencia de E. Coli a los distintos antibióticos fue para Ampicilina 43,03%, Trimetoprim-Sulfametoxazol 21,51%, Ampicilina-Sulbactam 18,98%, Cefazolina 2,53%, Ceftriaxona 2,53%, Cefuroximo 2,53%% y a Gentamicina de 3,79%. La resistencia global de bacterias Gram + fue de 0,0%.

#### CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia local, los bacilos Gram negativos principalmente E. Coli representan un 90,8% de los gérmenes aislados para Pielonefritis aguda en el embarazo. Por lo tanto, según nuestros resultados Cefazolina y Ceftriaxona son alternativas comparables para el tratamiento empírico de Pielonefritis aguda en el embarazo. Estos datos podrán permitir la realización de estudios posteriores sobre costo-efectividad.

# ANÁLISIS CRÍTICO DE LAS CAUSAS DE CESÁREA Y UNA PROPOSICIÓN OPERACIONAL

**C-4** 

Figueroa C., Winkler C., Alliende R., Godoy A., Molina K., Díaz S., y Gómez R. Centro de responsabilidad de la mujer, Hospital Clínico La Florida, P. Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La pandemia de cesáreas es un hecho reconocido en el mundo y en Chile afecta al 51% de las mujeres embarazadas, constituyéndose en un problema de salud pública. En 2011 la OMS propuso la clasificación de Robson como el sistema recomendado para evaluar los casos sometidos a cesáreas sin indicación. Este procedimiento no ha logrado una disminución consistente de la tasa de cesáreas. El objetivo de esta investigación fue evaluar las causas de cesárea del Hospital Clínico La Florida basados en esta proposición y determinar si se adecuaban al contexto nacional.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Este estudio de cohorte retrospectivo se realizó entre enero y diciembre de 2016. Se seleccionaron todas las cesáreas realizadas en nuestro centro, a partir de bases de datos de ficha clínica, electrónica y registros de control interno. Un comité integrado por 3 ginecobstetras clasificó los resultados de acuerdo a los criterios de Robson.

#### **RESULTADOS**

Se seleccionaron 671 cesáreas de un total de 2675 partos (25% de tasa de cesáreas). La aplicación del modelo logró determinar que el procedimiento se realizó a) 37,9% en pacientes multíparas con una o más cicatrices uterinas, de término (grupo 5) b) 21,5% de cesáreas en primigestas en trabajo de parto de término (grupo 5), c) 8,5% de multíparas de término en trabajo de parto (grupo 3) e) 13,4% de podálicos (grupos 6 y 7) d) 7% de embarazos menores de 37 semanas –grupo 10 y otros (11,7%). El discernimiento operacional de estas cifras es difícil, impidiendo intervenir sobre casusas específicas de cesáreas, dado que, por ejemplo, en nuestro medio las dobles cesáreas son indicación de cesárea electiva.

Sin embargo, las cesáreas previas simples en trabajo de parto o sometidas a inducción con sonda se agrupan en la misma categoría, por lo que proponemos la siguiente modificación: reunir los grupos 6, 7, 9, agregar el grupo de las 2 o más cicatrices uterinas y emplear una matriz simple que sea útil para la gestión del parto en las mujeres, como el que se propone a continuación:

La tabla fue presentada a los ginecobstetras que construyeron los grupos de Robson, quienes consideraron que la nueva clasificación representaba una expresión operacional superior de las causas de cesáreas.

#### CONCLUSIÓN

Robson identificó las causas de cesárea en forma limitada, por lo que proponemos una subclasificación simple que tiene mayor utilidad clínica para determinar las áreas donde hay espacio de intervención para reducir la tasa de cesáreas (MEFI+, PTPF, Podálicos y una cesárea anterior.

# TÉCNICA DE CERCLAJE DE RESCATE CON INVAGINACIÓN DE MEMBRANAS OVULARES PROTRUIDAS CON SONDA FOLEY

**C-5** 

De Petris V., Catalán A. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Oriente

#### INTRODUCCIÓN

En el año 1957, McDonald desarrolló una técnica para la realización del cerclaje cervical, técnica que es preferida en muchos sitios por su efectividad y facilidad de realización independiente de su indicación. Existen en la práctica obstétrica variadas indicaciones para la instalación de un cerclaje cervical: profiláctico, en pacientes con antecedente de incompetencia cervical; terapéutico, en pacientes con acortamiento cervical progresivo; y de emergencia o "rescate", en riesgo inminente de parto. Ocasionalmente, el cerclaje de emergencia se asocia a protrusión de las membranas ovulares a través del orificio cervical, lo que es posible constatar al examen físico y dificulta la realización del procedimiento.

#### **MATERIAL Y METODO**

Presentamos una variación a la técnica clásica del cerclaje, para aplicar específicamente en los cerclajes de rescate en pacientes con membranas protruidas. La técnica consiste en asistencia con una sonda Foley para reducción atraumática de la bolsa amniótica, facilitado mediante la insuflación del cuff. Adjunto podemos observar imágenes in vivo de la maniobra y la visualización ecográfica suprapúbica que muestra como el cuff de la sonda rechaza las membranas y cabeza fetal, todos ellos registros de nuestro centro.

#### **RESULTADOS**

En nuestra experiencia, en casos de pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical y protrusión de membranas desde el cérvix, esta maniobra no ha reportado roturas prematuras de membranas, como ha ocurrido en casos sin esta asistencia, tanto por la dificultad para reducirlas eficazmente como por el riesgo asociado de rotura traumática debida a la manipulación de las mismas con los dedos del operador, instrumental quirúrgico o punción incidental.

#### **CONCLUSION**

La técnica de cerclaje de rescate asistida por sonda Foley en pacientes con protrusión de membranas ovulares es efectiva en reducirlas de forma atraumática y facilitar la realización el procedimiento, no habiéndose reportado rotura prematura de membranas como evento incidental, incluso en casos en que hay exposición franca de estas.

# ESTUDIO DESCRIPTIVO RETROSPECTIVO DE LA HEMORRAGIA C-6 POST PARTO POR CESÁREA SEGÚN OPERADOR EN CONTEXTO DE HOSPITAL DOCENTE ASISTENCIAL

Ríos, M.I.1, Paredes, Az. Jaime, A3. Regonesi, I4. Cayazzo. D.5 1,2,3,4 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago 5 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago

#### INTRODUCCIÓN

La hemorragia postparto por cesárea ocurre en un 6% de las veces, es una de las complicaciones obstétricas más temidas y una de las tres primeras causas de mortalidad materna en el mundo. Su prevención a través del estudio de las causas y factores de riesgo es una medida de primer orden para disminuir la morbi- mortalidad materna. Por esta razón el estudio de las causas prevenibles que conllevan a presentar hemorragia post parto como lo son la experiencia del operador en un Hospital docente, y las complicaciones que pudieran ocurrir son de vital importancia.

#### **OBJETIVOS**

Identificar pacientes puérperas de cesárea con hemorragia postparto definida como una caída de más del 10% del hematocrito y determinar si existe diferencia significativa en la incidencia de HPP según las características del operador (becado versus staff) entre Mayo y Agosto del 2017 en un Hospital docente asistencial. Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. La recolección de los datos se realizó mediante revisión de los protocolos operatorios de todas la cesáreas realizadas en el Hospital Padre Hurtado entre Mayo y Agosto del 2017, también se tomaron datos obtenidos de los hematocritos pre y post operatorios. Se incluyeron todos los procedimientos independientemente de su operador o de su indicación (urgencia, emergencia o electiva). Se consideró como hemorragía postparto a las pacientes que tuvieron un descenso mayor a 10 puntos en el hematocrito.

#### **RESULTADOS**

De un total de 185 pacientes sometidas a operación de cesárea, 32 pacientes (18%) presentaron una caída mayor a 10 puntos en el hematocrito, de éstas un 62,5% (20 casos) corresponde a cesáreas de urgencia; 18.75% (6 casos) a electiva y un 18,75% (6 casos); de emergencia. Del total de pacientes sometidas a operación cesárea, 92 casos (49,7%) El primer operador fue un becado de ginecología y 93 casos (51,3%) un médico especialista en ginecología, sin presentar diferencias estadísticas significativas en la variación del hematocrito en 10 puntos (p = 0,846) según el tipo de operador.

#### **CONCLUSIONES**

En este estudio realizado en un Hospital docente asistencial, donde se da gran importancia a la formación de futuros especialistas se ha podido evidenciar que no hubo diferencias significativas en la incidencia de hemorragia post parto por operador, lo que sustenta y apoya la práctica docente como eje fundamental para el aprendizaje de habilidades prácticas en la medicina.

Garrido B1, Muñoz J1, Maldonado A2 1Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso 2Interno de Medicina, Universidad de Valparaíso

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Niemann Pick corresponde al déficit de esfingomielinasa, que determina la acumulación y depósito anormal de lípidos, conduciendo a una significativa morbimortalidad. Algunas pacientes con esta enfermedad llegan a edad adulta y logran el embarazo. Existe poca evidencia sobre el impacto de esta enfermedad en la gestación, aunque se ha visto que en las enfermedades metabólicas en general existe un riesgo aumentado de complicaciones maternas y fetales1-2.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 23 años con antecedentes de enfermedad de Niemann Pick tipo B, cursando embarazo de 32 semanas. En su historia destaca un óbito fetal a las 29 semanas, dos años antes de su consulta actual. Presenta múltiples hospitalizaciones durante embarazo actual para descarte de patología hematológica y evaluación frecuente de unidad feto-placentaria. Ingresa al Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso con 32+6 semanas de gestación, derivada desde San Antonio por cuadro de hipogastralgia asociado a expulsión del tapón mucoso. Se inicia tocolisis y maduración corticoidal. La paciente no inicia trabajo de parto espontáneo en los días siguientes, por lo que dado resultados obstétricos previos, se decide manejo activo. Se realiza inducción a las 34 semanas; sin embargo, cursa con expulsivo detenido que no puede ser resuelto con fórceps, por lo que se decide cesárea de urgencia. Se obtiene recién nacido sexo masculino de 2474 grs., de 48 cms., Apgar 7-9. El puerperio es de evolución satisfactoria tanto desde el punto de vista materno como neonatal.

#### DISCUSIÓN

Durante el estudio de esta paciente no se pesquisaron alteraciones ecográficas o de laboratorio, incluyendo los anticuerpos antifosfolípidos; no obstante, el antecedente de óbito y la literatura sobre el tema, escasa pero en relación a desenlaces adversos, orientaban a un pronóstico más ominoso. Por ello, pese a que no existe evidencia específica al respecto ni se cuenta con experiencia local, la interrupción era el manejo más seguro.

#### **CONCLUSIONES**

Las enfermedades metabólicas, incluyendo al Niemann Pick, son infrecuentes, sin embargo, están presentes en la población, requiriendo un manejo especial. La falta de evidencia determina que la conducta deba ser evaluada caso a caso, idealmente por un grupo de expertos. Es necesario incentivar las publicaciones de experiencias individuales para racionalizar el manejo de estas pacientes.

- 1. Wapner RJ, Lewis D. Genetics and metabolic causes of stillbirth. Semin Perinatol. 2002;26(1):70–4.
- 2. van Spronsen, F.J., Smit, G.P.A. and Erwich, J.J.H.M., Inherited metabolic diseases and pregnancy. BJOG. 2005;112: 2–11.

# FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO EN MUJERES INGRESADAS A CONTROL PRENATAL EN CENTRO DE SALUD FAMILIAR URBANO DE CONCEPCION

Pedreros L. Josselyne, Pacheco V. Camila, Padilla L. Leonardo, Roa C. Carolina, Castro A. Henry. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepcion

#### INTRODUCCIÓN

Mediante el control prenatal se pretende identificar aquellas pacientes de mayor riesgo obstétrico, con el objetivo de intervenir de forma oportuna y lograr un óptimo resultado perinatal.

Dentro de los parámetros más relevantes en asignación de riesgo según la literatura, se incluyen las enfermedades maternas preexistentes, mala historia obstétrica y edad materna extrema.

#### **OBJETIVO**

Caracterizar los factores de riesgo obstétricos de mujeres ingresadas al control prenatal del Centro de salud familiar (CESFAM) Villa Nonguén de la ciudad de Concepcion durante el periodo 2010-2016.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio descriptivo transversal con análisis mediante frecuencias absolutas y relativas de datos de 853 mujeres ingresadas en registro de control prenatal en CESFAM Villa Nonguén durante el periodo 2010-2016. Se excluyeron 52 mujeres por falta de datos sobre variables a analizar. Las variables evaluadas son edad materna y edad gestacional al ingreso, abortos previos, riesgo psicosocial, antecedente de parto prematuro y restricción del crecimiento fetal (RCF), Hipertensión arterial (HTA), Diabetes mellitus (DM), cesárea previa, consejería preconcepcional y embarazo planificado. El riesgo psicosocial fue evaluado mediante la encuesta psicosocial abreviada (EPsA).

#### **RESULTADOS**

De 853 mujeres, 5,5% era menor de 18 años y 12,4% mayor de 35 años. 6,4% presentaba más de 20 semanas de gestación al ingreso, 7,6% antecedente de aborto, 33,6% riesgo psicosocial, 2,1% antecedente de parto prematuro, 3,5% HTA, 0,7% RCF, 1,1% DM, 24,7% cesárea previa y 75,2% no tuvo consejería preconcepcional. 50,3% fue embarazo no planificado, de las que 10,9% son adolescentes.

#### DISCUSIÓN

La frecuencia observada de patología obstétrica es similar a la reportada a nivel nacional y latinoamericano. Es importante recalcar el aumento de las pacientes con cesárea anterior, lo cual probablemente se agudizará en un futuro cercano. Sin embargo, lo que mas destaca de este estudio, es la alta frecuencia de embarazos no planificados, así como del gran porcentaje de mujeres con riesgo psicosocial, ambos ámbitos en que la gineco-obstetricia a nivel local no ha implementado medidas de mitigación. Según esto, concluimos que el enfoque de la paciente embarazada debe ser multidisciplinario y abarcar todas las dimensiones que pudiesen afectarlo.

# AUMENTO DE LOS PARTOS DE EXTRANJERAS EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

**C-9** 

Rumante K., (2), Poblete A.(1) (1) Ginecóloga Unidad Medicina Materno Fetal (2) Becada Obstetricia y Ginecología Hospital San Borja Arriarán (HCSBA)

#### INTRODUCCIÓN

La inmigración es un fenómeno creciente en Chile, concentrándose mayormente en la región metropolitana, y especialmente en la comuna de Santiago, que recibió el 21% de los inmigrantes del país entre los años 2011-2015. La mayoría de estos inmigrantes, están en edad reproductiva.

#### **OBJETIVOS**

Conocer el cambio en la proporción de partos de inmigrantes en Hospital San Borja Arriarán.

#### **MÉTODOS**

Estudio descriptivo de las estadísticas de parto del servicio de la Mujer y el recién nacido en HCSBA. Se analizó nacionalidad de la madre en los partos entre los años 2010 y 2017.

#### **RESULTADOS**

De un total de 40.893 partos en el periodo estudiado, 11.144 fueron de madres extranjeras correspondientes a un 27,3% del total de partos en el HCSBA. De estas, un 47,6%, provenían de Perú, un 16,5% de Haití, 14,5% de Colombia, un 3,8% de Bolivia y un 17% de otros países en menor proporción.

Durante el periodo estudiado, se vio una disminución del total de partos por año, estabilizándose en 2016. Además, se evidencia una tendencia a la baja de partos en madres de nacionalidad chilena desde un 85% en 2010, a un 41% en 2017, habiendo un aumento en el porcentaje de partos de madres extranjeras desde un 14,5% a un 58,8% en el mismo periodo.

#### CONCLUSIÓN

Existe un creciente aumento de los partos de madres extranjeras en el HCSBA. Actualmente, estos representan tres de cada cinco partos que ocurren en el servicio. Esta información es relevante para planificación de salud y asignación de recursos, orientados a las potenciales necesidades especiales que esta población pueda tener.

# DIAGNOSTICO DE COLITIS ULCEROSA EN SEGUNDO TRIMESTRE DEL EMBARAZO. REPORTE DE CASO.

Angulo E<sup>1</sup>, Sanhueza P<sup>2</sup>, Mercado M<sup>3</sup>, Lorca C. Hospital Antonio Tirado Lanas, Ovalle.

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad inflamatoria intestinal es una entidad de causa desconocida, presenta en las paredes del tubo digestivo lesiones inflamatorias (1). Su comportamiento es crónico y generalmente puede pasar de periodos activos a periodos de remisión y con alta taza de recidiva. Generalmente se diagnostica en edades reproductivas y su confirmación diagnóstica se realiza con biopsia (2). Existen pocos reportes acerca de la enfermedad inflamatoria intestinal, y la colitis ulcerosa en particular con respecto a su asociación con el embarazo. Un estudio epidemiológico multicéntrico realizado en Europa encontró una incidencia de colitis ulcerosa de 10,4/10000. De las pacientes que quedan embarazadas, aproximadamente dos tercios tienen una enfermedad activa durante el embarazo (3).

#### **OBJETIVO**

Se presenta el caso excepcional de una paciente que debuta con diagnóstico de colitis ulcerosa mientras cursa segundo trimestre de embarazo, siendo el primer caso registrado que ocurre en nuestro servicio.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 30 años, sexo femenino, primigesta, cursando gestación de 18 semanas por FUR operacional, en control de policlínico de alto riesgo obstétrico (poli ARO) por antecedente de hipotiroidismo diagnosticado hace 4 años y en tratamiento con levotiroxina, refiere presentar deposiciones de consistencia disminuida, mucosas y asociada a rectorragia en ocasiones, de 2 meses de evolución, sin asociarse a otros síntomas ni molestias. Se hospitaliza a las 26+5 semanas para estudio de hemorragia digestiva baja, se realiza colonoscopia con biopsia que informa colitis sub aguda, compatible con colitis ulcerosa en fase activa. Es evaluada por gastroenterología y se inicia tratamiento con corticoides orales (con descalamiento al alta) y Mesalazina.

En control posterior de gastroenterología paciente refiere continuar con deposiciones blandas en número de 2-4 al día, con sangre y asociada también a pirosis, regurgitaciones ácidas ocasionales. Se mantiene tratamiento con Mesalazina. Evaluaciones en policlínico ARO no evidencian alteraciones de feto, EPF 927gr (p50-75) por ecografía de 26 semanas.

Nuevo control con ecografía (14-09-2017) concluye embarazo 36+3 semanas, con crecimiento normal y estimación de peso fetal 3117g (p75). Durante el desarrollo del embarazo y controles pre natales los exámenes habituales no se han alterado en sus resultados. Paciente refiere remisión de rectorragia por lo que se continuará con manejo obstétrico en poli ARO, controles con gastroenterólogo hasta la finalización del embarazo y también controles post natales. Se plantea manejo del embarazo y evaluación de via del parto según condiciones obstétricas habituales.

#### DISCUSIÓN

En la literatura en general existe poca información en relación a la EII y embarazo. En nuestro medio no se dispone de estudios con muestras significativas lo que se traduce en un embarazo de difícil manejo desde el punto de vista del equipo de salud que además tiene que ser multidisciplinario incluyendo atención primaria, ginecólogos-obstetras y gastroenterólogo. En el caso de un embarazo planificado, la remisión de la enfermedad debe mantenerse antes de la concepción. La mayoría de los estudios reportan un aumento de las tasas de partos prematuros, mortinatos, bajo peso al nacer y abortos espontáneos en pacientes embarazadas con enfermedad activa durante el embarazo (3). La actividad de la enfermedad se ha asociado con resultados fetales negativos (6).

En nuestro caso, la paciente se encuentra actualmente con la enfermedad en remisión y se intentará con equipo multidisciplinario interrupción del embarazo según manejo obstétrico habitual.

No esta descrito en la literatura una relación directa entre el estrés del embarazo y la fase activa de la colitis ulcerosa, pero ¿el estrés del embarazo habrá sido un factor que pudo influir y desencadenar una colitis ulcerosa en una paciente sin antecedentes ni manifestaciones previas?, esa es una pregunta que todavía no podemos contestar y que aún tiene interrogantes.

#### **REFERENCIAS:**

Castro L, Cadil del Olmo F. enfermedad inflamatoria intestinal y embarazo. Revista española enfermedades digestivas. Volumen 99 N°11 Madrid nov. 2007.

Huang V, Chang H, Kroeker K, Goodman K. Management of Inflammatory Bowel Disease during Pregnancy and Breastfeeding Varies Widely: A Need for Further Education. Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology Volume 2016, Article ID 6193275, 13 pages. http://dx.doi.org/10.1155/2016/6193275

Poturoglu S, Ormeci A, Duman A. Treatment of pregnant women with a diagnosis of inflammatory bowel disease. World J Gastrointest Pharmacol Ther 2016 November 6; 7(4): 490-502. ISSN 2150-5349 (online). DOI: 10.4292/wjgpt.v7.i4.490

Plauborg A, Hansen A, Garne E. Use of Azathioprine and Corticosteroids during Pregnancy and Birth Outcome in Women Diagnosed with Inflammatory Bowel Disease. BIRTH DEFECTS RESEARCH (PART A) 106:494–499 (2016). Published online 15 June 2016 in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). Doi: 10.1002/bdra.23509

Minami N, Matsuura M, Koshikawa Y, Yamada S. Maternal and fetal outcomes in pregnant Japanese women with inflammatory bowel disease: our experience with a series of 23 cases. Intestinal Research. pISSN 1598-9100 • eISSN 2288-1956. https://doi.org/10.5217/ir.2017.15.1.90. Intest Res 2017;15(1):90-96

Komoto S, Motoya S, Nishiwaki Y, Matsui T. Pregnancy outcome in women with inflammatory bowel disease treated with anti-tumor necrosis factor and/or thiopurine therapy: a multicenter study from Japan. Intestinal Research. pISSN 1598-9100 • eISSN 2288-1956. http://dx.doi.org/10.5217/ir.2016.14.2.139. Intest Res 2016;14(2):139-145.

Sempere L. Embarazo y enfermedad inflamatoria intestinal. Unidad de Gastroenterología. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(Supl 5):30-5.

Evans G, Poulsen R, Cataldo A. colitis ulcerosa asociada al embarazo. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional, "Dr. Leonardo Guzmán", Departamento de Ciencias Médicas, Universidad de Antofagasta. Rev. chil. obstet. ginecol. v.68 n.5 Santiago 2003. http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262003000500009.

Vergara M, Rey P. Pregnancy and inflammatory bowel disease. Experience in 17 patients. Departamento de Gastroenterología, Hospital Naval A. Nef, Viña del Mar, Chile. Universidad de Valparaíso, Chile. Rev. méd. Chile vol.139 no.11 Santiago nov. 2011. http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011001100005.

#### C - 11

# PERFIL DEMOGRAFICO Y RESULTADO DE PARTO EN POBLACION HAITIANA EN LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL SAN JOSE: 2011-2016

WITKER D, LAZARTE R, PAREDES N 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Medicina Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile

#### INTRODUCCIÓN

La migración hacia Chile ha ido en alza desde los años noventa, pero es principalmente a partir del año 2001 que Chile se convierte en uno de los principales destinos de migración dentro de Sudamérica, estimándose en 411.000 los inmigrantes al año 2014. Aunque los inmigrantes provienen principalmente de países fronterizos, a fines del 2013 y con más fuerza cada año, se observa una creciente presencia de ciudadanos haitianos, dando cuenta de 1946 permanencias definitivas otorgadas entre 2014-2015, concentrados principalmente en la Región Metropolitana.

#### **OBJETIVOS**

El objetivo de este trabajo es conocer las características clínicas y los resultados obstétricos de las pacientes haitianas embarazadas que se atienden el parto en el Hospital San José. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo, utilizando las base de datos de partos del Hospital San José (Santiago-Chile), durante el periodo enero 2011 a diciembre 2016 . Se seleccionaron a todas las pacientes de nacionalidad haitiana, evaluándose su edad, vía de parto y resultado neonatal.

#### **RESULTADOS**

En los últimos 6 años hubo 46.732 partos en el Hospital San José, 965 correspondieron a partos de pacientes provenientes de Haití, representando un 2,06% del total de partos del hospital. La edad materna promedio fue de 28,4 años [con un intervalo de 15-45 años]. Hubo 4,5% de embarazos gemelares. La edad gestacional promedio al nacer fue de 38+3 semanas y 11% de los partos fueron menores a 37 semanas. En cuanto a las características de los recién nacidos, un 48,5% fue de sexo femenino y 51,5% masculino. El peso promedio de los recién nacidos fue de 3070,6 gramos y la talla promedio fue de 48,4. El apgar promedio al minuto fue de 8 y a los 5 minutos 9. En relación a la vía de parto; un 58,5% fue parto normal, 39,9% cesárea y 1,6% fórceps.

#### **CONCLUSIONES**

Se desprende de este trabajo que la proporción de pacientes provenientes de Haití que se atienden el parto en este centro, es muy superior al promedio nacional, ya que se estima un total de migrantes -de todas las nacionalidades- en Chile de 2,3%, encontrándose acá un 2% de pacientes haitianas del total de partos. Es importante resaltar que la tasa de cesárea que presentan estas pacientes en el Hospital San José es similar a la tasa de cesárea nacional de 40,5% reportada al año 2013 (DEIS-MINSAL). Destaca de este análisis, la tasa de parto prematuro, que alcanzó el 11%, lo cual es superior a la reportada a nivel nacional de 7,74% (DEIS-MINSAL 2005-2012), por lo que será muy relevante buscar las causas de prematurez en este subgrupo de la población. Debido al aumento de la migración en Chile, resulta de gran importancia caracterizar los diversos subgrupos de población que se atienden en la red de salud del país, para así determinar necesidades y acciones específicas a realizar con estos grupos.

# PERFIL DEMOGRAFICO MATERNIDAD HOSPITAL SAN JOSE AÑO 2016.

WITKER D, PAREDES N, LAZARTE R, DIAZ K, ROCABADO J. 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Medicina Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile

#### INTRODUCCIÓN

Durante los últimos años Chile ha sido parte del fenómeno migratorio alrededor de todo el mundo, actualmente la tasa de migración neta es de 2,28 por mil habitantes, dentro de este grupo existe un numero considerable de mujeres embarazadas las cuales se han relacionado con menor control prenatal y complicaciones al momento del parto.

#### **OBJETIVOS**

Conocer datos demográficos y resultados obstétricos de las mujeres embarazadas chilenas y extranjeras que atienden su parto en la Maternidad del Hospital San José. Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo-descriptivo, utilizando las base de datos del Hospital San José (Santiago-Chile), durante el periodo enero 2016 a diciembre 2016 . Se seleccionaron a todas las pacientes y se clasificaron por subgrupos según nacionalidad en: chilenas, haitianas, peruanas y otras nacionalidades. Se evaluó edad materna, embarazo múltiple, edad gestacional al parto, vía de parto: cesárea, fórceps, parto normal: y en los casos de inducción, su desenlace. En cuanto a los resultados perinatales se evaluó peso, talla, sexo y Apgar al minuto y 5 minutos.

#### **RESULTADOS**

En el año 2016 hubo 7643 partos en el Hospital San José, de los cuales 75,4 %, correspondieron a partos de pacientes chilenas, 13,3% peruanas, 5,8% haitianas y otras nacionalidades 5,5% del total. La edad materna promedio fue de 27,2 años [12-47 años], la distribución etaria por nacionalidad fue de 26,8 años chilenas, 30,1 años haitianas, 28 años peruanas y 27, 5 otras nacionalidades. Del total de partos un 2,5% fueron embarazos gemelares. De los cuales 76% chilenas15,6% de peruanas, 5,2 % fueron de haitianas, y 3,2% de otras

nacionalidades. La edad gestacional promedio al nacer fue de 38,4 semanas de los cuales, 11,1% fueron prematuros, de los cuales el 83,3% corresponden a chilenas, el 7,9% a peruanas, 5% a haitianas y 3,8 % a otras nacionalidades. En relación a la vía de parto, la tasa de cesárea fue de 29,8%, 1,5% fórceps, y partos normales 68,7%. Las pacientes peruanas presentaron una tasa de 27% de cesáreas y 1,4% de fórceps. Un 37,8% de las pacientes haitianas tuvieron cesárea y un 1,8% de fórceps. De otras nacionalidades las tasas de cesárea fue del 31%, y forceps 1,7%. Del total de partos que se atendieron en el 2016 un 12,1% correspondió a inducciones de las cuales un 23,8% finalizo en cesárea. Al clasificar las pacientes con inducción fracasada en los distintos subgrupos, las pacientes chilenas tuvieron un 23,6%, las peruanas un 20,3% y las haitianas un 49,4% de cesárea. De los recién nacidos un 49,2% fue de sexo femenino 50,6% sexo masculino y 0,2% indefinido, el peso promedio fue de 3260 gr, la talla de 48,8cm, el apgar promedio fue de 9 al minuto y 9 a los 5 minutos. Los pesos de los RN de los distintos subgrupos fueron de: 3261 chilenos, 3347 peruanos, 3044 gr hatianos y 3248 de otras nacionalidades.

#### CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes extranjeras atendidas en la maternidad del Hospital San José supera ampliamente el porcentaje de inmigrantes a nivel nacional. La edad promedio fue similar en los diferentes grupos analizados. El porcentaje de embarazos gemelares es inferior al promedio nacional de 3%. Destaca el porcentaje de partos prematuros en general, por lo que es de gran relevancia buscar las causas de ello. En cuanto a la vía de parto resalta la alta tasa de cesárea en el grupo poblacional de pacientes provenientes de Haití, lo que también se observa en las pacientes con inducción fracasada. En cuanto a las características de los recién nacidos, son similares en los diversos grupos observados, presentando un menor peso los RN de pacientes de Haití.

PAREDES N, NUÑEZ A, ROCABADO J, WITKER D, LAZARTE R, DIAZ K, CALDERON V, JERIA R CERONI J, MORALES P. 1. Unidad Obstetricia y Ginecología Complejo Hospitalario San José 2. Facultad de Ciencias Medicas, Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome hipertensivo del embarazo (SHE) es una complicación médica frecuente del embarazo y constituye una de las principales causas de morbimortalidad materna en Chile. Presenta una prevalencia entre 7 y 10% en la población gestante. El hematoma subcapsular hepático es una complicación grave pero poco frecuente asociada a preeclampsia y síndrome de HELLP, que en caso de rotura presenta una mortalidad materna entre 40 y 75%

#### **Objetivos**

Presentar 2 casos de pacientes embarazadas con SHE evaluadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital San José (HSJ) con diagnóstico de hematoma subcapsular hepático y su consecuente manejo.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Revisión de fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de hematoma subcapsular hepático asociado a SHE durante el año 2017 en HSJ. Se describen las características de las pacientes: edad, motivo de consulta, estado hemodinámico y exámenes de laboratorio al ingreso, estudio de imágenes, edad gestacional y vía de parto, días de hospitalización; y del recién nacido: peso, talla y APGAR.

#### **RESULTADOS**

Caso 1. Paciente de 23 años primigesta cursando embarazo de 36 semanas con SHE, consulta en servicio de urgencia Maternidad HSJ por cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal epigástrico sin otro síntoma asociado. Al ingreso hipertensa (PA 154/97), normocardica. Examen físico dolor a la palpación en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Laboratorio destaca: Plaquetas 128.000, Hb 12.5 gr/dl,

GOT 138 U/L, GPT 110 U/L, LDH 395, índice proteinuria/ creatinuria o.11. Ecografía abdominal informa tumor hepático heterogéneo de 10 cm de diámetro y de limites no bien definidos. Cesárea de urgencia, intraoperatorio con hemoperitoneo 3.000c c por hematoma subcapsular roto decidiendo packing hepático. RN masculino, peso 2.675 gr, talla 45cm, Apgar 9/9. Retiro de packing hepático 24hr posterior sin inconvenientes. Manejo en Unidad de Cuidados Intensivos durante 5 días. Total días de hospitalización 41 días.

Caso 2. Paciente de 32 años multípara de 1, cursando embarazo de 34 semanas en control por preeclampsia y restricción del crecimiento fetal, consulta en servicio de urgencia maternidad HSJ por cuadro de 12 horas de evolución de dolor abdominal epigástrico, sin otra sintomatología. Al ingreso normotensa, normocardica. Laboratorio destaca: plaquetas 164.000, Hb 11.4 gr/dl, GOT 86 U/L, GPT 63 U/L, LDH 430, indice proteinuria/ creatinuria 0.22. Cesárea de urgencia, sin incidentes. RN masculino, peso 1.520 gr, talla 43 cm, APGAR 8/9. Postoperatorio evoluciona con dolor abdominal en hipocondrio derecho e hipotensión. TC abdomen y pelvis imagen con aspecto de hematoma hepático subcapsular de 19x14x7cm. Manejo expectante con control imageneologico semanal, sin necesidad de intervención quirúrgica. Manejo en Unidad de Cuidados Intermedios por 6 días. Total días de hospitalización 40 días.

#### **CONCLUSIONES**

La principal sintomatología descrita es el dolor abdominal epigástrico, aunque puede asociarse a nauseas, vómitos, disnea, omalgia y en caso de rotura hemoperitoneo con signos de shock. Imágenes como Ecografía y Tomografía Computada permiten confirmar el diagnostico. Intervención quirúrgica esta indicada ante inestabilidad hemodinámica, sangrado persistente, expansión continua del hematoma, dolor abdominal persistente. El manejo expectante es posible en casos de hematoma contenido, estable en tamaño y normalización de pruebas de laboratorio, mediante seguimiento de la lesión.

# PERFIL DE miRNA EXOSOMAL EN DIABETES GESTACIONAL, ROL POTENCIAL EN EL METABOLISMO PLACENTARIO

C-14

Diaz E.1,Scholz-Romero K.1,2, Ormazabal V.1, Zuñiga F.1, Salomon C.1,2,3,4 1Department of Clinical Biochemistry and Immunology, Faculty of Pharmacy, University of Concepción, Concepción, Chile. 2Exosome Biology Laboratory, Centre for Clinical Diagnostics, UQ Centre for Clinical Research, Royal Brisbane and Women's Hospital, Faculty of Medicine + Biomedical Sciences, The University of Queensland. 3Department of Obstetrics and Gynecology, Ochsner Baptist Hospital, New Orleans, Louisiana, USA. 4Mater Research Institute-University of Oueensland, Brisbane, OLD, Australia

#### INTRODUCCIÓN

Ha existido un interés explosivo en el papel de los exosomas, destacando su capacidad para mediar la comunicación de célula a célula y entregar moléculas bioactivas durante la gestación. El objetivo de este estudio fue determinar el perfil de miRNA exosomal en mujeres con diabetes mellitus gestacional (DMG).

#### **MÉTODOS**

Las muestras se obtuvieron a partir de plasma materno de embarazadas con DMG y embarazos normales (grupo control) en el momento del parto. Los exosomas se aislaron mediante centrifugación diferencial y densidad de flotación y se caracterizaron por la distribución de tamaños, enriquecimiento de TSG101 y morfología usando NanoSight, Western Blot y microscopía electrónica, respectivamente. Se utilizó el kit de ARN pequeño Illumina TrueSeq para construir una pequeña biblioteca de ARN. El resultado de la secuenciación FASTO se archivo y analizó utilizando miRDeep2, un programa diseñado específicamente para identificar tanto microRNA conocido como nuevo. Los exosomas se incubaron en las células de la placenta y el metabolismo de la glucosa se evaluó por el kit RT2 Profiler PCR Array especifico para metabolismo de la glucosa humana para la expresión génica de 84 genes clave implicados en estas vías enzimáticas.

#### **RESULTADOS**

El número total de exosomas, así como el numero de exosomas derivados de placenta presentes en la circulación materna fue mayor en embarazadas con DMG en comparación con el control. El análisis estadístico utilizando el paquete DESeg2 identificó un rango de miRNAs diferencialmente expresado entre los embarazos normales y con DMG. La identificación de genes de específicos utilizando CyTargetLinker de los 40 principales miRNAs (ordenado por el aumento del valor p) ha identificado 968 genes objetivos. El análisis genético muestra que algunos de nuestros mi RNAs candidatos regulan los genes implicados en la secreción de insulina en respuesta al estimulo de glucosa, la señalización del receptor de insulina y la homeostasis de la glucosa. El análisis funcional usando células placentarias mostró que los exosomas regulan varios genes implicados en el metabolismo de la glucosa y modifican la captación de glucosa en la placenta en respuesta a la insulina.

#### **CONCLUSIONES**

Estos resultados sugieren que los exosomas presentes en la circulación materna, que son mayores en número en embarazadas con DMG, pueden desempeñar un papel importante en la homeostasis de la glucosa en las células placentarias. AGRADECIMIENTOS: Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT 1170809), Chile

# ANÁLISIS DE TASAS DE ENDOMETRITIS PUERPERAL 2011 - 2017 EN HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

C-15

Méndez L(1), Ahumada S(2), Fernández C(2), Pérez C(3). Becada Obstetricia y Ginecología U. de Chile Internos 6° Medicina U. de Chile Profesor Instructor Facultad de Medicina U. de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones en el puerperio son causa de gran morbimortalidad, siendo de acuerdo a la OMS, la segunda causa de mortalidad materna a nivel mundial. La sepsis causa el 7% de las muertes maternas en América Latina y el Caribe. En Chile las muertes maternas por sepsis puerperal corresponden 0,8/100 mil RNV en 2013. Diversos factores aumentan el riesgo de endometritis, destacando: obesidad, raza negra, número de tactos vaginales y cesárea de urgencia. Existe evidencia que destaca la costo-efectividad de cultivos para su manejo y la importancia de la profilaxis antibiótica. Los agentes etiológicos más frecuentes en Chile son E. Coli 30,77%, S. Aureus 15,38% y S. Epidermidis 12,82%.

#### **MÉTODOS**

Revisión de reportes del Comité IAAS de endometritis en parto vaginal y cesárea del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco Trudeau (HBLT) período 2011 – 2017.

Análisis de datos MINSAL de Informes de Vigilancia de IAAS a nivel nacional en endometritis período 2011-2017.

Tasas expresadas en casos/100 partos

#### **OBJETIVOS**

Describir la tasa de endometritis puerperal en HBLT en período 2011 a 2017, tanto en parto vaginal como en cesárea y observar si existen cultivos asociados.

Comparar las tasas entre datos entregados por MINSAL y HBLT.

#### **RESULTADOS**

De acuerdo a los datos del HBLT, la tasa de endometritis en partos vaginales se mantuvo estable hasta el año 2017, con una tasa promedio de 0,325 en período 2011-2016. En el año 2017 la tasa del primer semestre llega a 0,68. En cesárea con trabajo de parto destaca en 2014, un alza de la tasa a 0,9, siendo previamente de 0,34. Posteriormente las tasas disminuyen y se estabilizan en 0,2 en 2015 y 2016. Destaca en 2° trimestre de 2017 aumento de la tasa o a 0,42. En cesárea sin trabajo de parto se presenta en forma aislada en 2013 una tasa de 0,3, siendo en el resto del período de o. Nuevamente en 2017 se presenta un alza en el 2° trimestre llegando a 1,5. No hubo cultivos asociados a la infección en los casos reportados. Según datos MINSAL la tasa de endometritis en el período se mantiene estable en todos los tipos de partos. En cesáreas sin trabajo de parto fueron significativamente menores (0,1) versus parto vaginal y cesárea con trabajo de parto (0,4 en ambos casos). Dentro de los casos notificados a nivel nacional se identificó el agente etiológico en un 8.57%.

#### **CONCLUSIONES**

Se observa que en partos vaginales existe un aumento puntual en HBLT el 1° semestre de 2017 llegando a 0,68 versus 0,4 MINSAL. En cesáreas de urgencia el comportamiento es similar, a pesar del alza aislada en HBLT en 2013. En cesárea sin trabajo de parto en HBLT mantuvo una tasa de 0, versus 0,1 MINSAL; sin embargo, con alzas puntuales en 2013 y 2017.

De acuerdo a la revisión de la literatura destaca la importancia de realizar cultivos en endometritis con el fin de tener un perfil microbiológico local y lograr disminución de costos con tratamientos basados en sensibilidad. Se mantiene la necesidad de una estricta técnica aséptica en los procedimientos, destacando los cambios poblacionales en el perfil de riesgo con aumento de pacientes obesas y de raza negra.

# CARACTERIZACION DE CESAREAS SEGUN CRITERIOS DE ROBSON EN UN CENTRO HOSPITALARIO DEL SUR DE CHILE, AÑOS 2015-2016

María José Talma R. (1,3), Beatriz Koryzma H. (2), Felipe Kovacic D. (2) Cristóbal Lara P. (2). Nicolás Zapata Lara. (1,3) Médico Residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de medicina, Universidad de Concepción. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Las Higueras de Talcahuano.

#### INTRODUCCIÓN

La cesárea tiene indicaciones precisas recomendándose cifras inferiores a 15%, valores mayores se asocian a complicaciones y no mejoran la morbimortalidad maternofetal. En Chile existe una tendencia al alza del porcentaje de cesáreas, con cifras que doblan lo recomendado. En nuestro servicio se ha implementado medidas orientadas a su disminución. La clasificación de 10 grupos de Robson, basado en parámetros obstétricos sencillos, caracteriza de manera objetiva y replicable a la mujer gestante. Esta clasificación se ha popularizado internacionalmente últimamente, pues identifica los grupos que más aportan al total de cesáreas con el fin de crear estrategias que ayuden a disminuirla.

#### **OBJETIVOS**

Caracterizar las cesáreas según la Clasificación de Robson, entre los años 2015-2016, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras de Talcahuano

#### **METODOLOGÍA**

Análisis descriptivo, retrospectivo. Se accedió al registro escrito, estandarizado de partos y se obtuvo el total de partos atendidos entre 1 de Enero de 2015 y 31 de Diciembre de 2016. No existieron criterios de exclusión. Se realizó un muestreo aleatorio sistemático con un intervalo de confianza del 95% y un error muestral del 5%. Se consideró una prevalencia del 29% de cesáreas para el año 2015 y del 30,9% para el año 2016. Los datos obtenidos fueron: paridad, edad gestacional en semanas cumplidas, presentación fetal, comienzo del

Trabajo de parto. Se agruparon los datos obtenidos, según la Clasificación de Robson. Se analizaron los datos mediante estadística básica.

#### **RESULTADOS**

Se registraron 4.855 partos, de los que se analizaron 595 partos. El Grupo 1 disminuye de 14,1% a 0%, mientras el grupo 2 aumentó de 33,3% a 67,6%. El grupo 3 se ha mantenido en 0%. Tanto el grupo 4 como el 5 (multíparas) aumentaron su porcentaje de cesáreas. El grupo 6 presentó la mayor variación al disminuir desde 83,3% a 0%; por su parte el grupo 7 aumentó desde 66,7% a un 100%. El grupo 9 se mantuvo estable en un 100%. El grupo 10 aumentó de 37,5% a un 41,4%.

#### **CONCLUSIONES**

En nuestra serie, destaca el descenso del grupo 1 (nulíparas), que acorde con la literatura es uno de los grupos que más aporta a las cesáreas siendo susceptible de ser abordado. En nuestro servicio existe una política de atención del parto centrada en la usuaria y auditorías de las cesáreas, lo que podría explicar esta disminución. Los grupos con porcentajes de cesáreas más altos fueron el 2, 5, 7, 8 y 9, donde se encuentran las mujeres con: feto en presentación no cefálica y múltiple, que se espera tengan altos porcentajes; con cesárea anterior, donde se debería incentivar el parto vaginal después de la primera cesárea; o con inducción del trabajo de parto, donde existe una amplia gama de escenarios clínicos que ameritan mayor análisis. En cuanto al grupo 6, cabe mencionar que el caso de presentación podálica del año 2016 (100% del grupo), pudo corresponder a una paciente atendida en el servicio de urgencias.

Figueroa C1,2,3., Troncoso P,4,5., Neira R.5, Valdés A6., Gómez R.1,2,3 Welheim J6 Hospital Clínico La Florida1, Pontificia Universidad Católica2, Clínica Santa María 3, Universidad de Chile4, Depto. Ciclo vital5, DEIS -MINSAL6

#### INTRODUCCIÓN

La muerte materna (MM) es aquella que ocurre por complicaciones que se producen durante el embarazo o dentro de los 42 días siguientes al término. Estas complicaciones pueden aparecer durante la gestación (la mayoría son prevenibles o tratables), mientras que otras preceden al embarazo. La OMS utiliza la Razón de Mortalidad Materna (RMM) como un indicador de acceso a la salud y de respuesta del sistema. La RMM en Chile fue de 19.7, 17.9, 16.1 y 17.2 en los años 2009, 2010, 2011 y 2012 respectivamente. De estas muertes 5% ocurrió en adolescentes y 36% en mayores de 35 años. Entre los años 2009 a 2012 las causas de muerte en orden de frecuencia fueron: enfermedades indirectas, trastornos hipertensivos del embarazo y complicaciones relacionadas con el embarazo y el parto, principalmente. El objetivo de este estudio es mostrar el perfil epidemiológico y

las principales causas de muerte materna ocurridas entre los años 2013 y 2015 en Chile

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se realizó un estudio retrospectivo de todas las muertes maternas relacionadas con el embarazo, ocurridas entre los años 2013 y 2015. Se obtuvo el total de las muertes a partir de los datos del DEIS, MINSAL. Se realizó un análisis de los certificados de defunción, auditoría de muerte y ficha clínica por una comisión de expertos quien determinó la evitabilidad (E). Se reclasificaron las muertes de acuerdo a la causa real de defunción posterior a la aplicada por DEIS. Se tabularon los datos de acuerdo a una tabla de contingencia para tendencia.

#### **RESULTADOS**

La tendencia de la RMM entre los años 2009 y 2015 mostró una disminución significativa (Chi cuadrado para tendencias, 4.53, p=0.03). En el año 2013, 2014 y 2015 los datos son los siguientes:

Año	RN vivos	n° muertes	RMM	Edad (años)		Paridad %			Causas								E
				12-19	>35	o	1	>2	Indirecto	%	SHE	%	НРР	%	Aborto	%	%
2013	242.670	37	15,2	5%	24%	30	19	30	11	30	12	32,4	5	13,5	3	8	59
2014	250.997	33	13,1	3%	24%	9	27	33	10	30	7	21,2	2	6	4	12	60
2015	242.862	37	15,1	5%	38%	46	19	22	13	35	6	16	9	9	24	8	51
Total		107							34	31,7	25	23,4	16	15	15	14	57

RMM: Razón mortalidad materna SHE= Síndrome Hipertensivo del embarazo HPP: Hemorragia posparto E=Evitabilidad

#### CONCLUSIONES

Nuestro estudio muestra una reducción significativa de RMM entre el año 2009 y 2015. No existen cambios en relación a la edad de ocurrencia de la muerte con un 5% de defunciones en adolescentes y un 30% en mayores de 35 años. Las causas indirectas son las predominantes, al igual que en los países desarrollados. En segundo lugar, persiste el SHE y aumentan las causas por Hemorragia posparto, las que ocupan el tercer lugar. Aborto séptico y embarazo ectópico siguen siendo un problema prevalente. Destaca que el 57% de las muertes son prevenibles. Este tipo de análisis permite identificar las causas prevenibles y desarrollar estrategias para intervenir las áreas deficientes.

# INCIDENCIA DE MIOCARDIOPATIA HIPERTROFICA EN C-18 EMBARAZADAS CON DIABETES GESTACIONAL Y PREGESTACIONAL DETECTADAS EN ECOCARDIO FETAL REALIZADAS ENTRE 2012 Y 2016 EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB)

Drs. Romero AK.1,3, Romero A.1,3, Sepúlveda S.1,3, Álvarez A2,3. 1 Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.2 Médico Pediatra, Cardiólogo Infantil, Medico Ecografista 3 Unidad de Exploración Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Guillermo Grant Benavente

#### INTRODUCCIÓN

La diabetes constituye la enfermedad metabólica más frecuente asociada a la gestación. Entre un 0,2% a 0,3% de los embarazos tienen diabetes mellitus (DM) preexistente, mientras que 1% a 5% de los embarazos presentan diabetes gestacional (DG). Una de las complicaciones más frecuentes asociadas a esta patología es la miocardiopatía hipertrófica (MCH), teniendo una incidencia de hasta 30%.

#### **OBJETIVOS**

Determinar la incidencia MCH fetales asociadas a un diagnostico materno de Diabetes en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes gestantes que se les realizó ecocardiografía fetal en la unidad de exploración fetal del HGGB entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2016. Se analizó el registro electrónico de la unidad creándose una base de datos nueva con la causa de solicitud del examen, paridad, edad gestacional, edad materna y resultados del examen. Se utilizó para el análisis frecuencias absolutas y relativas con Microsoft Excel.

#### **RESULTADOS**

Se realizaron 622 ecocardiografías, de las cuales 172 (27,6%) fueron solicitadas por diabetes materna. Se diagnosticaron 15 MCH dentro de este grupo de pacientes correspondiendo al 8,7% del total de ecocardiografía realizadas por diabetes. Además, al analizar el total de exámenes realizados en este periodo se obtuvieron un total de 24 MCH donde el 62,5% del total corresponden a madres con el diagnostico de diabetes.

#### **CONCLUSIONES**

Si bien, el total de MCH detectadas en las pacientes que se les solicitó ecocardiografía por tener el diagnostico de diabetes es bajo, la asociación del total de MCH detectadas en estos años mayoritariamente va de la mano con la presencia de diabetes, confirmando la fuerte asociación entre MCH fetal y diabetes materna. Lo que lleva a fortalecer aún más el sistema de derivación y pesquisa a través de este examen para las pacientes cursando un embarazo en asociación con diabetes materna.

#### C - 19

# EMBARAZO CON DIAGNOSTICO PRENATAL DE SINDROME DE JEUNE EN HOSPITAL REGIONAL DE COPIAPO REPORTE DE CASO Y REVISION DE LITERATURA.

Gálvez J., Cortés M., Fuentealba L, Reyes S. Ginecólogos Obstetras Unidad de Alto Riesgo Obstétrico Hospital Regional de Copiapó.

#### INTRODUCCIÓN:

El Sindrome de Jeune o Distrofia toraxica asfixiante. descrita por primera vez en 1955, es una enfermedad rara, autosómica recesiva. Se caracteriza por anomalías esqueléticas consistentes en un tórax estrecho asociado a condrodisplasia generalizada, defectos en las extremidades y enanismo leve. Su incidencia anual está estimada en torno a 1-5/500.000. El síndrome es reconocible durante el periodo prenatal o al nacimiento. En forma prenatal, se describen ecográficamente: Tórax estrecho de costillas cortas y horizontales que no llegan más allá de la mitad alrededor de éste; huesos tubulares cortos (bajo percentil 5), rizomelia y polidactilia. Ausencia de movimientos respiratorios fetales. Polihidramnios. Circunferencia torácica (CT) bajo percentil 5, relación CT/CA (Circunferencia abdominal) bajo 0,80, relación perímetro de la jaula costal/CT menor a 0,68. Por el rasgo autosómico recesivo, la recurrencia en un embarazo posterior es del 25%. El tratamiento puede enfocarse en intervenciones correctivas o ser de naturaleza paliativa.

#### **METODOLOGÍA**

Se revisa literatura internacional en la base de datos Pubmed, de todas las publicaciones de los últimos 15 años, referente a Sindrome de Jeune, usando como palabras claves: "Jeune", "Asphyxiating thoracic dystrophy", "Thoracic Dystrophy in pregnancy". Se seleccionan revisiones sistemáticas, guías internacionales y reporte de casos en revistas indexadas. A continuación se presenta un caso de embarazo con diagnostico prenatal de Sindrome de Jeune, manejado en el Hospital Regional de Copiapó.

#### CASO CLÍNICO- RESULTADOS

Paciente M2 de 33 años. Con antecedentes de Hipotiroidismo. Ingresa a Policlínico de Alto Riesgo para manejo de patología de base, cursando embarazo de 11+2 semanas. Ecografía de primer trimestre y 11-14 normales. En Ecografía de 21 semanas, se describe un tórax pequeño de 130mm, con una circunferencia abdominal de 160mm (T/A: 0,8). Micromelia severa, con relación pie/femur de 0,85. Sexo femenino, resto de la exploración ecográfico normal.

#### CONCLUSIÓN

Displasia muscoesquelética. Se deriva a Centro de Referencia para completar estudio. Se realiza ecografía a las 26+2 semanas, que describe tórax alargado e hipoplásico, con relación de tórax/abdomen de o,6. Corazón impresiona normal, Intestino hiperecogénico, pielectasia renal derecha. Estudio de huesos largos, todos bajo p5. Relación pie/fémur: o.6. Conclusión: Displasia esquelética obs. Síndrome de Jeune. Cordocentesis y cariograma con cariotipo 46,XX. Se realiza nuevo control ecográfico a las 29+2 que informa Pielectasia renal derecha. Relación T/A de 0,6. Screening cardíaco con predominancia de cavidades derechas. Sin otras alteraciones con respecto a examen anterior. Se deriva a Hospital de Origen para continuar manejo. Continúa con controles prenatales en Alto Riesgo en forma habitual. A las 34+4 semanas presenta Ruptura prematura de membranas, iniciando trabajo de parto en forma espontánea. Diez horas después se obtiene recién nacido en podálica de 2790 grs, sexo femenino, 42 cms, sin LCF. Padres rechazan estudio anatomopatológico. Conclusiones: El Síndrome de Jeune es una enfermedad rara, autosómica recesiva. Se caracteriza por anomalías esqueléticas consistentes en tórax estrecho asociado a condrodisplasia generalizada, defectos en las extremidades y enanismo leve. El síndrome es reconocible durante el periodo prenatal o al nacimiento. El tratamiento puede enfocarse en intervenciones correctivas o ser de naturaleza paliativa, requiriendo siempre un equipo multidisciplinario.

# CERCLAJE CERVICALDE RESCATE EN EL MANEJO DE INCOMPETENCIA CERVICAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LUIS TISNE BROUSEE

Autores: Catalán A. Narváez P. Barrios R. Lattus J. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile. Sede Oriente.

#### INTRODUCCIÓN

El cerclaje cervical es la cirugía que corrige la incompetencia cervical. Se reconocen tres indicaciones para la realización de cerclaje. El cerclaje profiláctico, que se realiza entre las 12 y 14 semanas de gestaciones, indicado cuando existe el antecedente de incompetencia cervical, el cerclaje terapéutico que se realiza tras la detección de modificaciones en el cérvix antes de las 24 semanas de gestación, con un riesgo potencial de parto pretérmino, y el cerclaje de rescate o emergencia es el que se realiza en pacientes que presentan exposición de las membranas amnióticas visibles a través del orificio cervical externo o en vagina.

#### **OBJETIVOS DEL ESTUDIO**

Conocer el perfil epidemiológico, manejo y resultados perinatales de embarazadas en las que se le indicó un cerclaje cervical de rescate en el hospital Luis Tisné Brousse, desde enero del año 2013 a Enero del 2017.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo y descriptivo. Se registró el número total pacientes que ingresaron a pabellón y se les realizó este procedimiento. Se revisó antecedentes clínicos desde las fichas médicas. Los datos son analizados con programa estadístico Excel, Stata 8.0 y epi info 6.0

#### **RESULTADOS**

Se analizaron 32 casos de cerclaje de rescate. Se consignaron antecedentes epidemiológicos y obstétricos. La edad promedio de las pacientes fue de 29 años (rango 19-43 años) aborto previo lo presentaron 12 pacientes (38%), parto prematuro previo 7 pacientes (22%). La

edad gestacional promedio al momento de realizar el cerclaje fue de 22+2 semanas con un rango entre las 16 y 26 semanas. Se realizó cervicometría a todas las pacientes excluyendo a aquellas en que hubo una franca exposición de membranas. El promedio de la cervicometría fue de 6 mm, con un rango entre o y 21 mm, 20 pacientes (63%) mostraron exposición de membranas. Previo al procedimiento, se solicitaron cultivos vaginales. Destaca que el 60% de las pacientes tuvo desarrollo de Ureaplasma parvum (20 pacientes), 1 paciente presentó desarrollo de mycoplasma hominis concomitante a desarrollo de ureaplasma. La edad gestacional promedio al nacimiento fue 32 semanas con un rango entre 17 a 40 semanas de gestación. El 72% superaron las 28 semanas. Del grupo de pacientes que superó las 28 semanas, 31% (10 pacientes) tuvo un parto entre las 28 + o semanas y 34+o semanas. 41 % (13 pacientes) tuvo un parto posterior a las 34+1 semanas de gestación. La vía de parto fue vaginal en 19 pacientes (59%), cesárea en 9 pacientes (28%) y fórceps en 4 pacientes (13%). En cuanto a los resultados neonatales se obtuvieron 28 recién nacidos vivos (88%), 2 mortineonatos (6%) y 2 abortos tardíos (6%). El peso promedio de los recién nacidos sin incluir los abortos tardíos fue de 2240 gramos, con pesos entre 580 y 3950 gramos. (RN vivos desde 710 gramos). Se analizó el puntaje de apgar de los RN vivos y no se encontró apgar inferior a 7 a los 5 minutos.

#### CONCLUSIÓN

Con nuestra casuística, localmente hemos logrado unificar el manejo, tanto de la técnica quirúrgica como el seguimiento, y es así que frente una paciente que debuta en el segundo trimestre con una franca incompetencia cervical, el cerclaje de rescate parece ser la intervención que puede cambiar el pronóstico fetal.

# INCIDENCIA Y CAUSAS DE NEAR MISS MATERNO EN UN HOSPITAL DEL ÁREA NORTE DE SANTIAGO DE CHILE

C-21

Banderas B., Naray D., Gutiérrez J., Clavero M, Haye M., Vásquez P., Guerra M., Cartes G.

#### INTRODUCCIÓN

Ya que la mortalidad materna es un evento poco frecuente, el estudio del near miss (NM)materno, aparece como un complemento útil para evaluar y mejorar la atención obstétrica. NM se define como una mujer que casi muere, pero sobrevive a una complicación durante el embarazo, parto ó en los 42 días siguientes al término del embarazo. En Chile es un concepto recientemente introducido y en nuestro centro se inició la auditoría de estos casos en enero de 2017. El objetivo de este estudio es determinar la incidencia y causas de NM durante el primer semestre de 2017 en el Hospital San José de Santiago.

#### MÉTODO

Estudio prospectivo observacional desde enero de 2017 a junio de 2017 en Hospital San José. Los casos de NM fueron identificados en base a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2009. Posteriormente se procede al llenado del formulario de recolección de datos OMS, adaptado por el ministerio de salud de Chile y análisis de los datos extraídos en éste.

#### **RESULTADOS**

En período estudiado se presentaron 25 casos de NM. El 20% de éstas pacientes presentaron hemorragia post parto severa. 32% preeclampsia severa. 24% presentaron sepsis severa de origen ginecológico. 52% requirieron de transfusión de hemoderivados y 40% requirieron admisión en la Unidad de Cuidados Intensivos. El 36% presentaron algún tipo de disfunción de coagulación y 24% tuvieron que ser sometidas a laparotomías exploradoras al ingreso. El 20% fueron sometidas a histerectomías obstétricas y un 8% requirieron de packing abdominal por hematomas subcapsulares. 40% de éstas pacientes terminaron su embarazo por cesárea y el 56% de los recién nacidos se encontraban vivos al nacimiento, al momento del alta y a los 7 días post parto.

#### **CONCLUSIONES**

Los resultados de nuestro estudio se asemejan a las estadísticas mundiales, encontrándose como primera causa la hemorragia post parto, seguidos de trastornos hipertensivos e infecciones. La mayoría de las pacientes fueron sometidas a interrupción del embarazo vía cesárea, sin embargo, la mayoría de los outcomes perinatales fueron satisfactorios.

# FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIALES EN EMBARAZADAS QUE INGRESANA CONTROL PRENATAL ENTRE 2013-2016 EN UN CENTRO DE ATENCION PRIMARIA EN TOME-CHILE.

Quezada C\*. Malpica S.\* Manríquez C.\*\*\*Médico residente obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción \*\*Colaborador docente departamento obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción

#### INTRODUCCIÓN

El control prenatal adecuado se asocia con disminución en los resultados de morbilidad y mortalidad materna y muerte infantil. Esta evaluación incluye la valoración de los riesgos médicos y psicosociales, así como las intervenciones conductuales y sociales en caso de ser requeridas. Los síntomas depresivos maternos y el bajo apoyo social se asocian con resultados de parto deficientes. En Chile, los instrumentos de tamizaje utilizados para evaluar las variables psicosociales tienen por fin aumentar la detección precoz de pacientes con factores de riesgo, con el fin de realizar intervenciones preventivas. Dentro de estos, se encuentra la Escala de Depresión de Edimburgo, que se utiliza para la detección de la depresión en el período gestacional, y la Evaluación Psicosocial Abreviada (EPSA) que permite la detección e intervención temprana sobre algunos factores de riesgo que introducen inequidad en el desarrollo de las personas. El objetivo de este trabajo es caracterizar las variables psicosociales evaluadas durante el ingreso a control prenatal de las gestantes del Cesfam Dr. Alberto Reyes entre el 2013 y 2016 y relacionar con los embarazos no planificados y el acompañamiento a controlprenatal.

#### MÉTODO

Estudio analítico retrospectivo. Recolección de datos obtenidos de la revisión de las planillas de ingreso a control prenatal de todas las pacientes ingresadas por matrona en el CESFAM Dr Alberto Reyes entre 2013-2016. Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado con software Stata.

#### **RESULTADOS**

Ingresaron a control 1507 embarazadas, de edades entre 13 y 45 años, con edad gestacional al ingreso que varía entre 3 a 38 semanas, 44% primigestas, 55% acudió sola a control y en 56.4% fue un embarazo no planificado. Las pacientes con Edimburgo alterado fueron 17% y con EPSA alterado un 41%. Del total de gestantes con embarazo no planificado, un 52,4% tuvo EPSA alterado y en un 21,5% se evidenció Edimburgo alterado, siendo esto estadísticamente significativo (p<0.0001) al compararlo con embarazo planificado. La asociación entre la falta de acompañante y la presencia de riesgo en los instrumentos evaluados no fue estadísticamente significativo (p=0.05) al contrastarlo con embarazadas que acudieron acompañadas.

#### CONCLUSIÓN

Dentro del embarazo planificado, destaca la importancia de los cuidados preconcepcionales enfocados en el asesoramiento a las futuras gestantes y la pesquisa de factores de riesgo del proceso reproductivo, con el objetivo de disminuirlos a través del control prenatal, sin embargo, como podemos observar en este trabajo un gran número de embarazos no son programados y estas mujeres no pueden acceder a una orientación preconcepcional adecuada que les permita afrontar el embarazo en las mejores condiciones. La pesquisa de síntomas depresivos y de factores de riesgo psicosociales permite evitar el deterioro de la salud mental materna y las graves consecuencias sobre sus hijos. Siendo la depresión un relevante problema de salud pública que afecta a puérperas, resulta de importancia evaluar la eficacia de los programas implementados durante los controles prenatales para la detección y manejo de los factores de riesgo psicosociales y síntomas depresivos en embarazadas.

# INCIDENCIA Y PRINCIPALES INDICACIONES DE CESAREA EN PACIENTES CON CESAREA PREVIA EN HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE ENTRE LOS AÑOS 2014-2017

C-23

Andrea Romero I (1), Ana Romero V (1), Sandra Sepúlveda C (1), Germán Cruz B (2) Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. Médico Gineco-Obstetra. Encargado de Calidad del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Guillermo Grant Benavente.

#### INTRODUCCIÓN

En Chile año 2016 las cifras de salud revelan que la tendencia de cesáreas ha ido en aumento (43%). El parto vaginal después de una cesárea tiene un éxito superior al 70%. Bajo ciertas condiciones, es considerado como una alternativa segura, y con una baja probabilidad de complicaciones.

La incidencia de cesárea en cada centro de salud es considerada un indicador de la calidad de la atención materna perinatal por lo que es necesario conocer las principales indicaciones para adoptar medidas que ayuden a disminuir la tasa de cesáreas a nivel local.

#### **OBJETIVO**

Caracterizar las indicaciones más frecuentes de cesárea en gestantes con cesárea previa.

#### **MATERIALES Y METODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes gestantes con cesárea previa sometidas a nueva cesárea, atendidas en el período comprendido entre el 1° de Enero del 2014 al 30 de Junio del 2017, en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Guillermo Grant Benavente. Se consultó el registro de Movimientos Diarios de Pabellón, obteniéndose el total de pacientes con cesárea previa sometida a nueva cesárea, junto con su indicación, las que se agruparon en: Causa materna, fetal, relacionada con el trabajo de parto, ovular, compleja y no pertinente. Procesamiento de datos mediante planilla de cálculos Excel®

#### **RESULTADOS**

Se registraron un total de 11.624 partos de los cuales 4.389 fueron cesáreas (36,8%). La tasa de cesárea el año 2014 y 2015 fue de 37% y el año 2016 de 40%. Del total de cesáreas se encontró que el 17% de las pacientes presentaban una cesárea anterior.

Al revisar las causas se encontró que un 37% de las indicaciones fueron no pertinentes de acuerdo a los protocolos locales vigentes, 27% de causa fetal, 22% indicación en trabajo de parto, 10% de causa materna, 3% de causa ovular y 1% de causa compleja.

#### **CONCLUSIONES**

La incidencia de cesárea a nivel local es similar a lo reportado a nivel nacional, con tendencia al aumento desde el año 2014 a la fecha, con un alto porcentaje de cesáreas no pertinentes, lo que nos orienta a una nueva revisión de los protocolos locales. Además se podría plantear que un porcentaje de las cesáreas en pacientes con cesárea anterior pudiesen haber optado a parto vaginal, debido a que en nuestro servicio no está protocolizada la inducción de pacientes con cesárea anterior.

# CLASIFICACION DE CESAREAS POR GRUPOS DE ROBSON EN HOSPITAL LUIS TISNE BROUSSE, AGOSTO A DICIEMBRE 2016

Guzmán C., Millán C., Díaz A. Hospital Dr. Luis Tisné Brousse, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Desde 1985, se considera que la tasa ideal de cesárea debe oscilar entre el 10% y el 15%. Chile ostenta uno de los índices más altos, con una incidencia global de 40,2%, alcanzando en el sistema privado un 76% y en el público un 40,9%, según DEIS-MINSAL 2014. Sus principales indicaciones son: distocias del trabajo de parto, cesáreas previas, presentación podálica y estado fetal no tranquilizador. La cesárea, cuando está justificada desde el punto de vista médico, es eficaz para prevenir la morbimortalidad materna y perinatal. Sin embargo, en quienes resulta innecesario, aumenta los riesgos maternos fetales y los costos en salud pública. Entre los sistemas existentes para categorizar las cesáreas, se ha utilizado la clasificación de Robson que estratifica las mujeres según sus características obstétricas en 10 grupos y, en consecuencia, permite comparar las tasas de cesárea en cada grupo con menor número de factores de confusión. En 2011 la OMS realizó una revisión sistemática y concluyó que la clasificación de Robson es la más adecuada para atender las necesidades locales e internacionales actuales. El objetivo principal de este trabajo es utilizar la clasificación de Robson, para determinar cuál es el grupo objetivo en el que debemos crear estrategias para disminuir la tasa de cesárea del Hospital Dr. Luis Tisné Brousse. Como objetivos secundarios, se plantea establecer la prevalencia global de cesárea de nuestro servicio, establecer la clasificación de Robson para las cesáreas institucionales y pensionado, establecer la prevalencia de cesárea según institucional o pensionado, determinar las principales causas de cesáreasegún paridad de la paciente, determinar la prevalencia de cesárea posterior a una cicatriz de cesáreaanterior y determinar la concordancia entre el diagnóstico prenatal de macrosomía fetal como causa decesárea y el peso de nacimiento.

#### **MÉTODOS**

Estudio retrospectivo observacional, desde agosto a diciembre del 2016 en el Hospital Luis Tisné Brousse. Se seleccionaron todas las cesáreas institucionales y pensionado, el total de cesáreas en estos meses fue de 887 y se accedió a la revisión de 402 fichas clínicas. Se asignó a cada paciente uno de los 10 grupos de clasificación de Robson. Se analizaron los objetivos principales y secundarios.

#### **RESULTADOS**

En el periodo de estudio, se realizaron 887 cesáreas, que corresponden al 38,6% de total de partos registrados en el servicio. Dentro del total de partos institucionales, un 31,7% corresponde a cesárea y en pensionado un 67,3%. Los grupos que más contribuyen a la tasa global son 5 (33,1%), 2 (18,9%), 1 (14,4%) y 10 (9,7%), siendo responsables del 76,1% del total de cesáreas, manteniéndose esa relación en las institucionales. En cuanto al pensionado, los grupos que predominan son el 5 (33,7%), 2 (27,9%), 4 (16,3%) y 1 (13,5%). Se alcanza una diferencia estadística entre estas últimas (p<0,05) en los grupos 2,4 y 10. Un 39,6% de las pacientes poseen una o más cesáreas anteriores. Las principales causas en primigestas corresponden a distocia de posición o dilatación estacionaria, estado fetal no tranquilizador y malas condiciones obstétricas. La concordancia entre el diagnóstico prenatal de macrosomía fetal como causa de cesárea y el peso de nacimiento es sólo de un 7,1%.

#### **CONCLUSIONES**

Esta clasificación nos permite identificar los grupos de mayor impacto en la tasa de cesárea global, siendo posible implementar acciones y estrategias específicas destinadas a reducirla. Es pertinente la fiscalización de la indicación de cesárea en pensionado, debido a que los grupos 2 y 4 son pacientes que no han sido sometidas a trabajo de parto, por lo que deben tener alguna indicación absoluta de cesárea, situación que no se vio reflejada en nuestro trabajo. Por otro lado, la

indicación de cesárea por macrosomía fetal, idealmente debe ser evaluada por una prueba de trabajo de parto, para cumplir con la norma actual de nuestro país. El incremento actual en la tasa de cesárea, requiere de la evaluación permanente por cada centro, para velar por una atención materno fetal con el menor riesgo posible.

# RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y PERINATALES EN C-25 GESTANTES DE EDAD MATERNA AVANZADA DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO DURANTE EL AÑO 2015.

Zapata N.1,2, Manríquez K.1,2, Vera A.1,2, Gallegos A.3,2, González B.3,2 Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano Interno de Medicina, Universidad de Concepción

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo en mujeres mayores ha aumentado en los últimos años y se ha denominado en Edad Materna Avanzada para las gestantes mayores de 35 años. Este grupo tiene mayor riesgo de presentar patologías durante la gestación, ganancia excesiva de peso, diabetes gestacional y síndromes hipertensivos del embarazo, entre otros. Para gestantes chilenas de esta edad se han descrito tasas más altas de mortalidad fetal, neonatal y materna. OBJETIVO: Describir los resultados obstétricos y perinatalesde gestantes de edad materna avanzada en el Hospital las Higueras de Talcahuano, durante el año 2015.

#### **METODOS**

Estudio descriptivo transversal de los partos atendidos en el Hospital las Higueras de Talcahuano, entre enero y diciembre de 2015. Se extrajeron los datos del libro de registro de la Unidad de Partos del Hospital. Las variables encontradas se agruparon en las siguientes categorías: tipo de parto, patologías preconcepcionales, de la gestación y resultados perinatales. Los datos fueron exportados a una base de datos Microsoft Office Excel® 2003 y se realizó análisis de los resultados.

#### **RESULTADOS**

Se registraron 346 partos en mayores de 35 años, que representan un 13,7% del total de partos atendidos en la unidad durante el año 2015. La edad promedio fue de 38 años. Un 97,7% fueron embarazos únicos y 2,3% fueron gemelares. El 53,7% correspondió a partos espontáneos, 2% fórceps y 44,2% cesáreas; siendo el 58,8% de urgencia y 41,2% programadas. En relación a

las patologías maternas pregestacionales, un 5,2% tenía diabetes pregestacional, 10,1% de hipertensión arterial crónica, 6,4% hipotiroidismo y 3,5% otras patologías. En relación a las patologías asociadas al embarazo, se presentó un 23,1% de diabetes gestacional y 13,3% de síndromes hipertensivos del embarazo. En relación a los resultados perinatales, un 83,9% correspondió a recién nacidos (RN) de término y un 2,5% a menores de 32 semanas. El 11,3% de los RN fue pequeños para la edad gestacional y un 22,9% grandes para la edad gestacional. Se diagnosticaron 3 fetos con malformaciones congénitas y uno de trisomía 21. Cinco pacientes tuvo un APGAR ≤ a 5 puntos a los 5 minutos.

#### CONCLUSIÓN

Las mujeres de edad materna avanzada constituyen un grupo cada vez más frecuente dentro del alto riesgo obstétrico. Este trabajo permite concluir que en nuestro centro, durante el año 2015, existió una alta carga de patologías crónicas maternas y del embarazo dentro de este grupo de gestantes, las que se asocian con un mayor riesgo reproductivo. La frecuencia reportada de cesárea alcanzó un porcentaje relevante, por sobre lo recomendado internacionalmente, lo que se condice con la edad materna como factor de riesgo independiente de cesárea. En relación a los resultados obstétricos, la mayoría de los RN fueron adecuados para la edad gestacional y de término, con casos aislados de malformaciones congénitas y mortalidad perinatal.

PALABRAS CLAVES: Pregnancy, High-Risk, Pregnancy Outcome, Maternal Ages (MeSH)

# CARACTERIZACIÓN DE PRIMIGESTAS DE 35 Y MÁS AÑOS DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO, PERÍODO 2015-2016.

Zapata N.1,2, Manríquez K.1,2, Vera A.1,2, Gallegos A.3,2, González B.3,2 Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano Interno de Medicina, Universidad de Concepción

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo en mujeres de 35 años o más es definido en la literatura como embarazo en edad materna avanzada (EMA). Mientras que a la mujer cursando su primer embarazo en este rango de edad se conoce bajo el concepto de primigesta tardía. Estos conceptos ilustran una situación clínica relevante, pues se ha demostrado en diversas publicaciones que la EMA se asocia a un aumento del riesgo de presentar patologías propias de la gestación y maternas crónicas, con mayor probabilidad de muerte materna y perinatal.

#### **OBJETIVO**

Caracterizar la población de primigestas tardías del Hospital Las Higueras de Talcahuano durante el período 2015 – 2016.

#### **METODOS**

Estudio descriptivo transversal de los embarazos en primigestas tardías atendidos en el Hospital las Higueras de Talcahuano, en el período 2015-2016. Los datos fueron extraídos del libro de registro de la Unidad de Partos del Hospital y de las fichas del policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO). Los datos fueron exportados a una base de datos Microsoft Office Excel® 2003 y se realizó análisis de los resultados.

#### **RESULTADOS**

Entre los años 2015 y 2016 se registraron 49 partos en mujeres primigestas de 35 o más años, correspondiendo al 0.99% del total de partos en el periodo analizado. El promedio de edad fue 37,5 años (DS de 2,6). Un 53,06%

cursó educación superior completa. El 14,29% estaba en seguimiento en el policlínico de fertilidad, siendo las intervenciones más comunes el seguimiento folicular y la miomectomía. Un 10,2% presentó hipertensión arterial crónica, un 2,04% de diabetes pregestacional y un 14,3% de patología tiroidea. El estado nutricional previo al embarazo fue obesidad en un 42,9%, sobrepeso 32,7% y normopeso en 24,5%. El 57,1% de las pacientes controlo su embarazo en el policlínico ARO. Acerca de las patologías asociadas al embarazo la incidencia del síndrome hipertensivo del embarazo fue 36,7%, de la diabetes gestacional un 20,4%, restricción de crecimiento 6,1%, colestasia intrahepática del embarazo 2,0% y otras patologías 8,2%. Un 38.7% de las pacientes requirió hospitalización durante su embarazo. El 46,9% tuvo una cesárea, un 46,9% parto vía vaginal y 6,1% Fórceps. Del porcentaje de partos por cesárea, un 26,1% fueron electivas y un 73,9% fueron de urgencia. La edad gestacional promedio al momento del parto fueron 37 semanas, registrándose una incidencia de 20,4% de parto prematuro. El peso los recién nacidos en un 18,3% fue menor al percentil 10, un 6,1% mayor al percentil 90 y el 75,5% un peso normal. Un 6,1% presento APGAR ≤ 5 puntos a los 3 minutos. En este grupo hubo 3 mortinatos. Además de 3 recién nacidos con diagnósticos antenatal de malformaciones congénitas y cromosomopatías.

#### **CONCLUSIONES**

Este grupo de pacientes comparte características demográficas comunes, destacando un alto nivel de escolaridad. Se observó una incidencia de parto prematuro, síndrome hipertensivo del embarazo, diabetes gestacional, entre otras situaciones clínicas, mayor a la descrita para la población gestante en general. Esta realidad determina el uso de más recursos en su atención y la necesidad de un correcto funcionamiento de la red de salud, conformando un desafío para el equipo de salud dedicado a su atención.

PALABRAS CLAVES: Pregnancy, High-Risk, Pregnancy Outcome, Maternal Ages (MeSH)

## PREVALENCIA DE LACTANCIA MATERNA EN USUARIAS DE UN CESFAM DE LA COMUNA DE SAN PEDRO DE LA PAZ.

Barrientos, C.1, Contreras, C.2, Escobar, D.3 1 Médico Cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción, Hospital Guillermo Grant Benavente. 2 Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. CESFAM Trehuaco. 3 Médico Cirujano en Etapa de Destinación y Formación. CESFAM Lomas Coloradas.

### INTRODUCCIÓN

La leche materna es reconocida como la alimentación óptima para todos los niños, debido a los beneficios que otorga tanto a madres como a hijos. La Organización Mundial de la Salud recomienda la lactancia materna exclusiva (LME) durante los primeros seis meses de vida. El inicio de la lactancia materna (LM) y su mantención, se ven afectado por factores sociodemográficos como la edad, escolaridad, ingresos, entre otros. Existe evidencia de que la educación prenatal aumenta la prevalencia, duración y la exclusividad de la lactancia, por lo que se recomienda proporcionar a los padres información sobre lactancia en clases prenatales. El programa Chile Crece Contigo (ChCC) tiene como misión acompañar, proteger y apoyar integralmente, a todos los niños, niñas y sus familias. Dentro de las prestaciones de ChCC, se encuentran los talleres prenatales, que son actividades educativas para las mujeres gestantes, dentro de ellos se encuentra "Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido(a) y puerperio", que tiene como objetivo fomentar la LM. Según el Ministerio de Salud, la prevalencia de LME al primer mes de vida es 78% y al tercer mes 66%. Por lo cual, antes del tercer mes de vida, la tasa de deserción afecta a un tercio de los niños, siendo un importante desafío de salud pública para el país.

### **OBJETIVO**

Determinar la prevalencia de la lactancia materna al egreso post parto, al mes, a los 3 meses y a los 6 meses.

### **PACIENTES Y MÉTODO**

Estudio descriptivo observacional, mediante revisión de base de datos de programa prenatal y control de niño sano, en usuarias de un CESFAM de la comuna de San Pedro de la Paz, durante los años 2015-2016. La muestra consiste en 80 usuarias que estuvieron en control prenatal, separadas en 2 grupos de 40 personas, de acuerdo a si asistieron al taller "Aprendiendo a amamantar, cuidados del recién nacido(a) y puerperio" del ChCC. Se realizó análisis de frecuencias relativas y absolutas en Microsoft Excel.

### **RESULTADOS**

La edad promedio fue 28,45 años. Se presentó escolaridad baja (menor a 8° básico) en un 5%. El 47,5% de las usuarias estudiaba o trabajaba de forma remunerada al momento del embarazo. La vía del parto fue cesárea en un 55%. La prevalencia general de LM (exclusiva o mixta) a los 6 meses fue 82,5%, LME al egreso hospitalario fue 93,75%, al mes 76,25%, a los 3 meses 68,75% y a los 6 meses 62,5%. La prevalencia de LME exclusiva a los 3 meses en usuarias que recibieron educación fue 72,5% (100% con LME o mixta), mientras que en las que no, fue un 65%. En las usuarias que mantuvieron LME hasta los 6 meses, el estado nutricional de los lactantes fue normal en un 66%, 30% sobrepeso u obesidad y riesgo de desnutrir 4%. Mientras que en lactantes que recibieron lactancia artificial o mixta desde el primer mes, el estado nutricional fue normal en 57,8%, obesidad o sobrepeso 42%, y riesgo de desnutrición en un 5,2%.

### CONCLUSIÓN

La prevalencia de la lactancia materna fue mayor en las usuarias que recibieron educaciónprenatal, y en ambos grupos fue mayor a lo reportado. En la totalidad del grupo que asistióal taller, se mantuvo al menos un régimen mixto de LM hasta los 3 meses. La educaciónprenatal del ChCC pudiese ser un factor que contribuya a aumentar la prevalencia de la LMEy su mantención.

# CARACTERIZACIÓN DE EMBARAZOS EN PACIENTES C-28 DE 35 AÑOS Y MÁS PERTENECIENTES AL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE (HGGB) DE CONCEPCION DURANTE EL AÑO 2016.

Figueroa H.1, Gutiérrez I.2, Cuevas P.2, Sandoval R.2, Manríquez C.31. Médico Cirujano, residente en Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. 2. Interno de Medicina, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. 3. Ingeniero Estadístico, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción.

### INTRODUCCIÓN

El deseo de la mujer de tener un embarazo después de los 35 años se ha convertido en un importante fenómeno social. El límite superior de edad, a partir del cual se considera a la paciente gestante añosa hoy en día sigue siendo un motivo de controversia. No obstante es unánimemente aceptado que las mujeres que paren a edades próximas al límite de fertilidad presentan una mayor morbimortalidad materno fetal. Cifras nacionales indican que un 10% del total de embarazos en 1990, un 14% en 1999, y un 16% en el 2006 ocurrieron en mujeres de 35 años o más. El objetivo de este trabajo fue establecer el estado actual de este grupo en nuestro medio, analizando los resultados de la vía del parto y prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y colestasia en las gestantes con edad menor a 35 años y mayor o igual a 35 años.

### **METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo analítico, que incluyó todos los partos mayores a 24 semanas ocurridos entre enero y diciembre del año 2016. Se comparó los resultados de la vía del parto y prevalencia de hipertensión arterial, diabetes y colestasia en las gestantes con edad menor a 35 años y mayor o igual a 35 años. La información se rescató del sistema informático de partos de la unidad obstétrica del HGGB. Análisis univariado y bigarrado utilizando el estadístico de Chi Cuadrado con programa Stata.

### **RESULTADOS**

En el período hubo un total de 2.939 partos. Un 83,9% fueron en mujeres menores de 35 años y 16,1% de 35 años o más. El 29,3% de los embarazos fue en primigestas. La comparación entre embarazadas menores de 35 años y de 35 años o más mostró mayor frecuencia de hipertensión arterial (6,8% vs 15,2%) y diabetes (10,7% vs 28,7%) siendo éstas estadísticamente significativas (p<0,0001); a diferencia de los embarazos con colestasia (3,8% vs 4,4%). En el 37% de las gestantes menores de 35 años se indicó parto por cesárea, de las cuales el 36,5% fueron electivas y un 63,4% de urgencia. Por otro lado un 54% de las pacientes de 35 años o más tuvo cesárea donde un 54,3% fueron electivas y un 45,7% de urgencia; demostrando un resultado estadísticamente significativo (p<0,0001) entre la edad materna y la vía del parto.

### CONCLUSIÓN

La frecuencia de gestantes de 35 años o más en nuestro medio es similar a lo reportado a nivel nacional. La edad materna de 35 años o más se asoció a una mayor frecuencia de cesáreas y riesgo de comorbilidades maternas. Todo ello repercute en la morbimortalidad materna y fetal, siendo un grupo poblacional de riesgo obstétrico que requiere una atención prenatal adecuada y trasciende el ámbito de la planificación sanitaria, dado el porcentaje de gestantes de edad avanzada en nuestro medio.

# LA RADIACIÓN SOLAR REGIONAL SE CORRELACIONA C-29 INVERSAMENTE CON HOSPITALIZACIONES POR DIABETES MELLITUS GESTACIONAL EN CHILE: POTENCIAL ROL DE ESTATUS DE VITAMINA D

1Galaz J., 2Borzutzky A., 1Farías M. División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Departamento de Enfermedades Infecciosas e Inmunología Pediátrica, Pontificia Universidad Católica de Chile.

### INTRODUCCIÓN

Entre los factores de riesgo para desarrollar diabetes mellitus gestacional (DMG) se ha propuesto el déficit de vitamina D (VD), cuyos niveles plasmáticos son menores a menor exposición solar. Chile continental se extiende entre los 17° y 56° de latitud Sur, siendo el país con mayor rango de variación de radiación solar a través de sus 15 regiones ordenadas de Norte a Sur. El objetivo de este trabajo fue explorar la distribución regional de los ingresos hospitalarios por DMG y su asociación con los índices de radiación solar regional, como proxy de estatus de VD poblacional, en Chile.

### **MÉTODOS**

Se realizó estudio ecológico de DMG en Chile utilizando las bases de datos de egresos hospitalarios totales del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) entre los años 2001 y 2015. Se obtuvo la tasa de ingresos hospitalarios por DMG definida por CIE-10 (códigos O244 y O249), calculada como porcentaje sobre el número de nacidos vivos (nv) para cada región (I a XIII en los años 2001 al 2007; y I a XV en los años 2008 al 2015). Se comparó la tasa de ingresos según cada región ordenada geográficamente y se evaluó la evolución temporal del reporte de esta patología. Se exploró la asociación del reporte de ingreso por DMG con el promedio anual de radiación solar para cada región, obtenido del Registro Solarimétrico de Chile (Comisión Nacional de Energía, 2008), mediante regresión lineal.

### **RESULTADOS**

La tasa de ingreso hospitalario por DMG en Chile ha aumentado significativamente entre los años 2001 y 2015 (=0.140.01, p<0.0001), pasando desde 1,66 a 3,66 por cada 100 nv, correspondiendo a un total de 4005 egresos reportados el año 2001, comparado con 8053 egresos el año 2015. Se observó que la tasa de ingreso por DMG reportada en 15 años mostró una tendencia significativa a aumentar hacia las regiones del sur del país (=0.150.02, p<0.0001). En esta separación latitudinal, destacó una tasa promedio significativamente mayor de ingreso por DMG en el grupo de regiones del centro-sur de Chile (VI-XII), comparada con la tasa promedio reportada en las regiones del centro-norte del país (XV a XIII) (3.440.51 vs 1.670.26, p=0.004). El grupo de regiones del centro-sur mostró un incremento anual entre los años 2001 y 2015 más marcado (=0.220.03, p<0.0001) que el aumento anual en el grupo de regiones del centro-norte (=0.060.02, p<0.002). La tasa de ingreso por DMG se asoció inversamente con el promedio anual de radiación solar descrito para cada región del país (=0.330.09, p<0.002).

### **CONCLUSIONES**

El ingreso por DMG ha aumentado significativamente en nuestro país entre los años 2001 y 2015, sobre todo en las regiones ubicadas en la zona centro-sur de Chile. Las regiones de Chile con menor radiación solar anual tienen mayores tasas de hospitalizaciones por DMG. Debido a que la radiación solar regional se correlaciona con los niveles de VD poblacional y el déficit de esta vitamina se asocia a un mayor riesgo de desarrollar DMG, nuestros resultados podrían explicarse entre otros factores por una mayor prevalencia de deficiencia de VD en regiones del centro-sur de Chile.

### ANÁLISIS DE ACCESO A ATENCIÓN PRENATAL DE EMBARAZADAS DE NINHUE

Suárez R.\*, Quezada C.\*Muñoz F.\*\*, Barría F.\*\* C. Manríquez\*\*\* Médico cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción (UdeC). \*\*Médico General de Zona, CESFAM Ninhue, Servicio de Salud Ñuble \*\*\*Colaborador académico, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, UdeC

### INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud recomienda al menos 4 controles prenatales enpacientes sanas y diversos protocolos internacionales sugieren un mínimo de 3 ecografías durante elembarazo. Las intervenciones preventivas prenatales favorecen la salud de la madre, su hijo o hija y sufamilia, sirven para promover conductas de autocuidado y pesquisa de condiciones de riesgo. Por elloes de suma importancia garantizar en las políticas de salud el acceso de todas las mujeres a estas atenciones. La ruralidad es un factor de riesgo de menor acceso a atenciones de salud, dado el aislamiento, condiciones socioeconómicas y culturales. Ninhue es una comuna de la Región de Ñuble con alto nivelde ruralidad (34,9%). Las personas que viven en sectores rurales están entre 5 a 30km de distancia delpueblo, a 26km de Quirihue y 46km de Chillan que corresponden a sus centros de derivación, no cuentan con un sistema de transporte público y existen caminos que en ocasiones quedan bloqueados en invierno, lo cual dificulta su acceso a centros de salud. Dado que no existen estudios locales sobre el acceso de las pacientes de origen rural a controles prenatales decidimos analizar este aspecto de su atención.

#### **OBJETIVO**

Analizar el acceso a atención prenatal de las pacientes embarazadas de Ninhue.

### MÉTODO

Estudio analítico de corte transversal. Obtención de datos del libro de ingreso, tarjetón y ficha clínica de las pacientes ingresadas a control prenatal en Centro de Salud Familiar (CESFAM) y Postas de Salud Rural (PSR) de Ninhue entre Enero 2007 y Diciembre 2016. Se analizó las variables: edad gestacional al ingreso a control, ecografía de primer trimestre y número de controles. Se utilizó la definición de rural de los censos 2002 y 2012 y la sectorización del CESFAM. Se excluyeron las pacientes con registros incompletos. Se realizó procesamiento de datos en Stata/SE para obtener frecuencias y análisis bivariado con chi cuadrado y t de Student.

#### **RESULTADOS**

Total de 447 pacientes ingresadas. De las 390 pacientes con domicilio registrado, 55,9% reside en sectores rurales. La edad gestacional media de ingreso fue 10,7 semanas con desviación estándar (DE) de 5,5 semanas. El número de controles promedio fue 7,85 [DE 2,71]. Al 71,9% de las pacientes se le realizó ecografía de 1ºtrimestre. Al analizar el acceso a ecografía de 1ºtrimestre entre población rural y urbana no hay diferencia significativa (p=0,14 [IC 95%]) y entre ingreso a control de la población rural y urbana tampoco (p=0,86 [IC 95%]).

### DISCUSIÓN

En esta serie no existe una asociación entre ruralidad y menor acceso a atención prenatal, sin embargo sólo el 71% accedió a ecografía precoz, un bajo porcentaje frente al ideal de tamizaje universal y otras series que informan cobertura entre el 91 al 95%. Es necesario realizar estudios en series más grandes y puede ser necesario redefinir la 'ruralidad' considerando además de la demografía, variables como accesibilidad, capital humano, servicios y actividades económicas, tal como lo indican estudios de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Centro Latinoamericano para el Desarrollo Rural (RIMISP) que sugieren que Ninhue es completamente rural, clasificándose como "comuna fuertemente rural con economía dependiente de la

agricultura". Bajo ese supuesto tendría que compararse con una comuna completamente urbana de la región, las que corresponderían a Chillán y Chillán Viejo, esto podría evidenciar diferencias significativas en el acceso. Cabe destacar que existen notorias deficiencias en el registro de los datos, aparentemente dadas por el doble o triple registro (tarjetón, libro, ficha y/o ficha electrónica) y a una pobre retroalimentación desde los niveles secundarios y terciarios de atención.

### ANÁLISIS RETROSPECTIVO DEL USO DE DINOPROSTONA VAGINAL PARA INDUCCIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: TIEMPOS Y RECOMENDACIONES

C-31

Hierard D., Soldati A., Schepeler M., Valenzuela I., Mardones F., Illanes S. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Universidad de los Andes Unidad de Medicina Materno-Fetal, Clínica Dávila

### INTRODUCCIÓN

La inducción del trabajo de parto es la iniciación intencional de este, con el propósito de expulsar la unidad feto placentaria. De acuerdo a estadísticas internacionales, un 20% de los embarazos se inducen, un porcentaje que va en aumento. Los métodos de inducción son múltiples, sin embargo uno de los más utilizados es el farmacológico, dentro de los cuales se encuentra la Dinoprostona (Análogo de las prostaglandinas E2). A pesar de que ha probado ser un fármaco seguro en los múltiples metaanálisis realizados hasta ahora, aún no se tienen características específicas ni tiempos de referencia en cuanto al funcionamiento de éste. El objetivo del presente estudio fue analizar a un grupo de mujeres que tuvieron inducción de trabajo de parto en cuanto a los porcentajes de parto vaginal y los tiempos específicos en los que se llevó a cabo este resultado.

### **MÉTODOS**

El objetivo del estudio fue determinar tiempos de inducción, porcentajes de cesárea y modificación de estos de acuerdo a variables como paridad, edad, indicación de inducción, etc. Se realizó un análisis retrospectivo de un grupo de mujeres a las cuales se les realizó inducción de trabajo de parto entre Noviembre 2013 hasta Diciembre 2016 en dos centros (Clínica Dávila y Clínica Universidad de los Andes). No se realizó inducción con Dinoprostona a aquellas mujeres con cicatriz de cesárea anterior, sin embargo sí a pacientes con rotura prematura de membranas.

#### **RESULTADOS**

Se analizaron un total de 534 pacientes. De estas se excluyeron 65 (12%) por falta de registro de tiempos, de estas un 50% no alcanzaron la fase activa (FA). El porcentaje de cesárea fue de 40% (192 pacientes), dentro de ellas un 53% fue por DCP, 26% por estado fetal no tranquilizador y 18% por solicitud de la madre. De las pacientes analizadas un 100% de las pacientes llegaron a fase activa, el promedio de tiempo en alcanzar FA fue de 10.46 horas. Al analizar según paridad se observa que en multíparas de 2 o más este tiempo disminuye en 134 min (2.2 hrs). El promedio de tiempo desde el inicio de inducción al parto fue de 15.6 hrs, observándose una disminución del tiempo en multíparas de 2 o más de 4.3 hrs (p<0.001). No hubo diferencias en cuanto a la hora del día en que se inició la inducción, ni la edad de la madre.

### **CONCLUSIONES**

Si bien la inducción del trabajo de parto es un procedimiento rutinario y común en la práctica obstétrica, existe aún mucho que queda a criterio del tratante. El presente estudio tuvo por objetivo sistematizar y proponer estándares en el uso de la Dinoprostona como mecanismo de maduración cervical. Se propone que en pacientes primigestas se considere al menos 10.46 horas antes de determinar fracaso de inducción y disminuir 1-2 horas para pacientes multíparas.

Autores: González R., Julia, Barría H., Eliana, Veas G., Vinka Servicio de Obstetricia, Hospital Regional Coyhaique

### INTRODUCCION

Embarazo Precoz o Adolescente (EP) define las gestaciones producidas en mujeres adolescentes, o sea, entre el inicio de la adolescencia o pubertad, que se da entre los 11 y 14 años y el final de la adolescencia. Efectos negativos en el estado emocional se suman a impactos en la vida social y en la educación personal perturbada por la condición. Lo mejor para prevenir el EP es la INFORMACION oportuna o previa. La OMS establece que la adolescencia (A) se desarrolla entre los 10 y 19 años.

#### **OBJETIVO**

El fin de esta contribución es cuantificar la realidad del EP en la Región de Aysén y poder proponer recomendaciones o políticas públicas a nuestro alcance para prevenirlo.

### **MATERIAL Y METODO**

Se estudia la población parturienta registrada en la Maternidad del Hospital Regional Coyhaique (HRC) durante el año 2015 relacionándola con algunos marcadores básicos universales.

### **RESULTADOS**

El volumen total de partos inscritos en HRC el año 2015 es de 1210 casos ; primíparas fueron 371 (30,6%). Parturientas Adolescentes en el concepto OMS (10 - 19 años) son 142 casos, 12% del conjunto de parturientas y 38% de las primíparas. Nuestras primíparas se definen como estudiantes (53%), dueñas de casa (40%), solteras (69%), convivientes (28%). Algún grado de escolaridad básica tiene el 42% y cursando la educación media está el 57%.

### **CONCLUSIONES**

Prevenir la PRIMIPARIDAD PRECOZ (PP) significa reducir gran cantidad de patología ginecoobstétrica (multiparidad, granmultiparidad, prolapso genital, lesiones precancerosas, cancer cérvicouterino, etc), además de aminorar la pobreza actual y la transmisión de la pobreza de una generación a otra. Profesionales de la ginecología-obstetricia llegamos tarde...la pediatría està invitada, o mejor desafiada, a apoyar o asumir la tarea de tratar de postergar el inicio de la actividad sexual o bien modificar la conducta sexual con la información oportuna, y la oferta comunitaria , pública o privada ,de alternativas educacionales, culturales, deportivas y recreacionales, en su contacto profesional diario y empático con los futuros progenitores y sus padres.

### Reporte de caso: EMBARAZO ABDOMINAL C-33 DE DIAGNOSTICO TARDÍO CON BUEN RESUTADO MATERO-FETAL

Dra. Jocelyn Stern 1, Dra. Isabel Talge2, Dr. Pedro Gonzalez2, Francisca del Pozo a, Belen Solera, Dr. Fernando Troncoso2 1 Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado a Interna, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2 UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

### INTRODUCCIÓN

El embarazo abdominal se define como embarazo implantado en la cavidad peritoneal, externo a la cavidad uterina y tubas uterinas, tiene una incidencia estimada de 1 cada 10.000 partos y 1.4% de los embarazos ectópicos. Los embarazos abdominales pueden pasar indetectados hasta edad gestacional avanzada e incluso llegar a término en contadas ocasiones. Su diagnóstico puede ser un desafío, siendo el hallazgo ecográfico clásico la ausencia de tejido miometrial entre la vejiga materna y el feto y sus anexos. Ante su diagnóstico la conducta adecuada en edad gestacional avanzada es interrumpir el embarazo dada su alta mortalidad materna y fetal la cual puede alcanzar incluso un 95%

### MÉTODO

Se revisa caso de paciente de 31 años cursando embarazo de 34+4 semanas, y su historia clínica. Se cuenta con consentimiento en ficha clínica para uso de información y fotografías

### **RESULTADO**

Embarazo de 34+4 semanas, que consulta en Servicio de urgencia de maternidad de nuestro centro, con presión arterial límite 130/90 mmHg y albuminuria (+++), ILA normal (16 cm) y RBNE reactivo por lo que se ingresa para estudio con diagnóstico de SHE en clasificación. Durante hospitalización evoluciona con lipotimia, hipotensión RBNE que resulta no reactivo LA normal y EPF 2.300, con doppler umbilical y ACM alterado decidiéndose cesárea de urgencia. Durante cesárea se evidencia hemoperitoneo abundante (2 litros aproximadamente). Se interpreta placenta acreta en el fondo uterino, segmento muy adelgazado y vascularizado. Extracción del recién nacido sin incidentes Apgar 4-7. Debido a sospecha de acretismo placentario se liga cordón, se deja placenta in situ y se realiza supuesta histerectomía. Se realiza exploración de la pieza quirúrgica, donde se evidencia útero intacto, diagnosticándose embarazo abdominal. Posteriormente confirmado por anatomía Patológica

### CONCLUSIÓN

El embarazo abdominal puede pasar inadvertido durante los controles pre natales ya sea por clínica o ultrasonido, por lo que se debe realizar una evaluación pre natal completa y adecuada, teniendo siempre en cuenta la esfera de diagnósticos diferenciales incluyendo embarazo ectópico y sus variantes.

### C - 34

# RESULTADOS A UN AÑO DE IMPLEMENTAR EL PROGRAMA PARA FACILITAR EL ACCESO A ANTICONCEPCION DE LARGA DURACIÓN DE PUÉRPERAS ADOLESCENTES Y MUJERES JÓVENES CON CONSUMO DE SUSTANCIAS, EN UN HOSPITAL REGIONAL.

Maluenda. A / Montero. B / Marín. E, Aguilar. G. Pastene. C. Residente GyO, Universidad de Valparaíso. / Médico-Cirujano, Universidad de Valparaíso. / Matrona, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar. / Ginecóloga Pediátrica y de la Adolescencia, Hospital Dr. Gustavo Fricke, Viña del Mar y Clínica Las Condes, Santiago.

### INTRODUCCIÓN

Estudios han demostrado que el abuso de sustancias ha aumentado en la población adolescente y joven, también sabemos que los usuarios de drogas son menos propensos a utilizar un método anticonceptivo, tienen embarazos de alto riesgo, recién nacidos (RNs) con síndrome de abstinencia neonatal y un 50% de los RNs queda en situación de abandono. En el hospital, las puérperas con consumo de sustancias eran dadas de alta sin consejería en salud sexual y reproductiva (CSSR), y sin un método anticonceptivo. Motivo por el que se implementó para este grupo, un programa multidisciplinario de CSSR, que junto con educar en sexualidad incluye la administración consentida del implante de etonogestrel (Implanon), la evaluación de un equipo psicosocial y derivación a centros de rehabilitación.

### **OBJETIVO**

evaluar los resultados de la aceptación del uso del implante en el postparto, la continuidad del uso y la asistencia a centros de rehabilitación de las que recibieron CSSR e Implanon.

### **PACIENTES Y MÉTODO**

Desde agosto 2016, todas las puérperas que a su ingreso a la Maternidad del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, presentaron una prueba de drogas en orina positiva, participaron de la CSSR administrada por 2 matronas de puerperio del binomio madre-RN y la evaluación del equipo psicosocial. Al tercer día post parto, con el consentimiento de la paciente se inserta bajo técnica aséptica el implante anticonceptivo, se citan a control a la semana y al mes del procedimiento, también son derivadas a un centro de rehabilitación.

### **RESULTADOS**

Han participado 30 puérperas, con un promedio de 27 años de edad (16-44 años) de las cuales 11 son menores de 25 años. En este grupo el 100% presentó pruebas positivas para la cocaína, 18% positivo para marihuana. Tres de ellas eran primigestas y el 72,7% eran multíparas de 2 y 3. En este grupo se reporta uno de los 3 casos de mortineonato en consumidora de sustancias y el único caso a la fecha de sífilis congénita neonatal, en el hospital. Paciente que no aceptó la inserción del anticonceptivo de larga duración (LARC), las otras diez pacientes consintieron la inserción del implante. Ninguna de ellas asistió a los controles posteriores, y solo una aceptó ser referida a un centro de rehabilitación.

### **CONCLUSIONES**

Para la Salud Pública del país, es de vital importancia que se identifique a las embarazadas y/o puérperas consumidoras de sustancias, para ofrecer un programa de CSSR multidisciplinario que incluya idealmente la administración de un LARC previo al alta. Ya que como muestran nuestros resultados, las pacientes tiene baja adherencia a los controles de salud, se embarazan en forma reiterada, no logran asistir a terapia de rehabilitación y ponen en riesgo a sus fetos y recién nacidos.

### FRACASO DE LA INDUCCIÓN DE PARTO CON MISOPROSTOL ¿TERCER DÍA? HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ B.

Díaz A.M1; Sierra M.J2.; Skorka A1; de la Puente T.3; Curilem J3. 1Médico Servicio y departamento de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. Universidad de Chile. 2 Médico en formación de especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. 3Interno de Medicina Universidad de Chile.

### INTRODUCCIÓN

La maduración cervical es el proceso que comprende los cambios de forma, posición, consistencia y, finalmente, dilatación del conducto endocervical imprescindibles para que el parto se desarrolle por vía vaginal. La maduración cervical es un proceso fisiológico que comienza a las 34 semanas con los cambios bioquímicos a nivel celular, aumento de receptores de oxitocina y formación de gap junction. En nuestro medio, la inducción del parto con malas condiciones obstétricas (Bishop < 6) se realiza con un análogo sintéticos de prostaglandinas E1 (Misoprostol). Comprendiendo que es un proceso naturalmente lento, se toma la conducta de maduración paulatina, con días extendidos.

### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Conocer los resultados de las inducciones de parto con Misoprostol más allá de los tres días.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo y descriptivo de los partos inducidos con Misoprostol en el Hospital Luis Tisné Brousse (HLT), entre el 01 de Enero 2017 y el 31 de Julio 2017. Desde la base de datos del Alto Riesgo Obstétrico se seleccionaron las embarazadas que recibieron inducción con Misoprostol. Se consideraron las variables; edad materna, paridad, Edad Gestacional (EG), causa de inducción, dosis Misoprostol, tiempo entre primera dosis de Misoprostol y parto, 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. Estudio presentado a comité de Ética Científico.

#### **RESULTADOS**

382 partos fueron inducidos en este período con Misoprostol. 222 Primíparas y 160 multíparas. La edad materna promedio fue 27 años (14 - 47). EG promedio 38,7+ 1,7 (30 - 41 sem). Dosis promedio 88 mcg de Misoprostol (25 – 350). Las causas de la inducción EVP 24% (90), RPM 20% (78), SHE 12% (48), Diabetes 12% (47). RCIU 10% (40). Parto vaginal 78% (297), 22% (85) Cesáreas. Un 70% (269) de los partos se resuelven en 24 hrs, 26% (98) en 72 hrs, 4% (15) en más de 3 días (4 - 8), de estos últimos: 67 % (10) logran el parto vaginal con 33% (5) Cesáreas, 60% (9) Primíparas y el 40% (6) Multíparas. Dosis promedio de 175 mcg de Misoprostol (50 - 300). El Peso recién nacido promedio fue 3519 gramos, con un peso mínimo de 2650 gramos y un peso máximo de 4830 gramos. No se registró Apgar bajo en este grupo. Un ingreso a UTI neonatal por hipoglicemia. 3 Líquidos amnióticos con meconio todos con parto vaginal.

#### **CONCLUSIONES**

el 96 % de los partos inducidos con Misoprostol en su uso en HLT están resueltos a las 72 hrs. Sin embargo el realizar una maduración cervical extendida en mayor tiempo, permite rescatar al 67% a parto vaginal. Se requieren más estudios para evaluar la tendencia encontrada en este reporte.

### INDUCCIÓN DE PARTO CON MISOPROSTOL PRIMIPARAS V/S MULTIPARAS. HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ B.

Díaz A.M1; Sierra M. J2.; Paredes A.1; de la Puente T.3; Curilem J3. 1Médico Servicio y departamento de Ginecología y Obstetricia. Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné B. Universidad de Chile. 2 Médico en formación de especialista en Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. 3Interno de Medicina Universidad de Chile.

### INTRODUCCIÓN

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 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, hace que este medicamento requiera una vigilancia estricta durante su administración, así como, una evaluación continua de sus resultados. Existe la observación clínica no cuantificada que la inducción de parto con Misoprostol en Primíparas es menos exitosa que en Multíparas.

#### **OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Comparar los resultados en los embarazos inducidos con Misoprostol en Primíparas y Multíparas de acuerdo a protocolo local.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los partos inducidos con Misoprostol en el Hospital Luis Tisné Brousse (HLT), entre el 01 de Enero 2016 y el 31 de Diciembre 2016. Desde la base de datos del Alto Riesgo Obstétrico se seleccionaron las embarazadas que recibieron inducción con Misoprostol. Se consideraron las variables; edad materna, paridad, causa de inducción, dosis Misoprostol, 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. Estudio presentado a comité de Ética Científico.

#### **RESULTADOS**

411 partos fueron inducidos en este período con Misoprostol. 217 Primíparas y 194 Multíparas. En Primíparas la edad materna promedio fue 24 años (14-42). EG promedio 38,8 + 1,7 sem (34 – 41). Dosis promedio 87 mcg de Misoprostol (25 – 400). Las causas de la inducción RPM 26% (56), EVP 25% (55), SHE 16% (35), RCIU 11% (25), Diabetes 8% (18). Parto Eutócico 51% (110), 37% (80) Cesáreas y 12% (27) Fórceps. El Peso recién nacido promedio fue 3271+/- 543 gramos, con un peso mínimo de 1315 gramos y un peso máximo de 5100 gramos. Se registró 2 casos de Apgar menor a 7 a los cinco minutos (8-6 trisomía 18 embarazo 34 sem. con RPM y 2-6 embarazo 39 sem. con RPM).

En las Multíparas la edad promedio fue 30 años, con un rango de 18 a 44 años. 58% (112) multíparas de 1, 27% (53) multípara de 2 y 10% (10) multíparas de 3. EG promedio 38,7 + 1,8 sem (34 - 41). Dosis promedio Misoprostol 78 mcg (25-300). Las causas de inducción EVP 25% (48), RPM 24,2% (47), Diabetes 16% (31), SHE 11% (22), RCIU 5% (9). Parto Eutócico 78% (152), 16% (31) Cesáreas, 6% (11) Fórceps, Los recién nacidos pesaron en promedio 3401 +/- 508 gramos, con un peso mínimo de 1795 gramos y un peso máximo de 5050 gramos. Hubo sólo un caso de Apgar menor a 7 a los cinco minutos (2-2 trisomía 18). 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 el HLT es segura, no aumentaría la tasa de cesárea en Multíparas ni la cantidad de ingresos a UTI neonatal. Sin embargo, en Primíparas las diferencias en la vía de parto son significativas. Se requieren nuevos estudios tendientes a mejorar la resolución de parto vaginal en Primíparas con malas condiciones obstétricas

# RELACIÓN ENTRE INFECCIÓN GENITAL DIAGNOSTICADA CON TÉCNICA PCR EN PACIENTES CON RIESGO DE PARTO PREMATURO E INFECCION CONNATAL EN SUS RECIEN NACIDOS, EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE DR. LUIS TISNÉ BROUSSE

Acevedo M.1; Barrios R.1; Jara A.1; Díaz A.2 1Médico en programa formación de especialistas Universidad de Chile. 2Médico Obstetricia y Ginecología Hospital Dr. Luis Tisné Brousse.

#### **RESUMEN**

Introducción: Las infecciones ascendentes del tracto genital contribuyen a más del 50% de los partos prematuros. Su identificación y tratamiento precoz en embarazadas con factores de riesgo podría disminuir la tasa de parto prematuro.

#### **OBJETIVO**

Describir la relación que existe entre infección connatal y la presenciade infección genital diagnosticada por pcr vaginal durante el embarazo en pacientes que se hospitalizan por riesgo de parto prematuro

### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo restropectivo. Desde los registros de banco de sangre se obtuvieron el total de PCR pack embarazada (Neisseria gonorrhoeae, Chlamydia trachomatis, Streptococcus agalactiae, Mycoplasmas hominis, Ureaplasm parvum y urealyticum) realizados durante los meses de enero del 2015 hasta enero del 2016. Se revisaron registros clínicos de las pacientes, edad, paridad, edad gestacional al ingreso y al parto, resultado PCR, tratamiento recibido, resultados obstétricos y neonatales. Los datos se tabularon y analizaron con el programa Excel 2010.

#### **RESULTADOS**

se analizaron 197 resultados de PCR, encontrandose 143 positivos. El agente más frecuentemente aislado fue el U. Parvum (62%), sin diferencia en parto a término o prétermino. Las pacientes con parto prematuro tuvieron más PCR +, destacando U. Urealyticum en comparación a las de término, 20% y 10% respectivamente.; se registraron 14 corioamnionitis, siendo más frecuente en las gestaciones menores de 37semanas (92%) y en ellas existia el antecedente de PCR + a U. Parvum en el 76%. Todas las corioamnionitis clinicas fueron tratadas previo al parto, ninguna se demostró infección connatal (clínica ni bacteriológica). En 7 casos se tuvo la sospecha de infección connatal no asociada a corioamnionitis, en todos ellos los cultivos en los recien nacidos fueron negativos, solo dos casos tenia el antecedente de madre con PCR+ durnte el embarazo, uno para SGB y otro para U. Parvum. No hubo diferencias en la vía de parto para estos recien nacidos (50% parto vaginal no instrumentalizado y 50% cesárea)

### **CONCLUSIONES**

los hallazgos encontrados respecto a los resultados de PCR son muy similares a los descritos en la literatura. Probablemente el diagnostico y tratamiento oportuno de la corioamnionitis haya contribuido a evitar la infección connatal de nuestros recien nacidos. La sospecha neonatológica de infección connatal no demostrada por tecnica de cultivo nos sugiere considerar implementar tecnica de PCR para diagnostico de infección connatal.

### DISYUNCION PUBIANA DURANTE EL EMBARAZO.

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

### INTRODUCCIÓN

La disyunción de la sínfisis púbica durante el embarazo es una situación infravalorada, causante de importante dolor e incapacidad en las embarazadas. El manejo con terapias que van desde el reposo hasta la total reparación quirúrgica, refuerzan la importancia de un adecuado abordaje diagnóstico y de manejo.

### **MATERIALES Y METODO**

Se presenta el caso de una paciente de 35 años, multípara de 1 parto vaginal, cursando un embarazo fisiológico de 28 semanas, que desde las 24 semanas, presenta un dolor hipogástrico, que se presenta especialmente durante la deambulación, ascenso de escaleras, y cambios de posición durante su reposo. La sintomatología se va haciendo cada vez más intensa, con una progresiva incapacidad para su movilización, requiriendo desde las 34 semanas la utilización de silla de rueda. El dolor se concentró con el pasar de las semanas en la sínfisis púbica. A las 39 semanas se realizó un parto Cesárea asociado a esterilización tubaria. La radiografía de pelvis realizada en el pueperio inmediato, demostró una diástasis de la sínfisis pubiana de 5 cm de separación. Se controla con una nueva radiografía al mes de su parto, observándose una regresión casi completa de la separación pubiana y del dolor descrito.

### **DISCUSIÓN:**

La relajación de la articulación sacroilíaca y el ensanchamiento de la sínfisis púbica ocurre durante el embarazo. Habitualmente los ligamentos púbicos pueden distenderse hasta 1.5 cm sin presentar gran sintomatología ni inestabilidad pelviana. Es reconocido que los altos niveles de progesterona y relaxina son los factores que más influencian ésta distensión. Desórdenes del tejido conectivo, displasias congénitas de caderas, osteomalacia y raquitismo, pueden ser factores subyacentes de ésta condición. Habitualmente, después

del embarazo, la laxitud ligamentosa se recupera. Los signos y síntomas más frecuentes asociado a ésta condición, son dolor pubiano irradiado a las caderas y muslos, que se exacerba con los movimientos. También puede aparecer inestabilidad en la marcha e incluso una separación de la sínfisis a la palpación. El diagnóstico es primariamente clínico. La Radiografía de pelvis confirman el diagnóstico. Otros factores que pueden contribuir a la presentación de éste cuadro, son los partos de fetos macrosómicos, la segunda etapa del parto precipitada, el uso de oxitocina, el parto con fórceps dificultoso, las malpresentaciones, las hiperflexiones forzadas de las caderas, entre otros. El tratamiento habitualmente es conservador, con analgésicos y reposo. Si el tratamiento descrito no es suficiente y la inestabilidad es muy severa o no se recupera, los pacientes se pueden beneficiar con fijaciones pubianas externas o internas. El uso de corticoides intrasinfisial también ha sido descrito

Gutiérrez, D., Márquez, N., Figueroa, J., Schwarze, J., Villablanca, E. Servicio de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital San Borja Arriarán.

### **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio consiste en determinar si hay diferencias en la ocurrencia de partos prematuros de Chilenas y extranjeras y, determinar si existen diferencias significativas al comparar la población chilena con la peruana, colombiana, venezolana y haitiana, quienes representan el mayor porcentaje de población extranjera en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

### **METODOLOGÍA**

Se revisó registro digital de procedimientos en Unidad de Prepartos, se construyo planilla digital con pacientes con parto de recién nacido único desde las 24 semanas en Hospital San Borja Arriaran desde 01-julio del 2015 al 30 de junio de 2017. Se considero desde julio del 2015 ya que previamente no se registraba nacionalidad. Se registró edad gestacional al parto y nacionalidad. 7928 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Se realizo análisis estadístico utilizando programa SPSS. Se comparó la incidencia de parto antes de las 37 semanas en la población chilena y se comparó con la población peruana, colombiana y venezolana.

### **RESULTADOS**

Del total 4185 son chilenas, 2122 son peruanas, 713 son Haitianas, 625 son Colombianas y 283 son Venezolanas. Chile y Haití no tienen diferencias estadísticamente significativas al comparar partos antes de las 37 semanas. (P=0,151; OR 1,18; IC 0,93). Sin embargo, al comparar con Perú, las chilenas tienen 1,9 veces mas riesgo de tener un parto prematuro que las peruanas, (P <0,001; OR 1,9; IC 1,6), al igual que al compararlas con Colombia, en donde las chilenas tienen 1,8 veces mas riesgo de tener un parto prematuro (P <0,001; OR 1,8; IC 1,3) y Venezuela, en donde las chilenas tienen 2,2 veces más riesgo antes de las 37 semanas (P<0,001; OR 2,2; IC 1,4).

### CONCLUSIÓN

Podemos concluir que de los partos ocurridos en el Hospital San Borja Arriarán en el periodo mencionado, la población chilena tiene más riesgo de parto prematuro al compararla con la población peruana, colombiana y venezolana. No ocurre así con la población haitiana. Este estudio es un primer acercamiento a la realidad de nuestro hospital y la del país, y es necesario continuar estudiando las variables que determinan esta diferencia en la incidencia de parto prematuro en la población evaluada.

Márquez, N., Gutiérrez, D., Figueroa, J., Schwarze, J., Villablanca, E. Servicio de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital San Borja Arriarán.

### **OBJETIVO**

El objetivo de este estudio consiste en determinar si hay diferencias en la vías de parto de Chilenas y extranjeras y, determinar si existe discordancia en el peso al nacer principalmente en población peruana, colombiana, venezolana y haitiana, quienes representan el mayor porcentaje de población extranjera en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Clínico San Borja Arriarán.

### **METODOLOGÍA**

Se revisó registro digital de procedimientos en Unidad de Prepartos, se construyo planilla digital con pacientes con parto de recién nacido único desde las 24 semanas en Hospital San Borja Arriaran desde 01-julio del 2015 al 30 de junio de 2017, se considero desde julio del 2015 porque previamente no se registraba nacionalidad. Además de vía de parto (parto vaginal, cesárea o fórceps), se registro edad materna, edad gestacional al parto, peso de nacimiento y nacionalidad. 7928 pacientes cumplieron criterios de inclusión. Se realizo análisis estadístico utilizando programa SPSS con Mann- Whitney two sample statistic para el peso y Chi-cuadrado para vía del parto. Se analizo población chilena vs extranjera, chilena vs peruana, chilena vs haitianas, chilena vs colombianas y chile vs Venezuela.

### **RESULTADOS**

Del total 4185 son chilenas, 2122 son peruanas, 713 son Haitianas, 625 son Colombianas y 283 son Venezolanas. Con respecto a la vía del parto (vaginal espontaneo, fórceps, cesárea) se determino que no hay asociación entre Chilenas y Extranjeras. Con respecto al peso de RN al nacer, al analizar el grupo Chile Vs extranjero y luego de corregir por paridad, edad materna y edad gestacional, los recién nacidos de madres chilenas pesan en promedio 74 gramos mas (p<0.0001). El peso promedio de RN de madres chilenas fue de 3272 grs. Al comparar Chile y Haití, el peso promedio de los RN de

Haitianas fue de 3070gr, diferencia de peso de 202gr, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (P<0,001). Al comparar con Perú, el peso promedio fue de 3364 grs con una diferencia de 92 grs con respecto a las chilenas. (P<0,001). El peso promedio de RN Colombianos fue de 3260 grs, al comparar con el peso promedio de RN chilenos la diferencia es de 12 grs (P<0,001). Al Comparar Peso de RN Chile y Venezuela (peso Promedio Venezolanas 3193) Los RN de chilenas pesas 12 grs mas que los RN de colombianas.

### CONCLUSIÓN

Al analizar la población con parto único desde julio 2015 a junio de 2017, podemos concluir que no hay diferencias en las vías de parto entre población chilena y extranjera. En relación con los pesos al nacer, los RN de madres chilenas pesan 74 grs mas, siendo esta diferencia no importante desde el punto de vista clínico. Al analizar por subgrupo, el peso promedio de RN de madres chilenas es mayor que el peso promedio de los RN de madres haitianas, colombianas y venezolanas y menor al peso promedio de RN de madres peruanas.

Grupo Acuario Concepción, Dr ,Héctor Figueroa, (obstetra) Carolina Irarrazaval (doula), Dra Maria Jose Figueroa (pediatra), Dr Marcelo Bancalari, (pediatra) Dr Joel Marchant (anestesista) Clinica Sanatorio Alemán Concepción, Chile

www.grupoacuario.cl

Face. Grupo Acuario Concepción

Grupo Acuario, se formó en el año 2010, con el fin de entregar una atención diferente del parto. Compartiendo todos los preceptos de la OMS, OPS y todas las instituciones gubernamentales y no gubernamentales en el concepto del derecho de la mujer a parir con respeto, libertad y lo menos instrumentalizado

Todos conocemos las malas prácticas y la violencia obstétrica que se vive actualmente en los servicios públicos y clínicas privadas.

Un rol importante recae en la mujer, que sabiendo de la violencia obstétrica presentada al mundo en diferentes reportajes, continúan soportando y aceptando estas prácticas .

Durante estos años hemos atendido solo a mujeres que deseaban tener un parto natural, Aquellas embarazadas que en la primera consulta solicitan un parto natural, no instrumentalizado, no medicado, respetado, donde ellas se sientan libres de parir.

Son mujeres que en su vida cotidiana, respetan lo natural, no tienen miedo de la vida, aceptan los tiempos que esta da diariamente, una paciencia del alma. Estas mujeres son entrevistadas y se decide su ayuda y protección al tipo de parto que desean.

Los controles son rutinarios, ya sea en la consulta privadas o luego del control en su policlínico del sector público. En cada sesión se les refuerza su decisión y se les hace una preparación con la Doula del equipo, quién prepara a la embarazada y a su pareja en el parto natural.

No se realizan reuniones grupales, ya que esta demostrado que no son realmente importantes en aquellas mujeres que desean un parto natural, cada una es reforzada en cada consulta, se les indica donde pueden leer temas relacionados con el parto natural, escrito o

publicado de instituciones o grupos relacionados al parto sin violencia, además de la orientación del grupo.

Nuestro grupo tiene una sala especial, facilitada por la Clínica Sanatorio Alemán. No existe en ningún lugar en Chile algo semejante, entrega una atención en un recinto hospitalario pero ambientado a COMO NACER EN CASA, Este concepto de como nacer en casa, surge de entregar una seguridad a la madre y el feto y luego recién nacido de las posibles complicaciones que puede tener un parto en casa, que son en su gran mayoría cuando ocurren, gravísimas. Sabemos que han nacido muchos niños en casa, y con buenos resultados, como también conocemos complicaciones graves ocurridas, que han tenido que derivar a la clínica mas cercana. Por esta razón decidimos tener una sala ambientada a lo natural. Esta sala es copia de la existente en la Clínica Acuario, Alicante, España donde nos formamos.

En la consulta prenatal, evaluamos a mujeres que deciden tener un parto natural (vaginal sin anestesia, acompañado, humanizado), a mujeres que desean tener un parto humanizado (vaginal, con anestesia, acompañado, humanizado), a mujeres que desean intentar un parto natural (si desean recibirán anestesia). Si estas embarazadas reciben anestesia, serán atendidas en cama (hace muchos años que no utilizamos la camilla ginecológica para la atención de parto).

Luego, tendrá preparación para parto con la doula, y mantendrá un contacto directo con ella hasta el inicio del trabajo de parto.

Nos ha sido difícil, pero hemos logrado que las matronas del staff nos ayuden a manejar un parto natural como el que desea la embarazada. Pero aún existe reticencias al manejo de este tipo de parto libre

A pesar de difundir, ya sea con charlas, y aún, lo más importante a través de las vivencias de mujeres que han tenido esta experiencia, el número de mujeres embarazadas que consultan para tener un parto natural es aún escasa, pero nuestra impresión. es que son más las que lo solicitan actualmente.

#### **RESULTADOS**

Hemos atendidos a 24 Mujeres que han deseado tener un parto natural, libre. A través de los años nuestras estadísticas han ido variando, y principalmente por seleccionar mejor a las pacientes y la madurez clínica nuestra.

Actualmente , porcentaje de cesárea menor a un 15 por ciento

Solicitud de anestesia, menor a un 5 por ciento

En relación a la cesárea

nuestro porcentaje de cesárea a disminuido, y se debe en gran parte al aprender que un parto natural es distinto, se demorará mas. Y el equipo , conociendo a la embarazada, sabiendo el peso del feto debe tener PACIENCIA. Hay que decir que en nuestros comienzos no la teníamos y considerábamos distósia del período de dilatación a un proceso lento de este período , que nos llevaba a considerar anormal. Hoy en día, esperamos más con buenos resultados

La solicitud de anestesia

Es cierto, en los primeros años de nuestra atención en partos naturales teníamos un 50 por ciento de anestesias , pero estas eran por no seleccionar adecuadamente a la mujer. Pero , nos conformaba el haber dado la oportunidad de tener un parto natural . Actualmente , la solicitud de anestesia es menor a un 10 por ciento. Las embarazadas son mejor seleccionadas para un parto natural.

Aquellas embarazadas que desean intentar tener un parto sin anestesia, requieren anestesia en un 80 por ciento, Pero aquellas que desean un parto sin anestesia, menos del 10 % lo solicitan

### **EPISIOTOMÍA**

Optamos por la episiotomía selectiva, es decir el control del expulsivo nos permite decidir.

La posición en cunclillas dificulta más la observación de la distensión del periné. Es muy importante conocer el peso del feto y su diámetro biparietal.

En caso de realizar una episiotomía esta es una mini episiotomía selectiva

### **ACOMPAÑAMIENTO DEL PADRE**

En un 100 por ciento es el acompañamiento de la embarazada por su pareja

Atención del recién nacido

En un 100 por ciento es atendido en la misma sala, y atención tardía, favoreciendo el apego.

### **APEGO MATERNO**

El apego es inmediato. Permanece en la sala con su recién nacido y en el momento de cambiar ropas o camilla, el padre hace canguro piel con piel. Durante la noche permanece con la madre

#### CONCLUSION

Creemos que los esfuerzos por lograr que la mujer embarazada solicite este tipo de modalidad de atención es la que hay que considerar en cada atención.

Se debe recalcar que es un derecho, y debe ser ella quien lo solicite

No se le debe temer al dolor del parto, se sentirá más dolor, cuando sea un embarazo traumático, sin compañía, sin preparación y se utilicen fármacos para acelerarlo, como la ocitocina, cuando se realice tempranamente la rotura de membranas, o cuando se ingrese a la clínica a la embarazada en fase prodrómica o latente.

El parto debe iniciarse espontáneamente, esperando hasta 41 semanas, y su evolución debe ser espontánea, y tener mucha paciencia y calma

Creemos que las universidades formadoras de médicos y matronas han postergado la enseñanza de este tipo de parto. Y se practica el parto doloroso, intervenido, con anestesia, inducido etc.

Falta la preparación de la mujer, la orientación, el acompañamiento desde el comienzo.

Creémos por último, que faltaran unas generaciones más de mujeres, matronas y obstetras para permitir este tipo de parto.

## MANIOBRA DEL LIMON, TECNICA PARA EVITAR EL HEMATOMA C-42 DE LA PARED ABDOMINAL. DESCRIPCION DE UNA TECNICA, UN ESTUDIO PRELIMINAR

Dr. Héctor Figueroa R., Dr Héctor Figueroa Malo (becado), Gineco-obstetra, Hospital Gmo. Grant Benavente, Profesor Asistente Universidad de Concepción, Departamento Obstetricia y Ginecología, Departamento de Ginecología y Obstetrica, Universidad de Concepción

### **INTRODUCCION**

Una de las complicaciones, aunque baja en frecuencia, es el sangrado del tejido celular subcutáneo luego de haber finalizado el cierre de la pared abdominal.

En Obstetricia, en la cesárea puede haber una mayor incidencia del hematoma post operatorio, pero sigue siendo bajo el 3%, pero cuando ocurre se debe resolver con una exploración del sitio del sangrado, lo que significa nuevamente anestesia, pabellón y horas profesionales, como también mayor incidencia de infección de herida operatoria. Afortunadamente durante el embarazo los factores de la coagulación están aumentados para evitar un sangrado excesivo en el parto, esto determina que las complicaciones hemorrágicas son menores en Obstetricia. Los hematomas infra aponeuróticos son generalmente por sangrado de los vasos perforantes, que generan el hematoma y posterior disección bajo la aponeurosis. Por otro lado, los hematomas supra aponeuróticos son debido a vasos de neo formación del tejido celular subcutáneo, que durante el acto quirúrgico no sangran por el estado de híper coagulabilidad. Durante el acto quirúrgico el cirujano realiza hemostasia de vasos sanguíneos que son fácilmente visibles, pero se recomienda evitar la electrocoagulación excesiva para disminuir los riesgos de infección por necrosis del tejido. Describo una maniobra que no existe referencia en la literatura, pero que ha permitido disminuir en los actos quirúrgicos los hematomas de pared. Esta maniobra la he llamado LA MANIOBRA DEL LIMON que puede ser positivo o negativo para el sangrado no espontáneo del tejido celular subcutáneo.

#### **DESCRIPCION DE LA TECNICA**

La técnica de abertura de la pared abdominal es diferente de operador en operador. Algunos cirujanos obstetras, realizan hemostasia a medida que van disecando el tejido celular subcutáneo, ya sea con electro bisturí o con sutura reabsorbible. Otros no hacemos hemostasia al entrar, salvo que sea un vaso importante, ya que permitimos la hemostasia del estado de hiper coagulabilidad del embarazo. Luego de suturar y afrontar la aponeurosis nos encontramos con el tejido celular subcutáneo donde se debe observar la correcta hemostasia de los vasos. Generalmente no sangra, pero en condiciones que alterarían la coagulación como la hipertensión del embarazo, obesidad, anemia y otras enfermedades hematológicas, como también el uso de aspirina, anticoagulantes o algunos antiinflamatorios no esteroidales usados en patologías médicas durante el embarazo que llevan a la falla de la formación y duración del coágulo sanguíneo, generarán un hematoma supra aponeurótico. Esta técnica consiste en un procedimiento fácil y corto. Es apretar haciendo compresión del tejido celular subcutáneo como si estuviera exprimiendo un limón. De esta forma se observarán los vasos que no han sido capaces de generar un buen coágulo y permitir su selectiva coagulación. Este procedimiento permitirá evitar los hematomas de pared. Mi experiencia y la de mis colegas que lo ponen en práctica confirman esta aseveración.

### **RESULTADOS**

Se han realizados desde enero del 2014 a diciembre del 2016, 250 cesáreas, tanto en el sector privado como público, efectuando esta maniobra en todas las pacientes. Se realizó inmediatamente después de suturada la aponeurosis . No hubo ningún hematoma de pared en este período. Se le ha enseñado a los becados de la especialidad en realizar esta maniobra , y no hemos tenido en el servicio esta complicación .

### CONCLUSIÓN

Creemos adecuada esta maniobra, para evitar el hematoma de pared, como complicación después de una cesárea o intervención ginecológica, más aún en aquellas pacientes que se les realiza hemostasia mínima o selectiva al inicio de la intervención, o aquellas que presentarían riesgo de hematomas, como hipertensas o con coagulopatías.

Lógicamente que se necesita un trabajo con casos controles y mayor número de casos para considerarla como técnica a considerar en las guías de manejo, pero ya se está aplicando en la práctica diaria de médicos del servicio.

### ANÁLISIS CRITICO DE LA RELACIÓN ENTRE AUMENTO DE PESO DURANTE EL EMBARAZO Y PESO DE RECIEN NACIDO EN UNA POBLACIÓN DE MUJERES CLINICA DÁVILA

Venegas-Araneda, Pía Albers Daniela; Monckeberg, Max; Díaz, Pilar; Faure María Igancia; Cerda Valentina; Castro Isabel; Herrera Valentina; Illanes, Sebastián. Departamento de Obstetricia y Ginecología y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

### INTRODUCCIÓN

Chile cuenta con más de un 60% de sobrepeso u obesidad en la población adulta. La obesidad es un factor de riesgo en las mujeres durante la edad fértil siendo asociado a múltiples patologías. El riesgo de nacer grande para la edad gestacional (GEG) está aumentado en todas las mujeres obesas y aumenta conforme la ganancia de peso es mayor durante el embarazo. Nacer GEG ha sido identificado como factor de riesgo para generar obesidad infantil, diabetes y enfermedades cardiovasculares en la adultez. Por lo anterior, existen recomendaciones establecidas para ganancia de peso durante el embarazo. Éstas divergen dependiendo del país y centro de referencia, lo que inevitablemente incurre en la diferencia de estratificación de riesgo. El objetivo de este estudio es describir y clasificar a una cohorte mujeres de Clinica Davila (CD) en base a su indice de masa corporal (IMC) al inicio de embarazo y su ganancia de peso durante éste, comparando los diferentes sistemas recomendados de aumento de peso a nivel mundial, en Chile y CD correlacionando los datos obtenidos con el peso del recién nacido (RN).

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Cohorte observacional, 517 mujeres atendidas en CD durante el año 2015. Se registraron los pesos de los RN y se clasifico como GEG aquellos que pesaron más de 4000 kg . Para ver la relación IMC y cantidad de kilos aumentados durante el embarazo

con GEG, se realizó el test de Chi2 o Test exacto de Fisher y posteriormente se calculó el riesgo reltivo para las distintas asociaciones a investigar.

### **RESULTADOS**

Según IMC, 5 pacientes fueron clasificadas como bajo peso, 185 normal, 216 sobrepeso y 111 obesas al inicio del embarazo. De los RN 424 fueron adecuados para la edad gestacional, 32 pequeños y 59 GEG. Al realizar un respecto al incremento de peso por debajo del limite inferior recomendado por la OMS, según diagnóstico de IMC existe una disminución de riesgo 75% (p>chi2 0.005 IC 0.0089-0.73) de presentar un RN con peso mayor a 4 kilos. Por tanto al comparar las pacientes con incremento de peso por sobre lo recomendado según diagnóstico de IMC y RN con peso mayor a 4 kilos se observa un aumento de riesgo en 4.3 veces (p>chi2 0.003 IC 1.49-12.91) . Usando las curvas nacionales, existe una disminución de riesgo 91% (p>chi2 0.002 IC o.o12-o.68) de presentar un RN con peso mayor a 4 kilos si el incremento de peso es por debajo del limite inferior recomendado según diagnóstico de IMC y con incremento de peso por sobre lo recomendado según diagnóstico de IMC su riesgo aumenta en 11.6 veces (p>chi2 0.0021 IC 1.53-87.75)

### **CONCLUSIONES**

Podemos determinar que existe una correlación entre el aumento del peso durante el embarazo y la ocurrencia de GEG, está relación se ve diferenciada según la clasificación inicial del estado del IMC de las madres. El riesgo de tener RN sobre 4000 kilos solo disminuye si el incremento de peso es bajo el limite inferior de las actuales recomendaciones.

### ANÁLISIS DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO Y CLÍNICA PRIVADA SEGÚN LOS CRITERIOS DE ROBSON MODIFICADOS

C-44

Urrutia C1, Díaz P1, Kottmann C2, Figueroa H2. 1Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 2Médicos Unidad de Ginecología y Obstetricia Hospital Parroquial de San Bernardo y Clínica Universidad de los Andes.

### 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 es variable según el establecimiento (público o privado) y puede variar de un 40-70%, lo que posiciona a Chile importantemente sobre el estándar de la OMS que es 15%.

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 con parto en 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 y las pacientes de Clínica Universidad de los Andes (CUA) entre el 1 de Mayo 2014 y 31 de Julio 2017.

Se obtuvieron los porcentajes para los 10 Criterios de Robson Modificados (CRM) por la SOGC y se compararon entre si.

#### **RESULTADOS**

El total de pacientes analizadas fue 1787 en HPSB y 663 pacientes en CUA. Se observó que del total de mujeres embarazadas atendidas, las que correspondían a los grupos 1 y 2 fueron 35,5% en HPSB y 31,3% en CUA. Dentro del grupo 1 el porcentaje de cesáreas para HPSB y CUA fue de 22.1% y 20.0% respectivamente. Para el grupo 2 se observó un 40.2% y 19.1% de cesáreas para HPSB y CUA. Las cirugías en pacientes del grupo 3 fueron de 13.1% y 30.6%. En el grupo 8 se observa mayor cantidad de embarazos gemelares en CUA, pese a lo cual el porcentaje de cesárea es menor que en HPSB, 80.6% vs 100%.

#### CONCLUSIONES

Este estudio es un análisis diagnóstico del HPSB y la CUA para poder implementar estrategias que logren disminuir la TC en aquellos grupos que esta aumentada. El adecuado manejo de los embarazos de alto riesgo y la incorporación de protocolos de versión externa e inducción del trabajo de parto, podrían contribuir a mejorar estas cifras. Esta investigación motiva a crear dichos protocolos para lograr acercarnos a la tasa de cesáreas recomendada por la OMS.

### ROTURA UTERINA DUARNTE LA INDUCCION DEL TRABAJO DE PARTO EN PACIENTE SIN CICATRIZ UTERINA PREVIA. REPORTE DE UN CASO

Rettig J(1), Medina L(1), Cerna J(1), Caro G(2) (1)Médico en formación de especialista en ginecología obstetricia U.Chile sede Sur (2)Ginecólogo Obstetra residente Complejo asistencial Barros Luco

### INTRODUCCIÓN

La rotura uterina sin cesárea previa es infrecuente, reportándose en la literatura 0.38 por 10.000 partos. Factores de riesgo asociado son la inducción con prostaglandinas u oxitocina, aumento progresivo de la oxitocina durante el trabajo de parto, el antecedente de abortos de primer trimestre y óbito fetal. A continuación se describe un caso clínico que se presenta como una urgencia obstétrica infrecuente para su difusión.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 41 años, multípara de tres partos de término fisiológico, sin antecedentes quirúrgicos o de instrumentalización uterina. Derivada a Policlínico de alto riesgo Obstétrico y Perinatal para manejo de diabetes gestacional por PTGO alterada a las 32 semanas. Responde de forma adecuada a manejo nutricional. En condiciones de control metabólico estable e indemnidad de la unidad feto placentaria con registro basal no estresante reactivo y una ecografía con un feto único vivo en cefálica, estimación de peso fetal de 3226 grs y líquido amniótico normal, se decide realizar inducción del trabajo de parto a las 40 semanas de embarazo. Con Bishop de 4 se inicia misoprostol intravaginal 50 mcg. Durante el proceso se mantiene en unidad de prepartos con monitorización continua sin incidentes. Dinámica uterina registrada en el período 2-3 contracciones cada 10 minutos. Se evalúa 7 horas después de la primera dosis de misoprostol sin evidenciar modificaciones del examen cervical, con dinámica uterina de 2 en 10 minutos se indica una segunda dosis de misoprostol 50 mcg vía oral. Una hora posterior a la aplicación de la segunda dosis de misoprostol la paciente refiere intenso dolor abdominal asociado a registro fetal con desaceleraciones variables y bradicardia fetal de 80 latidos por minuto sin recuperación, al tacto vaginal se observa metrorragia y ascenso de la presentación con abdomen irregular. Se indica cesárea de urgencia por rotura uterina. Bajo anestesia general, se objetiva 2000cc de hemoperitoneo con feto vivo en abdomen, extracción sin dificultad. Se observa a nivel uterino solución de continuidad desde el cuerno izquierdo hasta segmento uterino de aproximadamente 12 cm, y extenso hematoma del ligamento ancho ipsilateral hacia retroperitoneo. Se realiza histerectomía subtotal con conservación de anexos sin incidentes. Transfusión intraoperatorio de 2 unidades de glóbulos rojos. El postoperatorio se realiza en la unidad de cuidados intensivos para monitorización estricta. Hematocrito de control 31%, sin requerimiento de drogas vasoactivas. Evoluciona de forma satisfactoria, extubándose a las 12 horas post cirugía y se traslada a unidad de recuperación Urgencia Maternidad. Resultados perinatales con recién nacido de 3612 grs talla 51 cm. Apgar 6-9, pH de cordón 7.0. Evoluciona sin morbilidad asociada.

### DISCUSIÓN

La rotura uterina es una emergencia obstétrica, con resultados maternos y perinatales comúnmente adversos, infrecuente en pacientes sin cicatriz uterina. El principal factor de riesgo identificado en nuestra paciente es la inducción de trabajo de parto con misoprostol. La evaluación oportuna y los signos clínicos descritos, permitieron sospechar precozmente el escenario adverso y ejecutar una conducta acorde con resultados satisfactorios.

### CAMBIO DEMOGRAFICO EN LA MATERNIDAD HOSPITAL SAN JOSÉ

Palma, Camilo (1, 2); Ceroni, Juan Pablo (1, 2); Calderón, Valentina (1); Haye, María Teresa (1, 2, 3) Programa de Formación de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, Universidad de Santiago de Chile Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José Unidad de Medicina Materno Fetal, Clínica Alemana

### INTRODUCCIÓN

Desde los años '90 se cuadruplicado la migración a Chile. Para el 2014 el 2,3% de la población del país correspondía a migrantes. Ha habido un incremento de un 36% en las visas de permanencia definitiva entre el año 2014 y 2015, siendo los migrantes de Haití el que más ha crecido, con 9477 ingresos de Haitianos el año 2015, y 1183 solicitudes de visa el mismo año. El 56.7% de los migrantes Haitianos pertenecen a los 2 quintiles mas vulnerables, y ninguno de ellos llega al 5to quintil según CASEN 2013. Las Comunas de Quilicura, Estación Central, Recoleta e independencia concentran el 83% de estos migrantes, lo que convierte al Hospital San José en la principal maternidad para esta población creciente.

### **OBJETIVO**

Analizar el cambio demográfico de las pacientes atendidas en la maternidad del Complejo Hospitalario San José en un periodo de 5 años.

### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se analizó las planillas de parto de los años 2012 a 2016, fichas clínicas, protocolos operatorios y los registros del Sistema Nacional de Información Perinatal. Se interpretaron los datos mediante el programa Microsoft Excel.

### **RESULTADOS**

Entre los años 2012 y 2016 hubo 38563 partos, de los cuales 6303 corresponden a extranjeros (16,34%). La edad materna promedio es de 26 años. Ha habido un descenso del numero de partos anuales de mujeres Chilenas (5%), versus un aumento de los extranjeros, de los cuales destacan las pacientes peruanas cuyos partos se han duplicando (de 515 a 1019), las dominicanas han cuadruplicado sus atenciones (de 28 a 119), y los provenientes de Haití, que aumentaron en 9 veces el numero de parto en dichos años (50 a 442). En cuanto a la forma de atención del parto, se ha mantenido la tasa de cesárea en 28,4%, con una tendencia al aumento de las cesáreas de urgencia en general de un 6%. Destaca la tasa de cesárea en pacientes Haitianas, el cual asciende a 42%. Respecto al parto instrumental, se mantiene estable en 1,4% (551 fórceps), sin diferencias entre nacionalidades. La mediana de EG al parto es 38 semanas, similar entre nacionalidades. En cuanto a resultado neonatal: APGAR bajo 3, es proporcionalmente el doble en mujeres Haitianas al compararlas con Chilenas (2,7% y 5,7%). El promedio de peso al nacer es de 3260 en chilenas, y 3000 grs en las pacientes haitianas.

### CONCLUSIÓN

El cambio epidemiológico es una realidad en nuestro hospital, con un aumento anual del 29%, lo que explica la mantención del numero de partos a pesar de la disminución de partos en población Chilena. Las extranjeras mas frecuentemente atendidas son provenientes de Perú, Haiti, Colombia, Bolivia y Republica Dominicana.

El grupo que, sin ser el más frecuente, muestra un mayor y sostenido aumento es el de las pacientes Haitianas. Este grupo, concentra una alta tasa de cesárea, menor peso de nacimiento, y proporcionalmente más APGAR bajos a los 1-5 minutos que las mujeres Chilenas. Es importante realizar un análisis prospectivo determinando factores epidemiológicos, clínicos y ecográficos que puedan explicar estas diferencias para adoptar las medidas necesaria y ofrecer una mejor atención a nuestras nuevas pacientes.

## ECLAMPSIA: RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE CONCEPCIÓN. 1999 - 2016.

C-47

Ruth Pérez V, Marcela Cid A, Claudia Cea S b, Ámbar Jara C b, Ignacio Matamala Fb, Giselle Proboste M b, Stefanía Vilugrón P. b Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina. Universidad de Concepción. b Licenciados en Obstetricia y Puericultura.

### **ANTECEDENTES**

Eclampsia es el cuadros hipertensivo que compromete severamente el resultado materno y perinatal.

#### **OBJETIVO**

Determinar la morbimortalidad materna y perinatal en madres con Eclampsia atendidas en el Hospital Dr. Guillermo Grant Benavente (HGGB) entre los años 1999 - 2016.

### **METODOLOGÍA**

Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo, retrospectivo. Se estudió a 92 mujeres atendidas por eclampsia en el Servicio de Obstetricia y Ginecología entre los años 1999 a 2016. Se analizaron las historias clínicas utilizando un cuestionario de recogida de información y posteriormente los datos se analizaron a través del programa InfoStat versión 2016.

#### **RESULTADOS**

La edad promedio fue de 21 años, el 45,7% eran adolescentes, 75% eran primiparas y el 38% ingreso a control prenatal ≤ 12 semanas de gestación. Respecto al momento de ocurrencia de la crisis convulsiva, el 75,6% ocurrio en el periodo de anteparto, 6,6% intraparto y 17,8% en el postparto, en el 32,6% la crisis ocurrio en su domicilio y un 43,5% en el recinto hospitalario. El 45,7% de los casos presentó mas de una crisis convulsiva. En relación a los recién nacidos, el 16% de ellos presentó un APGAR ≤ 3 al minuto de vida, el 35,2% fueron RN PEG y el 58,7% presentó bajo peso al nacer, en esta cohorte hubo 4 mortinatos (4,3%) y no hubo muerte materna. Conclusiones: La Eclampsia afecta predominantemente a mujeres adolescentes y jóvenes, El resultado perinatal es adverso destacando la presencia de asfixia al nacer, RNPEG y prematuridad.

Regonesi I1, Díaz E.1, Cayazzo D.2 1Residente Ginecología y Obstetricia Universidad del Desarrollo-Clínica Alemana Santiago. 2Ginecólogo Obstetra, jefe de puerperio Hospital Padre Hurtado

### **MARCO TEÓRICO**

El síndrome de vasocontricción cerebral reversible post parto es una patología rara y poco frecuente, cuya incidencia es desconocida. Existen sólo pocos casos reportados, por lo que como médicos es fundamental familiarizarnos con esta patología. Corresponde a un grupo de vasculopatías cerebrales que comparten misma clínica y alteraciones angiovasculares. Se caracteriza por presentarse con cefalea súbita y severa con o sin compromiso neurológico (convulsión 43%, alteraciones visuales 33%, hemiparesia 29%, alteraciones al habla o sensorial, hemiplejía o cuadriplejía o coma), asociado a vasocontricción multifocal de los vasos cerebrales de mediano calibre que resuelve espontáneamente en 3 meses. Su fisiopatología se desconoce, pero supone una alteración de la regulación del tono vascular que lleva a vasocontricción y dilatación segmentaria o multifocal arterial, que dado los cambios fisiológicos que ocurren en el embarazo y puerperio, es un periodo de mayor riesgo. El pronóstico generalmente es benigno y con resolución espontánea en 3 meses, pero puede tener complicaciones severas que amenazan la vida de la paciente como son edema cerebral, infarto cerebral, PRESS y hemorragia subaracnoidea.

### CASO CLÍNICO

Paciente nulípara, hipertensa crónica sin tratamiento, con antecedente de cerclaje a las 14+1 semanas por incompetencia cervical. Cursando embarazo de 30+3 semanas consulta al servicio de urgencia por cuadro de 1 día de evolución caracterizado por epigastralgia, náuseas, vómitos, cefalea holocraneana y convulsión tónico clónica. En el servicio de urgencia se objetiva PA 150/100 FC 98 lpm, afebril con buena saturación. Al examen destaca compromiso conciencia, nuevo episodio convulsivo tónico clónico asociado a crisis hipertensiva 173/93. Se traslada a prepartos y se solicitan exámenes de severidad destacando: plaquetas 139000, GOT 104,

GPT 62 LDH 642, BT 0.77, albuminuria ++. Se yugula crisis con protocolo labetalol y se administra sulfato de magnesio, sin nuevos episodios convulsivos. Se realiza cesárea de urgencia sin incidentes. Se traslada a UTI, se realiza TAC de cerebro con hallazgos sugerentes de lesión isquémica en evolución que compromete territorio Arteria Cerebral Media izquierda con diagnóstico de PRESS y sindrome vasocontricción cerebral (cuarto ventrículo de forma y tamaño conservado). Tronco encefálico y cerebelo sin alteraciones. Sistema ventricular supratentorial de amplitud adecuada, hipodensidad focal corticosubcortical de la convexidad parietal izquierda que colapsa surco y espacio subaracnoideo adyacente. Núcleos grises centrales sin lesiones focales. Cisternas de la base y espacio subaracnoideo de la convexidad de amplitud normal. No se observa colecciones yuxtadurales. Ventana osea sin lesiones). Durante UTI evoluciona favorablemente, exámenes de control con tendencia a la normalización de parámetros, manejo de presiones con bomba de labetalol, asociado a anticonvulsivantes y nimendipino. Luego traslape a hipotensores orales. Evoluciona sin nuevas crisis y con buen manejo de las presiones, sin aparición de nuevos síntomas ni focalidad neurológica. Dada buena evolución y EEG normal se decide alta con enalapril, leviteracetam, nimodipino. Sin datos de control en puerperio.

### GINECOLOGÍA GENERAL

### C-49

### AMENORREA SECUNDARIA Y VIRILIZACIÓN POR TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDEAS.

Autores: Marshall S., M1; Cabellos M., A1; Cárcamo A., C3; Ubilla P., S1; Ferrand M., P.1, Manriquez V.,C2 1. Centro de Responsabilidad de la Mujer, Hospital Base San José de Osorno. 2. Unidad anatomía Patológica Hospital Base San José de Osorno. 3. Estudiante Escuela Medicina Universidad Austral de Chile.

### C-50

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 5230 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN FORMA ELECTIVA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE 16 AÑOS

Alliende R., Carrasco A., Levancini M., Miranda-Mendoza I. Relator:1.- Rodrigo Alliende: Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago.

### C-51

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ANTE-CEDENTE DE COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH QUE CONSULTAN EN UROGINECOLOGÍA

Rivera C, Gutiérrez V. Pizarro-Berdichevsky J Unidad Uroginecologia Hospital Sótero del Río – Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile

### C-52

### CARCINOMA ESCAMOSO DERIVADO DE TERATOMA MADURO, REPORTE DE UN CASO DE PRESENTACION ATIPICA CON OBSTRUCCION INTESTINAL

Reyes N1, Galaz J1, Moya C2, Villablanca M2. Nuñez A3. Gayan P4. 1. Internos de Medicina Universidad de Santiago de Chile 2. Becado Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile 3. Médico Ginecología Oncológica Hospital Clínico San José, Santiago de Chile. 4. Médico Ginecología Oncológica Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile

### C-53

### COMPLICACIONES POST-EVACUACIÓN UTERINA UTILIZANDO ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA VERSUS LEGRADO EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE ABORTO

Cofre C. (1), Silva M. (1), Ceroni G. (2), Náray D.(2), Rubio G. (3) (1) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile (2) Becado Ginecología y Obstetricia Hospital San José, Santiago, Chile (3) Ginecoobstetra Hospital San José, Santiago, Chile

### C-54

## DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL "AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN MIOMETRIAL ADQUIRIDA" EN PACIENTES CON EL ANTECEDENTE DE ABORTO O PARTO.

Burgos N., Preisler J., Cisternas D., León M., Von Müllenbrok M. y Miranda I. Clínica Alemana de Santiago.

### C-55

### EDEMA VULVAR UNILATERAL POST VIDEOLAPA-ROSCOPÍA. REPORTE DE CASO

Flores O. (1), Sánchez F. (2), Sánchez P. (3), Guiñez R. (4), San Martín, A. (5) 1. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

### C-56

EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO CON METOTREXATO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) DESDE ENERO 2015 HASTA ABRIL DE 2017.

Acevedo F1, Mella P2, Concha K3, Oñate A3, Thibaut M3. 1 Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

### C-57

### EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL ESPONTANEO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

Viveros MG, Poque K, Carvajal R, San Martin A. Hospital Clínico Universidad de Chile.

### EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESAREA: REPORTE DE CASOS.

Morales C, Bustos JC. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

### C-59

### EMBARAZO HETEROTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR: UN HALLAZGO INESPERADO.

Oyarce H1, Rey R2, Sepúlveda M2, Meneses M2. 1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2 Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Militar de Santiago.

### C-60

### EMBARAZO HETEROTÓPICO ESPONTÁNEO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Galarce V2, Avilés R1, Schlageter F1, Aguilera B1, Norambuena C1, Barrios P1, , Galarce M2. 1 Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 2 Becada de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 3 Interno de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

### C-61

### EMBARAZO HETEROTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Tapia F.1, Estay R. 2, Vargas C.3, Maisto M.A.4, Cazenave H.4 Riquelme N.4 (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile., (2) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad Finis Terrae, (3) Alumna Quinto Año Medicina Universidad Finis Terrae, (4) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau.

### C-62

### ESTUDIO DESCIRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTI-CAS DE PACIENTES SOMETIDAS A MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA POR ABORTO: REALIDAD INSTITUCIONAL HOSPITAL SAN JOSÉ

Náray D. (1), Ceroni J. (1), Cofré C.(2), Silva M.(2), Rubio G. (3). (1) Becado Ginecología y Obstetricia Hospital San José, Santiago, Chile (2) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile (3) Ginecoobstetra Hospital San José, Santiago, Chile

### C-63

### ESTUDIO DESCRIPTIVO: EXPERIENCIA EN EMBA-RAZOS ECTÓPICOS INTERSTICIALES EN HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Soto M1, Rivera C1,2, Solari C1,2, Silva S1 (1)Hospital Sotero del Rio- Servicio Ginecología (2)Becados Universidad Católica de Chile

### C-64

ÉXITO EN EL MANEJO EN ABORTO RETENIDO O INCOMPLETO CON MISOPROSTOL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) DESDE JUNIO 2016 A MAYO 2017.

Acevedo F1, Astete S2, Concha K3, Oñate A3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

### **C-65**

### EXPERIENCIA Y MANEJO DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Rivera C1,2, Soto M1,, Passalacqua I1,2, Silva S1, Saavedra M1.

(1) Servicio Ginecología Hospital Sótero del Río (2) Becado Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

### **C-66**

### HEMOPERITONEO MASIVO EN EMBARAZO ECTÓPICO EN TRATAMIENTO MÉDICO CON BHCG < 10MUI/ML

Cornejo N1,2, Fernández J1,2, Rojas C1,2, Miranda1 MJ, Saad T1. 1.- Servicio de Ginecología de Hospital Félix Bulnes Cerda 2.-Becado Ginecología y Obstetricia. Universidad Mayor

### C-67

### IMPORTANCIA DE UN ADECUADO ESTUDIO EN PACIENTES CON AMENORREA 1º Y TUMOR PÉLVICO.

Fernández J1,2, Cornejo N1,2, Cabrera C1, Santibañez F. 1, Peña A 1, Lagos N1 1Servicio de Ginecología, Hospital de Carabineros de Chile. 2Residente Ginecología y Obstetricia Universidad Mayor.

### INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA POR CANDIDA GLABRATA: REPORTE CASO CLÍNICO SERVICIO GINECOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Méndez L (1), Ahumada S (2), Fernández C (2), Pérez C (3). (1) Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile Sede Sur (2) Internos 6° Medicina Universidad de Chile (3) Profesor Instructor Facultad de Medicina Universidad de Chile Sede Sur. Gineco-Obstetra Hospital barros Luco Trudeau

### C-69

### LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL TALCA.

Fuentes F. García A. Parra S. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

### C-70

### MALFORMACION ARTERIO VENOSA ADQUIRIDA UNA CAUSA DE SANGRADO UTERINO INHABITUAL: SERIE DE CASOS HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

Norambuena C, Aguilera B, Moncaleano J, Avilés R., Von Hoveling A, Rojas O, Barrios P, Schlageter F. Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae

### C-71

### MANEJO MÉDICO CON METOTREXATO DEL EMBA-RAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ

Dr. Kaplan F.1, Davy C.2, Díaz C.2, Dr. Becerra O.3

### C-72

### MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR EXITOSO DE MALFORMACION ARTERIO-VENOSA UTERINA.

Autores: Marshall S., M.; Cabellos M., A.; Vesperinas A., G.; Gajardo C., M. Centro de Responsabilidad de la Mujer, Hospital Base San José de Osorno.

### C-73

### MANEJO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

Autores: Del Río M.; Almeida J.; Catalán C.; Miranda V. Institución: Pontificia Universidad Católica de Chile.

### C-74

### MUJER VÍCTIMA DE VIOLACIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA DE ACOGIDA Y ATENCIÓN INTEGRAL

Muñoz A., Besio M, División de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile

### C-75

### POLITICAS PÚBLICAS CON ENFOQUE DE DERE-CHO: UN ACERCAMIENTO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE ESPERAN LAS MUJERES

Calderón, F. Licenciado en Obstetricia y Puericultura, Matrón Docente Universidad de la Américas Sede Viña del Mar Matrón Clínico Cesfam Marcelo Mena, Cesfam Placilla Valparaíso

### C-76

### PORFIRIA EN MUJER DE EDAD FERTIL ¿EXISTE ALGÚN ROL EN EL MANEJO ANTICONCEPTIVO?

Oyarce H, Rey R, Meneses M 1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2 Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Militar de Santiago.

### C-77

### PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISME-NORREA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN (UDEC).

Ortiz, F. (1), Castro, H. (2) (1) Médico residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. (2) Médico gineco-obstetra, especialista en Uroginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

### C-78

### REVISION DE LA EPIDEMIOLOGIA Y SENSIBILIDAD ANTIMICROBIANA EN PIELONEFRITIS AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

Banderas B. (1), Náray D. (1), Gutiérrez J. (2), Vásquez P. (2), Haye M. (2), Guerra M (2), Farías L (3). (1) Becada Ginecología y Obstetricia Hospital San José (2) Ginecoobstetra Hospital San José (3) Matrona Coordinadora Unidad de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico Hospital San José.

### ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Acevedo D.1 Estay R.2, Tapia F.1, Vargas C.3 (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile., (2) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad Finis Terrae. (3) Alumna Quinto año de Medicina Universidad Finis Terrae.

### C-80

### SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO UNIDAD REPRODUCCIÓN HUMANA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Méndez L (1), Fernández C (2), Ahumada S (2), Pérez C (3). (1) Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile Sede Sur (2) Internos 6° Medicina Universidad de Chile (3) Profesor Instructor Facultad de Medicina Universidad de Chile Sede Sur. Gineco-Obstetra Hospital barros Luco Trudeau .

### C-81

### TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Rojas A1, Glavic A2, Rojas V 1. Médico programa formación en obstetricia y ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Ginecólogo. Unidad de Medicina reproductiva, Hospital Barros Luco Trudeau.

### C-82

### VIRILIZACIÓN EN PACIENTE CON TUMOR OVARICO DE CELULAS DE LEYDIG E HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA CLASICA.

Moya C (1), Villablanca M (1), Nuñez A.(2), Gonzalez F (2), Guerrini E (3). Galaz J, Puga J (4) (1) Médico Becario Ginecología Obstetricia Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico San José, Santiago de Chile (2) Médico Ginecología Oncológica Hospital Clínico San José, Santiago de Chile. (3) Servicio de Endocrinología y Diabetes Hospital San José (4) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile

### AMENORREA SECUNDARIA Y VIRILIZACIÓN POR TUMOR DE CÉLULAS ESTEROIDEAS.

C-49

Autores: Marshall S., M1; Cabellos M., A1; Cárcamo A., C3; Ubilla P., S1; Ferrand M., P.1, Manriquez V., C2 1. Centro de Responsabilidad de la Mujer, Hospital Base San José de Osorno. 2. Unidad anatomía Patológica Hospital Base San José de Osorno. 3. Estudiante Escuela Medicina Universidad Austral de Chile.

### INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos de células esteroideas se clasifican dentro de los tumores estromales de los cordones sexuales. Tienen un prevalencia de 0,1%, suelen ser unilaterales (95% de los casos) y se caracterizan por ser activos hormonalmente. Se presentan con mayor frecuencia en edad fértil con síntomas asociados a la secreción hormonal predominante. Los productores de andrógenos se manifiestan clínicamente por presentar hirsutismo, acné y virilización en el 56-77% de los casos, además de amenorrea. Presentación de caso: Paciente de 33 años obesa y usuaria de DIU de cobre (TCU380), consulta en policlínico de Ginecología por amenorrea de 10 meses de evolución junto con aumento de vello facial y test de embarazo negativo. Al examen físico, se constata vello terminal en mentón de moderada cantidad, sin elevación del score de Ferriman-Gallway. Se realiza ecografía transvaginal que informa útero de tamaño normal, DIU in situ y masa sólida anexial izquierda de 58x44mm, sin flujo aumentado al doppler color, sugerente de fibroma, sin líquido libre y anexo contralateral normal. Se completa estudio con marcadores tumorales (Ca125, Ca19-9, CEA, AFP y BHCG) que resultan normales. Se realiza laparotomía exploradora, donde se evidencia tumor de 5 cm., dependiente del ovario izquierdo redondo, de superficie lisa nacarada y consistencia blanda. Se procede a ooferectomía, extirpando tumor de contenido sólido y color amarillo intenso. Considerando el aspecto del tumor, se reinterroga dirigidamente a la paciente en busca de síntomas de virilización. Refiere libido exacerbada y aumento de tamaño del clítoris (2x1.5cm). Se miden niveles plasmáticos de andrógenos: testosterona total 1.95 ng/ml, androstenediona 6.5 ng/ml, DHEA-S 282 ug/ ml. El estudio histopatológico inicial no es concluyente,

con aspecto microscópico sugerente de tumor de células claras infiltrante en estroma ovárico sin mitosis (vimentina +). Se evalúa el caso junto al patólogo y se amplía el estudio en búsqueda de un tumor de células esteroideas. Microscópicamente muestra ausencia de cristales de Reinke y la inmunohistoquímica resulta calretinina +++, actina músculo liso + y CD56 en vasos sanguíneos +. Concluyendo tumor benigno de células esteroideas con patrón inmunofenotípico que favorece la variedad sin otra especificación (SOE). Paciente es dada de alta en buenas condiciones, sin molestias. Se realiza control a las 2 semanas post cirugía con control testosterona total (o.42 ng/ml) y androstenediona (2.9 ng/ml) en franca disminución, junto con normalización de la libido. Discusión: Los tumores de células esteroideas son infrecuentes, sin embargo tienen la particularidad de ser activos hormonalmente en el 75% de los casos con manifestaciones clínicas secundarias variables e inespecíficas como virilización, hirsutismo, amenorrea primaria o secundaria, síndrome de Cushing y pubertad precoz. Por esto, es que debemos sospechar su presencia, especialmente si se asocia a un tumor anexial. Macroscópicamente son tumores grandes, sólidos, bien circunscritos, de color amarillo anaranjado, con cambios secundarios a hemorragia y necrosis dependiendo del tiempo de evolución y comportamiento. Pueden ser malignos en un 25% y bilaterales sólo en un 5%. Existen 3 subtipos: luteoma estromal, tumor de células de Leydig y de células esteroideas SOE. Este último es el más frecuente, correspondiendo al 60% de los casos. Los tumores productores de andrógenos se caracterizan por presentar niveles elevados de testosterona, no así de dehidroepiandrostenediona y 17-hidroxiprogesterona. Histológicamente se diferencian por la presencia de cristales intracitoplasmáticos de Reinke en los tumores de células de Leydig e hipertecosis estromal en los luteomas estromales. El estudio inmuno-histoquímico de los tumores de células esteroideas es más eficiente si se tiene el correlato clínico y nos entrega una orientación o aproximación diagnóstica, se basa en la determinación de inmunofenotipo y se caracteriza por ser positivo en su mayoría para inhibina y calretinina como marcador de origen de tumores de cuerda estromal, lo que ayuda a distinguirlos de otros tumores ováricos (no de cuerda estromal) como los germinales, epiteliales o metástasis ováricas. Esto quiere decir que dichos marcadores no permiten diferenciar en los 3 subtipos, sino en orientar hacia tumores de cuerda estromal. Es aquí, donde presenta relevancia el MelanA (A103), el EMA y la pancitoqueratina que puede ser positiva en los SOE. En nuestro centro no se cuenta con inhibina, MelanA, EMA o pancitokeratina. Conclusión: El cuadro clínico, la ultrasonografía, el laboratorio, el aspecto histomorfológico y el patrón inmunofenotípico del tumor, favorecen el diagnóstico de un tumor de células esteroideas SOE con características benignas. Este tumor es infrecuente, por lo que suele ser difícil de diagnosticar en etapas iniciales. Sin embargo una anamnesis y examen físico detallado nos ayuda a sospecharlo en pacientes con amenorrea y/o signos de virilización. Incluir estudio de andrógenos en casos sospechosos es necesario para poder realizar un diagnóstico preciso y aportar datos relevantes, para el posterior estudio histopatológico y así ofrecer el mejor tratamiento posible a la paciente.

### ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE 5230 PACIENTES HISTERECTOMIZADAS EN FORMA ELECTIVA EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO: EXPERIENCIA DE 16 AÑOS

C-50

Alliende R., Carrasco A., Levancini M., Miranda-Mendoza I.Relator: 1.- Rodrigo Alliende: Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital de la Florida, Santiago.

**RESUMEN** 

### **ANTECEDENTESW**

La histerectomía es la cirugía ginecológica mayor más frecuentemente realizada en los países desarrollados; representa la segunda cirugía más prevalente en mujeres en edad reproductiva, luego de la cesárea. A nuestro entender, en Sudamérica y en Chile, se han realizado pocos estudios descriptivos acerca de la histerectomía en cuanto a sus vías de abordaje, complicaciones y reintervenciones no programadas.

#### **OBJETIVO**

Describir los resultados de la histerectomía electiva en el Hospital Padre Hurtado, en un período de 16 años y evaluarla en el contexto nacional e internacional.

### **MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizó la histerectomía electiva tanto por patología benigna como maligna en un período de 16 años.

### **RESULTADOS**

Durante el período de estudio, se realizaron 5230 histerectomías electivas, 4830 (92,4%) fueron por etiología benigna, 400 (7,6%) por causa maligna. 2901 (55,4%) fueron por vía Abdominal, 2080 (39,8%) vaginal y 249 (4.8%) por vía Laparoscópica. Se registraron 201 complicaciones mayores intraoperatorias (3,8%). Las histerectomías por causa benigna, tuvieron un 3,2% de complicaciones y las por causa maligna en un 9,8%. La vía abdominal presentó un 4,5% complicaciones, la vía vaginal 2.2% y la vía laparoscópica 6.4%. Hubo un total de 91 reintervenciones no programadas (1,7%). Las histerectomías electivas de etiología benigna se

reintervinieron en un 1,6 % y las por causa maligna en un 3 %.

### **CONCLUSIONES**

Es fundamental describir los resultados nacionales respecto a una de las cirugías ginecológicas más frecuentes, y así evaluar y favorecer medidas que generen una optimización de los recursos, la explicación de los consentimientos informados y mejoría de nuestra práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: Histerectomía, cirugía electiva, resultados

### CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON ANTECEDENTE DE COLPOSUSPENSIÓN DE BURCH QUE CONSULTAN EN UROGINECOLOGÍA

C-51

Rivera C, Gutiérrez V. Pizarro-Berdichevsky J Unidad Uroginecologia Hospital Sótero del Río – Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile

### INTRODUCCIÓN

La Incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) es una patología frecuente, en hasta un 30% de las mujeres. El tratamiento actual corresponde a cintas medio uretrales (TVT/TOT). Previo a ellas se encuentra la colposuspensión de Burch (CSB), poco frecuente actualmente. Dada la técnica, se puede presentar durante el seguimiento prolapso posterior (rectocele o enterocele), con incidencia del 2 al 13% y recurrencia IOE en 20-40% en seguimientos a 5 años. Nuestra unidad cuenta con una base de datos prospectiva desde el 2007, con 4.633 pacientes, donde se registra entre otros el de CSB. Esto identifica pacientes con este antecedente el cual suponemos infrecuente. El objetivo de este estudio es describir características de las pacientes con antecedente de CSB que acuden a la unidad de Uroginecología.

### **MÉTODOS**

Revisión tipo cross seccional de las pacientes de la unidad de Uroginecología del Hospital Dr. Sótero Del Río desde 2007 a la fecha. Se identificaron pacientes con antecedente de CSB, sin criterios de exclusión. Se analizaron variables socio-demográficas, presentación clínica para describir las características de estas pacientes, cirugías realizadas en caso de realizarse. Resultados se presentan como promedio ± DS o porcentaje.

### **RESULTADOS**

63 pacientes (1.3%) poseían antecedente de CSB. El promedio de edad fue 67±9,1años, 60,3% tenia antecedente de Hipertensión Arterial, 23,8% de Diabetes Mellitus y 24,2% tabáquicas. Un 87,5% post menopáusicas. 60,3% fueron sometidas a histerectomía y 23,8% a cirugías por prolapso. La paridad promedio 3,2±2,1 hijos. 14,9% tuvieron por lo menos un parto por fórceps. Peso

promedio del RN de mayor peso fue de 3840±1366,5 kg. Un 50,8% consultó por IOE,53,9% por vejiga hiperactiva (VH) y 55,5% consultó por sensación de bulto o peso. Mientras que un 38,1% consultaron por incontinencia de orina mixta (IOM), 36,5% por IOE + POP y 41,2% por VH + POP. De todas estas pacientes, 20,6% fueron operadas, 15,8% por medio de TVT y 4,8% por TOT.

### CONCLUSIÓN

El antecedente de CSB es infrecuente en nuestra población (1.3% en nuestra unidad). Más de un 50% de estas pacientes presentaron recurrencia de IOE, y más de un 50% de ellas presento síntomas de VH. Sería importante evaluar si la VH corresponde síntomas secundarios a obstrucción por la CSB. Similar a la literatura, más de un 50% de las pacientes consultó por síntomas de prolapso. Estas pacientes son un desafío del punto de vista terapéutico, difícil de evaluar en estudios prospectivos por su baja frecuencia. Próximos estudios deberían evaluar si este antecedente es un factor de riesgo de complicaciones quirúrgicas o recurrencia.

### CARCINOMA ESCAMOSO DERIVADO DE TERATOMA MADURO, REPORTE DE UN CASO DE PRESENTACION ATIPICA CON OBSTRUCCION INTESTINAL

C-52

Reyes N1, Galaz J1, Moya C2, Villablanca M2. Nuñez A3. Gayan P4. 1. Internos de Medicina Universidad de Santiago de Chile 2. Becado Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile 3. Médico Ginecología Oncológica Hospital Clínico San José, Santiago de Chile. 4. Médico Ginecología Oncológica Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile

#### INTRODUCCION

El teratoma quístico maduro de ovario es un tumor compuesto en su totalidad por tejidos bien diferenciados o maduros originados a partir de las 3 capas embrionarias (ectodermo, mesodermo y endodermo). Es el tumor ovárico más frecuente y es benigno a menos que surja una transformación maligna en cualquiera de sus elementos. La transformación maligna en este tipo de tumores es un evento raro que ocurre en alrededor del 1-2% de los casos, y si bien, cualquier componente del teratoma maduro puede degenerar, lo más frecuente es que derive de la línea germinal escamosa (ectodermo), reportándose hasta en el 80 % de los casos y en la mayoría de las ocasiones, en mujeres menopáusicas.

### **CASO CLINICO**

Paciente de 52 años, multípara de 2 e hipotiroidea. Consulta en servicio de urgencias Hospital San José por cuadro de dolor abdominal compatible con obstrucción intestinal. Se realiza un TAC de abdomen y pelvis que muestra una masa en excavación pélvica de contenido hipodenso y liquido en su interior, en estrecho contacto con masa exofítica con componente necrótico en colon sigmoides. En este contexto se realiza laparotomía exploradora, donde se identifica tumor ovárico izquierdo de aspecto teratoma adherido a sigmoides de 7 x 5 cm, fistulizando en dos segmentos. Se realiza operación de Hartmann más anexectomía izquierda, liberándose pieza operatoria en bloque. Biopsia definitiva reporta lesión tumoral de invasora de tipo histológico carcinoma escamoso invasor bien a moderadamente diferenciado derivado de teratoma quístico maduro de 6 x 2 cm

infiltrante a colon, con compromiso transmural de pared de mesosigmoides y tejido adiposo adyacente sin compromiso vascular-linfático, borde quirúrgicos libres. Evaluado caso a comité de oncología se decide realizar histerectomía más anexectomía contralateral, junto a reconstrucción de tránsito intestinal. Procedimiento es efectuado sin incidentes, sin evidencia de diseminación en exploración de cavidad abdominal.

### **DISCUSION Y CONCLUSION**

El carcinoma escamoso derivado de un teratoma quístico maduro es un diagnostico poco frecuente, generalmente de hallazgo incidental. El caso de esta paciente constituye una presentación clínica atípica, que ingresa por obstrucción intestinal, con requerimiento de resolución quirúrgica de urgencia, sin compromiso metastásico a nivel peritoneal. En cuanto al manejo, se decidió junto a comité de oncología, completar cirugía con histerectomía más salpingooforectomía. El tratamiento adyuvante tiene escasa evidencia respeto a su beneficio, consecuencia del bajo reporte de casos de este tipo

# COMPLICACIONES POST-EVACUACIÓN UTERINA UTILIZANDO ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA VERSUS LEGRADO EN PACIENTES EN SITUACIÓN DE ABORTO

C-53

Cofre C. (1), Silva M. (1), Ceroni G. (2), Náray D.(2), Rubio G. (3) (1) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile (2) Becado Ginecología y Obstetricia Hospital San José, Santiago, Chile (3) Ginecoobstetra Hospital San José, Santiago, Chile

#### **OBJETIVOS**

Determinar si existe una diferencia significativa en las complicaciones producidas al realizar una aspiracion manual endouterina (AMEU) versus las obtenidas al realizar un legrado intrauterino (LIU) para la resolución de abortos retenidos o incompletos.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se seleccionaron 504 pacientes que consultaron en el Servicio de Urgencias del Hospital San José por encontrarse en situación de aborto, entre mayo de 2016 y agosto de 2017. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de aborto retenido, incompleto o séptico que se sometieron a AMEU o LIU.

### **RESULTADOS**

Del total de pacientes que cumplieron criterios de inclusión (n=504), 379 recibieron fueron sometidas a AMEU (75%), versus 125 pacientes a las que se les realizó LIU (25%). El 29.6% de los casos tratados con LIU presentó complicaciones, mientras que en los que se resolvieron mediante AMEU presentaron un 11%. En ambos grupos, la complicación más frecuente fue hemorragia excesiva, presentándola un 12.8% de los LIU, y un 4% de los AMEU. La segunda complicación más frecuente fue infecciones genitales, encontrándose en un 11.2% de los LIU y un 3% de los AMEU.

### CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos demuestran que hay una diferencia estadísticamente

significativa en la tasa de complicaciones que se obtienen al resolver una situación de aborto con AMEU, en relación a la utilización de LIU, demostrando en este grupo ser más seguro el primero.

# DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DEL "AUMENTO DE LA VASCULARIZACIÓN MIOMETRIAL ADQUIRIDA" EN PACIENTES CON EL ANTECEDENTE DE ABORTO O PARTO.

C-54

Burgos N., Preisler J., Cisternas D., León M., Von Müllenbrok M. y Miranda I. Clínica Alemana de Santiago.

### INTRODUCCIÓN

Con una incidencia aún desconocida del aumento de la vascularización miometrial arquirida (AVMA) en pacientes que presentan sangrado aumentado, postaborto o posterior a un parto vaginal o por cesárea, o se manifiesta con su primera menstruación. El aumento de sangrado puede producir anemia y en algunos casos compromiso del estado hemodinámico. Con la mejor resolución de los equipos de ecografía, la utilización del Doppler y el mejor entrenamiento de los ecografístas, es posible aumentar su diagnóstico y estar preparados para el manejo de c/u de los diferentes casos. En base a 13 casos con diagnóstico ecográfico de AVMA postaborto o parto sintomáticas, describiremos los hallazgos ecográficos y las conductas terapéuticas.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisan los hallazgos ecográficos de pacientes con la sospecha de AVMA, desde 2014 a 2017 en Clínica Alemana de Santiago, con el antecedente de aborto o parto, que consultaron por presencia de sangrado genital anormal, con o sin compromiso hemodinámico. La evaluación del sangrado fue clínico por su médico tratante. A todas las pacientes se le realiza ecografía ginecológica transvaginal, evaluando: endometrio en busca de la presencia de restos ovulares o placentarios; irregularidad de la unión endometrio miometrial; pared miometrial con zonas heterogénea y/o áreas anecogénicas irregulares, evaluación de endometrio y pared miometrial con Doppler,

determinando Score Color (1 a 4), Peak de Velocidad Sistólica (PVS) e Índice de Resistencia (IR). Se revisaron las diferentes conductas terapéuticas.

### **RESULTADOS**

Se revisaron las ecografías de 13 pacientes con el antecedente de metrorragia posterior a aborto o parto. El promedio de edad fue de 33,7 años (rango 24-45), todos los casos presentaban metrorragia. Los hallazgos ecográficos demostraron presencia de posibles restos ovulares en el 100 %, de los casos. Todas compartían zonas heterogéneas en el espesor del miometrio, con áreas hiperrefringentes y anecogénicas irregulares de dimensiones variables, que interrumpían la unión endometrio-miometrial, en algunos casos con compromiso hasta la serosa. Al Doppler Color todas mostraban un severo aumento de la vascularización (Score color 4) en el miometrio y variable en el endometrio en relación a los restos ovulares. Los PVS fueron en promedio sobre 20 cm/s. Los IR fueron bajos en promedio menor a 0,5. Las conductas terapéuticas fueron variables con: 1) Manejo conservador con solo observación y tratamiento médico en 6 pacientes. 2) En algunos casos con restos ovulares se decide retiro de restos con histeroscopía, aspiración o raspado en 4 pacientes, 3) En 3 casos con sangrado severo se realizó embolización. En ninguno de los casos fue necesario cirugía.

### CONCLUSIÓN

La ecografía ginecológica transvaginal en escala de grises y con el apoyo del Doppler, es una gran herramienta para el diagnóstico y seguimiento de las pacientes con el antecedente de sangrado anormal post aborto o parto en busca de AVMA y orientando al manejo.

### EDEMA VULVAR UNILATERAL POST VIDEOLAPAROSCOPÍA. REPORTE DE CASO

C-55

Flores O. (1), Sánchez F. (2), Sánchez P. (3), Guiñez R. (4), San Martín, A. (5) 1. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago.

#### **RESUMEN**

#### INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica resulta en la actualidad la vía de abordaje de elección en múltiples patologías quirúrgicas, dado su seguridad y baja invasividad que resulta en grandes beneficios para el paciente en comparación con la cirugía abierta. No obstante, como todo procedimiento, no se encuentra libre de riesgos. El edema vulvar unilateral resulta ser una rara complicación post-laparoscopía con escasos reportes en la literatura internacional.

#### **MÉTODOS**

Presentación de caso clínico y revisión de literatura.

#### **RESULTADOS**

Paciente de 33 años, nuligesta, con antecedente de Enfermedad de Graves sin control y NIE III tratada con cono LEEP. Consulta por 4 días de genitorragia moderada y 24 horas de dolor en fosa iliaca derecha, urente, EVA 5/10. Se diagnostica embarazo ectópico derecho complicado por ecografía y BHCG positiva. Se realiza videolaparoscopía exploradora con inserción de 3 trocares de 5 mm en cada fosa iliaca y a nivel umbilical y un trocar suprapúbico de 10 mm. En intraoperatorio destaca hemoperitoneo de moderada cantidad, tuba derecha aumentada de volumen sin solución de continuidad evidente, con salida de coágulos a través de fimbrias. Se realiza salpingectomía derecha y aseo. En 2do día postoperatorio se evidencia aumento de volumen vulvar considerable a expensas de labio mayor izquierdo, levemente sensible, sin aumento de temperatura local. Se realiza manejo conservador con AINEs vía oral, frío local indirecto e instalación de sonda Foley por compresión uretral. A las 48 horas se observa disminución considerable del edema,

con diuresis espontánea. Se describe un caso similar por primera vez en 19961, y posteriormente casos aislados2-3. Una hipótesis en cuanto a la etiología de esta condición, se plantea una fuga de solución de irrigación (Sol. Fisiológica, RL) a través de los sitios de punción que diseca el tejido subcutáneo hasta llegar por gravedad a los labios mayores. Otra teoría que postulan ciertos autores3 es un conducto de Nuck permeable, el cual permitiría el paso de líquidos o gas a través de este provocando el edema vulvar. Otro diagnóstico diferencial a considerar sería el trauma en caso de uso de manipulador uterino. En cualquiera de estos casos, el tratamiento conservador descrito en la literatura y aplicado en el presente caso con reposo relativo en leve trendelemburg, frío local, antiinflamatorios y sondeo vesical resulta eficaz resolviendo el edema y en particular la micción espontánea en 48-72 horas.

#### **CONCLUSIONES**

El edema vulvar unilateral que se presenta después de una cirugía laparoscópica, resulta ser una complicación rara, de origen incierto, con pocos reportes descritos en la literatura, generalmente autolimitada, que requiere en algunos casos prolongar la hospitalización dada la obstrucción uretral que provoca con requerimientos de sondeo vesical permanente. El cirujano debe reconocer al edema vulvar unilateral como una posible complicación secundaria a la laparoscopía, con el fin de no solicitar estudios de imágenes adicionales para esclarecer etiología, ni sobretratar esta condición (antibióticos, corticoides, cirugía).

- 1. Trout SW, Kemmann E. Vulvar edema as a complication of laparoscopic surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc 1996;4:81–3.
- 2.Yen CF, Wang CJ, Lin SL, Lee CL, Soong YK. Postlaparoscopic vulvar edema, a rare complication. J Am Assoc Gynecol Laparosc 2003;10:123–6.
- 3. Pados G, Unilateral vulval edema after operative laparoscopy: a case report and literature review. Fertility and Sterility 83, 471–473

# EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO C-56 ECTÓPICO CON METOTREXATO EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) DESDE ENERO 2015 HASTA ABRIL DE 2017.

Acevedo F1, Mella P2, Concha K3, Oñate A3, Thibaut M3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

#### INTRODUCCIÓN

Se presenta el análisis de la efectividad del tratamiento médico del embarazo ectópico en pacientes del CAVRR.

#### MÉTODO

Revisión retrospectiva de fichas clínicas pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico en CAVRR entre enero de 2015 y abril de 2017. Criterios de inclusión: paciente con embarazo ectópico no complicado, tratada con Metotrexato. Criterios de exclusión: pacientes con embrazo ectópico cuya resolución fue quirúrgica o manejo expectante.

#### **RESULTADOS**

Se presentaron 98 casos de embarazo ectópico, correspondiendo a un 1,17% del total de partos acontecidos durante el mismo periodo. Del total de embarazos ectópicos, 11 recibieron tratamiento médico con metotrexato (11,2%), 4 de ellos tuvieron resorte quirúrgico, dando una efectividad del 63, 6%.

#### **CONCLUSIONES**

En el CAVRR la gran mayoría de los embarazos ectópicos se resuelve quirúrgicamente sin intentar manejo médico. En las pacientes que recibieron tratamiento con metotrexato, hubo un alto porcentaje de resolución quirúrgica, sin embargo no queda claro si hubo falla del método. Se necesita un mayor número de casos para obtener evidencia más adecuada.

### EMBARAZO ECTOPICO BILATERAL ESPONTANEO: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

C-57

Viveros MG, Poque K, Carvajal R, San Martin A. Hospital Clínico Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Embarazo Ectópico Bilateral (EEB) corresponde a la forma menos frecuente de Embarazo Ectópico (EE). Se divide en dos subgrupos, primario y secundario, basado en historia de técnicas de reproducción asistida. Reporte de caso: multípara de uno de 23 años, sin antecedentes mórbidos, con diagnóstico de embarazo de viabilidad incierta por BHCG y ecografía previos, de 6+6 semanas por amenorrea, en seguimiento ambulatorio. Consulta por dolor hipogástrico y genitorragia abundante de 1.5 horas, asociado a signos de irritación peritoneal y hemodinamia estable. Ecografía transvaginal describe lesión anexial paraovárica derecha compatible con EE complicado y Hematosalpinx, asociado a moderada cantidad de liquido libre sugerente de hemoperitoneo. En videolaparoscopia diagnóstica se identifica EE y rotura tubaria bilateral, por lo que debido a contexto clínico y pronóstico de fertilidad se solicita autorización a familiares para realizar salpingectomia bilateral, procedimiento aceptado y realizado sin incidentes. Estudio histopatológico diferido confirma EEB.

#### DISCUSIÓN

La presentación clínica de EEB es impredecible y no existen características para distinguirlo de EE unilateral. El diagnóstico preoperatorio de EEB representa un desafío diagnóstico y frecuentemente es intraoperatorio.

#### **CONCLUSIONES**

EEB es una entidad clínica de baja frecuencia, con incidencia reportada de 1 en 1580 embarazos ectópicos y 1 cada 200.000 nacidos vivos. Requiere alto índice desospecha y es imprescindible para el diagnóstico la inspección intraoperatoria de ambas trompas. Las opciones de tratamiento son variadas dependiendo de ubicación, daño tubario y deseo de fertilidad futura, empero no se dispone de ensayos clínicos que permitan establecer protocolo de manejo basado en evidencia.

Morales C, Bustos JC. Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile.

#### INTRODUCCIÓN.

El embarazo en cicatriz de cesárea (ECC) es la presentación más rara de embarazo ectópico, ocurriendo en un 6% del total de ectópicos en pacientes con cesárea previa. Se ha observado un incremento en su incidencia debido al aumento en la tasa de cesáreas. El ECC se relaciona con

elevada morbi-mortalidad materna y fetal. OBJETIVO: Presentar dos casos clínicos ocurridos durante 2015 y 2016 en nuestro servicio.

#### **CASO CLINICO 1.**

Paciente de 27 años, multípara de 1, con cicatriz de cesárea, a las 6 semanas mediante ecografía se diagnostica ECC con un saco gestacional ubicado sobre la cicatriz y embrión con LCF positivos. Se indica finalización del embarazo pero paciente rechaza tratamiento y abandona controles. Ingresa al servicio de urgencias por dolor abdominal y síncope, con hemoglobina de 7,5 mg/dl que desciende a 6,0 en 2 horas. Ecografía informa un embarazo de 21 semanas con LCF positivos, placenta previa oclusiva total y abundante liquido libre intraabdominal. En la laparotomía exploradora se encuentra hemoperitoneo de 1500 cc y rotura uterina de 5 cm en ángulo izquierdo de la cicatriz de cesárea. Se realiza histerectomía subtotal con feto y placenta in situ. El post operatorio requirió UTI por 3 días y politransfusión de glóbulos rojos, plasma fresco congelado y plaquetas. Anatomía patológica confirma además acretismo placentario.

#### **CASO CLINICO 2.**

Paciente de 27 años, multípara de 1, con cicatriz de cesárea, con antecedente de consumo de drogas, ingresa por dolor abdominal. En los exámenes destaca hemoglobina de 13 mg/dl y beta HCG 2049 UI. La ecografía muestra un saco gestacional de 50 por 34 mm ubicado sobre la cicatriz de la cesárea, no se observa embrión. Por el antecedente de drogadiccion, se descarta manejo médico. Se realiza laparotomía exploradora observándose tejido trofoblástico sobre la cicatriz dehiscente que se extrae y se realiza histerorrafia.

#### DISCUSIÓN.

Diversos autores plantean que la mayoría de las placentas acretas en pacientes con cicatriz de cesárea, son originariamente ECC. Existe una clasificación de los ECC en la ecografía de primer trimestre: ECCIdonde hay progresión del embarazo hacia la cavidad uterina, siendo posible continuar con el embarazo y ECC-II donde se produce una implantación profunda en la cicatriz existiendo una alta probabilidad de ruptura uterina, por lo que se recomienda finalizar el embarazo. Los casos expuestos corresponden a ECC-II. Actualmente no existe un tratamiento estandarizado, pudiendo plantearse el tratamiento médico con metrotexato; y tratamiento quirúrgico conservador o radical.

## EMBARAZO HETEROTÓPICO EN CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR: UN HALLAZGO INESPERADO.

C-59

AUTORES Oyarce H1, Rey R2, Sepúlveda M2, Meneses M2.1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2 Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Militar de Santiago.

#### INTRODUCCION

El embarazo heterotópico corresponde a la presencia simultánea de un embarazo intrauterino y un embarazo ectópico. La mayoría son una combinación de normotópico y tubario, siendo menos frecuente en cuello uterino, ovario, abdomen y en CCA. Su incidencia espontánea es de 1:30.000 embarazos, llegando hasta 1% con técnicas de reproducción asistida. La clínica es inespecífica, requiriendo un alto nivel de sospecha, especialmente cuando se ubican en la CCA. La ecografía sigue siendo el método más importante para su diagnóstico. Dada su baja prevalencia, no existen consensos acerca del tratamiento.

#### **CASO CLINICO**

Paciente de 30 años, M2 con 2 CCA, sana, consulta en el SU por cuadro de dolor hipogástrico y genitorragia, con test pack (+). Al examen: HDN estable, abdomen sensible en hipogastrio sin signos de irritación peritoneal. Tacto vaginal normal. Especuloscopía con sangrado escaso por OCE. EcoTV que describe imagen sacular vascularizada en istmo anterior en relación a CCA, sin liquido libre. BHCG 8.812 mUI/ml. Con diagnóstico de embarazo ectópico, se discute tratamiento y se inicia esquema de MTX. Durante la evolución destaca aumento de BHCG: 13.877mUI/ml. Nueva ecoTV describe a nivel itsmico corporal un SG de 15mm con embrión de 7.5mm sin LCF y un segundo SG en el fondo uterino de 23mm. Se realiza el diagnóstico de embarazo heterotópico de 6+5 semanas, aborto retenido de ambos sacos. Dado hallazgo, se mantiene en control seriado de BHCG y ecografía, observándose disminución en los niveles de BHCG y regresión de ambos sacos, evoluciona con sangrado espontáneo.

#### CONCLUSIÓN

El embarazo heterotópico en la CCA es una condición muy infrecuente, hasta la fecha sólo 16 casos, incluyendo este, han sido reportados. Requiere un alto nivel de sospecha para realizar un diagnóstico precoz y un manejo adecuado. De los casos reportados en la literatura, el tratamiento más frecuente se basa en la reducción selectiva del embrión heterotópico guiada por ecografía, lo cual ha llevado a un outcome favorable manteniendo el embarazo normotópico y con resultado de recién nacidos vivos. Sin embargo, sólo existen pequeñas series de casos que no permiten extraer conclusiones definitivas. Una evaluación caso a caso, cercana a la paciente es lo recomendable para enfrentar este tipo de situaciones.

Galarce V2, Avilés R1, Schlageter F1, Aguilera B1, Norambuena C1, Barrios P1, , Galarce M2. 1Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 2Becada de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 3Interno de Medicina. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Embarazo heterotópico se define como, la ocurrencia simultánea de un embarazo intrauterino en coexistencia con un embarazo ectópico. Es una condición difícil de diagnosticar, especialmente cuando se produce en la concepción espontánea. La incidencia descrita es de 1:30.000 embarazos para la población general, cifra aumentada por las técnicas de reproducción asistida. Se expone a continuación el caso de una paciente que consulta por genitorragia asociado a dolor abdominal en el primer trimestre del embarazo.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad consulta al servicio de urgencia de maternidad del Hospital de Maipú por genitorragia de 24 horas de evolución. Refiere amenorrea de 6+4 semanas con test de embarazo positivo. Al examen físico destaca signos vitales normales, afebril, con flujo hemático activo en abundante cuantía por OCE, cuello permeable un centímetro y ecografía transvaginal con útero en AVF aumentado de tamaño de contorno irregular, endometrio de 10 mm, ovario izquierdo normal, observándose en anexo derecho imagen heterogénea irregular con contenido ecomixto de 60 x 60 x 57 mm, con escasa señal vascular al Doppler y líquido libre escaso. Se realiza BhCG que resulta en 17826 mUI/ml. Se hospitaliza con diagnóstico de aborto en evolución para legrado uterino. Post procedimiento se realiza curva de BhCG que resulta en 14585, 12522 y 9157. Por descenso menor a lo esperado, asociado a la imagen ecomixta del ingreso, se sospecha embarazo ectópico. En este contexto, el estudio se complementa con laparotomía exploratoria que evidencia hemoperitoneo, útero aumentado de tamaño de aproximadamente

14 cm a expensas de miomas intramurales en región fúndica de 7 cm y de 3 cm en cara anterior, trompa y ovario izquierdos sanos y trompa derecha dilatada de 5 cm, violácea con sangrado activo escaso, adherida firmemente a ovario ipsilateral. Se realiza histerectomía total abdominal más anexectomía derecha y salpingectomía izquierda. El diagnóstico definitivo se obtuvo mediante estudio anatomopatológico de las muestras obtenidas de ambos procedimientos; en el primer caso vellosidades placentarias y en el segundo caso vellosidades coriales inmaduras. La paciente evoluciona de manera favorable, por lo que se le da el alta con control ambulatorio en el hospital.

#### CONCLUSIÓN

El embarazo heterotópico espontáneo es una patología rara cuyo diagnóstico significa un gran desafío para el clínico. Debe plantearse su sospecha clínica en caso de valores de BhCG que no disminuyen después de un legrado uterino, cuando persisten signos y síntomas de embarazo después del tratamiento de un embarazo ectópico o cuando una paciente se presenta con cuadro clínico de abdomen agudo, tumor anexial y embarazo intrauterino, siendo la ecografía una herramienta importante en la sospecha diagnóstica temprana de esta patología, ya que un embarazo normotópico, no excluye un embarazo ectópico. El tratamiento de resolución del embarazo ectópico generalmente es quirúrgico, con una probabilidad de supervivencia del embarazo normotópico entre el 45% y 65%. El pronóstico materno se relaciona directamente con la precocidad del diagnóstico, asociándose en caso contrario a una alta mortalidad, ya que en su mayoría se presenta con abdomen agudo a causa de complicación del embarazo ectópico, implicando una mortalidad del 8% cuando la localización es intraabdominal y 1% cuando es tubario.

#### EMBARAZO HETEROTÓPICO: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Tapia F.1, Estay R. 2, Vargas C.3, Maisto M.A.4, Cazenave H.4 Riquelme N.4 (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile., (2) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad Finis Terrae, (3) Alumna Quinto Año Medicina Universidad Finis Terrae, (4) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau.

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo heterotópico es la presencia simultánea de un embarazo intra y extrauterino. Los factores de riesgo descritos son las técnicas de fertilización asistida, y la presencia de enfermedades tubarias. El 90% ocurre en la trompa y su incidencia es de 1:20.000 embarazos espontáneos y puede llegar hasta 2.9% en procedimientos de fertilización asistida. El cuadro clinico es variable, abarcando un amplio espectro desde pacientes asintomaticas, hasta cuadros de dolor abdominal de cuantia moderada asociado a metrorragia, o de abdomen agudo con requerimiento de resolucion quirurgica urgente. Los diagnósticos diferenciales abarcan, abortos de primer trimestre, embarazo ectópico, torsión anexial y causas de abdomen agudo no ginecobstétrico. La clave diagnóstica es la ecografía transvaginal. El manejo depende de la hemodinamia de la paciente y la principal complicación es el aborto del embarazo intrauterino en un 66% de los casos. A continuación presentamos un caso clínico que se manejó en el Servicio de Maternidad del Hospital Barros Luco Trudeau.

#### CASO CLÍNICO

Paciente 31 años, multípara de 2, antecedentes de una cesárea, previamente sana, cursando embarazo inicial, consulta por cuadro de dolor abdominal intenso y súbito, asociado a vómitos. Hemodinamia estable, afebril, con dolor en hemiabdomen derecho y Blumberg (+). La especuloscopía destaca cuello sano, sin metrorragia, tacto vaginal dolor a la movilización cervical. Se plantea la hipótesis diagnóstica de embarazo de primer trimestre complicado. La ecografía TV describe saco gestacional intrauterino con embrión único, LCN

19.3mm, LCF 169x. Entre ovario derecho y cuerpo uterino se observa una lesión sólido-quística de 46x33x33mm, de aspecto sacular, halo hiperecogénico y flujo vascular en corona. Moderada cantidad de líquido libre en fondo de saco anterior y posterior. Se diagnostica embarazo Heterotópico complicado de 8+4 semanas. En la laparotomía exploradora se describe hemoperitoneo abundante con coágulos, útero aumentado de tamaño +/- 8 semanas, y aumento de volumen tubario derecho de 6x4 cm, con solución de continuidad sangrante. Se realizó salpingectomía derecha. Anatomía patológica informó hematosalpinx y restos ovulares con vellosidades coriónicas del primer trimestre: embarazo tubario derecho complicado. Paciente evolucionó en buenas condiciones y es dada de alta con control en policlínico del hospital, y soporte de fase lútea con progesterona. Control en junio 2017 evolucionando con embarazo 17+3 semanas, y en manejo por APS.

#### DISCUSIÓN:

Entidad de baja frecuencia, y de difícil sospecha clínica. En la actualidad se ha visto un aumento de estos eventos secundario a técnicas de fertilización asistida. Es en este grupo de pacientes en quienes debemos incentivar el diagnóstico precoz, ya que son ellas las potenciales subsidiarias de opciones terapéuticas menos invasivas.

# ESTUDIO DESCIRIPTIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PACIENTES SOMETIDAS A MÉTODOS DE EVACUACIÓN UTERINA POR ABORTO: REALIDAD INSTITUCIONAL HOSPITAL SAN JOSÉ

Náray D. (1), Ceroni J. (1), Cofré C.(2), Silva M.(2), Rubio G. (3). (1) Becado Ginecología y Obstetricia Hospital San José, Santiago, Chile (2) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile (3) Ginecoobstetra Hospital San José, Santiago, Chile

#### INTRODUCCIÓN

El aborto es una de las complicaciones más comunes del embarazo. La tasa de aborto en mujeres con atraso menstrual y test de embarazo positivo es entre 12 y 24%. Estas cifras podrían ser incluso mayores ya que existen embarazos que terminan en aborto antes de ser diagnosticados. Existen múltiples factores biológicos, conductuales y socioeconómicos que aumentan el riesgo, como por ejemplo: reproducción asistida, bajo índice de masa corporal previo al embarazo, moderado o alto consumo de alcohol, situaciones de estrés y edad paterna. El antecedente de aborto previo y la edad materna avanzada son los más fuertes predictores. Algunos estudios demuestran que la raza afroamericana tendría dos veces más riesgo de aborto en comparación con otras razas. El objetivo de nuestro estudio es describir el perfil epidemiológico de las pacientes en situación de aborto que ingresan a nuestro servicio.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se analizaron datos de 529 fichas clínicas de pacientes que fueron hospitalizadas en la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital San José con diagnóstico de aborto incompleto, aborto retenido o aborto séptico, desde mayo del 2016 hasta junio del 2017, y que fueron sometidas a aspiración manual endouterina o legrado.

#### **RESULTADOS**

De un total de 529 fichas, o.2% corresponde a pacientes menores de 15 años, 8,9% entre 15 y 19 años. 62,9% entre 20 y 34 años, 27,2 % entre 35 y 44 años, 0,6% entre 45 y 49 años, 0,2% mayores a 49 años. El 35,5% de las usuarias tenían entre 2 y 3 hijos vivos, 33,2% no tenían hijos, 27,5% tenían 1 hijo, 3,2% tenían 4 o más hijos. 69,1% no tenían antecedentes de abortos previos. 24,3% presentaban el antecedente de al menos 1 aborto previo, 4,7% 2 abortos, 1,1% 3 o más abortos previos. La nacionalidad del total de las pacientes, excluyendo los casos en los cuales no se contaba con este dato, corresponde a: 57% de chilenas, 17% % haitianas, 15,4% peruanas, 2,9% bolivianas, 2,4% colombianas, 1,3% dominicanas, 1,3% ecuatorianas, 1% venezolanas, 0,2% argentinas, 0,2% brasileñas, 0,2% chinas, 0,2% cubanas y 0,2% mexicanas.

#### **CONCLUSIONES**

En nuestro estudio se observa un mayor porcentaje de abortos en pacientes con edad materna entre 20 y 34 años, lo cual no se condice con las cifras mundiales. Sería de gran utilidad comparar en un futuro estudio estos resultados con las tasas de embarazos por edad en nuestro centro. Sólo un 27% de las pacientes de entre 20 y 34 años utilizaba algún método anticonceptivo al momento del embarazo, y de éstos, la mayoría utilizaba métodos hormonales. Destaca que al menos dos tercios de las mujeres referían tener pareja estable al momento de abortar. Más de un 5% de las pacientes tiene el antecedente de aborto recurrente, lo cual está por sobre la media general. Un tercio de las pacientes son de origen extranjero, esto está dado por la gran tasa de inmigración, lo cual nos genera un gran desafío dado el desconocimiento en cuanto a su epidemiología.

### ESTUDIO DESCRIPTIVO: EXPERIENCIA EN EMBARAZOS ECTÓPICOS INTERSTICIALES EN HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

C-63

Soto M1, Rivera C1,2, Solari C1,2, Silva S1 (1)Hospital Sotero del Rio- Servicio Ginecología (2)Becados Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo intersticial es un subtipo de embarazo ectópico implantado en la porción intersticial de la tuba. Es una patología de baja frecuencia correspondiendo a 1 en 2.500 embarazos. Históricamente el manejo ha sido quirúrgico ya sea conservador con resección en cuña o radical con histerectomía. Actualmente existen distintos tipos de tratamientos disponibles en la literatura tales como manejo médico con metotrexato, inyección local de metotrexato o Cloruro de Potasio 20% o manejo quirúrgico conservador o radical. Una revisión de la literatura publicada el 2014 propone el manejo médico como primera opción si la paciente se encuentra hemodinámicamente estable y la lesión es menor a 4cm. Si no cumple criterios debe realizarse resección en cuña y reservar la histerectomía para pacientes hemodinámicamente inestables. El objetivo de este estudio es analizar los casos de embarazos intersticiales reportados en el Hospital Sotero del Río entre el 2004 y el 2017 desde el punto de vista del manejo, su tasa de éxito y complicaciones.

#### **MÉTODOS**

Se analizó base de datos de pacientes hospitalizada en Unidad de Ginecología entre Enero 2004 y Junio 2017. Se revisaron fichas clínicas de pacientes con diagnóstico de egreso de embarazo intersticial Se obtuvieron datos demográficos, correlación entre diagnóstico de ingreso y egreso, tipo de manejo realizado y complicaciones asociadas.

#### **RESULTADOS**

32 pacientes egresaron con diagnóstico de embarazo intersticial. Al revisar sus fichas se constató que 24 de ellas eran embarazos cornuales. La edad promedio es 29 años (min 19 – max 42). Al correlacionar diagnostico de ingreso y egreso, solo 21% se sospechó desde el

ingreso siendo todas desde el año 2009 en adelante y el 58% se sospechó embarazo tubario. En cuanto al tipo de tratamiento, 6 de las 24 pacientes (25%) recibieron manejo médico con metotrexato y 18 (75%) manejo quirúrgico. De las 18 pacientes con manejo quirúrgico, 12 (61%) fueron sometidas a resección en cuña + salpingectomía unilateral, a 4 (22%) se les realizó sólo resección en cuña y 3 (17%) fueron sometidas a histerectomia abdominal porque evolucionaron con rotura y hemoperitoneo. No se registraron complicaciones a mediano ni largo plazo. De las 24 pacientes, un tercio (8) requirieron transfusión de glóbulos rojos, siendo siempre en aquellas con manejo quirúrgico.

#### CONCLUSIÓN

El embarazo intersticial es una patología poco frecuente, que ha ido en aumento su sospecha clínica asociado al uso de bHCG cuantitativa y ecógrafos de mejor resolución. Las opciones terapéuticas utilizadas en el Hospital Sotero del Río han ido cambiando en el tiempo, siendo desde 2004 a 2009 solamente manejo quirúrgico conservador o radical y desde 2009 en adelante se ha planteado según cada caso el uso de metotrexato versus resolución quirúrgica. Hasta el momento, la experiencia con el manejo médico en pacientes con embarazo intersticial ha sido favorable sin complicaciones ni necesidad de reintervención, por lo tanto consideramos que ésta debe ser la mejor opción a considerar, tomando en cuenta siempre las características individuales de cada caso.

# ÉXITO EN EL MANEJO EN ABORTO RETENIDO 0 C-64 INCOMPLETO CON MISOPROSTOL EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) DESDE JUNIO 2016 A MAYO 2017.

Acevedo F1, Astete S2, Concha K3, Oñate A3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

un mayor número de casos para obtener evidencia más adecuada lo que puede lograrse cumpliendo en protocolo en todas las pacientes.

#### INTRODUCCIÓN

Se presenta el análisis de los casos de aborto retenido e incompleto tratados con misoprostol entre junio de 2016 y mayo de 2017.

#### MÉTODO

Revisión retrospectiva de la historia clínica de las pacientes ingresadas al CAVRR con diagnóstico de aborto retenido o aborto incompleto entre junio de 2016 y mayo de 2017. Criterio de inclusión: pacientes tratadas con misoprostol. Criterios de exclusión: pacientes manejadas quirúrgicamente sin uso previo de misoprostol y fichas con datos insuficientes. Se analizó el cumplimiento de un protocolo establecido en el Centro de Costo indiferenciado de la Mujer (CCIM) del CAVRR que define como falla del tratamiento el no haber obtenido un aborto completo luego de 2 dosis de 800µg de misoprostol verificado con ecografía.

#### **RESULTADOS**

Hubo un total de 192 pacientes que recibieron al menos una dosis de misoprostol, de las cuales solamente a 31 de ellas se le realizó el protocolo completo (16.1%). De estas resultaron 30 abortos completos y una sola falla de tratamiento, lo que corresponde a un 96.8% de efectividad.

#### **CONCLUSIONES**

En el CAVRR la gran mayoría de los abortos se manejan quirúrgicamente utilizándose misoprostol sólo como preparación cervical previo a la intervención. Si bien el porcentaje de pacientes a las que se les aplicó el protocolo completo es muy pequeño, la efectividad del manejo demostró ser muy alta. De todas maneras, se necesita

### EXPERIENCIA Y MANEJO DEL EMBARAZO CERVICAL EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL SOTERO DEL RIO.

Rivera C1,2, Soto M1,, Passalacqua I1,2, Silva S1, Saavedra M1. (1) Servicio Ginecología Hospital Sótero del Río (2) Becado Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico tiene una incidencia de 1-2%, el subtipo Embarazo Cervical (EC) corresponde al 0,15% de estos, por lo que es una patología de muy baja frecuencia. La clínica se caracteriza por sangrado vaginal profuso y dolor en sólo 1/3 de los casos. En la literatura actual (revisión agosto 2017) se recomienda que con compromiso hemodinámico de la paciente se realice histerectomía. El manejo médico con metotrexato (MTX) es el de elección, es eficaz en el 90% de los casos y se utiliza con hemodinamia estable, en dosis única o múltiple (no se ha reportado diferencia en su eficacia). Existen otras opciones como el cloruro de potasio 20% en inyecciones intraamnióticas. El manejo quirúrgico con legrado aspirativo, embolización arteria uterina o histerectomía se reserva en caso de fracaso de tratamiento médico. El objetivo de este estudio es analizar y describir las características relevantes de los casos de EC en el servicio de Ginecología del Hospital Sotero del Río entre el 2004 y el 2017.

#### **MÉTODOS**

Se realizó una revisión de la base de datos de las pacientes hospitalizadas en la Unidad de ginecología entre enero 2004 hasta agosto 2017. Se identificaron las pacientes con diagnóstico (ingreso y/o egreso) de EC y se le realizó una acuciosa revisión de la ficha clínica, se analizó presentación clínica, ecografías, diagnósticos, exámenes de control, tipo de manejo y complicaciones asociadas para describir las características de estas pacientes.

#### **RESULTADOS**

1768 pacientes con diagnóstico de embarazo ectópico (de un total de 31.288), de los cuales 96% fueron tubarios, 1,97% cornual, 0,73% ovárico, 0,56% abdominal y 0,33% cervical (seis pacientes). Todas consultaron por metrorragia, la edad promedio fue de 31 años (min 21 – max 46), ninguna paciente tenía el antecedente de embarazo ectópico. En 5 pacientes se les sospechó al ingreso EC y sólo una ingresó con diagnóstico de aborto en evolución. El promedio de hospitalización fue de 13,5 días (min 2 – máx. 28), 2 pacientes tenían embrión con latidos. En cuanto al tratamiento 5 pacientes recibieron tratamiento médico con MTX, 4 recibieron dosis única (50 mg/m2) y 1 paciente dosis múltiple (dos dosis de 1mg/kg), 1 paciente no recibió tratamiento (EC inactivo bhcg negativa al ingreso). Dos de las pacientes con tratamiento médico terminaron en cirugía: 1 histerectomía electiva (decisión de la paciente) y la otra un legrado de urgencia con transfusión de glóbulos rojos. No hubo otras complicaciones ni a corto ni a largo plazo. 2 pacientes tuvieron embarazo posterior fisiológico.

#### CONCLUSIÓN

El EC es una patología poco frecuente que tiene baja tasa de sospecha, pero que se debería tener en los abortos en evolución, con saco a nivel cervical y que no se comportan clínicamente de la manera habitual. El manejo médico con MTX tiene una gran probabilidad de éxito y sin grandes complicaciones (sangrado, necesidad de reintervención), por lo que se recomienda con hemodinamia estable. Considerar el manejo médico con MTX como primera opción, tomando en cuenta las características individuales de cada caso.

**XXXVI** Congreso Chileno de Obstetricia v Ginecología

## HEMOPERITONEO MASIVO EN EMBARAZO ECTÓPICO EN TRATAMIENTO MÉDICO CON BHCG < 10mUI/ml

C-66

Cornejo N1,2, Fernández J1,2, Rojas C1,2, Miranda1 MJ, Saad T1. 1.- Servicio de Ginecología de Hospital Félix Bulnes Cerda2.- Becado Ginecología y Obstetricia. Universidad Mayor

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico se define como un embarazo extrauterino, afecta a 11/1000 embarazos, se puede ubicar en distintas estructuras, siendo la más frecuente la presentación tubaria. Existen diversas opciones de manejo, siendo el manejo médico con Metotrexato una de las alternativas, con una eficacia descrita en la literatura entre 89 a 91% en pacientes bien seleccionados. Dadas las posibles complicaciones de esta patología es importante un seguimiento estricto hasta que BHCG sea negativa. En este caso clínico podemos observar que a pesar de usarse tratamiento médico en una paciente que cumple los criterios de selección, con control estricto semanal y BHCG en descenso, pueden presentarse complicaciones serias que pongan en riesgo la vida de la paciente.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 26 años, M1, con diagnóstico de embarazo tubario derecho, con BHCG inicial de 1.300mUI/ml y hallazgo ecográfico de masa anexial de 15 mm sin líquido libre, asintomática. Se administra 1 dosis de Metotrexato según esquema, dándose de alta 10 días después por buena respuesta. Asiste a cuatro controles semanales con BHCG a la baja (última 10mUI/ml). Tres días después del último control es traída a urgencia de Hospital Félix Bulnes Cerda por dolor hipogástrico intenso y compromiso hemodinámico. BHCG al ingreso de 8,35mUI/ml. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia donde se evidencia hemoperitoneo masivo de 2 litros, anexo derecho con tejido sangrante en fimbria y en superficie ovárica, realizándose fimbriectomía y ooforectomía parcial derecha. En informe de anatomía patológica se corrobora presencia de tejido trofoblástico en superficie ovárica y fimbria.

#### CONCLUSIONES

Es un desafío identificar el riesgo de complicaciones en una paciente con embarazo ectópico en tratamiento médico. En el presente caso clínico, la paciente a pesar de una correcta indicación, buena evolución clínica y de laboratorio, con control durante cuatro semanas con BHCG a la baja, se presenta hemoperitoneo masivo con compromiso hemodinámico. Hallazgos intraoperatorios y de anatomía patológica sugieren como posible etiología un aborto tubario con implantación ovárica secundaria. Siempre se debe tener en cuenta que el riesgo de complicaciones en un embarazo ectópico en tratamiento médico esta presente, a pesar de una correcta indicación y seguimiento estricto, lo que se le debe informar a la paciente al momento de plantear las opciones terapéuticas. El embarazo ectópico se define como un embarazo extrauterino, es una patología frecuente y que puede producir complicaciones graves, existen diversas opciones de manejo tanto médicos como quirúrgicos, siendo el manejo con Metotrexato una de las alternativas con una alta eficacia en pacientes bien seleccionados, sin embargo las paciente deben tener presente que posterior al manejo intrahospitalario, se debe realizar un seguimiento estricto semanalmente hasta que se las BHCG sean negativas. En este caso clínico una paciente que presentó un embarazo ectópico tubario, manejada con Metotrexato ya que cumplia con los criterios para su uso, y que posterior al alta se realizó control estricto semanal con BHCG en descenso, pueden presentarse complicaciones serias que pongan en riesgo la vida de la paciente.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 26 años, M1, con diagnóstico de embarazo tubario derecho, con BHCG inicial de 1.300mUI/mI y hallazgo ecográfico de masa anexial de 15 mm sin líquido libre, asintomática. Se administra 1 dosis de Metotrexato según esquema, dándose de alta 10 días después por buena respuesta. Asiste a cuatro controles semanales con BHCG a la baja (última 10mUI/mI). Tres días después del último control es traída a urgencia de Hospital Félix Bulnes Cerda por dolor hipogástrico

intenso y compromiso hemodinámico. BHCG al ingreso de 8,35mUI/ml. Se realiza laparotomía exploradora de urgencia donde se evidencia hemoperitoneo masivo de 2 litros, anexo derecho con tejido sangrante en fimbria y en superficie ovárica, realizándose fimbriectomía y ooforectomía parcial derecha. En informe de anatomía patológica se corrobora presencia de tejido trofoblástico en superficie ovárica y fimbria.

#### **CONCLUSIONES**

Es un desafío identificar el riesgo de complicaciones en una paciente con embarazo ectópico en tratamiento médico. En el presente caso clínico, la paciente a pesar de una correcta indicación, buena evolución clínica y de laboratorio, con control durante cuatro semanas con BHCG a la baja, se presenta hemoperitoneo masivo con compromiso hemodinámico. Hallazgos intraoperatorios y de anatomía patológica sugieren como posible etiología un aborto tubario con implantación ovárica secundaria. Siempre se debe tener en cuenta que el riesgo de complicaciones en un embarazo ectópico en tratamiento médico esta presente, a pesar de una correcta indicación y seguimiento estricto, lo que se le debe informar a la paciente al momento de plantear las opciones terapéuticas.

Fernández J1,2, Cornejo N1,2, Cabrera C1, Santibañez F.1, Peña A 1, Lagos N1 1Servicio de Ginecología, Hospital de Carabineros de Chile. 2Residente Ginecología y Obstetricia Universidad Mayor.

#### INTRODUCCIÓN

La prevalencia de individuos que son fenotípicamente femeninos con cariotipo 46, XY es baja. El estudio y manejo apropiados son fundamentales para evitar complicaciones tan importantes como la patología oncológica. Presentamos el caso de una mujer con tumor pélvico con histología de Seminoma.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 25 años con antecedente de amenorrea 1ª y sospecha de malformación Mülleriana no diagnosticada. Consultó en SU por dolor pélvico. Al examen físico destaca adecuado desarrollo de los caracteres sexuales 2°. Mamas Tanner IV y genitales externos femeninos de aspecto normal. Distribución de vello axilar y púbico normal. Al tacto vaginal, vagina amplia discretamente acortada. Ausencia de cérvix y útero. Destaca al examen abdominal tumor pélvico de bordes mal definidos de aprox. 8 cm. No se palpa tumor en conductos inguinales. El estudio de imágenes USTV y RNM evidencia tumor de probable origen ovárico, sólido de 10 cm., doppler ginecológico con escasa vascularización. Riñones y vías urinarias impresionan normales (PieloTAC). LDH 852, BhCG 20.7, Estradiol 33.6, FSH 39 y LH44.9. La laparoscopía evidencia ausencia de útero y anexos. Se aprecia tumor que ocupa toda la pelvis, de contorno irregular heterogéneo, se extrae. Anatomía patológica informa neoplasia de células germinales maligna, desarrollado en testículo intraabdominal. La histología demuestra un Seminoma espermatocítico, con alta tasa mitótica y necrosis e hiperplasia de células de Sertoli y Leyding. Tamaño tumoral de 11 cms. Finalmente el Cariograma fue 46XY. Se deriva paciente a Unidad de Oncología para evaluación y manejo.

#### DISCUSIÓN

Los casos de mujeres 46XY son raro. Se estima una incidencia de AIS de 1 a 5 por 100.000 nac. Edad promedio de diagnóstico es de 14 años. El principal motivo de consulta es por amenorrea 1º, sin embargo, en un 34% es por hernia inguinal, en un 26% por historia familiar y un 15% por hipertrofia del clítoris. La mayoría tiene genotipo femenino normal. Una o ambas ganadas se localizan en la región inguinal o en los labios y solo en un pequeño porcentaje se encuentran intraabdominal. Todas tienen ausencia de útero. El tratamiento es multidisciplinario, se realiza orquiectomía bilateral y terapia de reemplazo hormonal posterior, ya que a mayor edad se asocia a mayor riesgo de cáncer testicular. El apoyo psicológico y asesoramiento también son importantes para la identidad sexual. Presentando este caso se refuerza el concepto de la asociación que existe entre AIS y tumores testiculares. Los dos más frecuentemente asociados son los de las células germinales y de las células de Sertoli. El principal factor de riesgo es la ausencia de descenso testicular, que se ve en un 10% de los pacientes con tumores testiculares. El riesgo también aumenta con la edad, llegando hasta un 33% a los 50 años.

#### CONCLUSIÓN

El diagnostico precoz es fundamental en estas pacientes, la evaluación debe ser completa en aquellas pacientes con amenorrea 1ª, infertilidad y tumor pélvico o inguinal. Junto a resolución quirúrgica cuando corresponda, manejo endocrinológico y psicológico.

## INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA POR CANDIDA GLABRATA: REPORTE CASO CLÍNICO SERVICIO GINECOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Méndez L (1), Ahumada S (2), Fernández C (2), Pérez C (3). (1) Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile Sede Sur (2) Internos 6° Medicina Universidad de Chile (3) Profesor Instructor Facultad de Medicina Universidad de Chile Sede Sur. Gineco-Obstetra Hospital barros Luco Trudeau

#### INTRODUCCIÓN

La infección de herida operatoria en histerectomía abdominal, tiene una incidencia de un 3%, siendo lo más frecuente hemorragia y lesión del tracto urinario. Los microorganismos más frecuentes aislados fueron bacterias, donde los agentes fúngicos tienen baja prevalencia. En un estudio, el 2% de los agentes infecciosos fueron hongos, donde un 55.6% presentó Candida albicans y un 11.1% Candida glabrata. El uso de antibióticos de amplio espectro, la presencia de inmunosupresión y la interrupción de barreras mucosas, entre otros, son los factores de riesgo más importantes para el desarrollo de infecciones invasivas por hongos.

#### **MÉTODOS**

Se realizó revisión retrospectiva de un caso clínico del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Barros Luco Trudeau, que tuvo lugar a mediados del año 2016.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 76 años, con antecedentes de Diabetes mellitus 2 e hipertensión arterial. Consulta en Hospital de Coyhaique, por historia de 5 meses de evolución de sangrado uterino anormal con anemia secundaria, indicándose histerectomía y salpingooforectomía bilateral. Dieciocho días posteriores a la cirugía, la herida operatoria evoluciona con signos locales de infección, siendo trasladada al Hospital Barros Luco Trudeau, con diagnóstico de dehiscencia de herida operatoria y celulitis de pared abdominal. Se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona y Metronidazol por 15 días. La herida persiste con secreción mucopurulenta, asociado a aumento de volumen local

fluctuante. Se realiza aseo quirúrgico con debridación de tejidos desvitalizados, piel y tejido subcutáneo. Se realiza cultivo de secreción de la herida operatoria. Paciente en el postoperatorio inmediato evoluciona con caída de PAM sostenida, taquicardia, llene capilar enlentecido, con falla renal aguda, sin elevación de parámetros inflamatorios. Responde a terapia con volumen y recuperación de parámetros exceptuando la glicemia que requirió iniciar manejo con insulina. Al quinto día postoperatorio, cultivo resulta positivo para Candida Glabrata, resistente a Fluconazol. Se inicia terapia con Anidulafungina completando 7 días. Paciente evoluciona en buenas condiciones generales, sin embargo, al sexto día posterior a cirugía, presenta desgarro de herida operatoria con tejido necrótico en bordes. Se realiza resección y resutura de tejidos. Por buena evolución clínica, es dada de alta a los 19 días de ingreso.

#### **CONCLUSIONES**

Las infecciones de herida operatoria por agentes fúngicos son infrecuentes. Sin embargo, se debe sospechar en pacientes con factores de riesgo altamente relacionados. En este caso, la edad avanzada, antecedentes de diabetes mal controlada, mala respuesta a tratamiento antibiótico inicial y un protocolo quirúrgico que desconocemos, por el hecho de haberse realizado en otro centro, hace que sospechar y descartar la etiología fúngica es fundamental, ya que requiere de un manejo específico.

INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA POR CANDIDA GLABRATA:

REPORTE CASO CLÍNICO SERVICIO GINECOLOGÍA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

### LIQUEN ESCLEROSO VULVAR: REPORTE DE UN CASO EN EL HOSPITAL REGIONAL TALCA.

Fuentes F. García A. Parra S. 2. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

#### INTRODUCCIÓN

El liquen escleroso (LS) es una condición dermatológica benigna, crónica, progresiva caracterizada por marcada inflamación, adelgazamiento epitelial, y cambios dérmicos característicos, acompañado por prurito y dolor. Puede ocurrir a cualquier edad, pero tiende a presentar 2 peak de inicio: Prebuperal y peri o post menopausia. Su verdadera prevalencia es desconocida. LS ocurre usualmente en región anogenital (85 a 98% de los casos), pero puede afectar cualquier superficie de la piel. Lesiones extragenitales se pueden encontrar en 15% de las pacientes.

#### **OBJETIVO**

Presentar un caso de paciente con Liquen Escleroso Vulvar tratado eficazmente con terapia quirúrgica y corticoide de alta potencia.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 45 años, multípara 1 (parto vaginal), con antecedentes de hipertensión arterial y ausencia de actividad sexual hace 8 años consulta por cuadro de dolor hipogastrio, prurito genital, dificultad para orinar y disuria de 1 mes de evolución. Refiere FUR hace 2 meses y ausencia de método anticonceptivo. Al examen físico genital destaca eritema, descamación, lesiones por grataje, placas atróficas, atrofia genital, fusión de labios menores y sinequia obstruye meato uretral. En base a los hallazgos anteriores, se realiza el diagnóstico presuntivo de liquen escleroso vulvar. Se decide tratamiento con exéresis roma de sinequia vulvar bajo anestesia espinal con liberación de introito y meato urinario, además de biopsia de pápulas atróficas. Dos días posteriores a cirugía se indica alta médica y terapia local con corticoides de alta potencia (Clobetazol) y estrógenos vaginales. Se recibe biopsia de pieza operatoria que confirma diagnóstico de liquen

escleroso vulvar.

#### DISCUSIÓN

Liquen escleroso vulvar es una patología poco frecuente y de etiología desconocida. Generalmente se trata de pacientes postmenopáusicas caracterizadas principalmente por prurito intenso, dispareunia, eritema y erosiones, pudiendo incluso presentarse en forma asintomática. En nuestro medio no existen estudios de prevalencia. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica que debe ser confirmada histológicamente. Es conocido la asociación de LS a carcinoma de células escamosas. LS puede afectar la calidad de vida, por lo cual se recomienda el tratamiento para prevenir la progresión de la enfermedad, incluso en pacientes asintomáticas. Los corticosteroides tópicos de alta potencia son el pilar de la terapia. Su uso intralesional es una opción adicional que es útil para el tratamiento de placas hipertróficas gruesas que los corticosteroides tópicos pueden no penetrar adecuadamente. Otras opciones terapéuticas incluyen vaporización con láser de dióxido de carbono, inmunosupresores (tacrolimus), y en casos más severos se ha planteado la realización de una vulvectomía simple.

## MALFORMACION ARTERIO VENOSA ADQUIRIDA UNA CAUSA DE SANGRADO UTERINO INHABITUAL: SERIE DE CASOS HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

Norambuena C, Aguilera B, Moncaleano J, Avilés R., Von Hoveling A, Rojas O, Barrios P, Schlageter F. Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae

La Malformación arterio venosa (MAV) es una red de vasos sanguíneos anormal entre una arteria y una vena, sin capilares de por medio. Se clasifican en congénitas y adquiridas posterior a abortos, legrados uterinos, enfermedad trofoblástica gestacional y partos. Su sintomatología es variable, puede presentarse con sangrado uterino anormal persistente o agudo con hipovolemia. Su incidencia real es desconocida y se han reportado menos de 150 casos. El diagnóstico ecográfico requiere una alta sospecha clínica y se basa en la presencia de pérdida de interfase miometrio endometrial con imágenes anecogénicas y vascularización en mosaico de alto flujo al Doppler color. El tratamiento se basa en el deseo de fertilidad de la paciente, desde histerectomía hasta seguimiento ecográfico y embolización de arterias uterinas, entre otros. Se presenta una serie de 2 casos ocurridos en 2016-2017 con presentación variable en nuestro hospital, uno con resolución quirúrgica con histerectomía y biopsia compatible con MAV y otro caso en seguimiento ecográrico.

#### **CASO 1:**

Paciente de 42 años, multípara de 2, con legrado uterino 2014 por engrosamiento endometrial de 21 mm con biopsia compatible con endometritis. Presenta aborto espontaneo en enero 2016. Por SUA se realiza ecografía en febrero 2016, que muestra endometrio de 19 mm y perdida de interfase miometrio endometrial con vascularización abundante sugerente de MAV. Evaluada en comité de ginecología, se decide observación y anticoncepción hormonal. La paciente suspende anticonceptivos y presenta un SUA abundante en marzo 2017 con persistencia de hallazgos ecográficos y BHCG negativa, por lo que se realiza histectomia total con salpingectomia bilateral. La biopsia muestra aborto retenido en organización y en el espesor del miometrio una proliferación benigna de estructuras

vasculares venosas y arteriales, pequeñas y medianas, tortuosas y congestivas compatibles con malformación arterio venosa.

#### **CASO 2**

Paciente de 24 años, primípara, con embarazo inicial de 5 semanas. Presenta aborto espontaneo en abril 2017. Por persistencia de SUA en junio se realiza ecografía transvaginal que muestra endometrio no clasificable hiperrefringente con múltiples áreas quísticas en su interior de 30 mm de espesor total, con alta vascularización arterial proveniente del límite endometrio-miometrial al Doppler color, sugerente de MAV. Con BHCG: 21 mUI/mL. Se evalúa caso en comité y por deseo de paridad, se decide seguimiento ecográfico y anticoncepción hormonal. Actualmente la paciente se encuentra asintomática en control ecográfico seriado con persistencia de imagen descrita y BHCG negativa.

## MANEJO MÉDICO CON METOTREXATO DEL EMBARAZO ECTÓPICO NO COMPLICADO EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ

C-71

Dr. Kaplan F.1, Davy C.2, Díaz C.2, Dr. Becerra O.3

#### **RESUMEN**

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico (EE) se presenta en el 1-2% del total de embarazos. Su incidencia ha aumentado en el último tiempo debido a una mayor pesquiza y al incremento de las técnicas de reproducción asistida. Gracias al diagnóstico precoz, mediante ecografía y niveles de sub unidad beta de Gonadotrofina Coriónica Humana (b-HCG), se puede optar al tratamiento médico con metotrexato (MTX) y obtener resultados comparables al tratamiento quirúrgico. El objetivo principal de este trabajo es evaluar el protocolo de tratamiento médico con MTX del embarazo ectópico no complicado (EENC) en el Hospital de Quilpué (HQ).

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo que incluyó a todas las pacientes con diagnóstico de EENC, tratado con MTX, en el Servicio de Ginecología del HQ, entre Enero 2014 a Octubre 2016. Los datos fueron obtenidos del libro de registros de ingresos y de la ficha clínica de cada una de las pacientes. Los criterios de inclusión fueron: b-HCG > 2.000 mUI/ml y < 15.000 mUI/ml y una ecografía transvaginal que descartara un embarazo intrauterino. A todas las pacientes se les solicitó un hemograma y exámenes de función renal y hepática para descartar contraindicaciones al tratamiento. A las que cumplieran los criterios de inclusión se les realizó tratamiento médico con MTX 50 mg/m2 de superficie corporal. Además se controló a todas las pacientes con niveles de b-HCG el día 1, 4 y 7 desde el inicio del tratamiento. Se consideró como éxito terapéutico el descenso mayor al 15% del nivel de b-HCG entre el día 4 y 7, de la primera o segunda dosis de MTX administrada. Se consideró fracaso el descenso de b-HCG menor al 15% entre el día 4 y 7 de la segunda dosis de MTX o la complicación del EE que requirió resolución quirúrgica.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyeron 57 pacientes con un promedio de edad de 31 años (+- 6,4). El antecedente de EE previo estuvo presente en el 59% de las pacientes. Se obtuvo un 93% de éxito general. Al evaluar el grupo de pacientes con b-HCG mayor a 5.000 mUI/ml al ingreso, el éxito alcanzó el 80%. Cuatro pacientes (7%) del total presentaron una masa mayor a 5 cms. Sólo en una de ellas el tratamiento médico con MTX no fue exitoso.

#### CONCLUSIÓN

El protocolo del tratamiento médico con MTX para el EENC tiene una alta efectividad, comparable a la literatura internacional. El factor predictor de éxito más importante es el nivel de b-HCG al inicio del tratamiento.

- 1 Ginecólogo-Obstetra, Hospital de Quilpué.
- 2 Universidad Andrés Bello, sede Viña del Mar, Interna de 7° año de Medicina 2017.
- 3 Ginecólogo-Obstetra, Jefe de Servicio del Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital de Quilpué.

### MANEJO QUIRURGICO CONSERVADOR EXITOSO DE MALFORMACION ARTERIO-VENOSA UTERINA.

Autores: Marshall S., M.; Cabellos M., A.; Vesperinas A., G.; Gajardo C., M. Centro de Responsabilidad de la Mujer, Hospital Base San José de Osorno.

#### INTRODUCCIÓN

La malformación arterio-venosa (MAV) uterina es una condición infrecuente con menos de 100 casos descritos en la literatura. Es un conjunto de dilataciones anormales venosas y/o arteriales localizadas en el miometrio, comunicadas con la arteria uterina. Puede ser congénita o adquirida, siendo esta última la más frecuente. Puede ocurrir tras un aborto, neoplasia trofoblástica gestacional o cirugía uterina, entre otras. La presentación más frecuente es el sangrado uterino excesivo y agudo en edad fértil, requiriendo transfusión en el 50% de los casos, por lo que se debe poner especial atención en su diagnóstico y manejo.

#### PRESENTACIÓN DE CASO

Mujer de 32 años, G2P2Ao, con salpingectomía derecha hace 2 semanas por embarazo tubario complicado, consulta en Servicio de Urgencia por sangrado uterino abundante de horas de evolución, asociado a debilidad y decaimiento. Al examen físico se constata palidez, taquicardia y sangrado de moderada cuantía por orificio cervical externo. Se solicita estudio: BHCG: 61 UI/L, Hb: 8.1 mg/dl (baja de 2mg/dl en 2 semanas) y ecografía transvaginal donde destaca imagen vascularizada en el fondo de la cavidad endometrial. Se hospitaliza para manejo, se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos y ácido tranexámico. Se repite el ultrasonido transvaginal, que muestra una imagen econegativa hipervascularizada en la pared posterior y fondo del útero de baja resistencia (IR o.9) y flujo turbulento, lo que hace sospechar una MAV uterina. Se completa estudio con angioresonancia pélvica que describe una serie de vasos intramiometriales hipertróficos en cara posterior del útero que invaden la cavidad endometrial, confirmando el diagnóstico. Se evalúan alternativas terapéuticas, considerando el deseo de fertilidad de la paciente, por lo que se opta por manejo conservador. Se inicia coordinación para derivar a centro

que realice embolización selectiva de arteria uterina, pero la paciente reinicia sangrado activo abundante con descenso progresivo de la hemoglobina (llegando a 6mg/dl), por lo que se opta por una laparotomía exploradora para ligadura de arterias uterinas. En el intraoperatorio, se evidencia un importante proceso adherencial que impide la adecuada visualización y ligadura de las arterias uterinas, por lo que se decide ligar las arterias hipogástricas. En un primer tiempo se liga la derecha y se comprueba mediante ecografía doppler transvaginal la disminución parcial del flujo. Luego se liga la izquierda y se evidencia una disminución mayor pero no total del flujo. La paciente evoluciona en buenas condiciones, sin sangrado activo y estabilización de parámetros hematológicos. Es dada de alta a los 10 días con anticonceptivos orales combinados. Mantiene controles en Policlínico de Ginecología por 2 años, con menstruaciones normales y ecografias seriadas que muestran estabilidad de la MAV.

#### DISCUSIÓN

La MAV uterina se puede sospechar en pacientes con sangrado uterino agudo excesivo y persistente, especialmente si se ve a la ecografía y Doppler color un área heterogénea con imágenes anecoicas en miometrio con forma de ovillo, con flujo multidireccional, de alta velocidad y baja resistencia (95% de los casos). La angiografía es el gold standard para su diagnóstico, sin embargo la RNM es menos invasiva e igualmente útil. El objetivo del tratamiento es disminuir el flujo hacia la MAV para suprimir el sangrado y lograr la desaparición de ésta. Se han planteado, en general, dos opciones: manejo radical con histerectomía o conservador con embolización selectiva. La elección dependerá de la estabilidad hemodinámica y deseo de fertilidad de la paciente. La embolización de las arterias uterinas es de elección en el tratamiento, ya que es segura y permite conservar la fertilidad de la paciente, sin embargo requiere de un radiólogo intervencionista con experiencia y laboratorio de hemodinamia. Nuestro centro no cuenta con esto, por lo que basándonos en la literatura y reporte de casos, donde demuestran que posterior al fracaso de la embolización la ligadura de arterias uterinas o hipogástricas tiene una tasa de éxito cercana al 100%, se optó por la ligadura hipogástrica bilateral. El resultado en nuestra paciente fue exitoso con un excelente control del sangrado y disminución del flujo hacia la MAV.

#### CONCLUSIÓN

El manejo quirúrgico conservador con ligadura bilateral de las arterias hipogástricas resultó exitoso para el control del sangrado uterino secundario a MAV en nuestra paciente a corto y largo plazo. Es un procedimiento técnicamente posible de realizar en centros que no cuenten con embolizacion selectiva cuando la condición de la paciente no permita su traslado. Si bien se conservó el útero no se logró la resolución completa de la MAV, por lo que la paciente podría presentar complicaciones hemorrágicas serias en un futuro embarazo.

#### MANEJO QUIRÚRGICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

C-73

Autores: Del Río M.; Almeida J.; Catalán C.; Miranda V. Institución: Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo ectópico corresponde a la implantación del blastocisto fuera de la cavidad endometrial. Su incidencia varía entre 1,8 a 2% de los embarazos y es responsable de 0,5 a 9% de las muertes maternas, cifras que han ido en descenso gracias a la implementación de herramientas como la ecografía y la toma de gonadotrofina coriónica humana. El manejo de esta patología puede ser de forma expectante, médico o quirúrgico. Este trabajo tiene como objetivo comunicar la experiencia en el manejo quirúrgico de esta patología en el H. Clínico de la Pontificia U. Católica de Chile entre los años 2012 y 2017.

#### **MÉTODOS**

Se realizó un análisis retrospectivo de las pacientes que ingresaron a pabellón con sospecha de embarazo ectópico. Para la identificación de las pacientes se revisó la base de datos del servicio de Ginecología y Obstetricia entre enero de 2012 y agosto de 2017. Posteriormente se revisó el protocolo operatorio, epicrisis, exámenes de laboratorio, anatomía patológica y control post operatorio de las pacientes. Se realizó un análisis acabado de aquellas pacientes que tuvieran diagnóstico de embarazo ectópico de cualquier localización. Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### **RESULTADOS**

Entre enero de 2012 y agosto de 2017 ingresaron 161 pacientes a pabellón con sospecha diagnóstica de embarazo ectópico. De éstas se excluyeron 6 por tener información incompleta. El diagnóstico post quirúrgico de las 155 pacientes fue embarazo ectópico en 146 (94,1%), de éstas 140 (90,3%) fueron embarazos tubarios, 2 (1,3%) cornuales, 1(0,6%) ovárico, 1 (0,6%)

abdominal, 1 (0,6%) ístmico cervical y 1 (0,6%) aborto tubario. De las 9 pacientes que no tenían embarazo ectópico el diagnóstico más frecuente fue aborto completo o incompleto en 4 pacientes (2,6%), cuerpo lúteo hemorrágico en 2 (1,3%) y embarazo de localización incierta en 2 (1,3%), constituyendo falsos negativos, requiriendo MTX posteriormente. El número de casos de embarazos ectópicos que ingresa para resolución quirúrgica entre los distintos años no presenta cambios estadísticamente significativos. La media de edad de las pacientes fue 32,5 años (DS: 5,7 años), el motivo de consulta más frecuente (67,8%) fue dolor abomino-pélvico y el hallazgo ecográfico más frecuente fue tumor anexial (42,5%). El abordaje inicial más frecuente fue laparoscópico (95,9%), y la intervención más frecuente fue salpingectomía (88%). Dentro de las complicaciones operatorias 8,9% de las pacientes requirió transfusión de hemoderivados, 1,4% presentó globo vesical y 0,7% presentó endometritis de manejo ambulatorio. De aquellas que requirieron transfusión, 4 (2,6%) ingresaron a unidades de mayor complejidad. No se describe mortalidad materna en esta serie.

#### CONCLUSIONES

Los avances en el campo de la cirugía mínimamente invasiva han hecho posible que actualmente la gran mayoría de las pacientes con embarazo ectópico, de resolución quirúrgica, reciban tratamiento por vía laparoscópica. Existe una alta correlación entre la sospecha diagnóstica y los hallazgos quirúrgicos, sin ser la laparoscopía Gold Standard en el diagnóstico de embarazo ectópico, tal como describe RCOG. Los hallazgos ecográficos, motivo de consulta y la distribución de ubicación son similares a los descritos en la literatura.

## MUJER VÍCTIMA DE VIOLACIÓN: PROPUESTA DE PROGRAMA DE ACOGIDA Y ATENCIÓN INTEGRAL

Muñoz A., Besio M, División de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

La violencia sexual es una grave vulneración a los derechos humanos, con consecuencias físicas, psicológicas, sociales y espirituales en las víctimas. La Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales 2012, indica que un 32% de mujeres ha sufrido violencia sexual. El 2014 se realizaron alrededor de 2.000 atenciones de agresiones sexuales en servicios de urgencia pública y 5.368 atenciones en el Servicio Médico Legal (SML) de Santiago. La atención pública es deficiente, parcializada y revictimizante. Constituyendo un problema de salud pública para nuestro país. El objetivo de este trabajo es elaborar un programa interdisciplinario de atención integral a víctimas mujeres de agresión sexual en la Red de Salud UC-Christus, comprendiendo los aspectos médicos, psicológicos, sociales, legales, espirituales y forenses.

#### **MÉTODOS**

Durante el periodo de marzo 2016 hasta marzo 2017 se realizó una revisión descriptiva- evaluativa de la literatura nacional e internacional. Se visitaron centros de atención a víctimas nacionales e internacionales. Se realizaron reuniones de coordinación y trabajo colaborativo con los siguientes equipos asistenciales: Médicos ginecólogos, pediatras, psiquiatras especialistas en trauma, médicos forenses del SML, abogados penalistas, carabineros y fiscalía nacional, asesores espirituales, programas de adopción y acompañamiento de pacientes. Se están capacitando médicos en peritaje médico legal. Se redactaron guías clínicas de atención institucional a víctimas de violación, cumpliendo con las normas de peritaje publicadas por el Ministerio de Salud 2016. Se realizó un análisis financiero del proyecto, obteniendo los recursos necesarios para su financiamiento. Finalmente, se está construyendo un centro de atención en el Hospital Clínico UC – Christus para la implementación física del proyecto.

#### **RESULTADOS**

El programa piloto de atención a víctimas violencia sexual UC, trabajará con Carabineros de Chile, PDI y Fiscalía Nacional, ofreciendo cobertura al sector Centro Norte y Oriente de Santiago (37% de las denuncias). El acceso se realizará por el servicio de urgencia adulto/ pediátrico si es violación aguda (primeras 78 horas) y por derivación de consulta ambulatoria/consultorio si es violación tardía (después de 78 horas). El equipo de médicos del programa realizará contención emocional, brindará primeros auxilios psicológicos, evaluará el riesgo biopsicosocial, atención médica, examen físico ginecológico, reparación de lesiones genitales y el examen sexológico forense. Se almacenarán las muestras en cadena de custodia. Se realizará la prevención de enfermedades de transmisión sexual y la debida prevención de embarazo, en sintonía del respeto y cuidado de la vida humana. Se ofrecerá asesoría y consejería judicial. Finalmente, se ofrecerá el ingreso a un programa de acompañamiento con controles médicos, salud mental, asistencia social, asesoría jurídica y acompañamiento espiritual.

#### CONCLUSIÓN

La creación de un programa de atención integral a mujeres víctimas de violación pretende disminuir la revictimización, ofreciendo una atención interdisciplinaria, personalizada y humanizada, cuidando los aspectos de salud física, mental, psicosocial y espiritual de la mujer. Pretende transfomar el sufrimiento causado por la agresión, promoviendo el perdón y la esperanza para recuperar el bienestar perdido y minimizar las consecuencias de la violencia sufrida.

## POLITICAS PÚBLICAS CON ENFOQUE DE DERECHO: UN ACERCAMIENTO A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA QUE ESPERAN LAS MUJERES

C-75

Calderón, F. Licenciado en Obstetricia y Puericultura, Matrón Docente Universidad de la Américas Sede Viña del Mar Matrón Clínico Cesfam Marcelo Mena, Cesfam Placilla Valparaíso

#### INTRODUCCIÓN

Una política pública con enfoque de derecho, nos hace mención a la relevancia que tienen los beneficiarios de una determinada política en la planificación e implementación a realizar, en donde aspectos como la participación, integridad y una institucionalidad pública fortalecida y que sea capaz de tener en su seno esta política, su ejecución, sus beneficios y el bien común que se espera que genere. La sexualidad y la reproducción están íntimamente ligadas a la calidad de vida, tanto en el ámbito de lo individual como de lo social. La salud sexual y reproductiva (SSR) se refiere a un estado general de bienestar físico, mental y social, y no a la mera ausencia de enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con la sexualidad y la reproducción, y entraña la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos (DSR).

#### **OBJETIVOS**

Describir las expectativas de las mujeres en relación a una política pública con enfoque derecho, en materia de Salud Sexual y Salud Reproductiva

#### **METODOLOGÍA**

Grupos focales de mujeres entre 15 a 64 años de edad, posteriormente al momento de la citación se agruparon por grupo etario y se entregó una pauta de preguntas y discusión respecto a Salud Sexual, Salud Reproductiva y atención a la mujer en todo su ciclo vital.

#### **RESULTADOS**

El número de mujeres que participaron fue de 80 (100%), entre los resultados más importantes destacan: la necesidad de incorporar anamnesis dirigida a población no heterosexual (82%), poder acceder a métodos anticonceptivos no convencionales (76%), planificación de una gestación acorde a sus expectativas y/o tiempos (60%), priorizar las atenciones en salud en aconsejar/educar/sugerir en vez de imponer/obligar (50%).

#### **CONCLUSIONES**

Es necesaria la generación de nuevas políticas públicas y generación de programas que respondan tanto a las expectativas como al nuevo perfil de las mujeres, a lo largo de su ciclo vital. Tanto el Sistema Público como el privado deben de generar las instancias necesarias para la generación de iniciativas que respondan a las necesidades e intereses de cada una de las mujeres, acordes al marco legal en relación a los Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos.

#### PORFIRIA EN MUJER DE EDAD FERTIL ¿EXISTE ALGÚN ROL EN EL MANEJO ANTICONCEPTIVO?

AUTORES Oyarce H, Rey R, Meneses M 1 Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2 Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital Militar de Santiago.

#### INTRODUCCIÓN

Las porfirias son un grupo de enfermedades metabólicas poco frecuentes, hereditarias autosómicas dominantes o recesivas, causadas por deficiencias genéticas de enzimas que participan en la biosíntesis del grupo Hem, produciéndose acumulación de porfirinas y sus precursores. La acumulación y excreción excesiva de porfirinas se asocian a cuadros cutáneos y crisis agudas. Estas últimas requieren tratamiento precoz, ya que se asocian con un 5-10% de mortalidad. Dentro del tratamiento agudo es clave evitar los medicamentos "porfirogénicos", dentro de los cuales se encuentran el estrógeno y la progesterona.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 23 años, con diagnóstico de porfiria hace 2 años, M2 con parto hace 3 meses (CCA), previamente usuaria de ACO, sin lactancia al momento. Consulta por cuadro de 3 semanas de dolor abdominal difuso, vómitos, orinas oscuras y alucinaciones visuales. Se hospitaliza e inicia tratamiento de soporte, evolucionando en malas condiciones generales con falla respiratoria que requirió VM y, luego de la extubación, tetraparesia fláccida. Con el diagnóstico de porfiria variegata se inicia tratamiento con Hematina, evolucionando con regresión parcial de polineuropatía. En este contexto, se interconsulta a ginecología para determinar una opción viable de método anticonceptivo. Se realizó una revisión de la literatura, solo encontrando disponibles series de casos que asocian el uso de estrógenos y progesterona al inicio de crisis agudas de porfiria. La Sociedad Europea de Porfiria, contraindica su uso, incentivando los métodos de barrera y quirúrgicos como opción para estos casos.

#### CONCLUSIONES

Las recomendaciones disponibles, contraindican el uso de anticonceptivos hormonales. La baja frecuencia de esta enfermedad y las pocas alternativas de tratamiento hacen que el enfrentamiento de estas pacientes sea un desafío. Para ayudar en estas decisiones hay disponible una página web de la Sociedad Europea de Porfiria (http://www.drugsporphyria. org) para orientar en la seguridad del uso de medicamentos para estas pacientes. Se requieren mayores estudios y del apoyo interdisciplinario para ofrecer a las pacientes un mejor manejo.

## PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE DISMENORREA EN ESTUDIANTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN (UDEC).

C-77

Ortiz, F. (1), Castro, H. (2) (1) Médico residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. (2) Médico gineco-obstetra, especialista en Uroginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

#### INTRODUCCIÓN

Dismenorrea se define como cualquier dolor abdominal percibido durante la menstruación. Puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea, lumbalgia, cefalea, fatiga, mareos, entre otros. Afecta a un 40-50% de las mujeres jóvenes, aunque otras series describen hasta un 90%. La dismenorrea es una de las causas más comunes de dolor pélvico crónico, es la principal causa de consulta ginecológica en la población adolescente y adulto joven. Además es causa importante de ausentismo escolar, laboral o de otras actividades, por lo que resulta indispensable establecer un diagnóstico en esta población.

#### **OBJETIVOS**

Determinar la prevalencia y caracterizar episodios de dismenorrea en estudiantes de la Facultad de Medicina de la UDEC.

#### **MÉTODOS**

Estudio transversal descriptivo, mediante aplicación de encuesta online anónima y voluntaria, la cual fue traducida y adaptada de Polat et al., a mujeres estudiantes de pregrado y postgrado de la Facultad de Medicina de la UDEC, durante agosto de 2017. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, alumnas regulares de las 5 carreras de pregrado o programas de postgrado de la Facultad de Medicina. El análisis de frecuencias relativas, frecuencias absolutas y promedios, se realizó mediante Microsoft Excel.

#### **RESULTADOS**

Total de mujeres estudiantes de la Facultad de Medicina, 1.521 en pregrado y 149 en postgrado. El total de mujeres encuestadas fue de 325 (19,5%), con edad promedio de 23 años. La prevalencia de dismenorrea fue de un 92,6%. En cuanto a la descripción del dolor menstrual, un 49,8% lo describió como calambres, un 21,3% como puntadas y un 18,3% como dolor pesado. Se evaluó el nivel de dolor mediante la escala visual análoga: leve 1-3 (13,3%), moderado 4-6 (53,8%), severo 7-10 (30,3%). Dentro de los síntomas asociados, se obtuvo: irritabilidad 52,8%; cefalea, migraña o jaqueca 49,2%; lumbalgia y fatiga generalizada, ambos con 43,5%; ánimo depresivo 39,5%; diarrea 34,9%; nauseas, mareos o vómitos 22,9%; lipotimia 6%; y un 7% solo presentaban dolor. Del total de encuestadas un 61,1% toma medicamentos para aliviar el dolor. El 27,9% ha consultado a un médico con respecto al tema. De los medicamentos más comunes están: antiinflamatorios 59,1%, anticonceptivos 23,6% y paracetamol 13%. De los métodos no farmacológicos destaca el calor local con 62,8%. En cuanto a la percepción subjetiva de calidad de vida durante el periodo menstrual fue: muy mala 6,3%, mala 20,6%, regular 45,2%, buena 24,9% y muy buena 3%. Ausentismo a actividades académicas: 9,3% ha faltado 1 día, un 5,6% 2 días, 6% 3-4 días, 3,3% 5-6 días y un 1% ha faltado 7 días o más. Además un 2,7% ha faltado a evaluación debido al dolor menstrual.

#### CONCLUSIÓN

La prevalencia de 92,6% supera todas las series descritas en la literatura. Cabe destacar que más del 70% considera su calidad de vida en estos días como regular, mala o muy mala. Por otro lado, un 25% se ausenta a sus actividades académicas, con un 2,7% que incluso ha faltado a evaluaciones. Dada la prevalencia del tema y el impacto en sus actividades diarias, es importante establecer factores causales que podrían ser propios de este grupo de mujeres, e impliquen la alta frecuencia del síntoma, con el fin de generar acciones que vayan a remediar estos

# REVISION DE LA EPIDEMIOLOGIA Y SENSIBILIDAD C-78 ANTIMICROBIANA EN PIELONEFRITIS AGUDA EN PACIENTES HOSPITALIZADAS EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DEL HOSPITAL SAN JOSÉ

Banderas B. (1), Náray D. (1), Gutiérrez J. (2), Vásquez P. (2), Haye M. (2), Guerra M (2), Farías L (3). (1) Becada Ginecología y Obstetricia Hospital San José (2) Ginecoobstetra Hospital San José (3) Matrona Coordinadora Unidad de Hospitalización de Alto Riesgo Obstétrico Hospital San José

#### INTRODUCCIÓN

La pielonefritis aguda (PNA) es una de las patologías más frecuentes en el embarazo y es la causa de un gran número de hospitalizaciones en las Unidades de

alto riesgo obstétrico. Puede asociarse a complicaciones maternas y perinatales, pudiendo terminar en insuficiencia renal aguda, anemia, shock séptico, insuficiencia pulmonar aguda y parto prematuro. Es importante determinar los agentes causales más frecuentes y su sensibilidad y resistencia a antimicrobianos para orientar de manera adecuada el manejo, aun más considerando que el inicio del manejo será con antibiótico empírico. Para las infecciones del tracto urinario, se ha determinado por consenso que un antibiótico debe tener menos de 20% de resistencia para poder ser usado como empírico de primera línea. En nuestro centro, el antibiótico de primera línea para pielonefritis en embarazadas es la cefazolina, de acuerdo con las guías nacionales.

#### **MÉTODO**

Se revisó la base de datos de pielonefritis de pacientes hospitalizadas en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital San José desde el año 2013 hasta el 2016.

Se analizaron los agentes causales y susceptibilidad antimicrobiana de éstos.

#### **RESULTADOS**

En el período estudiado se identificaron 770 pacientes ingresadas por PNA. Durante el año 2013 los agentes más frecuentes fueron: E. Coli (77.7%), K. Neumoniae

(2.22%) y P. Mirabilis (1.66%). La sensibilidad antibiótica calculada para el total de los agentes, excluyendo resultados negativos y contaminados fue: Cefazolina 74.5%, Cefadroxilo 47.1%, Ceftriaxona 91.7%, Gentamicina 91%. Durante el año 2014 los agentes más frecuentes fueron: E. Coli 69.4%, P. Mirabilis 1.47%, K. Neumoniae 1.47%. La sensibilidad antibiótica fue: Cefazolina 77.7%, Cefadroxilo 54.9%, Ceftriaxona 94.1%, Gentamicina 95.4%. Durante el 2015 los agentes más frecuentes fueron: E. Coli 69.5%, K. Neumoniae 2.57%, E. Coli beta lactamasa de expectro extendido (BLEE) 2.57%. La sensibilidad antibiótica fue: Cefazolina 77.7%, Cefadroxilo 54.2%, Ceftriaxona 91.5%, Gentamicina 92.1%. Durante el año 2016 los agentes más frecuentes fueron: E. Coli 64.7%, E. Coli BLEE 2.59%, P. Mirabilis 2.07%. La sensibilidad a antimicrobianos fue: Cefazolina 79.4%, Cefadroxilo 48.6%, Ceftriaxona 89.7%, Gentamicina 91.7%.

#### **CONCLUSIONES**

El agente causal más frecuente fue E. Coli con amplia superioridad. Durante los primeros dos años le siguieron en frecuencia K. Neumoniae y P. Mirabilis, sin embargo, en los últimos dos años se observó un ascenso de microorganismos BLEE pasando a ser uno de los primeros tres agentes causales más frecuentes. En cuánto a la sensibilidad cefazolina se ha mantenido cercana al 80%, con una leve mejoría en el último año. Se hace imprescindible mantener seguimiento de sensibilidad en los próximos años, ya que podría ser necesario ajustar la terapia de primera línea.

## ROTURA UTERINA ESPONTÁNEA DEL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

C-79

Autores: Acevedo D.1 Estay R.2, Tapia F.1, Vargas C.3 (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad de Chile., (2) Médico Gineco-obstetra, Hospital Barros Luco Trudeau, Universidad Finis Terrae. (3) Alumna Quinto año de Medicina Universidad Finis Terrae.

#### INTRODUCCIÓN

La rotura uterina es una de las complicaciones más graves en obstetricia. La principal causa asociada a esta entidad es una debilidad del segmento uterino, común en mujeres con cicatrices miometriales. El cuadro se caracteriza por abdomen agudo, shock hipovolémico y eventual óbito fetal. Sin embargo se han reportado casos de rotura uterina fuera del tercer trimestre donde destaca la del primer trimestre por su rareza, del cual existe escaso registro. La mayoría de los casos publicados son asociados al uso de misoprostol, y existen pocos casos de rotura uterina espontánea idiopática. En la mayoría de los casos reportados en embarazo inicial, coincide la cicatriz de cesárea como principal factor predisponente. A continuación presentamos un caso de rotura uterina de primer trimestre reportado en el servicio de Urgencia de Maternidad del Hospital Barros Luco.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 22 años multípara de 2 cesáreas, una por embarazo gemelar (2010) y otra por rotura uterina a las 32 semanas en forma de T invertida ístmico-fúndica reparada en un plano (2015). Consulta en urgencia de maternidad con embarazo inicial, por dolor abdominal de inicio brusco. Al ingreso hemodinamia estable y afebril, con leve sensibilidad abdominal sin irritación peritoneal. Eco TV describe saco gestacional en fondo uterino con embrión vivo de 34 mm de LCN (7+5 semanas) sin otros hallazgos. Se deriva a cirugía, donde describen Mc Burney (+) con PCR 7.7 y leucocitos 23.340. Realizan laparotomía exploradora por peritonitis no precisada y describen hemoperitoneo de 75 occ con apéndice, ovarios y trompas sanos. En cuerpo uterino se observa solución de continuidad ístmica de 3 cm con protrusión

de tejido trofoblástico. Por hemodinamia inestable se realiza histerectomía subtotal. En biopsia se objetiva rotura uterina en zona de histerorrafia previa. Probable implantación placentaria baja. Vellosidades coriónicas normotípicas.

#### DISCUSIÓN

Lo primero es considerar que la incidencia del cuadro es baja, por lo que el planteamiento diagnóstico de esta entidad al enfrentarse a un abdomen agudo de primer trimestre es raro. El factor de riesgo conocido más relevante es la cicatriz uterina, y la evidencia actual apoya la sutura en dos planos de las incisiones corporales. En este caso la sutura anterior fue en un plano, lo que podemos considerar como un factor determinante en el desarrollo del cuadro actual. La única publicación en Chile de un cuadro similar, planteó un manejo conservador inicial con mala evolución, y que finalmente resultó en histerectomía obstétrica en un segundo tiempo. Consideramos que el abordaje y manejo de la paciente debe ser evaluado en cada caso

## SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO UNIDAD REPRODUCCIÓN HUMANA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

Méndez L (1), Fernández C (2), Ahumada S (2), Pérez C (3). (1) Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile Sede Sur (2) Internos 6° Medicina Universidad de Chile (3) Profesor Instructor Facultad de Medicina Universidad de Chile Sede Sur. Gineco-Obstetra Hospital barros Luco Trudeau

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de Fitz-Hugh-Curtis (FHC) es una rara complicación de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), que involucra inflamación de la cápsula hepática, producida por una peritonitis secundaria al ascenso de bacterias desde la cavidad pélvica. Durante la etapa aguda es característico el dolor en hipocondrio derecho. En estado crónico se puede observar adherencias entre pared abdominal y superficie hepática, "cuerdas de violín", patognomónico para esta patología. Neisseria Gonorrhoeae y Chlamydia Trachomatis son los principales agentes responsables. La patogénesis no está completamente dilucidada; se postula como principal mecanismo el ascenso directo de bacterias, como resultado del movimiento de los fluidos peritoneales. La incidencia va entre 4 a 14% en mujeres que tuvieron EIP. El TAC de abdomen y pelvis es el método diagnóstico no invasivo más utilizado, con imagen característica en realce perihepático en fase arterial tardía, además de técnicas para el aislamiento del germen responsable. El tratamiento es similar al de una EIP sin perihepatitis, con buena respuesta a tratamiento antibiótico.

#### **MÉTODOS**

Se realizó revisión retrospectiva de caso clínico del año 2017.

#### **CASO CLÍNICO**

Mujer de haitiana, 30 años, nulípara, en estudio desde 2016 por infertilidad. Dentro de ecotomografía transvaginal, se pesquisa masa tumoral adyacente a ovario derecho e hidrosalpinx en tuba uterina izquierda. Se realiza laparoscopia diagnóstica y terapéutica. Durante intervención, se realiza fimbrioplastia y tumorectomía ovárica derecha. Se procede a explorar cavidad abdominopélvica, encontrándose múltiples adherencias en superficie hepática, entre cápsula hepática y pared peritoneal, características del Síndrome Fitz-Hugh-Curtis. Durante postoperatorio paciente evoluciona en buenas condiciones generales, con alta de acuerdo a protocolo. Biopsia de masa adyacente a ovario derecho con resultado en biopsia diferida de cistoadenofibroma seroso papilar, sin atipias.

#### **CONCLUSIONES**

El FHC es un síndrome infrecuente, caracterizado por el hallazgo de adherencias tipo "cuerdas de violín". La fase aguda se confunde comúnmente con otras enfermedades hepatobiliares y del tracto gastrointestinal. Debe sospecharse al existir antecedente de EIP de origen ginecológico. Se recomienda revisar rutinariamente la superficie de la pared abdominopelvica, ya que es posible encontrar patologías sin diagnóstico previo y de importancia para la paciente.

SÍNDROME DE FITZ-HUGH-CURTIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO UNIDAD REPRODUCCIÓN HUMANA HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

## TRATAMIENTO MÉDICO DEL EMBARAZO ECTÓPICO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL BARROS LUCO TRUDEAU

C-81

Rojas A1, Glavic A2, Rojas V1. Médico programa formación en obstetricia y ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Ginecólogo. Unidad de Medicina reproductiva, Hospital Barros Luco Trudeau.

#### INTRODUCCIÓN

El diagnóstico del embarazo ectópico hoy en día es precoz dados los avances en ultrasonido y cuantificación de B-HCG, en este contexto es que el tratamiento médico con metotrexato es una opción eficaz y segura para el manejo de estas pacientes, con una efectividad promedio de hasta un 89%.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de pacientes que recibieron tratamiento con metotrexato, según protocolo local, con el diagnostico de embarazo ectópico entre enero 2013 y abril del 2016 en el Servicio de ginecología y obstetricia del hospital Barros Luco Trudeau. Se obtuvieron datos de un total de 40 pacientes tratadas en dicho periodo. Los datos se tabularon y analizaron en tabla Excel.

#### **RESULTADOS**

De los 40 casos recolectados que recibieron tratamiento médico con metotrexato, según protocolo local: 9 (22,3%) pacientes recibieron 1 dosis de metotrexato, 26 (65%) pacientes 2 dosis, 2 pacientes (5%) tres dosis y 3 pacientes (7,5%) recibieron cuatro dosis. El valor promedio por dosis de metotrexato administrada fue de 86,4 mg +/- 10,3. El valor de BHCG para el inicio de tratamiento estaba en rango de 203 mUI/L hasta 9388 mUI/L, con un promedio de 2463 mUI/L (+/- 2006 mUI/L).

El 90,5% (36 pacientes) alcanzo valores de BHCG menores a 1500 mUI/L en 2 semanas como máximo. El diagnostico ecográfico se distribuyó de la siguiente manera: Saco gestacional extrauterino con embrión sin latidos 3 pacientes (7,5%), Saco gestacional extrauterino sin embrión en 4 pacientes (10%), lesión anexial heterogénea en 31 pacientes (77,5%). Además, se trataron 1 embarazo cornual y 1 embarazo cervical. El tamaño de lesión promedio al inicio del tratamiento fue de 21,6 mm

+/- 7,2 mm, con un rango desde 10 a 46 mm. De todas las pacientes tratadas con metotrexato, se alcanzó éxito de tratamiento en 31 pacientes (77%), fracasando en el restante (9 pacientes). Todos los fracasos a tratamiento fueron sometidas a resolución quirúrgica por sospecha de complicación del embarazo ectópico.

#### **CONCLUSIONES**

El tratamiento médico el embarazo ectópico tiene alta tasa de resultados favorables según la evidencia actual. Nuestra experiencia en el Hospital Barros Luco Trudeau se correlaciona con dichos resultados, alcanzando hasta un 77% de éxito con una selección adecuada de las pacientes subsidiarias de dicho tratamiento.

## VIRILIZACIÓN EN PACIENTE CON TUMOR OVARICO DE CELULAS DE LEYDIG E HIPERPLASIA SUPRARRENAL CONGENITA CLASICA.

C-82

Moya C (1), Villablanca M (1), Nuñez A.(2), Gonzalez F (2), Guerrini E (3). Galaz J, Puga J (4) (1) Médico Becario Ginecología Obstetricia Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico San José, Santiago de Chile (2) Médico Ginecología Oncológica Hospital Clínico San José, Santiago de Chile. (3) Servicio de Endocrinología y Diabetes Hospital San José (4) Interno Medicina Universidad de Santiago de Chile

#### INTRODUCCIÓN

El desarrollo de un tumor ovárico primario en pacientes con hiperplasia suprarrenal congénita (HSRC) es una condición extremadamente rara. Existen 4 casos reportados en el mundo, siendo el último en 2014 en España.

#### **DESCRIPCIÓN DEL CASO**

Paciente femenina 30 años, con diagnóstico de HSRC forma perdedora de sal, diagnosticada al nacer e hipotiroidismo primario en tratamiento con Hidrocortisona 30mg al día y Levotiroxina 150mcg al día. Antecedente de 3 cirugías de corrección de virilización en genitales antes de los 8 años y Adrenalectomía bilateral a los 18 años. Posterior a cirugía presentó menstruación y caracteres sexuales secundarios femeninos, comenzando a los 25 años virilización progresiva. Al examen físico destaca paciente virilizada, vello facial y corporal terminal aumentado, voz gruesa, alopecia androgénica, aumento de masa muscular, obesidad androgénica, amenorrea y rubicundez facial. Laboratorio destaca: testosterona 15 ng/ml, DHEA-S 555mcg/dl. Ecografía abdominal y Tomografía abdomen y pelvis describe ausencia de glandulas suprarrenales, tumor anexial izquierdo de 10 cms, útero y anexo normal sin otro signo de diseminación. Marcadores tumorales negativos. En cirugía se evidencia tumor de 10 centímetros dependiente del ovario izquierdo, capsula lisa, nacarada, contenido quístico muy vascularizado. Se identifica cuerpo uterino rudimentario y anexo derecho normal. Biopsia rápida informa tumor de células de Leydig. Lo cual es confirmado

posteriormente con inmunohistoquimica en la biopsia definitiva. Control al mes post cirugía la paciente presenta mejoría de signos clínicos virilizados, baja de peso de 3 kilogramos con disminución del vello facial y Testosterona 0.03 ng/ml.

#### DISCUSIÓN

Los tumores de ováricos de células de Leydig son infrecuentes y corresponden a menos del 0.5% de todos los tumores ováricos. Es un tumor virilizante, que afecta principalmente mujeres mayores de 50 años, suele ser pequeño de lento crecimiento y benigno. En pacientes con HSRC operada, que presentan signos de virilización persistente, se debe sospechar tumor ovárico virilizante para ofrecer un tratamiento oportuno que evite la exacerbación de signos ya existentes por su patología de base.

### MEDICINA MATERNO FETAL

#### C-83

#### 77 CASOS DE STFF EN SANTIAGO.

Yamamoto, M1; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Fleiderman, J2, Biancardi, S2, Figueroa, H1. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### C-84

#### ABULTAMIENTO CORIÓNICO Y RESULTADO PERI-NATAL ADVERSO: SERIE DE CASOS Y CONTROLES

Silva MC, Haye MT, Guíñez R, Sepúlveda-Martínez A, Galleguillos C, Parra-Cordero M Hospital Clínico Universidad de Chile Complejo Hospitalario San José

#### C-85

#### CARACTERIZACION DE EMBARAZADAS SUPER-OBE-SAS ATENDIDAS EN HOSPITAL BARROS LUCO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2016-JULIO 2017.

Martin, D1. Vidal, F2. Alvarez, L2. Cuellar E3, Caro G3 1. Médico programa formación en obstetricia-ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Interno Séptimo año de Medicina, Universidad de Chile. Sede Sur. 3. Ginecólogo. Unidad Medicina Materno Fetal, Complejo Asistencial Barros Luco.

#### C-86

#### CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES EMBARA-ZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH ATENDIDAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO(CABL) DESDE ENERO 2015 A JULIO 2017.

Cruz D(1), Campoverde P(2), Cuellar E(2), Caro G(2) (1) Médico en formación de especialista Ginecología Obstetricia U.Chile Sede Sur (2) Gíneco-Obstetra Unidad de Medicina Materno Fetal Complejo Asistencial Barros Luco

#### C-87

#### CARACTERIZACION DE UN AÑO DE ATENCION DE PARTOS EN PACIENTES HAITIANAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Martin, D1. Alvarez, L2. Vidal, F2. Cuellar E3, Caro G3 1. Médico programa formación en obstetricia-ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Interno Séptimo año de Medicina, Universidad de Chile. Sede Sur. 3. Ginecólogo. Unidad Medicina Materno Fetal, Complejo Asistencial Barros Luco.

#### C-88

#### CARACTERIZACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE CARDIOPATIAS CONGENITAS DETECTADAS EN ECOCARDIO FETAL REALIZADAS ENTRE 2012 Y 2016 EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Drs. Romero AK.1,3, Romero A.1,3, Sepúlveda S.1,3, Álvarez A2,3. 1 Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2 Médico Pediatra, Cardiólogo Infantil, Medico Ecografista 3 Unidad de Exploración Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Guillermo Grant Benavente

#### C-89

#### CERVIX CORTO EN EL EMBARAZO ¿QUÉ TAN FRECUENTE?

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

#### C-90

#### CIRUGÍA FETOSCOPICA DE MIELOMENINGOCELE

Yamamoto, M1; Moyano, F1; Lagos, M1; Figueroa, H1; Pedreira D2. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Hospital Albert Einstein, São Paulo, Brazil. Yamamoto, M1; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Fleiderman, J2, Biancardi, S2, Figueroa, H1.1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### **OBJETIVO:**

Se presenta el resultado de casos consecutivos de STFF tratados por el mismo equipo quirúrgico con técnica selectiva.

#### MÉTODO:

Estudio retrospectivo de todos los casos de TTTS tratados por fetoscopía. Se consideró en el análisis el estadio de Quintero, la posición placentaria, edad

gestacional al momento de la cirugía y la supervivencia a la intervención.

#### **RESULTADOS:**

Hubo 77 casos resueltos. La edad gestacional media de las pacientes al momento de realizar el procedimiento fue de 20 semanas (rango de 16 a 27 semanas). La edad gestacional media al momento del parto fue de 30 semanas (rango de 18 a 40 semanas). Trece en etapa 1, 29 en etapa 2, 26 en etapa 3 y 9 en etapa 4.

Hubo un 48% de sobrevivientes dobles y un 38% de sobrevivientes únicos. Solo 14% no tuvo embarazos únicos. Hay solo 2 casos de TAPS y un caso de recurrencia, tan bajo como lo reportado con la técnica Salomon, pero utilizando selectiva.

	Casos en orden correlativo						
Vivos	1-11	12-22	23-33	34-44	45-55	56-66	67-77
o	3	3	2	1	2	3	o
1	4	5	7	1	3	2	5
2	4	3	2	9	6	6	6
% 1 0 2 vivos	72,7%	72,7%	81,8%	90,9%	81,8%	72,7%	100,0%

#### **CONCLUSIÓN:**

La tasa de supervivencia es comparable con importantes series publicadas y representa la calidad de atención de estos centros. Edades gestacionales tempranas, estadios de Quintero bajos y una mayor experiencia clínica pueden explicar que los resultados sean mejores, pese al uso de técnica selectiva.

## ABULTAMIENTO CORIÓNICO Y RESULTADO PERINATAL ADVERSO: SERIE DE CASOS Y CONTROLES

C-84

Silva MC, Haye MT, Guíñez R, Sepúlveda-Martínez A, Galleguillos C, Parra-Cordero M Hospital Clínico Universidad de Chile Complejo Hospitalario San José

#### INTRODUCCIÓN

El abultamiento coriónico corresponde a una imagen convexa de contenido ecolucente, que emerge desde la superficie coriodecidual, en gestaciones de primer trimestre. Su prevalencia es 1,5 en 1000 embarazos y se asocia a pronóstico reservado. El objetivo del estudio es comparar una serie de casos y controles para determinar si la presencia de abultamiento coriónico se asocia con mal resultado perinatal.

#### **MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo de embarazos con abultamiento coriónico en ecografía de primer trimestre y controles sin dicha entidad. Fueron incluidos los casos diagnosticados entre octubre de 2014 y octubre de 2016 en la Unidad de Medicina Materno Fetal del HCUCH. El grupo control se conformó con aquellas 5 ecografías, sucesivas al diagnóstico de un caso. El resultado primario fue definido como embarazo que finalizó con un recién nacido vivo y el resultado secundario como la ocurrencia de un resultado perinatal adverso compuesto, esto es, ocurrencia de aborto o alguna manifestación de insuficiencia placentaria.

#### **RESULTADOS**

Se diagnosticaron 11 casos que fueron comparados con 55 controles. El porcentaje de recién nacido vivo en el grupo de casos fue de 72,7 % y en el grupo control de 89,1% (p 0,165). La ocurrencia de un resultado perinatal adverso, esto es, aborto o alguna manifestación de insuficiencia placentaria, fue de 45,5% en los casos y de 12,7% en el grupo control (p 0,01).

#### CONCLUSIONES

Si bien la ocurrencia de abortos no fue estadísticamente mayor, los eventos obstétricos ligados a una placentación anómala fueron más frecuentes en estas pacientes.

#### CARACTERIZACION DE EMBARAZADAS SUPER-OBESAS ATENDIDAS EN HOSPITAL BARROS LUCO EN EL PERÍODO NOVIEMBRE 2016-JULIO 2017.

Martin, D1. Vidal, F2. Alvarez, L2. Cuellar E3, Caro G3 1. Médico programa formación en obstetricia-ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Interno Séptimo año de Medicina, Universidad de Chile. Sede Sur. 3. Ginecólogo. Unidad Medicina Materno Fetal, Complejo Asistencial Barros Luco.

#### INTRODUCCIÓN

En Chile el 59% de las pacientes embarazadas se describe en rangos de sobrepeso y obesidad. Se describe aumento de la morbimortalidad perinatal y materna en pacientes con sobrepeso y obesidad, existiendo mayor asociación con desarrollo de preeclampsia, diabetes gestacional, muerte intrauterina y macrosomía, entre otros. Aquellas obesas con IMC mayor o igual a 50 se definen como super-obesas. El objetivo de este trabajo es caracterizar a la población de pacientes embarazadas con IMC mayor o igual a 50 y sus resultados neonatales atendidas en el complejo asistencial Barros Luco(CABL) en el período de Noviembre 2016 a Julio 2017

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo. Se analizó los libros de parto y las fichas clínicas maternas y neonatales de Noviembre 2016 a Julio 2017, seleccionando a la población de interés. Se registró información demográfica de las pacientes, peso inicial y final del embarazo, derivación a nivel secundario, morbilidad materna previa y del embarazo, mortalidad materna, morbilidad fetal y neonatal, mortalidad intrauterina, modo de parto.

#### **RESULTADOS**

Desde Noviembre del 2016 hasta Julio del 2017 se asistieron 2949 partos de los cuales 19 correspondieron a embarazadas superobesas (o.6%). La edad promedio de las pacientes fue de 31 años (rango), 16% correspondió a primíparas y el 84% a multíparas. El IMC promedio de inicio fue 49(40- 67) y 55(50 - 71) al término del embarazo. El aumento de peso durante el embarazo fue en promedio de 13 Kg(3 – 27 kg), 35% aumentó <5 Kg y 35% aumentó >18 kg. 53% de las pacientes presentaron morbilidad previa al embarazo, siendo las más frecuentes: HTA(32%) y DM2 (16%). El 89% de las pacientes fue derivada a control en nivel secundario, ninguna fue derivada por obesidad. Todas desarrollaron morbilidad durante el embarazo, siendo las más frecuentes: Hipertensión Gestacional (26%), Diabetes Gestacional (26%) y Preeclampsia (16%). No se registraron muertes maternas. En el diagnóstico prenatal destacó un 47% de macrosomía y 11% de polihidroamnios. No se reportó malformaciones fetales. Se registró una muerte intrauterina idiopática en una paciente a las 32 semanas de embarazo. Se realizó inducción del trabajo de parto en 61% de las pacientes y cesárea electiva en el 22%. De las 19 pacientes 39% tuvo parto vaginal y 61% cesárea(64 % cesáreas de urgencia). La principal causa de cesárea de urgencia fue conducción fracasada. 21% de las pacientes se realizó esterilización quirúrgica. El peso fetal promedio fue de 3.878 grs (3040-5100). No se registró apgar menor a 7 a los 5 minutos. Las complicaciones neonatales más frecuentes fueron hipoglicemia (11%) e hiperbilirrubinemia(6%). No se registraron re hospitalizaciones maternas o neonatales.

#### **CONCLUSIONES**

La Obesidad se presenta como un problema de gran magnitud en el desarrollo de la medicina actual con evidencia categórica de un impacto deletéreo en la salud de la población.

#### CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON C-86 DIAGNÓSTICO DE VIH ATENDIDAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO(CABL) DESDE ENERO 2015 A JULIO 2017.

Cruz D(1), Campoverde P(2), Cuellar E(2), Caro G(2) (1)Médico en formación de especialista Ginecología Obstetricia U.Chile Sede Sur (2)Gíneco-Obstetra Unidad de Medicina Materno Fetal Complejo Asistencial Barros Luco

#### INTRODUCCIÓN

La prevención y detección precoz del VIH es una de las herramientas con mayor efectividad para disminuir la transmisión materno infantil. En Chile en el año 1996 se desarrolló el primer protocolo para disminuir la transmisión vertical de VIH y en el 2005 se implementa el ofrecimiento universal del examen de VIH a las embarazadas, un protocolo farmacológico a las gestantes VIH(+) y a sus hijos y los sucedáneos de leche materna por seis meses. El objetivo de este trabajo es realizar una caracterización retrospectiva de las pacientes embarazadas con diagnóstico de VIH que tuvieron su parto en el CABL durante Enero de 2015 a Julio 2017.

#### **MÉTODOS**

Se revisó las estadísticas y los libros de parto para identificar pacientes con diagnóstico de VIH que tuvieron su parto en CABL durante el período de 01/01/2015 al 31/07/2017. Además se realizó una revisión de las auditorías y fichas clínicas de las pacientes identificadas. Se registró datos epidemiológicos, nacionalidad, escolaridad, situación civil, paridad, consumo de sustancias, momento del diagnóstico, niveles de carga viral, la vía del parto, cumplimiento protocolo AZT, resultados neonatales, estudio de pareja.

#### **RESULTADOS**

Se identificó un total de 42 partos de mujeres con diagnóstico de VIH(+). De ellas, 10 se registraron el año 2015, 20 el año 2016 y 8 en el período restante. La mediana de edad fue 30 años (rango de 19 - 41 años), con sólo una paciente menor de 20 años. El 26% (10/38) de las pacientes correspondió a extranjeras con una distribución de 10%, 20% y 67% durante los años 2015,

2016 y 2017, respectivamente. En el 2017 el 80%(4/5) de las extranjeras correspondió a pacientes haitianas. Se registra una media de 11 años de escolaridad y 21% de las pacientes se declara soltera. Un 22% corresponde a primíparas. Se observó consumo de sustancias en un 15% e ITS en un 14% de la población estudiada. 47 % de las pacientes tenía el diagnóstico de VIH previo al embarazo (dos pacientes se contagiaron por transmisión vertical), de ellas un 75% tenía tratamiento y control adecuado. 53% se diagnóstico durante el embarazo, 65% antes de las 20 semanas y 18% después de las 30 semanas. A las 34 semanas, el 70% presentaba niveles de carga viral indetectables. La vía del parto fue cesárea en el 98% de los casos. El protocolo de AZT se cumplio en el 95% de los casos. Todos los partos fueron sobre 35 semanas, con recién nacidos vivos, y Apgar sobre 7 a los cinco minutos. No hubo registro de transmisión vertical. En todas las pacientes se realizó supresión de lactancia con cabergolina. La adhesión al tratamiento durante el embarazo no fue evaluada. Se realizó pesquisa de VIH en un 75% de las parejas, de ellos un 25% presentaron resultado positivo.

#### CONCLUSIONES

Chile posee un sistema ordenado y de acceso universal para el diagnóstico y manejo del VIH-SIDA, parte importante de este proceso es un registro completo de los procesos vitales de los pacientes con diagnóstico de VIH, en particular de las embarazadas, siendo el periparto el momento de intervención para disminuir la transmisión vertical. Existe un aumento progresivo en los casos de VIH en pacientes embarazadas y de la proporción de extranjeras en este total.

## CARACTERIZACION DE UN AÑO DE ATENCION DE PARTOS EN PACIENTES HAITIANAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Martin, D1. Alvarez, L2. Vidal, F2. Cuellar E3, Caro G3 1. Médico programa formación en obstetricia-ginecología. Universidad de Chile. Sede Sur. 2. Interno Séptimo año de Medicina, Universidad de Chile. Sede Sur. 3. Ginecólogo. Unidad Medicina Materno Fetal, Complejo Asistencial Barros Luco.

#### INTRODUCCIÓN

El ejercicio de la medicina en población de inmigrantes siempre significa un desafío. En la población de embarazadas la condición de migración es un factor de riesgo definido que interfiere en un control óptimo, asociándose a un aumento del parto operatorio y un cuidado postparto inadecuado. El objetivo de este trabajo es caracterizar la atención de partos en un grupo creciente de inmigrantes con características raciales y socioculturales distintas a las chilenas, se analizan pacientes haitianas que finalizaron su embarazo en el Complejo asistencial Barros Luco durante el año 2016.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo de los libros de parto, las estadística de parto y los protocolos operatorios de todos los partos atendidos en el CABL durante el año 2016. Se seleccionó a las pacientes haitianas, excluyendo otras pacientes extranjeras. Se obtuvo información complementaria de las fichas clínicas. Se registró características demográficas, paridad, derivación a nivel secundario, tipo de parto, analgesia del trabajo de parto, acompañamiento en el parto, características del recien nacido.

#### **RESULTADOS**

Durante Enero - Diciembre del año 2016 se asistieron 3902 partos, de los cuales 66% correspondió a PTVE, 3% a fórceps y 31% a cesáreas. En este mismo período se asistieron 173 partos en pacientes de origen haitiano correspondiendo al 4.4% de los partos atendidos en 2016. La edad promedio de las pacientes correspondió a 28 años (18-41 años), siendo primigestas el 51% (88/173). Un 26.6%(46/173) fue derivada desde APS a nivel secundario durante el control del embarazo por morbilidad asociada. La distribución en el tipo de parto fue 64%(111/173) PTVE, 3%(5/173) Fórceps Killand y 33%(57/173) cesáreas. En el trabajo de parto 38%(63/166) recibió anestesia regional. En los partos vaginales en el 38%(44/116) se realizó episiotomía y en el 61%(71/116) se realizó apego del recién nacido. La distribución de las cesáreas fue de 16%(9/57) cesáreas electivas y de 84%(48/57) cesáreas de urgencias, siendo la principal causa en un 52% (25/48), el registro sospechoso de alto riesgo hipóxico fetal. Un 60%(104/173) de las pacientes estuvo acompañada en el parto por una figura significativa. Se contabilizaron 3 partos extrahospitalarios. Se registró una muerte materna en una paciente puérpera de cesárea. En los resultados neonatales la distribución fue de 88% (150/170) de término y 12%(20/170) de pretérmino viable, con 35%(7/20) de menos de 34 semanas del total de prematuros viables. Hubo tres casos de prematuros extremos no viables. Al estratificar el peso de nacimiento de acuerdo a la edad gestacional se observa que el 12%(20/170) corresponde a percentil menor a 3, el 29%(50/170) percentil menor a 10 (se incluye p<3), el 64%(109/170) percentil 10-90 y el 7%(11/170) percentil mayor a 90 de la curva de Alarcón-Pittaluga. Se registró 3%(5/170) de Apgar menor a 7 a los 5 minutos en recién nacidos viables.

#### CONCLUSIÓN

Es importante sistematizar el registro de la información para desarrollar políticas públicas de y lograr disminuir la morbilidad asociada a los pacientes migrantes

# CARACTERIZACION DEL DIAGNOSTICO ECOGRAFICO DE C-88 CARDIOPATIAS CONGENITAS DETECTADAS EN ECOCARDIO FETAL REALIZADAS ENTRE 2012 Y 2016 EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE

Drs. Romero AK.1,3, Romero A.1,3, Sepúlveda S.1,3, Álvarez A2,3. 1 Médico Residente Obstetricia y Ginecología, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2 Médico Pediatra, Cardiólogo Infantil, Medico Ecografista 3 Unidad de Exploración Fetal, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Guillermo Grant Benavente

#### INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas son las malformaciones mayores más frecuentes fetales, con una incidencia que se ha estimado entre 4 y 12 por 1000 recién nacidos vivos. constituyen la segunda causa de muerte en los menores de 1 año y son responsables de un 32% de las defunciones en este grupo de edad. Por lo tanto, pesquisarla en la etapa fetal es imprescindible para un manejo oportuno y buen resultado perinatal.

#### **OBJETIVOS**

Caracterizar las cardiopatías congénitas detectadas prenatalmente por ecocardiografía fetal en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

estudio retrospectivo descriptivo de pacientes gestantes que se les realizó ecocardiografía fetal en la unidad de exploración fetal del HGGB entre el 1 de enero de 2012 y el 31 de diciembre de 2016. Se revisó el registro electrónico de la unidad creándose una planilla Excel para tabular las siguientes variables: causa de solicitud del examen, paridad, edad gestacional al momento del examen, edad materna y resultado del examen. Se calcularon mediante Excel frecuencia absolutas y relativas.

#### **RESULTADOS**

Se realizaron un total de 622 ecocardiografías dentro de las cuales 221 (35,5%) fueron anormales. La edad gestacional promedio fue 30 semanas DT ± 4. Edad materna promedio de 28 años DT ± 7. El 30% de los exámenes alterados corresponde a primigestas. Según el resultado del examen se obtuvieron: 24,8% de los exámenes alterados corresponden a comunicación interventricular, 14,4% canal auriculoventriculares, 14% alteraciones del ritmo cardiaco, 11,3% miocardiopatías hipertróficas, 7,6% hipoplasias, 4,9% transposición de grandes vasos, 4% alteraciones valvulares, 3,6% cardiopatías congénitas complejas, 2,7% dilataciones ventriculares, 2,2% tetralogía de Fallot, 2,2% Doble salida del ventrículo derecho, 1,8% rabdomiomas, 0,9% ectopia cordis, 6% otras.

#### **CONCLUSIONES**

Las cardiopatías encontradas concuerdan con las ya descritas en la literatura. Llama la atención el promedio de edad gestacional a la cual se realizó el examen, que está por muy encima de la edad gestacional solicitada para este tipo de examen por la dificultad técnica que presenta la detección de cardiopatías en embarazos avanzados, lo que podría significar no estar detectando cardiopatías congénitas solo por mala técnica de realización. Es una tarea multidisciplinaria el realizar un control integral para detectar posibles factores de riesgo para la indicación oportuna de un screening de cardiopatías congénitas o una formación más adecuada del ecografista que realiza ultrasonografía del segundo trimestre para derivar con tiempo a centros más especializados y así disminuir las complicaciones postnatales por falta de un diagnóstico prenatal oportuno.

### CERVIX CORTO EN EL EMBARAZO ¿QUÉ TAN FRECUENTE?

C-89

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

#### INTRODUCCIÓN:

La medición del cuello uterino mediante ecografía transvaginal, se ha constituido en un importante instrumento detección de embarazadas con alto riesgo de parto prematuro. Estudios han demostrado acortamientos cervicales de < de 25 mm, del orden de entre el 4-8 % en diferentes poblaciones. Con esos porcentajes de acortamiento, bien se merece establecer política públicas que aborden el problema. Pero, qué tan frecuente es la situación en nuestra población?

#### **MATERIALES Y METODO**

En forma prospectiva, utilizando un transductor transvaginal, se midió el cérvix de 654 embarazadas entre las 22–28 semanas, ingresadas al control prenatal Clínica Chillán, entre Marzo del 2015 a Julio del 2017.

#### **RESULTADOS**

El promedio del largo del cérvix fue de 43.7mm. El cérvix más corto fue de 11.4mm, y el más largo de 62.3 mm. En 8 / 654 (1.2 %) pacientes, presentó un largo de < 25 mm. Sólo 1 /654 (0.15 %), presento un cérvix de < 15 mm, muy por debajo de los porcentajes señalados en otro estudios.

#### DISCUSIÓN

La realidad de nuestra población difiere significativamente de otros estudios presentados. Lo anterior debiera ser considerado al momento de decidir el costo-beneficio de implementar la medición universal del cérvix en embarazadas.

Yamamoto, M1; Moyano, F1; Lagos, M1; Figueroa, H1; Pedreira D2.1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Hospital Albert Einstein, São Paulo, Brazil.

#### **OBJETIVO:**

Se presenta el resultado de un caso de MMC de nivel L1, operado por vía fetoscópica.

#### CASO:

Una mujer de 32 años, primigesta, cursando un embarazo de 22 semanas, se realiza el diagnóstico de mielomeningocele L1. Los ventrículos cerebrales en 8mm, fosa posterior con herniación (Arnold Chiari II), y ausencia de pie bot. Luego de consejería extensa, se realizó una cirugía prenatal por vía endoscópica. La paciente prefirió esta opción debido al menor riesgo materno, menor riesgo de comprometer su fertilidad, y posibles beneficios similares a lo reportado por el estudio MOM. Se decidió realizar la cirugía con 27 semanas, para favorecer la opción de rescate neonatal en caso de alguna complicación. La cirugía se realizó sin inconvenientes, por el equipo del Hospital Albert Einstein en Clínica Universidad de los Andes. Se utilizaron 4 puertos: óptica de 5mm y tres puertos de 3mm. Se realizó un neumoamnios, y la resección se realizó bajo indicación de neurocirugía. Se utilizó un parche de biocelulosa. Se cerró el defecto cutáneo con sutura barbada. A los 14 días se constató rotura de membranas. In útero se demostró la recuperación de la herniación del cerebelo. Se desencadenó un trabajo de parto a las 33 semanas, realizándose una cesárea. En ella, se constató el útero indemne, con los cuatro puntos de inserción de trócares cerrados. El recién nacido tuvo una evolución favorable, actualmente con 3 meses de vida, sin necesidad de válvula de derivación ventriculoperitoneal, y con una Resonancia Magnética informada como normal.

#### **CONCLUSIÓN:**

La cirugía prenatal por fetoscopía tiene grandes ventajas en cuanto a riesgo materno, y sus resultados pueden ser similares a las de la técnica abierta. El reporte muestra un caso con resultado favorable, realizado en Chile.

#### CORRELACIÓN DEL ÍNDICE PROTEINURIA/CREA-TININURIA CON LA PROTEINURIA DE 24 HORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.

Aravena LF., Alarcón C., Valdés F., Figueroa MA. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago. Facultad de Medicina Sede Occidente, Universidad de Chile.

#### C-92

#### CRECIMIENTO EMBRIONARIO Y PESO AL NACER. UN ESTUDIO DE CORRELACIÓN.

Marfull, C; Yamamoto, M; Illanes, SE; Nien, JK; Schepeler, M. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Clínica Dávila, Santiago, Chile.

#### C-93

## DESARROLLO CORTICAL CEREBRAL Y DEL CUERPO CALLOSO EVALUADO POR RNM COMO PREDICTORES DE NEURODESARROLLO ANORMAL A LOS 2 AÑOS EN NIÑOS NACIDOS PEG.

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Bazán-Arcos C, Couve-Pérez C, Gratacós E. BCNatal-Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### C-94

## DESARROLLO DE UN MODELO EDUCACIONAL DE SIMULACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO

Autores: Mansilla J1,3, Letelier S2,3, Vogt S1,3, Garcia-Huidobro T1,3, Solis A1, Olate A1, Rojas T1, Moore P1, Díaz C1, Guerra F1,3. Instituciones: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología. 2. Instituto de Enfermería Materna. Universidad Austral. 3. Clínica Alemana, Valdivia, Chile

#### C-95

#### DESARROLLO DE UN SIMUADOR DE DOPPLER OBSTÉTRICO

Autores: Vogt, S1,2, Garcia-Huidobro, T1,2, Brummer, B1, Mansilla J1,2, Olate, O1, Solis, N1, Rojas T1, Moore, P1, Concha R3, Guerra F1,2. Instituciones: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal. Obstetricia y Ginecología. Universidad Austral de Chile. 2. Clínica Alemana Valdivia. 3. Nemoris Games, Valdivia, Los Rios, Chile.

#### C-96

#### DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA ESTRICTO DE TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DE HOSPITAL DE CARABINEROS

Lagos N 1, Cornejo N1,2, Fernández J1,2, Vejar C2 ,Barrios P2,llabaca J1, García C1 1.- Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2.- Facultad de Medicina de Universidad Mayor

#### C-97

#### DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE ÁCIDOS BILIARES TOTALES (ABT) EN PACIENTES CON COLESTASIA DEL EMBARAZO (CIE), HOSPITAL HERNÁN HENRIQUEZ, DE TEMUCO, ARAUCANÍA.

Abarzúa F, Urra C, Ferrada R, Munoz J, Sepúlveda J, San Martin N, Acuna M, Gallardo R, Marín F, Carreño G, Escobar L. Servicio Medicina Materno Fetal y Subdepto Laboratorio Clínico Hospital Hernán Henriquez Aravena, Temuco, Región Araucanía.

#### C-98

#### DIABETES PRE GESTACIONAL Y ASOCIACIÓN CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA FETAL EN CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO) DURANTE EL AÑO 2015.

Narváez P.1, Barrios R.1, Rodríguez J.1, Cisternas D.1, Díaz A.2 1 Centro de Referencia Perinatal Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Unidad Alto riesgo Obstétrico, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse"

#### DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HERNIA HIATAL CONGÉNITA; REPORTE DE UN CASO

Ferrer F1, Pertossi E2, Muñoz A2, Paredes E3, Poblete JA1 1Unidad Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 2Programa Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Médico Cirujano

#### C-100

#### DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN CENTRO TERCIARIO CON ECOGRAFÍA A DISTINTO NIVEL

Dra. Jocelyn Sterni, Dr Andres Ruzi, Dra. Magdalena Honoratoz, Francisca del Pozoa, Dr. Julio Alvarezz, Dr Felipe Jordanz, Dr. José Novoa 1 Becado ginecología obstetricia CAS-UDD a Interna facultad de medicina clínica alemana- universidad del desarrollo 2 UCG de la mujer y el RN Hospital Padre Hurtado y Facultad de medicina Clínica alemana- Universidad del Desarrollo

#### C-101

#### DIAGNÓSTICO PRENATAL DE TERATOMA SACRO-COCCÍGEO EN UNA GESTACIÓN GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO: REPORTE DE UN CASO

Acevedo M1; Jara A1; Osorio F1; De La Fuente S2; Cisterna D2; Rodriguez J G2. 1Médico en Programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### C-102

#### DIAGNÓSTICO PRENATAL INVASIVO DE CROMOSO-MOPATÍAS: EXPERIENCIA DELSERVICIO MEDICINA MATERNO FETAL (SMMF) HOSPITAL HERNÁN HENRIQUEZ (HHHA), TEMUCO, ARAUCANÍA.

Abarzúa F, Sepúlveda J, Sanhueza R, Montecino F, Ferrada R, Muñoz J, San Martin N. Servicio Medicina Materno Fetal Hospital Hernán Henriquez Aravena, Temuco, Región Araucanía.

#### C-103

## DIFERENCIAS EN CUERPO CALLOSO EVALUADO POR RNM EN PEG DE TÉRMINO Y SU ASOCIACIÓN CON NEUROCOMPORTAMIENTO.

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Couve-Pérez C, Figueras F, Gratacós E. BCNatal-Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### C-104

#### DOPPLER DE ARTERIA UMBILICAL EN FETOS CON TRISOMÍA 21

Juan Carlos Bustos (1), Waldo Sepúlveda (2). (1) Unidad de Perinatología, Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile. (2) Fetalmed. Universidad de Santiago de Chile.

#### C-105

#### DOPPLER DE LAS ARTERIAS UTERINAS EN EL II TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE RESTRICCION DE CRECIMIENTO FETAL Y PREECLAMPSIA; REALIDAD LOCAL

Parrao G.2; Ferrer F.1; Passalacqua I3.; Durán R.1; Tsunekawua H.1; Robles C.1; Poblete JA.1 1Unidad Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Programa de Subespacialidad Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Programa Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### C-106

## DOPPLER UMBILICAL: ¿CUAN MÁXIMO ES LA VELOCIDAD MÁXIMA Y CUAN MÍNIMA ES LA VELOCIDAD MÍNIMA?

Juan Carlos Bustos V., Pamela González B. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

#### C-107

## DRENAJE VENOSO PULMONAR ANÓMALO: SERIE DE CASOS EN 14 AÑOS

Honorato M, Lería J, Terra R, Henríquez I, Rodríguez J, Marengo F, Enríquez G. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### EJEMPLOS DE CAUSAS DIVERSAS DE ANEMIA FETAL SEVERA Y UN FALSO POSITIVO ATÍPICO PESQUISADOS CON VELOCIDAD MÁXIMA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Moore P., (1) (6), Rencoret G. (2), Frez JP (1), Caro J.(1), Urzúa F.(1) Ibáñez C. (1), Zúñiga L (3), Medina L.(4), Guerra F.(5). (1)) Hospital base de Puerto Montt (2) Hospital San Borja (3) CERPO (4) Clínica Santa María (5) Universidad Austral de Chile (6) C.E.M., Puerto Montt.

#### C-109

## EVALUACIÓN DE LA FLUJOMETRÍA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS GEMELARES Y SU CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PERINATAL.

Vargas P1,2, Elicer B2, Prieto JF2, Kusanovic JP1,2, Diaz F1, Silva K1. 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### C-110

## EVOLUCIÓN DE LA FLUJOMETRÍA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS ÚNICOS Y SU CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PERINATAL.

Prieto JF1, Vargas P1,2, Kusanovic JP1,2, Ferrer F1,2, Diaz F2, Valdés R2, Martinovic C2, Silva K2. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia UniversidadCatólica de Chile. 2Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal(CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

#### C-111

#### EXPERIENCIA EN INDUCCION DE PARTO CON BALÓN DE COOK EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR

Díaz A.1, Jara A.2, Catalán A.1, Leria M.2, Acevedo M.2, Osorio F.2 1 Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Médico en programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile

#### C-112

#### EXTROFIA VESICAL CUBIERTA ASOCIADA A TRI-SOMÍA 18: DIAGNÓSTICO ANTENATAL

Autores: Diaz R1,2, Schiaffino R1,2, Rosales L1,2, Jimenez M1,2, Barria M1,2, Morales F1,2, Azevedo M1,2, Galarce V3, Salvo I3, Occhi N1,2, Malagón M1,2. 1Unidad de Medicina Maternofetal. Servicio de Ginecología Obstetricia. Hospital El Carmen de Maipú. Santiago. Chile. 2 Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae. 3Becados Ginecología Obstetricia. Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae.

#### C-113

#### FETOSCOPIA PARA SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL RE-GIONAL DE TALCA

Becker J. Araneda M. De Martini F. Fuentes F. Parra S. Sagredo Y. Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

#### C-114

#### HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Rehren K (\*) Muñoz J (1) Abarzúa F (1) Ferrada R (1) Riquelme J (2) (\*)Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de La Frontera. (1) Servicio Medicina Materno Fetal Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. (2) Hospital Clínico Punta Arenas.

#### C-115

#### IMPRESIÓN 3D EN OBSTETRICIA: MÁS QUE UNA CARITA FELIZ

Vogt S1,2, Serandour G3, Castro J3, García Huidobro T1,2, Mansilla J1,2, Rojas T1, Olate A1, Solis N1, Guerra F1,2. Institución: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina. Universidad Austral. 2 Clínica Alemana Valdivia. 3. Instituto de Diseño y Métodos Industriales, Espacio InnovING: LeufüLab, Facultad de Ciencias de la Ingeniería. Universidad Austral de Chile.

#### INDUCCIÓN CON BALÓN CERVICAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR

Reyes Paulina 1, Sáez Jaime 2, Poblete Aurora 2, Jiménez Jaime2, Lagos Angélica3. 1. Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile HCSBA. 2. Unidad de Medicina Materno Fetal HCSBA. 3. Matrona Jefa Unidad de Alto Riesgo Obstétrico HCSBA.

#### C-117

#### INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CON DI-NOPROSTONA (PROPESS®). EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE MATERNIDAD PÚBLICO DURANTE 6 MESES (INFORME PRELIMINAR)

Vega D, López M, Delgado P, Ubilla F Hospital San Juan de Dios, Santiago, RM Departamento Ginecología y Obstetricia Occidente, Universidad de Chile.

#### C-118

## INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EMBARAZO GEMELAR SEGUN CORIONICIDAD

Egaña-Ugrinovic G, Goncé A, García L, Marcos MA, López M, Nadal A, Figueras F. Maternal and Fetal Medicine Department, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic-IDIBAPS, Universitad de Barcelona, Barcelona, España.

#### C-119

#### INSUFICIENCIA RENAL CONGÉNITA SECUNDARIA AINES: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autores: Tapia F(1), Vidal F(2), Cuellar E(3), Caro G(3). (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile sede Sur (2) Interno Medicina Universidad de Chile (3) Unidad Medicina Materno Fetal Complejo Asistencial Barros Luco.

#### C-120

#### LA INMIGRACIÓN EXTERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES MATERNAS DE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN EL AREA NORTE DE SANTIAGO

Mocarquer, J. (1), Haye, M.T. (2,3, 5), Vasquez, P. (4, 5), Farías, L. (2), Gutierrez, J. (2, 4, 5) (1) Programa de formación especialidad Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago (2) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital San José (3) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Clínica Alemana de Santiago (4) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Clínica Indisa (5) Universidad de Santiago

#### C-121

#### LÁSER DE CONTACTO PARA MALFORMACIÓN ADENOMATOIDE QUÍSTICA CONGÉNITA CON HIDROPS.

Ugarte C2; Marfull C3; Yamamoto M1;Figueroa H1. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Universidad de los Andes. 2 Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 3 Interna Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### C-122

## LINFANGIOMA CERVICAL FETAL: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y PROCEDIMIENTO EXIT. (EX UTERO INTRAPARTO TREATMENT)

Lagos N 1,2, Astudillo J3, Valdivia J2, Dezerega V2, Mora X3, Ostermann P3, Hidalgo G3, Torres J4, Ilabaca I4, Correia G5, Ilabaca J1, Cabrera C1, Cornejo N1. 1.- Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2.- Departamento Ginecologia y Obstetricia Clínica Alemana de Santiago 3.- Departamento Anestesiologia Clínica Alemana de Santiago 4.- Departamento Neonatología Clínica Alemana de Santiago 5.- Departamento Cirugia infantil Clínica Alemana de Santiago

#### C-123

#### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EMBARAZO EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Fuentes F. Becker J. De Martini F Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

## MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR, DIAGNÓSTICO PRENATAL: REPORTE DE UN CASO

Acevedo M1; Jara A1; Barrios R1; Osorio F1; De La Fuente S2; Zuñiga L2; Rodriguez J G2. 1Médico en Programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### C-125

#### MANEJO CONSERVADOR DE LA PLACENTA ACRETA

Parry S., Bazán C, Longhi Daniela, Saavedra Milene. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

#### C-126

#### MANEJO DE INVIABILIDAD FETAL: "PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES"

Muñoz A., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, División de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### C-127

#### METFORMINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA COMO FACTOR PROTECTOR PARA SHE EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

Lagos N 1, Fernández J1,2, Cornejo N1,2, Vejar C2, Barrios P2, llabaca J1, García C1 1 Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2 Facultad de Medicina de Universidad Mayor

#### C-128

#### MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO PERINATAL FRENTE A EMBARAZO CON PRONÓSTICO DE LETALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

Haye, MT1,2,4; Van Dorsee1, A; Carson, C1,4; Gutiérrez, J1,3,4. (1) Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José (2) Clínica Alemana de Santiago (3) Clínica Indisa (4) Universidad de Santiago de Chile.

#### C-129

#### NEUROSONOGRAFÍA DEL CC COMO POTENCIAL BIOMARCADOR DE UN NEURODESARROLLO ANOR-MAL USANDO COMO MODELO LA RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL.

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Savchev S, Bazán-Arcos C, Puerto B, Gratacós E. BCNatal - Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), and University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### C-130

#### OCLUSIÓN TRAQUEAL EN TRES CASOS DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

Yamamoto, M1; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Figueroa, H1. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### C-131

#### PAPEL DEL RATIO CEREBRO-PLACENTARIO EN PREDECIR RIESGO PERINATAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN EN FETOS DE TAMAÑO NORMAL

Socias P1, Viveros MG1, Guiñez R1, Silva MC1, Pedraza D1, Sepúlveda A1, Parra M1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### C-132

## PARTO DIFERIDO DEL SEGUNDO GEMELO; REPORTE DE UN CASO.

Machuca M, Herrera A, Ribbeck D, González P, Bustos JC, Ramírez P. Hospital San Juan de Dios, Santiago RM. Departamento Obstetricia y Ginecología Occidente—Universidad de Chile

#### C-133

## PARTO DIFERIDO EN EMBARAZO GEMELAR: REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

Gutiérrez P, Jorge; Galleguillos C, Claudia; Silva, María Carolina; Haye, María Teresa Complejo Hospitalario San José, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa

## RANGOS DE REFERENCIA DEL ULTRASONIDO PARA EL ESPESOR PRENASAL FETAL EN LA POBLACIÓN CHILENA Y SU PAPEL COMO PRUEBA DE CRIBADO PARA ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS A LAS 16+0 - 24+6 SEMANAS DEGESTACIÓN.

Martin, D1; Viveros MG1; Socias, P1; Sepúlveda-Martínez, A1; Silva, MC1; Valdes, E1; Rencoret, G; Figueroa, J2; Parra-Cordero, M1,2. 1 Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2 Unidad Materno Fetal Hospital San Borja Arriarán

#### C-135

#### RANGOS DE REFERENCIA PARA HUESO NASAL FETAL EN POBLACIÓN CHILENA Y SU ROL EN EL CRIBADO DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS A LAS 11+0 – 13+6 SEMANAS DE GESTACIÓN.

Córdova, V1; Viveros, MG1; Sepúlveda-Martínez, A1, Muñoz, H1, Figueroa, J.2; Rencoret, G2. Parra-Cordero, M1,2. 1 Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile y 2Hospital San Borja Arriaran Hospital.

#### C-136

#### RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO HIJOS DE MADRES HAITIANAS PRESENTAN MENOR PESO QUE LOS HIJOS DE MADRES CHILENAS.

Hernández Bellolio, O., González Bugueño, P., Bustos Vidal, JC. Unidad de Ecografía y Perinatología Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile.

#### C-137

#### REDIMIENTO DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO BASADO EN DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS Y FACTORES MATERNOS.

Álvarez, S1; Arias, V1; Calvo, A1, Fuenzalida, R1; Toro, V1; Díaz, P2; Mönckeberg, M3; Illanes, S4; Venegas, P5. 1Interno Medicina, séptimo año. Universidad de los Andes. Santiago, Chile. 2 Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 3Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 4Ginecólogo, Medicina Materno Fetal. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 5EU. Clínica Dávila. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile

#### C-138

#### REGRESIÓN DE LOS SIGNOS ECOGRÁFICOS DE ARNOLD CHIARI POSTERIOR A LA REPARACION ANTENATAL DE MIELOMENINGOCELE

González P1, Márquez R1, Horlacher A2, Soto A1, Bachmann M1, Rodriguez M1, Corvalán R1. 1 Unidad de medicina materno fetal, Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile. 2 Servicio de Neurocirugía, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

#### C-139

#### RELACION ENTRE LONGITUD CERVICAL REALIZADA 20-24 SEMANAS DE GESTACIÓN Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZOS GEMELARES DOBLES EN EL HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO

Zapata N.3,4, Flores X.1,2,4, Talma M.3,4, Rocha M.1,4, Lanas C.1,4, Villagrán G.1,4, Rozas J.1,4 (1) Médico especialista Ginecología y Obstetricia (2) Médico especialista Medicina Materno-fetal (3) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción (4) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano

#### C-140

#### RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL TARDÍO: ROL DEL RATIO CEREBRO PLACENTARIO EN PREDICCIÓN DE MAL PRONÓSTICO PERINATAL.

Viveros MG1, Socias P1, González L2, Guiñez R1, Silva MC1, Tobar H1, Valdés E1, Muñoz M1, Parra M1. 1Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Unidad de Neonatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### C-141

#### RESULTADO PERINATAL Y SEGUIMIENTO A UN AÑO DE FETOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDRO-ME DE HIPOPLASIA VENTRICULAR IZQUIERDA CONTROLADOS EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE; 2008 – 2015

Osorio F., Jara A., Leria J., Acevedo M., Rosas A., Cáceres X., De la Fuente S., Enríquez G., Rodriguez J.G. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

#### RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES DE LAS MIGRANTES DE ORIGEN HAITIANO: ESTUDIO CASO-CONTROL EN UN HOSPITAL DEL AREA SUR-ORIENTE DE SANTIAGO.

Stern J,1, Tagle M.I.2, Pineda Ia, Alvarez J2, Novoa J.M22, Carrillo J.2. 1 Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado a Interna, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2 UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

#### C-143

#### RESULTADOS PERINATALES ENTRE OPERACIÓN CESÁREA ELECTIVA A LAS 38 SEMANAS CON INDI-CACIÓN DE CORTICOIDES V/S A LAS 39 SEMANAS

Dr Valdés Enrique Dra Palacios Pamela Dra Urquieta Javiera Dr Sepúlveda- Matínez Alvaro Hospital Clínico Universidad de Chile

#### C-144

#### ROL DE LA AMNIOCENTESIS EN LA INCOMPETENCIA CERVICAL CON EXPOSICIÓN DE MEMBRANAS FETALES DE SEGUNDO TRIMESTRE.

Monckeberg, Max.1,2; Valdés, Rafael3; Venegas, Pía2,4; Guajardo, Ulises5; Días, Pilar6; Schepeler, Manuel7; Nien, Jyh Kae7; Pertossi, Emiliano8; Kusanovic, Juan Pedro3; Illanes, Sebastiáng. 1Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 2Programa de Magister en Epidemiología. Departamento de Salud Pública. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 3Ginecologo. Medicina Materno Fetal. Hospital Sótero del Rio. Centro de Investigación Materno Fetal (CIMAF). Pontificia Universidad Católica. Santiago. Chile. 4EU. Clínica Dávila. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 5Interno Medicina. Facultado de Medicina. Universidad de los Andes. 6Programa de Postítulo en Ginecología y Obstetricia. Universidad de los Andes. Santiago. Chile. 7Ginecólogo. Medicina Materno Fetal. Clínica Dávila. Santiago. Chile. 8Programa de Postítulo en Ginecología y Obstetricia. Universidad de los Andes. Santiago. Chile 9Ginecólogo. Medicina Materno Fetal. Universidad de Los Andes. Chile.

#### C-145

#### ROL DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR MACROSOMIA FETAL EN EL EMBARAZO A TÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Zapata N.3,4, Flores X.1,2,4, Bertossi G.5,4, Hermosilla F.5,4, Unibazo C.5,4, Mena C.3,4, Figueroa J.1,4, Ojeda S.1,4 (1) Médico especialista Ginecología y Obstetricia (2) Médico especialista Medicina Materno-fetal (3) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción (4) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano (5) Interno de Medicina, Universidad de Concepción

#### C-146

#### ROL DE LA VITAMINA E EN EMBRIONES Y FETOS DE RATA TRATADOS CON ÁCIDO VALPROICO: ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DE LA FAMILIA HEDGEHOG

Conei, D1,2,3,4; Soler B1 & Rojas M1 1 Laboratorio de Embriología Comparada, Programa de Anatomía y Biología del Desarrollo, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2 Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. 3 Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencia, Universidad San Sebastián. 4 Becario CONICYT, PFCHA/Doctorado Nacional/2017-21170693.

#### C-147

#### ROL DEL CRECIMIENTO FETAL DURANTE PRIMER TRIMESTRE COMO PRUEBA DE CRIBADO PARA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL.

Viveros MG, Silva MC, Socias P, Sepúlveda-Martínez A, Pedraza D, Parra-Cordero M. Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### C-148

## SÍNDROME DE BANDA AMNIÓTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA TERAPIA PRENATAL.

Marfull, C; Illanes, SE; Figueroa, H; Yamamoto, M. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### TASA DE DETECCIÓN DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS CON UN MAL PRONÓSTICO VITAL ENTRE 11+0-13+0 SEMANAS

Parra-Cordero, M1,2; Aichele, D1; Marquez, N2.; Aguirre, C1; Lazarte, R1; Muñoz, H.1; Figueroa, J.2; Rencoret, G.2 Unidad Medicina Fetal 1Hospital Clínico Universidad de Chile; 2Hospital San Borja Arriarán

#### C-150

## TIEMPO MEDIO DE DESACELERACIÓN (T/2) DE LA ARTERIA UMBILICAL EN RCIU DE 25 SEMANAS O MENOS.

Hernández Bellolio, O., González Bugueño, P., Bustos Vidal, JC. Unidad de Ecografía y Perinatología Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile.

#### C-151

#### TRATAMIENTO DEL COLICO RENAL Y NEFROLITIASIS CON STENT DOBLE-J DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE 7 CASOS.

Autores: Galarce V2, Morales F1,3, Jimenez M1,3 Diaz R1,3, Barria M1,3, Rosales L1,3, Malagon M1, Salvo I2 1Unidad de Medicina Maternofetal. Servicio de Ginecología Obstetricia. Hospital El Carmen de Maipú. Santiago. Chile. 2Becados de Obstetricia y Ginecología. Hospital El Carmen de Maipú. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile

#### C-152

## UTILIDAD DE PARÁMETROS CLÍNICOS PARA LA PREDICCIÓN DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TARDÍO EN POBLACIÓN CHILENA

Díaz P., von Bischoffshausen S., Monckeberg M., Venegas P., Rice G., Illanes SE. Departamento de Obstetricia y Ginecología y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### C-153

## VALIDACIÓN EXTERNA DE ALGORITMO DE LA FETAL MEDICINE FOUNDATION PARA PREECLAMPSIA EN POBLACION GENERAL

P Socias, D Aichele, V Cordova, C Aguirre, MC Silva, A Sepúlveda, M Parra Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### C-154

## VERSIÓN EXTERNA BAJO ANESTESIA PERIDURAL E INDUCCIÓN INMEDIATA.

Yamamoto, M1; Carrillo, J2; Astudillo, J2; Kottman, C1; Figueroa, H1. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago — Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### C-155

#### VALIDACIÓN EXTERNA DE ALGORITMO DE LA FETAL MEDICINE FOUNDATION PARA PREECLAMPSIA EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

Marquez, N., Rencoret, G., Figueroa, J., Parra, M. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital San Borja Arriarán.

#### C-156

DIABETES PRE GESTACIONAL Y ASOCIACIÓN CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA FETAL EN CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO) DURANTE EL AÑO 2015.

Narváez P.1, Barrios R.1, Rodríguez J.1, Cisternas D.1, Díaz A.2 1 Centro de Referencia Perinatal Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Unidad Alto riesgo Obstétrico, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse"

## CORRELACIÓN DEL ÍNDICE PROTEINURIA/CREATININURIA CON LA PROTEINURIA DE 24 HORAS EN EL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA.

C-91

Aravena LF., Alarcón C., Valdés F., Figueroa MA. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago. Facultad de Medicina Sede Occidente, Universidad de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La preeclampsia (PE) es una de las complicaciones médicas más relevantes del embarazo, y junto con la eclampsia corresponden a la segunda causa de muerte materna en Chile. Su diagnóstico se realiza con la presencia de cifras tensionales elevadas luego de las 20 semanas de gestación, asociado a proteinuria significativa. Actualmente el gold standard para el diagnóstico de proteinuria significativa corresponde a una proteinuria mayor a 300 mg obtenidas durante 24 horas. Esta técnica presenta como inconveniente necesitar 24 horas para su toma, retrasando el diagnóstico e inicio del tratamiento. Además en pacientes que han iniciado trabajo de parto, no se logra completar la muestra. Durante los últimos años se ha planteado el uso del índice proteinuria/creatininuria (IPC), en una muestra aislada de orina, en reemplazo de la proteinuria de 24 horas (P24). Los últimos metaanálisis muestran una buena correlación entre ambas técnicas, sin embargo existe gran heterogeneidad en la precisión diagnóstica de este método.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar la correlación entre el índice proteinuria/ creatininuria con la proteinuria de 24 horas, en paciente ingresadas con sospecha de preeclampsia al Hospital San Juan de Dios (HSJD), para el diagnóstico de esta patología.

#### MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo que utilizó la base de datos de la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del HSJD. Se seleccionaron las pacientes ingresadas con sospecha de preeclampsia entre agosto del 2016 y junio del 2017 y se obtuvieron los resultados del IPC y P24 realizados

durante su hospitalización. Proteinuria significativa fue definida como 300 mg o más en una muestra de 24 horas. Se consideró IPC mayor a 0,3 como positivo. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y valor predictivo negativo para este valor. Se construyeron curvas de característica operativa del receptor (COR) y se calculó el área bajo la curva con un intervalo de confianza de 95%.

#### **RESULTADOS**

De 251 pacientes ingresadas con sospecha de preeclampsia, fueron analizadas 188 pacientes que presentaban ambos exámenes, en 88 pacientes (46%) la P24 fue significativa y en 100 pacientes (54%) la P24 fue inferior al valor de corte, descartando preeclampsia. Al comparar el IPC respecto a la P24 se obtiene una sensibilidad y especificidad de 86,4%, y 84%, respectivamente. El valor predictivo positivo y valor predictivo negativo fue de 82,6% y 87,5%, respectivamente. El área bajo la curva COR es de 0,92 (intervalo de confianza 95%, 0,88 y 0,96). El punto de corte de IPC en el que se muestra máxima sensibilidad (85%) y menos falsos negativos (9%) fue de 0,345.

#### CONCLUSIONES

El IPC en muestra aislada de orina presenta una buena correlación con la P24, permitiendo establecer el diagnóstico precoz de proteinuria significativa en pacientes con sospecha de preeclampsia, lo que permite plantear su uso en la toma de decisiones tempranas en estas pacientes.

#### CRECIMIENTO EMBRIONARIO Y PESO AL NACER. UN ESTUDIO DE CORRELACIÓN.

C-92

Marfull, C; Yamamoto, M; Illanes, SE; Nien, JK; Schepeler, M. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Clínica Dávila, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN.

El crecimiento fetal se asocia generalmente a la interacción entre factores intrínsecos e idiopáticos, lo que es detectable en etapas precoces de la gestación. Esto se ha evidenciado clínicamente en la variación del aumento de la longitud céfalo – caudal (LCC) durante la gestación. Nuestro objetivo es evaluar sí el crecimiento del primer trimestre evaluado ecográficamente se asocia con el peso al nacer.

#### MÉTODO.

Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos de pacientes evaluadas ecográficamente. Se incluyeron casos de embarazos únicos, con un embrión entre 10 y 30 mm de LCC en la primera ecografía, con una segunda evaluación realizada entre las 11-14 semanas, y el peso neonatal al momento del parto. El crecimiento embrionario se calculó como una diferencia en días de lo esperado, basado en la medición de LCC obtenida en la primera ultrasonografía. Una diferencia positiva se definió como un crecimiento embrionario sobre lo esperado al tiempo transcurrido entre las exploraciones, y una diferencia negativa representa un crecimiento menor al esperado. Estos cambios se correlacionaron con el peso fetal al nacer, estimado en Z scores.

#### **RESULTADOS.**

Se incluyeron 223 embarazos. La LCC media en la primera evaluación ecográfica fue de 17 +/- 5 mm, y en la segunda de 69 +/- 8 mm. El tiempo medio entre las exploraciones fue de 33+/-6 días. El crecimiento embrionario se calculó como 0,8 +/- 2,2 días. El crecimiento embrionario mayor de lo esperado no se correlacionó con el peso al nacer en esta población (Spearman R = 0.08 p = 0.18). Se detectó una diferencia no significativa en el Z score del peso al nacer entre aquellos con crecimiento embrionario

positivo y negativo (Mann Whitney p = 0.06).

#### CONCLUSIÓN.

No hay evidencia en nuestros datos que correlacione el crecimiento del primer trimestre con el peso al nacer, lo sugiriendo que la interacción de factores externos presentes en etapas más tardías del embarazo puede explicar de mejor manera la variación individual de peso.

# DESARROLLO CORTICAL CEREBRAL Y DEL CUERPO CALLOSO EVALUADO POR RNM COMO PREDICTORES DE NEURODESARROLLO ANORMAL A LOS 2 AÑOS EN NIÑOS NACIDOS PEG.

C-93

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Bazán-Arcos C, Couve-Pérez C, Gratacós E. BCNatal-Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### **OBJETIVO**

Evaluar las diferencias en el desarrollo cortical cerebral (DC) y del cuerpo calloso (CC) por RNM en una cohorte de fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) y controles de término, y evaluar su valor predictivo de un neurodesarrollo anormal a los 2 años.

#### MÉTODO

Se realizó una RNM del cerebro fetal a 60 PEG y 42 controles a las 37 semanas para evaluar el DC y la morfometría del CC. A los 2 años se realizó a toda la muestra el test Bayley-III para el desarrollo de lactantes y niños pequeños para evaluar las competencias congnitivas, de leguaje, motrices, emocionales-sociales y adaptativas. Se consideró un resultado anormal del test Bayley-III si uno o más dominios presentabas una puntuación <85. El valor predictivo del DC y CC se evaluó a través de correlaciones bivariables y regresiones logísticas ajustando por género, estado socio-económico, lactancia materna y edad al momento del test Bayley-III.

#### **RESULTADOS:**

Los fetos PEGs mostraron fisuras corticales más profundas, cortezas más delgadas y CC más pequeños. Presentaron además peores resultados en los dominios cognitivos, de lenguaje y motrices en el test Bayley-III comparados con controles. Las medidas del DC y CC presentaron una correlación negativa con las puntuaciones del Bayley-III, las cuales fueron particularmente significativas en varias áreas del CC. Finalmente, usando un análisis de

componentes principales, la longitud del CC, el área del cuerpo medio posterior del CC, y la profundidad de la fisura de Silvio fueron seleccionadas y se construyó un score usando estas variables, el cual mostró un valor predictivo significativo para un neurodesarrollo anormal en esta muestra..

#### **CONCLUSIÓN:**

El DC y la morfometría del CC en fetos de término tienen el potencial de predecir un neurodesarrollo anormal por lo que su rol como biomarcadores por neuroimágenes debe ser evaluado en embarazos de riesgo.

## DESARROLLO DE UN MODELO EDUCACIONAL DE SIMULACIÓN E INTERPRETACIÓN DEL MONITOREO FETAL INTRAPARTO

Autores: Mansilla J1,3, Letelier S2,3, Vogt S1,3, Garcia-Huidobro T1,3, Solis A1, Olate A1, Rojas T1, Moore P1, Díaz C1, Guerra F1,3. Instituciones: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología. 2. Instituto de Enfermería Materna. Universidad Austral. 3. Clínica Alemana, Valdivia, Chile

#### INTRODUCCCIÓN

La monitorización electrónica de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) es la principal herramienta en la evaluación del bienestar fetal intraparto. Sin embargo existen numerosas limitaciones que dificultan la enseñanza de esta técnica. Por un lado está la ley de los derechos y deberes del paciente en la cual no es posible con un consentimiento por escrito utilizar trazados de la FCF. Por otro lado, es imposible frente a una situación que parezca ominosa, continuar con el manejo sin cambios en la conducta, siendo muchas veces la toma de decisiones muy apresurada. Por último los criterios de categorización de los patrones de la FCF son variados, y no existe un criterio uniforme y que establezca en forma precisa el grado de compromiso fetal, surgiendo en este último tiempo el denominado "Indice de Reserva Fetal" (IRF), que incorpora criterios clínicos al análisis del monitoreo fetal. Basado en lo anterior nos propusimos desarrollar un modelo educacional de simulación e interpretación del monitoreo fetal intraparto, que fue aplicado a estudiantes de 5to año de medicina y de 6to semestre de obstetricia y puericultura.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

El primer paso fue desarrollar mediante el programa MATLAB, un programa computacional y dinámico de generación de trazados realistas de patrones de la FCF, y que dan además la posibilidad de cambios en línea en cualquier parte del trazado. E segundo paso fue el desarrollo de una aplicación para sistemas IOS y Androids, la cual permite estandarizar la categorización de los patrones de la FCF acorde a los criterios de la ACOG (3 niveles) y de Parer e Ikeda (5 niveles). Por último el

tercer paso fue integrar todo lo anterior en escenarios clínicos considerando el IRF, los cuales fueron aplicados a estudiantes de medicina y de obstetricia y puericultura los que debieron categorizar y autoevaluarse en relación a las competencias cognitivas (con una escala de 1-7) antes y después de la actividad. En el análisis estadístico se utilizó Test no paramétricos para muestras asociadas y no asociadas.

#### **RESULTADOS**

Los estudiantes fueron enfrentados a los escenarios clínicos donde debieron evaluar en tiempo real cada parámetro de la FCF. Utilizando la aplicación categorizaron cada situación clínica en forma permanente mientras esta simulación virtual se desarrollaba. Se observó un aumento significativo al comparar las competencias antes y después de efectuada la actividad. En el análisis de la basal antes de la actividad el puntaje logrado fue de 2.9 vs 6.28 después de aplicada la simulación. En el análisis de categorizar los diferentes tipos de desaceleraciones el puntaje aumento de 3.61 vs 6.17. Respecto a la capacidad de categorizar el trazado y la conducta, se observó un aumento de 1.69 vs 5.67. En relación al manejo clínico, 59% de los estudiantes no sometidos a esta actividad contestó bien pregunta, vs al 90 % de los estudiantes que rindieron esta actividad. Todos los aumentos fueron significativos.

#### **CONCLUSIONES**

El desarrollo de modelo educ cional integrado de simulación e interpretación del monitoreo fetal intraparto tiene un efecto significativo en el logro de las competencias del manejo de pacientes en trabajo de parto. Autores: Vogt, S1,2, Garcia-Huidobro, T1,2, Brummer, B1, Mansilla J1,2, Olate, O1, Solis, N1, Rojas T1, Moore, P1, Concha R3, Guerra F1,2. Instituciones: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal. Obstetricia y Ginecología. Universidad Austral de Chile. 2. Clínica Alemana Valdivia. 3. Nemoris Games, Valdivia, Los Rios, Chile.

#### **RESUMEN:**

#### **OBJETIVOS**

El Doppler es una herramienta fundamental en el estudio del embarazo normal y patológico. En la gran mayoría de los casos la utilización del Doppler obstétrico es efectuada por personal médico que no comprende cabalmente la física del sonido ni el uso de las diferentes opciones disponibles para optimizar las imágenes y llegar así a conclusiones apropiadas de manejo clínico. Nuestro objetivo fue desarrollar un simulador de Doppler obstétrico orientado a la evaluación de diferentes vasos fetales y maternos en condiciones normales y patológicas.

#### **MÉTODOS**

Usando Unity (un motor de juego por Unity Technologies, SF), y transformaciones de Fourier, desarrollamos una interfaz de usuario, que en una primera ventana se imita una señal de modo B y de Doppler color sobreimpuesto, en la que al colocar el cursor del Doppler se genera una señal de Doppler espectral en ondas de pulso, las cuales se muestran en una segunda ventana. El modelo cuenta además con una serie de comandos para controlar la ganancia, potencia, frecuencia de repetición de impulsos, línea cero, velocidad, arriba / abajo, frecuencia cardiaca, etc.

#### **RESULTADOS**

Logramos desarrollar un simulador de Doppler obstétrico que puede ser utilizado en computadoras portátiles para ambientes Windows y MAC. Cuando se activa el programa, el usuario ingresa a una interfaz inicial, desde la cual se direcciona a los diferentes territorios que pueden ser estudiados (arteria umbilical, arteria cerebral medial, ductus venosus y arteria uterina). El cursor Doppler puede colocarse en diferentes posiciones del vaso para obtener señales Doppler espectrales. Mediante el comando se puede modificar y trabajar en la señal del Doppler espectral. Además, en cada vaso estudiado se puede migrar de una situación de normalidad a una en que la señal reflejaría una condición patológica. Las señales simuladas fueron analizadas por especialistas y evaluadas en términos de realismo de señal y dinámica de los cambios normales y patológicos

#### **CONCLUSIONES**

Este simulador de Doppler de ecografía obstétrica cumple el realismo como modelo anatómico, fisiológico y fisiopatológico integral de un generador Doppler de ultrasonido de la circulación fetal y materna, permitiendo además practicar diferentes enfoques en condiciones normales y patológicas. Además, este simulador proporciona un entorno libre de riesgos y controlable para la capacitación médica. El siguiente paso será integrar este modelo como un objeto de aprendizaje en escenarios de enseñanza específicos.

## DESCRIPCIÓN DE UN PROGRAMA ESTRICTO DE TRATAMIENTO DE DIABETES GESTACIONAL EN UNIDAD DE ALTO RIESGO DE HOSPITAL DE CARABINEROS

Lagos N 1, Cornejo N1,2, Fernández J1,2, Vejar C2, Barrios P2, Ilabaca J1, García C1 1.- Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2.- Facultad de Medicina de Universidad Mayor

#### INTRODUCCIÓN

Diabetes gestacional (DG) se define como intolerancia a los Hidratos de Carbono diagnosticada por primera vez durante el embarazo, su tratamiento adecuado es importante para prevenir complicaciones maternas y perinatales graves.

#### **OBJETIVO**

Describir el resultado de un programa estricto en el manejo de pacientes con DG, basado intervención nutricional personalizada y controlada, junto a programa de ejercicio físico.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Cohorte prospectivo entre septiembre de 2008 a julio de 2017 en Unidad de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital de Carabineros de Chile. Se incluyeron mujeres con DG según norma MINSAL y sus RN. Las pacientes recibían evaluación por Nutriólogo perinatal con indicación nutricional específica según la paciente en cuatro comidas y dos colaciones, control glicémico diario y plan de ejercicios aeróbicos según horario; asociado a control periódico hasta 6 semanas post parto. Se realizó análisis estadísticos en media y desviación estándar o mediana y rangos según correspondiese con nivel de significación <0.05 y las comparaciones de grupo a través de T test y/o Chi2 con IC (0.95%). Correlaciones con spearman. Se usó programa GraphPad Prism 6 para Mac OSX.

#### **RESULTADOS**

La incidencia de DG fue 9.0 %, un 78.4% de las pacientes fueron tratadas con sólo dieta + ejercicio y un 21.4 % con fármacos; de estos un 56.5 % con Metformina de liberación prolongada, 26.1 % con Insulina y 17.4% con Metformina + Insulina. La edad promedio fue 32.35 años +/- 5.59 años IC (31.82-32.88), DG fue más frecuente en multíparas que nulíparas (65% vs 35%), el 50.1% tenía antecedentes familiares de DM y el 26.2 % con antecedentes personales de enfermedad metabólica. El peso al momento del diagnóstico fue 77kg (47-117) CI (68-70) y al final del embarazo 79kg (53-124) CI (79-82), con talla de 160cm (150-176) CI (160-170). Edad gestacional (EG) al diagnóstico 27 semanas (6-38) CI (26-28), con glicemia de ayuno 84 mg/dl (60-165) CI (81-86), PTGO75 de 83 mg/dl (56-150) CI (84-86) y 149 mg/ dl (150-244) CI (148-152). Hubo correlación significativa entre ambos valores de PTGO75 (p<0,001) y entre 1 PTGO75 y HBA1c (p<0,002). Las usuarias de Insulina utilizaron menos dosis cuando se asoció a Metformina (p<0,0001). Las complicaciones más frecuentes fueron: hipotiroidismo (30%), SHE (26.6%), RNPT (8.3%), promedio de HGT durante el tratamiento fue en ayunas 87md/ dl y postprandial 101mg /dl. Al momento del parto, el peso promedio fue 70kg (48-116) CI (70-72), con EG de 39 semanas (27-40) IC (38.2-38.5), un 66% cesárea, peso promedio del RN de 3.450gr, macrosómico en un 13%. HGT de RN promedio 64 (20-116) IC (62-65) y un 14.28% requirió hospitalización, principalmente por hipoglicemia (26%). En puerperio las pacientes evolucionaron sin patología metabólica en 78%, de las que evolucionaron con patología, la más frecuente fue Resistencia a la Insulina en un 55%.

#### CONCLUSIÓN

La incidencia de DG fue menor a la nacional (9.7%), el uso de farmacos fue menor que el publicado nacional e internacionalmente, donde el 80 % logra estabilización sólo con dieta y ejercicios lo que traduce menores costos y riesgos. La complicación materna más frecuente

pero sin relación con la patología fue hipotiroidismo, seguida por SHE lo que nos corrobora la estrecha relación fisiopatológica entre ambas patologías. El promedio de HGT de las pacientes nos muestra que el objetivo metabólico fue logrado, y pocos RN requirieron hospitalización. En cuanto al peso, se observó que en el puerperio logran bajar la ganancia de peso ganado en el embarazo, y que la mayoría de las pacientes evoluciona sin patología metabólica. Nuestros resultados avalan el uso de un programa estricto y controlado en el manejo de DG.

## DETERMINACIÓN DE NIVELES PLASMÁTICOS DE ÁCIDOS BILIARES TOTALES (ABT) EN PACIENTES CON COLESTASIA DEL EMBARAZO (CIE), HOSPITAL HERNÁN HENRIQUEZ, DE TEMUCO, ARAUCANÍA.

C-97

Abarzúa F, Urra C, Ferrada R, Munoz J, Sepúlveda J, San Martin N, Acuna M, Gallardo R, Marín F, Carreño G, Escobar L. Servicio Medicina Materno Fetal y Subdepto Laboratorio Clínico Hospital Hernán Henriquez Aravena, Temuco, Región Araucanía.

#### INTRODUCCIÓN:

CIE afecta al 1-2% de embarazos. La vigilancia fetal tradicional no ha reducido las complicaciones. Niveles de ABT sobre 10 uMol/Lt en ayuno es compatible con CIE y sobre 40 uM/lt seleccionan al grupo alto riesgo de parto prematuro, muerte fetal, meconio, distress respiratorio. No existen estudios en Chile de medición ABT en pacientes con CIE. Se presenta estudio piloto que mide niveles ABT en CIE.

#### PACIENTES Y MÉTODO

Entre 21/04 a 21/07/17, 40 embarazadas en control en ARO se le midieron niveles de ABT en ayunas (34 con dg clínico de CIE, y 6 con otras patologías y sin CIE). Se midieron con Reactivo Multigen, en equipo Architect (Abbott Laboratories) por método enzimático colorimétrico, a 548 nm. El intervalo de medición analítico del ensayo MULTIGENT, Ácidos Biliares es de 1,0 µmol/L a 200,0 µmol/L. A tres pctes que tenían mala historia por CIE y CIE en embarazo actual, con niveles elevados de ABT, se les midió además, ABT post-parto.

#### **RESULTADOS**

En 34 pctes con dg clínico de CIE el promedio de ABT fue 43 uM/lt, (5 a 255) y en 6 pctes sin CIE y con otras patologías fue 7 uM/lt. (4 a 10) (p<0,05). Hubo 8 pctes con prurito PP y niveles normales de ABT (sobrediagnóstico). Los ABT se normalizaron post parto en 3 pctes con CIE con niveles previos muy elevados.

#### **CONCLUSIONES**

Es posible medir ABT. Datos iniciales muestran que pctes con CIE tienen niveles de ABT más elevados que pctes sin CIE. Los niveles de ABT en CIE se normalizan post parto. ABT permite apoyar diagnóstico de CIE en pctes con prurito PP. Proponemos integrar esta herramienta en manejo de todas las pctes con sospecha de CIE en nuestro país, para diagnóstico y pronóstico. Y una vez incorporado en Chile, rediscutir el manejo de CIE en la Guía Nacional.

#### Referencias

- 1. Role of bile acid measurement in pregnancy. Walker A, Nelson-Piercy C, Willamson C. Ann Clin Biochem 2002; 39(Pt2): 105-13
- 2. Association of severe intrahepatic cholestasis of pregnancy with adverse pregnancy outcomes: a prospective population-based case-control study. Victoria Geenes, Lucy C. Chappell, Paul T. Seed, Philip J. Steer, Marian Knight and Catherine Williamson Hepatology 2014 Apr;59(4):1482-91
- 3. Bile acid levels and risk of adverse perinatal outcomes in intrahepatic cholestasis of pregnancy: a meta analysis. Donghua Cui, Yongxing Zhong, Lin Zhang. J Obstet Gynecol Res 2017 Jul 10. doi: 10.1111/jog.13399

# DIABETES PRE GESTACIONAL Y ASOCIACIÓN CON C-98 MALFORMACIONES CONGÉNITAS: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA FETAL EN CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO) DURANTE EL AÑO 2015.

Narváez P.1, Barrios R.1, Rodríguez J.1, Cisternas D.1, Díaz A.2 1 Centro de Referencia Perinatal Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Unidad Alto riesgo Obstétrico, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse"

#### INTRODUCCION

La diabetes pre gestacional mal controlada se asocia a malformaciones congénitas. Para disminuir los riesgos el manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario. El Ministerio de Salud (MINSAL) recomienda un seguimiento clínico y ecográfico estricto en la diabetica pregestacional.

#### **OBJETIVO**

Establecer la proporción de embarazadas diabéticas pre gestacionales que recibieron evaluación ecográfica y ecocardiográfica en el CERPO, de acuerdo a la norma del MINSAL.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizó el total de pacientes que cursaron con diabetes durante el embarazo, resueltas entre el 01 de enero del 2015 y el 31 de diciembre del 2015, para esto se analizaron 5.451 fichas clinicas de recien nacidos (RN), base de datos CERPO y del Hospital Dr. Luis Tisné.

#### **RESULTADOS**

El 12% de los RN fueron hijos de madre diabética, de estas el 10 % correspondió a diabeticas pregestacionales. Un 90% de las embarazadas con diabetes pregestacional recibieron atención en CERPO. 10 % presentó alguna malformacion congénita.

#### CONCLUSIÓN

Existe un alto cumplimiento de la normativa MINSAL en el seguimiento ecografico de la diabética pre gestacional. Se detectó un 10 % de malformaciones congénitas en diabéticas pregestacionales

### DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE HERNIA HIATAL CONGÉNITA; REPORTE DE UN CASO

C-99

Ferrer F1, Pertossi E2, Muñoz A2, Paredes E3, Poblete JA1 1Unidad Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 2Programa Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Médico Cirujano

#### INTRODUCCIÓN

La hernia hiatal congénita (HHC), se caracteriza por la herniación de órganos abdominales, con mayor frecuencia del estómago, a través de la unión gastroensofágica hacia la cavidad torácica. El diagnóstico prenatal es inusual y en la literatura solo se han reportado ocho casos de diagnóstico prenatal de esta anomalía. La hernia hiatal congénita generalmente no es considerada dentro del diagnóstico diferencial de anomalías quísticas del torax.

En este trabajo se presenta el caso clínico de un paciente con hernia hiatal congénita diagnosticada a través de Resonancia Nuclear Magnética en un embarazo de término con sospecha de hernia diafragmática en sus estudios ecográficos previos.

#### **CASO CLÍNICO**

Primigesta de 21 años sin antecedentes médicos ni quirúrgicos relevantes. Controles prenatales realizados en Talca. Ecografía a las 21 semanas con anatomía aparentemente normal. En su control ecográfico de las 34 semanas se pesquisa burbuja gástrica en el hemitórax izquierdo sin desplazamiento mediastínico, observación de hernia diafragmática izquierda. A las 37 semanas se pesquisa un OHA por lo que se decide el traslado a Santiago para resolución del embarazo. Al ingreso en el Hospital Clínico UC se realiza una evaluación ecográfica en donde se pesquisa un feto en cefálica, 2.586grs, percentil 10 A-P, OHA. Se observa imagen quística retro-mediastínica que no desplaza este. Ambos parénquimas pulmonares conservados sin otros hallazgos patológicos. Se realiza RNM fetal describiéndose como; Lesión quística ubicada en mediastino posterior que impresiona corresponder a la cámara gástrica volvulada y probablemente al duodeno

proximal en el contexto de una hernia mediastínica hiatal. No se demuestra evidencia de hernia diafragmática ni hipoplasia pulmonar significativa. Inicia trabajo de parto espontaneo a las 37+4 semanas. Se obtiene RN femenino, 3.28 ogrs, Apgar 8-9. Requiere oxigenoterapia las primeras 9 horas de vida. Se realiza estudio contrastado que confirma el diagnóstico HHC. Al examen físico se evidencia hiperlaxitud e hiperelasticidad. Al tercer día de vida se realiza reparación quirúrgica del defecto. Evoluciona favorablemente. Se realiza biopsia de piel en donde se pesquisan fibras colágenas con cambios estructurales y signos de fagocitosis de fibras elásticas compatible con Cutis Laxa.

#### DISCUSIÓN

La HHC es infrecuente y rara vez diagnosticada en el período antenatal, por lo que debe ser incluido dentro de los diagnósticos diferenciales de las malformaciones quísticas torácicas. En todos los casos reportados de HHC, esta fue identificada en el III trimestre del embarazo. Es posible que esto se deba a que el feto es incapaz de desarrollar una presión suficiente como para dilatar el estómago a nivel torácico. La presencia de HHC se asocia a algunos trastornos del tejido conectivo tales como síndrome de Ehlers-Danlos, cutis laxa y síndrome de Marfan. La presencia de una masa intratorácica quística central, sin desplazamiento del mediastino, el ecografista debe considerar la posibilidad de una HHC además de los diagnósticos diferenciales tales como hernia diafragmática, quistes bronquiales y la malformación adenomatosa quística.

## DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN UN CENTRO TERCIARIO CON ECOGRAFÍA A DISTINTO NIVEL

C-100

Dra. Jocelyn Sterni, Dr Andres Ruzi, Dra. Magdalena Honoratoz, Francisca del Pozoa, Dr. Julio Alvarezz, Dr Felipe Jordanz, Dr. José Novoa i Becado ginecología obstetricia CAS-UDD a Interna facultad de medicina clínica alemana- universidad del desarrollo 2 UCG de la mujer y el RN Hospital Padre Hurtado y Facultad de medicina Clínica alemana- Universidad del Desarrollo

#### **ABSTRACT**

#### INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas son la principal causa de muerte neonatal precoz en nuestro medio; en la mayoría de los casos corresponden a cardiopatías congénitas mayores. Las cardiopatías congénitas tienen una incidencia de 8/1.000 recién nacidos vivos, correspondiendo la mitad de ellas a cardiopatías congénitas mayores. Una de las intervenciones recomendadas para reducir la mortalidad de este grupo de niños es evaluar rutinariamente la anatomía del corazón fetal mediante ecografía obstétrica, para planificar la atención neonatal, de aquellos fetos con cardiopatías congénitas, en el momento y lugar más oportuno.

#### **OBJETIVO**

Determinar la capacidad diagnostica de cardiopatías congénitas en un hospital de mediana complejidad como el Hospital Padre Hurtado, San Ramon, Chile.

#### MÉTODO

Se analizaron las cardiopatías congénitas con diagnostico post natal entre enero 2011 y enero 2017, en el Hospital Padre hurtado, para luego analizar cuantas de estas tenían diagnostico ecográfico antenatal. Se realizó cálculo de sensibilidad y especificidad en nuestro centro.

#### **RESULTADOS**

Se diagnosticaron 152 cardiopatías en periodo post natal de las cuales 120 tenían ecografías realizadas en nuestro servicio durante el embarazo. De estas se detectaron 36 cardiopatías congénitas. De un universo total de 7330 ecografías realizadas en el periodo en el servicio se realizó una tabla de 2x2 para cálculo de sensibilidad y especificidad.

#### CONCLUSIÓN

Nuestra sensibilidad en detección de cardiopatías es de 26%, mientras que nuestra especificidad es de 98,8%. Los valores de especificidad reportados en la literatura son bastante uniformes y por lo general mayores al 95%. Sin embargo, las tasas de sensibilidad son muy variadas. Esto último se explica probablemente por las diferencias en el diseño de los trabajos, grupo de estudio (alto o bajo riesgo), tipo de equipo médico o técnico que realiza el examen (ecografía nivel I, obstetras entrenados en ecografía 3º nivel, en ecocardiografía fetal, cardiólogos pediátricos, etc.), diferentes edades gestacionales, etc.

## DIAGNÓSTICO PRENATAL DE TERATOMA SACROCOCCÍGEO EN UNA GESTACIÓN GEMELAR BICORIAL BIAMNIÓTICO: REPORTE DE UN CASO

C-101

Acevedo M1; Jara A1; Osorio F1; De La Fuente S2; Cisterna D2; Rodriguez J G2. 1Médico en Programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores de las células germinales son poco frecuente. El teratoma sacrococcígeo (TSC) es el tumor solido más frecuentemente diagnosticado en los recién nacidos, con una incidencia de 1 en 27.000 y en general son benignos; sin embargo, los elementos malignos pueden estar presentes y su frecuencia aumenta con la edad. La mayoría se identifica en el embarazo y su seguimiento ecográfico en forma seriada es un componente fundamental para su plan de tratamiento. Altman los clasifica según si es un tumor externo o interno, donde I es principalmente externo y IV es completamente interno, pudiendo comprometer vejiga y recto. Los fetos también pueden presentar cardiomegalia secundaria a la derivación vascular e incluso hidrops y falla cardiaca, con alta letalidad. La resonancia magnética puede caracterizar con mayor precisión la extensión pélvica. Su resolución es quirúrgica idealmente con resección completa para prevenir la recurrencia, se describen tratamiento intrauterino con ablación láser, en casos seleccionado. En presencia de elementos malignos se recomienda quimioterapia previa a la cirugía.

#### **MÉTODO Y RESULTADOS**

Estudio descriptivo reporte de caso. Revisión de ficha clínica electrónica FileMarkerPro, con consentimiento informado. Primigesta, 23 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo gemelar bicorial biamniótico (corionicidad confirmada con ecografía precoz), de 15+3 semanas a su ingreso a CERPO. Al control ecográfico de 23+4 semanas, se pesquisa en feto B, a nivel sacro e intrapélvico, imagen quística, sin vascularización al

doppler, 17x29mm, con columna y cono medular cerrados, sugerente de TSC. El diagnóstico se confirma mediante resonancia magnética, que además descarta lesión de tubo neural. Durante seguimiento ecográfico ha presentado crecimiento del teratoma hasta 42x37 mm, sin hidroureteronefrosis ni alteraciones ecocardiograficas.

#### CONCLUSIÓN

Los TSC son los tumores más frecuentes de los recién nacidos. La mayoría de los casos diagnosticados prenatalmente con histología benigna. El diagnóstico y seguimiento ecográfico seriado son fundamentales para detectar precozmente complicaciones que puedan desembocar en insuficiencia cardíaca o la muerte fetal.

En la bibliografía solo hay 5 revisiones desde 1985 respecto a TSC en embarazo gemelar, 4 de ellos corresponden a reporte de casos aislados, incluyendo el de una gestante chilena controlada y manejada en España (Abascal, 2014). Por este motivo nos parece interesante presentar nuestra realidad local reportando un caso de un feto con TSC en una gestación gemelar y su manejo.

## DIAGNÓSTICO PRENATAL INVASIVO DE CROMOSOMOPATÍAS: EXPERIENCIA DELSERVICIO MEDICINA MATERNO FETAL (SMMF) HOSPITAL HERNÁN HENRIQUEZ (HHHA), TEMUCO, ARAUCANÍA.

Abarzúa F, Sepúlveda J, Sanhueza R, Montecino F, Ferrada R, Muñoz J, San Martin N. Servicio Medicina Materno Fetal Hospital Hernán Henriquez Aravena, Temuco, Región Araucanía.

#### INTRODUCCIÓN

Las alteraciones cromosómicas (AC) son resultado del cambio en número o estructura de los cromosomas. Se asocian frecuentemente a malformaciones fetales y restricción de crecimiento (RCF), y son una de las principales causas de mortalidad perinatal. Araucanía es una de las regiones más pobres del país. El HHHA tiene 5.500 partos al año. La mayoría de las embarazadas no cuenta con tamizaje entre 11-14 semanas. La sospecha de AC se hace durante evaluación morfológica en segundo/tercer trimestre. 40% de ellas son despúes de las 24 semanas. El SMMF cuenta con especialistas MMF y cardiólogos infantiles. Ante pesquisa de malformaciones que puedan asociarse a AC se les propone amniocentesis genética (AMCT-G). Se presenta experiencia del año 2016 en Hospital Regional de Temuco.

#### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Período 01/01/16 al 31/12/16. Del total de ecografías de segundo/tercer trimestre del HHHA en que se pesquisaba malformaciones fetales, si se sospechaba una de mal pronóstico vital (MMPV) se le planteaba AMCT-G para orientar manejo perinatal. Hubo 19 casos de síndromes malformativos en que se les planteó realizar AMCT-G. Las 19 pacientes consintieron. Se realizó bajo visión ecográfica. Las muestras de líquido amniótico fueron enviadas al Hospital Clínico de la Universidad de Chile para cariograma. En pacientes Rh - se administró inmunoglobulina anti-D de manera profiláctica. El tiempo de espera de los resultados es aproximadamente 30-40 días.

#### **RESULTADOS**

De las 19 amniocentesis realizadas, un 37% (7/19) mostró una AC. La aneuploidia más frecuente fue la trisomía 18 (3 de 7 pacientes; 42% de las AC, y 16% del total de muestras), seguido de trisomía 21 con un 5,2%. De las 19 pacientes, el hallazgo ecográfico más frecuente fue RCF severa precoz (10/19 53%), y los sistemas más comprometidos: SNC (8/19; 42%) y cardíaco (7/19; 36%). El 85% (6/7) de los casos de AC tenía cardiopatía. El 57% de AC (4/7) tenía malformación de SNC. No hubo complicaciones asociadas al procedimiento de AMCT-G.

#### DISCUSIÓN

En nuestro medio el tamizaje de aneuploidías en 11-14 semanas es muy infrecuente y debiese aumentar. Se realiza pesquisa de malformaciones en segundo/tercer trimestre y la posibilidad de AMCT-G es limitada por alto costo (del cariograma). Por ello se le plantea a una paciente exclusivamente frente a sospecha de MMPV. Eso explica el reducido N° de procedimientos para la cantidad de partos, y el alto porcentaje de AC encontradas (37%) en comparación a experiencia internacional con amplio tamizaje de 1° y 2° trimestre y sin limitación económica para AMCT-G (2,8% – 10% de AC). La más frecuente en nuestra serie fue efectivamente MMPV (T18). Cabe destacar, que en 63% de síndromes malformativos graves, el cariograma fue normal, lo que reafirma importancia de contar con herramientas diagnósticas genéticas (invasivas y no invasivas) en los Servicios de Medicina Materno Fetal del país

.Referencias: 1.- Retrospective analysis of 4761 cases who underwent amniocentesis in Southeast China. Helhua T, Jianping X. J Obstet Gynecol 2017 2.- Practice bulletin No. 163: screening for fetal aneuploidy. Obstet Gynecol 2016; 127(5):e123–37. 3.- Randomised trial to assess safety and fetal outcome of early and midtrimester amniocentesis. The Canadian Early and Mid-trimester Amniocentesis Trial (CEMAT) Group. Lancet 1998;351:242–7. (Level I) 3.-

### DIFERENCIAS EN CUERPO CALLOSO EVALUADO POR RNM EN PEG DE TÉRMINO Y SU ASOCIACIÓN CON NEUROCOMPORTAMIENTO.

C-103

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Couve-Pérez C, Figueras F, Gratacós E. BCNatal-Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar el cuerpo calloso (CC) por RNM en fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) de término comparado con controles y su asociación con el resultado neuroconductual.

#### MÉTODO:

Se evaluaron 117 fetos PEG y 73 controles con Doppler umbilical normal usando un resonador 3T a las 37 semanas, obteniendo la adquisición HASTE T2 en los tres planos ortogonales. La longitud, espesor, área total y sub-áreas según Witelson del CC fueron ciegamente evaluados por delineación semi-automática. Todas las medidas fueron corregidas por el índice cefálico. El comportamiento neurológico neonatal fue evaluado con la Escala de Evaluación del Comportamiento Neonatal (NBAS) a las 42 ± 1 semanas.

Los análisis estadísticos se realizaron mediante análisis multivariable de covarianza ajustados según sexo, tabaquismo materno e índice de masa corporal.

La asociación entre las medidas del CC y las puntuaciones de NBAS en PEGs se evaluó por regresión ordinal teniendo en cuenta las mismas covariables más la edad al realizar el test, considerando como variable dependiente la cantidad de clusters del test bajo el percentil 5.

#### **RESULTADOS**

Los fetos PEG presentaron significativamente una menor área total del CC (PEG:1.3996 ± 0.26 vs. controles: 1.664 ± 0.31; p<0.01) y menores sub-áreas a nivel de la rodilla, cuerpo rostral, cuerpo medio anterior, cuerpo medio posterior, istmo y esplenio del CC. En general encontramos una asociación significativa entre un menor tamaño total y de las sub-áreas del CC con un peor neurocomportamiento en recién nacidos PEGs; especialmente áreas más pequeñas totales del CC (p=0.03), del rostrum (p=0.02), rodilla (p=0.03), cuerpo rostral (p=0.02), cuerpo medio anterior (p=0.03) y esplenio (p=0.03) tuvieron un efecto negativo a nivel del número de clusters anormales en el test NBAS.

#### CONCLUSIÓN

El desarrollo del CC se encuentra significativamente alterado en PEGs de término y se correlacionó con un peor rendimiento en el neurocomportamiento neonatal. El CC debe ser explorado más a fondo como un potencial biomarcador para predecir un neurodesarrollo anormal en embarazos en riesgo.

#### DOPPLER DE ARTERIA UMBILICAL EN FETOS CON TRISOMÍA 21

C-104

Juan Carlos Bustos (1), Waldo Sepúlveda (2). (1) Unidad de Perinatología, Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile. (2) Fetalmed. Universidad de Santiago de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

la aneuploidia más común entre los recién nacidos vivos es la trisomía 21 o Síndrome de Down, en estos niños el crecimiento esta disminuido, se describe una frecuencia de 25-36% de RCIU. Nuestro grupo de trabajo ha descrito un nuevo índice de impedancia placentaria: el tiempo medio de desaceleración (t/2) que demuestra ser útil para el diagnóstico de insuficiencia placentaria en fetos euploides. El objetivo del estudio es analizar la resistencia placentaria y el posible papel de la insuficiencia vasculoplacentaria en la etiología del RCIU en fetos con trisomía 21.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo y transversal en pacientes del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios, Universidad de Chile en fetos con trisomía 21, se realizó doppler en arteria umbilical y se midió Índice de pulsatilidad y t/2, se agruparon las mediciones en grupos: menos de 20 semanas, 20-24 semanas, 25-29 semanas, 30-34 semanas y más de 35 semanas. Los pesos de nacimiento de los fetos se catalogaron según la tabla de Alarcón-Pittaluga.

#### **RESULTADOS**

Se identificaron 54 fetos con trisomía 21 en que se realizaron 127 mediciones. En el global, el t/2 y el PI estaban alterados en el 69.3 % y el 61.4 % respectivamente de las mediciones; según rangos de edad gestacional se observa que la incidencia de t/2 alterado aumenta con la edad gestacional desde un 31.3 % en el grupo de fetos entre 15 a 20 semanas, hasta 90 % en el grupo sobre 36 semanas (p<0,01), una tendencia similar se observa respecto al PI: 37.5 % y 75% en los mismos grupos (p<0.05).La clasificación de los pesos fueron: 14 recién nacidos (30.4 %) eran RCIU, 9 grandes para la edad (16.7%) y 31 adecuados para la edad gestacional

(57.4%). Los 14 niños con RCIU tenían el t/2 alterado (100 %), en los niños con crecimiento normal o grande tenían un 80% de t/2 alterado. El z-score promedio de t/2 estaba muy alterado (-2.17), pero el crecimiento fetal esta levemente disminuido con z-score promedio de peso de - 0,21.

#### DISCUSIÓN

Nuestro estudio demuestra que los fetos con trisomía 21 tienen insuficiencia placentaria demostrada por el gran porcentaje de doppler umbilical alterado; además la incidencia de doppler umbilical alterado aumenta con la edad gestacional. Sin embargo, en estos fetos, la insuficiencia placentaria produce una caída discreta en el crecimiento. Esto sugiere que - al contrario de lo previamente supuesto- la mayoría de los fetos con trisomía 21 tendrían un mayor potencial de crecimiento que los fetos euploides,

## DOPPLER DE LAS ARTERIAS UTERINAS EN EL II TRIMESTRE COMO PREDICTOR DE RESTRICCION DE CRECIMIENTO FETAL Y PREECLAMPSIA; REALIDAD LOCAL

Parrao G.2; Ferrer F.1; Passalacqua I3.; Durán R.1; Tsunekawua H.1; Robles C.1; Poblete JA.1 1Unidad Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Programa de Sub-espacialidad Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 3Programa Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Una invasión trofoblástica defectuosa determina el riesgo de desarrollar patologías graves durante el embarazo como preeclampsia (PE), restricción de crecimiento fetal (RCF) y otros resultados perinatales adversos. El Doppler de las arterias uterinas (DAUt) es la forma de evaluar la irrigación útero placentaria y determinar que pacientes se pueden encontrar en riesgo de desarrollar dichas patologías. La alteración del DAUt en el II trimestre se ha relacionado con la posibilidad de desarrollar RCF en hasta un 20% y de PE en un 40%. El presente estudio tiene como objetivo evaluar la presencia de DAUt alterado en población local no seleccionada y su relación con el desarrollo de RCF y PE durante el embarazo.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio retrospectivo de los registros ecográficos de la unidad de ultrasonografía obstétrica del Hospital Clínico UC-Christus desde el año 2006 al 2016. En las pacientes con DAUt alterado (IP promedio > del p95 para la EG) en la ecografía de las 20 a 24 semanas, se analizó el número de pacientes que desarrolló RCF durante el embarazo, alteraciones del Doppler de la arteria umbilical (AU) y presencia de redistribución hemodinámica fetal (Vasodilatación de la arteria cerebral media (ACM) y oligohidroamnios (OHA)). Además, se analizó de acuerdo al registro en ficha clínica el uso de ácido acetil salicílico en pacientes con DAUt alterado en el II trimestre, edad gestacional (EG) al momento

de la interrupción del embarazo y Vía de Parto.

#### **RESULTADOS**

De un total de 5628 ecografías entre las 20 y 24 semanas realizadas entre los años 2006 al 2016 en la unidad de ultrasonografía, se encontraron 411 pacientes (7,3%) con DAUt Alterado. En este subgrupo de pacientes, el 12,1% (50/411) desarrollaron RCF en el II o III trimestre de gestación con una mediana al momento del diagnóstico de 31 semanas. En el subgrupo de pacientes que desarrollaron una RCF, el 40% (20/50) utilizó ácido acetil salicílico durante el embarazo. En un tercio de los fetos con RCF (14/50), presentaron alteración del Doppler de la AU y signos ecográficos de redistribución hemodinámica (Vasodilatación de la ACM). Mientras que un 20% (10/50) presentó OHA en el seguimiento de estos pacientes. De las pacientes con RCF un 76% (38/50) tuvo parto por Cesárea y un 24% (12/50) parto vaginal. De las pacientes con DAUt alterado, un 11,4% (47/411) desarrollaron PE durante el curso de su embarazo con una mediana al momento del diagnóstico de 36 semanas. El 60% (28/47) de estas pacientes utilizaron aspirina durante la gestación. 10 pacientes (2,4%) desarrollaron ambas patologías durante el curso del embarazo (RCF + PE) con una mediana al diagnóstico de 29 semanas. La EG de interrupción en el subgrupo de pacientes con RCF fue de 36 semanas (mediana) y de 38 semanas (mediana) en los pacientes sin RCF.

#### CONCLUSIÓN

Como es posible observar, al utilizar solo el Doppler de las arterias uterinas entre las 20 y 24 semanas de gestación, la capacidad predictiva de aparición de RCF como de PE es modesta. Ninguna prueba por si sola es capaz de predecir estas condiciones (RCF y PE) con la suficiente precisión para ser clínicamente útil. Por lo tanto, es necesario implementar el uso de una combinación de pruebas dentro de modelos multiparamétricos con el fin de mejorar la capacidad predictiva de estas patologías. Una predicción exacta tanto de PE como de

RCF, permite una asignación más eficiente de recursos para la monitorización, seguimiento y probablemente una mejoría de resultados maternos y perinatales.

## DOPPLER UMBILICAL: ¿CUAN MÁXIMO ES LA VELOCIDAD MÁXIMA Y CUAN MÍNIMA ES LA VELOCIDAD MÍNIMA?

C-106

Juan Carlos Bustos V., Pamela González B. Departamento de Obstetricia y Ginecología. Hospital San Juan de Dios. Universidad de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

El Doppler umbilical es el gold standard para la evaluación del bienestar fetal, se mide actualmente por el índice de pulsatilidad (IP), otras medidas del doppler umbilical también pueden ser útiles, en el estudio actual presentamos tablas de normalidad para el peak de velocidad sistólica máxima (VSM) y velocidad diastólica mínima

(VDM).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio prospectivo de corte transversal, se eligieron pacientes con embarazos fisiológicos, feto único, entre 11 y 41 semanas, se midió el doppler umbilical y se calcularon los percentiles 5 y 95 para la VSM y la VDM.

#### **RESULTADOS**

Se estudiaron 877 fetos, se muestran las curvas y tablas para VSM y VDM, ambos parámetros tenían una curva polinómica y aumentaban con la edad gestacional.

#### DISCUSIÓN

La onda doppler en arteria umbilical se evalúa universalmente por el IP, sin embargo esta onda entrega mayor información que requiere otros parámetros, se han descrito otras medidas que pueden ser útiles en situaciones especiales (por ej. tiempo medio de desaceleración en bradicardia fetal).

Las curvas descritas aquí pueden ser utilizadas para evaluar fetos con hiperdinamia fetal como la evaluación del feto receptor de una transfusión fetofetal o hipovolemia fetal como las RCIU severas, además de un índice de control de calidad en casos con ángulo de insonación sobre 45 grados.

Honorato M, Lería J, Terra R, Henríquez I, Rodríguez J, Marengo F, Enríquez G. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

El drenaje venoso pulmonar anómalo es la falta de conexión entre venas pulmonares y aurícula izquierda, ya sea de forma parcial (DVPAP) o total (DVPAT). El drenaje puede ser en la aurícula derecha o al drenaje venoso sistémico. Se estima que corresponde al 1% de las malformaciones cardiacas, se asocia con otras cardiopatías graves y malformaciones extracardíacas.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio retrospectivo, descriptivo. Se revisaron todos los casos ingresados a CERPO entre enero de 2003 y junio de 2017, seleccionando aquellos con sospecha prenatal de DVPAP o DVPAT. Se revisaron fichas de embarazo, ecografías prenatales, evoluciones y epicrisis de Neonatología y ecocardiografías post natales.

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 35 casos con sospecha prenatal de DVPAP o DVPAT, que fueron confirmados postnatalmente. En 23 casos (66%) el diagnóstico postnatal fue DVPAP y en 12 casos DVPAT (34%). Los casos confirmados correspondieron al 3% de todos los ingresos por malformaciones cardiacas en el tiempo estudiado, 67% fueron derivados de otros servicios de salud del país. No hubo asociación significativa a morbilidad materna, consumo de tabaco, alcohol o drogas. El 20% de los casos se asoció a isomerismo auricular (85% de

ellos isomerismo derecho) y en todos los casos se encontró otro tipo de cardiopatía compleja. En el 34% la principal alteración descrita fue la hipoplasia de VI, en el 17% canal AV, en el 11% la hipoplasia de VD, y el resto de los casos se asoció a transposición de grandes arterias, tronco arterioso, coartación aórtica, doble salida de ventrículo derecho, síndrome de simitarra, entre otros, cada uno en menos del 5%. Los sitios de

drenaje descritos fueron: lado derecho de una aurícula única (12%), aurícula derecha (6%), VCS (6%), VCI (6%), VCSI, seno coronario y vena de Marshall (cada una un caso). El 40% de los casos confirmados se asociaron a malformaciones extracardíacas, destacando las asociadas al situs inverso abdominal, onfalocele, hernia diafragmática, mega cisterna magna, malformación de extremidades, entre otras. En el 20% se realizó estudio genético prenatal, resultando todos normales, excepto dos casos de trisomía 18. Hubo tres casos de óbito fetal, entre las 30 y 37 semanas. El promedio de EG al parto entre los nacidos vivos fue de 37+3 semanas (32 a 40 semanas), con un PN promedio de 2910 g (1245 a 4790g), el 11% fueron PEG, 13% tuvieron APGAR menor a 7 a los 5 minutos. Entre todos los pacientes con confirmación del diagnóstico de DVPA total o parcial, el 25% murió dentro del primer mes de vida (1 a 12 días), y se logró contactar al 80% al año de vida. De ellos sólo estaba vivo el 32% (25% del grupo total), ninguno de los casos con diagnóstico confirmado de DVPAT.

#### **CONCLUSIONES**

El drenaje venoso pulmonar anómalo parcial o total corresponde a una malformación poco frecuente, por lo que su diagnóstico es un desafío. Como se observó en nuestra serie todos los casos se asociaron a cardiopatías complejas y además presentan una alta mortalidad neonatal e infantil. Es por esto que se hace imprescindible mejorar la pesquisa prenatal y optimizar su manejo en centros de alta complejidad sobre todo el DVPT que es una de las pocas emergencias cardioquirúrgicas del recién nacido.

## EJEMPLOS DE CAUSAS DIVERSAS DE ANEMIA FETAL SEVERA Y UN FALSO POSITIVO ATÍPICO PESQUISADOS CON VELOCIDAD MÁXIMA DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA

Moore P., (1) (6), Rencoret G. (2), Frez JP (1), Caro J.(1), Urzúa F.(1) Ibáñez C. (1), Zúñiga L (3), Medina L.(4), Guerra F.(5). (1)) Hospital base de Puerto Montt (2) Hospital San Borja (3) CERPO (4) Clínica Santa María (5) Universidad Austral de Chile (6) C.E.M., Puerto Montt

#### INTRODUCCIÓN

La anemia fetal es una enfermedad poco frecuente pero seria. Las causa más comunes son la aloinmunización y el Parvovirus B16, pero existen otras se deben sospechar: hemorragia feto materna, tumores fetales y otros. En fetos en riesgo el test de pesquisa es la velocidad sistólica máxima (vm) de arteria cerebral media. Y la terapia por transfusión intrauterina (TIU) puede lograr hasta 90 % de sobrevida.

#### **MYMÉTODOS:**

Serie retrospectiva de casos clínicos con sospecha de anemia fetal severa por diversas causas.

#### **RESULTADOS:**

1) Primigesta de 25 años, en examen morfológico de 21 semanas se pesquisa tumor abdominal alto de 21 por 22 mm. Diagnóstico diferencial hemangioma hepático versus nefroma mesoblástico. RM: nefroma mesoblástico. Crecimiento progresivo importante. 32 semanas + 5 días, disminución de movimientos fetales, vm 68 cm/seg, sobre 1.5 MoM. Sin hidrops, ductus venoso normal. Se plantea Hemangioma hepático, hemorragia intratumoral y anemia fetal severa. Se deriva a centro de referencia. No se efectuó cordocentesis. Se interrumpe por vía alta por trazado patológico. Recién nacido fallece. Necropsia: hemangioma hepático, anemia aguda. 2) M2, 42 años, RH negativo con recién nacido previo sometido a exanguinotransfusión. En este caso agenesia ductus venoso con shunt de bajo débito, pliegue retronucal aumentado y quiste plexo coroideo. Cariograma líquido amniótico 46 XX. A las 27 semanas VM 56 cm/segundo,

sobre 1.5 MoM. Sin hidrops. Hematocrito cordón 30 % Una T.I.U. 28 semanas en centro referencia. Transfusión frustra 30 semanas, cesárea de urgencia. Buena evolución postnatal. Sin aneuploidías. 3) Primigesta, 20 años, 21 semanas, trauma materno. Vm ACM 55cm/seg, sobre 1.5 MoM + hemorragia intracerebral fetal grado 2 a 3. Se traslada, Hematocrito fetal 25 % ,TIU. Sin estudio hemorragia feto materna. Evolución a H.I.C. grado 4, luego porencefalia y microcefalia. Recién nacido vivo, parto a término 4) Primigesta 21 años, miocardiopatía hipertrófica 21 semanas. Vm normal. 24 semanas ACM sobre 1.5 MoM, hidropericardio. Se plantea Parvovirus, Talasemia. Serología TORCH y parvovirus negativa para Ig M. Se traslada. Aparece hidrops. E.F.P. hemoglobina fetal no efectuada. Hematocrito 11 %, 4 TIU. Hidrops no se recupera. Cesárea urgencia 33 semanas, recién nacido fallece hematocrito RN 33 %. 90 000 blancos. Biopsia placenta: sin signos de infección, sin células neoplásicas en vasos fetales. E.F.P. de hemoglobina materna pendiente 5) Nulípara 36 años, diabetes pre gestacional, stent coronario, hipertensión crónica, sospecha preeclampsia. Doppler fetal reflujo bivalvular AV leve, vm ACM sobre 1.5 MoM en 3 días alternos, en ascenso. Ductus venoso normal TCI (-), serología Parvo (-). Hematocrito fetal 43 %. déficit de base -6 y bicarbonato bajo. Caso en curso. Se plantea enfermedad mitocondrial hereditaria

#### **CONCLUSIONES:**

Esta serie ilustra diversas causas de anemia fetal que dependiendo del contexto clínico deben sospecharse. Aparte de la tradicional isoinmunización o Parvovirus. Debe mejorarse el estudio para llegar a un diagnóstico definitivo en algunos casos. Por ahora, las pacientes deben ser trasladadas desde nuestra zona a Santiago para T.I.U.

# EVALUACIÓN DE LA FLUJOMETRÍA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS GEMELARES Y SU CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PERINATAL.

Vargas P1,2, Elicer B2, Prieto JF2, Kusanovic JP1,2, Diaz F1, Silva K1. 1Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. 2División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

: el aumento del índice de pulsatilidad (IP) de las arterias uterinas (AU) se correlaciona con la presencia de resultados maternos y fetales desfavorables (preeclampsia (PE), restricción crecimiento intrauterino (RCIU), óbito fetal). Esta relación ha sido descrita principalmente en gestaciones únicas, con escasa información de esta asociación en embarazos gemelares. En embarazos múltiples los hallazgos han sido contradictorios mostrando una tendencia a valores de IP de AU menores respecto a embarazos únicos, pese a cursar de igual manera con patologías perinatales relacionadas a la placentación anómala ya mencionadas. El objetivo de este estudio es evaluar la asociación entre el Doppler de AU en las ecografías de segundo semestre de embarazos gemelares y su relación con resultados perinatales.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

se realizó un análisis retrospectivo de ecografías realizadas en el Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal (CIMAF) del Hospital Sótero del Rio (HSR) a embarazos gemelares entre los años 2014 y 2016. Se usó como punto de corte del Doppler de AU el percentil 95 para la edad gestacional

para embarazos únicos (ref Gratacós 2008). A esta misma población se aplicaron los valores de corte descrita para embarazos gemelares de Geipel y col. Para la evaluación de los resultados perinatales se revisó la base de datos de estadística de nuestra unidad y revisión de fichas clínicas de las pacientes.

#### **RESULTADO**

: durante los años 2014 y 2016 en CIMAF se atendieron 140 pacientes con embarazos gemelares, de los cuales 105 tuvieron su parto en el HSR, de los cuales obtuvimos resultados. De ellas, 66 embarazos fueron bicoriales biamnioticos, 35 monocoriales biamnioticos, 3 monocoriales mono amnióticos. De los hallazgos ecográficos, solo una paciente presento IP de AU >p95 al aplicar las curvas para embarazos únicos y 3 pacientes al aplicar las curvas de referencia descrita para embarazos gemelares. Del total de pacientes, la edad gestacional promedio al parto fue de 35 y media semanas (26-38 sem), peso promedio gemelo 1: 2403 (755-3640g), gemelo 2: 2200 (500-3635g). De estos embarazos, 51 pacientes desarrollaron RCIU de al menos uno de los gemelos (<p10 curvas Alarcón-Pittaluga), 20 desarrollaron PE moderada a severa. Al analizar las 3 pacientes con IP de AU >p95, dos pacientes desarrollaron RCIU y una presentó PE.

#### Discusión

el Doppler de arterias uterinas realizado en el segundo trimestre no demostró en nuestra población de embarazos gemelares correlación con resultado desfavorable al aplicar los valores de corte para embarazos únicos. Al aplicar valores de corte descritos para embarazos gemelares mejoraría dicha relación.

#### CONCLUSIÓN

el Doppler de arterias uterinas en embarazos gemelares no presenta relación con resultado perinatal adverso en nuestra población.

# EVOLUCIÓN DE LA FLUJOMETRÍA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS ÚNICOS Y SU CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PERINATAL.

Prieto JF1, Vargas P1,2, Kusanovic JP1,2, Ferrer F1,2, Diaz F2, Valdés R2, Martinovic C2, Silva K2. 1División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 2Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río.

#### INTRODUCCIÓN

: La placentación humana normal está gobernada por la invasión trofoblástica y la remodelación de los vasos espirales, lo que conduce a una caída progresiva de la resistencia al flujo de las arterias uterinas. La flujometría Doppler de las arterias uterinas (fDAU) se ha utilizado como herramienta de predicción de patología secundaria a placentación anómala, tanto en el primer como el segundo trimestre de embarazo. El objetivo del presente trabajo es evaluar el patrón de cambio de la fDAU a lo largo de la primera mitad del embarazo y su correlación con la aparición de patología obstétrica.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio longitudinal, prospectivo, observacional, analítico, de cohorte no concurrente. Se incluyeron pacientes con embarazos únicos que fueron controladas en el Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal (CIMAF) del Hospital Sótero del Río con al menos dos evaluaciones ecográficas: una entre las 11 y 13+6 semanas (1T) y otra entre las 20 y 23+6 semanas (2T) de EG, en las que se haya realizado fDAU, entre los años 2010 y 2017. Se consideró la medición del índice de pulsatilidad (IP) promedio de ambas AU alterado cuando estuvo sobre el percentil 95 para la EG. Las pacientes fueron divididas en 4 grupos: IP normal 1T- IP normal 2T(grupo I), IP alterado 1T- IP alterado 2T (grupo II), IP alterado 1T- IP normal 2T (grupo III), e IP normal 1T- IP alterado 2T (grupo IV). Fueron eventos de interés el peso de nacimiento, EG al parto, incidencia de hipertensión gestacional (HTG), preeclampsia sin criterios de severidad (PEM), preclampsia severa (PES),

restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) menor al percentil 3 (p<3) de Alarcón y Pittaluga (A-P), rotura prematura ovular (RPO), parto prematuro idiopático (PP) y muerte fetal o neonatal (MF).

#### **RESULTADOS**

Se incluyeron 602 pacientes en la cohorte, de las cuales 488 (81,06%) tuvieron el parto en el Hospital Sótero del Río. De ellas, 428 (87,7%) pertenecieron al grupo I, 11 (2,25%) al grupo II, 14 (2,87%) al grupo III y 35 (7,17%) al grupo IV. Al comparar los resultados de las pacientes, las del grupo II tuvieron recién nacidos (RN) de menor peso (-770 g, p 0,036), menor EG (-19 d, p NS) y mayor incidencia de PES y RCIU p<3 en relación al grupo I (normales). Las pacientes del grupo IV tuvieron comportamiento similar a las del grupo II, con RN de menor peso (-697 g, p 0,00027) y menor EG (-15 d, p 0,011) respecto del grupo I. Las pacientes del grupo III tuvieron resultados perinatales similares a las del grupo I, sin diferencias significativas.

#### **CONCLUSIONES**

La alteración de la fDAU tanto en el primer como segundo trimestre se relaciona con peores resultados perinatales. La resolución de la alteración hacia el segundo trimestre se asemeja a los resultados perinatales de la población sana. Aquellas pacientes con una prueba de primer trimestre normal que tuvieron alteración en el segundo trimestre tuvieron comportamiento similar a aquellas que siempre tuvieron alteración de la fDAU. Estos hallazgos muestran que los eventos de alteración de la placentación tardía podrían tener un rol preponderante en el desarrollo de enfermedad perinatal, los que no son pesquisados por nuestras herramientas actuales de tamizaje.

### EXPERIENCIA EN INDUCCION DE PARTO CON BALÓN DE COOK EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE CESÁREA ANTERIOR

Díaz A.1, Jara A.2, Catalán A.1, Leria M.2, Acevedo M.2, Osorio F.2 1 Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Médico en programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile

#### INTRODUCCIÓN

Chile ha tenido un aumento progresivo del número cesáreas durante los últimos años, alcanzando en el sistema público un 40,2% y en el sistema privado hasta un 76% (DEIS). Se publicó recientemente en JAMA un estudio transversal ecológico en donde una tasa de cesárea del 19% permite seguridad en morbilidad materna y fetal (George Molina, 2015), lo que contrasta con las recomendaciones OMS en donde la tasa de cesárea no debe superar el 10-15%. En el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse, en el primer semestre de 2016, se registró un 32% de operación cesárea. Las indicaciones de cesáreas son múltiples, un grupo importante lo constituyen las pacientes con cesárea anterior en quienes no es posible realizar inducción de parto con los métodos tradicionales como son la Ocitocina y las Prostaglandinas. Así se hace necesario instaurar medidas que permitan el inicio del trabajo de parto en este grupo de pacientes.

#### **METODOLOGÍA**

Se presenta una serie de casos, prospectiva, en donde se implementó el uso de balón cervical protocolizado en pacientes con antecedentes de cesárea anterior con protocolo quirúrgico conocido en embarazos de término. Consentimiento informado firmado por la paciente para ingresar al protocolo y aprobado por comité de ética. La información fue almacenada en base de datos Excel 2010 y para su análisis se utilizó el programa estadístico Stata 12.0.

#### **OBJETIVO**

Conocer la eficacia y seguridad del balón de Cook para maduración cervical en pacientes con una cesárea anterior. Según protocolo Balón insitu por al menos 24 hrs seguido de aceleración ocitócica.

#### **RESULTADO**

Se analizan 30 casos, la edad media fue 30 años, edad gestacional al ingreso 39 semanas, periodo intergenésico medio 6 años [2-18]. El 27% tenían una cicatriz probada para parto vaginal. BISHOP inicial medio 3 [1-6] y final 8 [2-11]. En 10 casos se expulsó espontáneamente el balón. Un 47% terminó en parto vaginal, peso medio 3416 [2620-4350], APGAR 1 min y 5 min, fue respectivamente, 9 [7-9], 9 [9-10]. Hasta la fecha del reporte no se han identificado complicaciones obstétricas graves como rotura uterina ni corioamnionitis. Respecto a la dificultad técnica del médico al insertarlo en una escala del 1-10, fue en promedio 2 (levemente difícil), siendo la mayor dificultad traspasar el cérvix y alcanzar el OCI. El EVA referido por la paciente al insertar el balón fue 2. Al usar el balón el 73% refirió sentirse bien, 17% muy bien y solo 10% regular, finalmente al extraer el balón promedio EVA fue 2.

#### CONCLUSIÓN

Con el incremento de cesáreas en el mundo, el número de mujeres con cicatrices uterinas que llegan a término en un nuevo embarazo va en aumento. Se ha estimado que un 25% de pacientes requieren inducción de parto. Existe suficiente evidencia a nivel internacional de la inducción de parto con Sonda Foley y Balón de Maduración Cervical, las tasas de éxito de parto vaginal después de una cesárea varían de un 65-85%, en nuestra serie de 30 pacientes este número alcanzó un 47% y ha funcionado como un método de inducción seguro para el binomio madre-hijo.

## EXTROFIA VESICAL CUBIERTA ASOCIADA A TRISOMÍA 18: DIAGNÓSTICO ANTENATAL

Autores: Diaz R1,2, Schiaffino R1,2, Rosales L1,2, Jimenez M1,2, Barria M1,2, Morales F1,2, Azevedo M1,2, Galarce V3, Salvo I3, Occhi N1,2, Malagón M1,2. 1Unidad de Medicina Maternofetal. Servicio de Ginecología Obstetricia. Hospital El Carmen de Maipú. Santiago. Chile. 2 Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae. 3Becados Ginecología Obstetricia. Facultad de Medicina Universidad Finis Terrae.

#### INTRODUCCIÓN

La extrofia vesical, es la exposición de la vejiga por sobre la superficie de la pared abdominal inferior, con visualización de su mucosa, uréteres y uretra. Es un defecto congénito del plegamiento caudal de la pared abdominal, con una incidencia de 1:30.000 nacidos vivos, siendo más frecuente en hombres que en mujeres y un riesgo de heredabilidad de 1 en 100 nacidos vivos. Puede estar asociada a otros defectos infraumbilicales y mediales de la pared abdominal, como la epispadia y la extrofia cloacal, con una asociación incierta con cromosomopatías. La mayoría de los casos se caracteriza por un defecto aislado a la vejiga sin otras malformaciones y el diagnóstico antenatal se realiza mediante ecografía y casos complejos de diagnóstico diferencial que requieran confirmación se realiza una resonancia magnética. La reparación postnatal es quirúrgica reconstructiva, con una sobrevida del 80% y una tasa de incontinencia urinaria de hasta el 70%. Se expone a continuación el caso de una paciente con diagnóstico ecográfico de extrofia vesical antenatal asociado a trisomía 18.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años de edad, multípara de 3, doble cesarizada, derivada desde atención primaria a las 22 semanas de edad gestacional con diagnóstico ecográfico de quiste en la inserción del cordón umbilical. Se realiza ecografía obstétrica por el equipo de medicina materno fetal y se constata gestación de 22 + 5 semanas según amenorrea, sexo masculino ,creciendo en percentil 10 - 25 de la curva de crecimiento Alarcón - Pittaluga, con las siguientes alteraciones anatómicas: quiste

del plexo coroideo, pie Bot izquierdo y extrofia vesical cubierta. Se plantea un síndrome genético. Se realiza amniocentesis genética con cariograma informado como 47 XY+18. En ecografia realizada a las 28 semanas se agrega cardiopatía fetal caracterizada por asimetría de cavidades, comunicación interventricular membranosa, canal auriculoventricular incompleto sospecha de agenesia parcial del vermix cerebeloso y polihidramnios. Los padres reciben asesoria durante todo el seguimiento de parte de el equipo de medicina materno fetal , neonatologos y salud mental. Se interrumpe a las 38 semanas.

#### CONCLUSIÓN

Se trata de una variante de los complejos extrofia vesical/clocal en feto con trisomia 18. Esta asociacion es infrecuente, pero da cuenta de las otras alteraciones anatómicas descritas. El diagnóstico prenatal de una malformación nos obliga a realizar una exaustiva exploración en busca de otras alteraciones. La presencia de otros hallazgos nos hace buscar la unidad diagnóstica con el objetivo de dar el mejor asesoramiento a los padres con respecto a pronóstico y eventuales alternativas terapeuticas. El estudio genético en este caso, permitió plantear un manejo conservador pudiendo informar el pronóstico a los padres en forma mas segura disminuyendo la ansiedad en ellos. Es importante destacar que los casos de extrofia vesical, cuando se presenta en forma aislada, sin otras patologías asociadas, logran buen pronóstico de sobrevida y funcional.

## FETOSCOPIA PARA SÍNDROME DE TRANSFUSIÓN FETO FETAL. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

C-113

Becker J. Araneda M. De Martini F. Fuentes F. Parra S. Sagredo Y. Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de transfusión feto fetal (STFF) es una enfermedad propia de los gemelos monocoriales que se presenta en el 10-15% de ellos, en etapa previable generando una mortalidad cercana al 100% de ambos fetos y secuelas neurológicas graves en los pocos sobrevivientes cuando la enfermedad sigue su curso natural. Por este motivo hoy se ha convertido en la enfermedad fetal con más casos tratados a nivel mundial, siendo actualmente el tratamiento de elección la fetoscopía con coagulación láser de anastomosis placentaria.

#### **OBJETIVO**

Presentar la experiencia clínica del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Talca en la realización de fetoscopía con coagulación láser, que el año 2012 se convirtió en centro de referencia nacional para esta patología al ser el primer hospital público en desarrollar esta terapia fetal.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó una revisión de todos los casos con diagnóstico de síndrome de transfusión feto fetal que requirieron fetoscopía láser derivadas al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Talca.

#### **RESULTADOS**

Entre mayo de 2012 y julio de 2017 se han recibido 46 pacientes con STFF derivadas y que tuvieron indicación quirúrgica, de hospitales entre Iquique y Punta Arenas. De ellas, hay 44 con su parto ya resuelto. Al ingreso todas fueron clasificadas por el sistema de estadiaje de Quintero. El 28% (13/46) ingresaron en estadio II,

66% (30/46) en estadio III y 6% (3/46) en estadio IV. La edad gestacional promedio del diagnóstico fue de 18,4 semanas (14-23) y la edad gestacional promedio de la cirugía fue de 19,4 semanas (16-23). Todas las pacientes fueron operadas con técnica de coagulación selectiva y anestesia peridural. La edad gestacional promedio de parto fue de 31,5 semanas (23-38), el peso promedio de los gemelos receptores sobrevivientes fue de 1726 gr (750-3400 gr) y de los donantes de 1264 gr (450-2800 gr). La sobrevida de al menos un gemelo fue de 78% (34/44), de ambos fue de 41% (18/44) y ambos fallecidos de 22% (10/44).

#### CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos por nuestra institución son similares a los presentados por centros privados a nivel nacional y también en el extranjero en hospitales con números similares de casos operados. Siendo una patología de baja frecuencia y en una población pequeña como es la chilena, si bien los resultados son buenos, se ve difícil mejorarlos porque es imposible igualar la cantidad de casos que hay centros de referencia de otros países con población significativamente mayor que la nuestra

## HISTERECTOMÍA OBSTÉTRICA: 13 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL DR. HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO

Rehren K (\*) Muñoz J (1) Abarzúa F (1) Ferrada R (1) Riquelme J (2) (\*)Becada Ginecología y Obstetricia Universidad de La Frontera. (1) Servicio Medicina Materno Fetal Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. (2) Hospital Clínico Punta Arenas.

#### INTRODUCCIÓN

La histerectomía obstétrica (HO) es el manejo de la hemorragia postparto en los casos refractarios, procedimiento que no está exento de complicaciones. Su incidencia es variable, su principal indicación ha sido la inercia uterina, sin embargo, ha adquirido cada vez más importancia la patología placentaria. La Araucanía es una región de bajos ingresos, con un alto porcentaje rural. No existen estudios que reflejen diferencias epidemiológicas con otros reportados en el país. El propósito de este estudio es describir la incidencia, indicación, características de la población, evolución y complicaciones de las pacientes sometidas a HO en el Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena de Temuco.

#### **MÉTODOS**

Revisión de los casos de pacientes sometidas a HO entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre del 2016. El total de eventos obstétricos del período estudiado se obtiene de datos oficiales publicados del HHHA. Información obtenida mediante revisión de fichas clínicas. Registro y agrupación en planilla Excel en diversas variables: edad, IMC, ruralidad, historia obstétrica, cesáreas previas, anemia, edad gestacional al parto, causa de interrupción, indicación, técnica y tiempo quirúrgico, tipo de anestesia, días de hospitalización, Hcto y Hb pre y postoperatorio, transfusiones, tromboprofilaxis, complicaciones, mortalidad y registro de anatomía patológica.

#### **RESULTADOS**

De un total de 68.979 partos en el período 2004-2016, hubo 74 casos de HO, correspondiendo a una tasa de 1,07 por mil partos. La edad promedio fue de 34,3 años y un 38% eran pacientes rurales. 64,8% de las pacientes contaban con cicatriz de cesárea. La principal indicación de HO en 30 pacientes fue el sangrado incoercible del lecho placentario con sospecha de acretismo, de las cuales 28 tenían cicatriz de cesárea y 20 el diagnóstico de placenta previa. La segunda indicación fue la inercia uterina en 24 pacientes. 3 pacientes fueron programadas en conjunto con radiología intervencionista, realizándose oclusión supraselectiva transitoria de las arterias uterinas para el control de la hemorragia. 25% (19) presentaron algún tipo de complicación: principalmente shock hipovolémico (6), lesión vesical (6) y hematoma del infundíbulo pélvico (3). 66% requirió transfusión sanguínea y 20% necesidad de cama UTI/UCI. El estudio anatomopatológico confirmó 10 casos de acretismo placentario, en 19 casos no hay registro de biopsia. No se reportaron casos de mortalidad materna.

#### **CONCLUSIONES**

La incidencia de HO en nuestro centro es similar a la reportada en la literatura. La alta prevalencia de cesáreas previas es consistente con otros estudios. En sólo 10 casos se confirmó el acretismo placentario, sin embargo, en 19 casos no contamos con registro de biopsia. Si bien no se presentaron casos de mortalidad materna, es importante destacar la morbilidad asociada, tanto la necesidad de transfusión como las complicaciones

Autores. Vogt S1,2, Serandour G3, Castro J3, García Huidobro T1,2, Mansilla J1,2, Rojas T1, Olate A1, Solis N1, Guerra F1,2. Institución: 1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Facultad de Medicina. Universidad Austral. 2 Clínica Alemana Valdivia. 3. Instituto de Diseño y Métodos Industriales, Espacio InnovING: LeufüLab, Facultad de Ciencias de la Ingeniería. Universidad Austral de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Imágenes tridimensionales logradas mediante el uso de ecógrafos, resonadores magnéticos y tomografías axiales computarizadas, se han incorporado a la práctica rutinaria en obstetricia y ginecología. Hasta el momento los diferentes planos ortogonales y las presentaciones de superficie pueden ser visualizadas "on" y "off line" en plataformas dedicadas, o bien impresas en diferentes formatos bidimensionales. En la Facultad de Ingeniería de la Universidad Austral de Chile se ha incorporado una impresora 3D en sus procesos de modo que nos propusimos imprimir imágenes 3D obtenidas de ecografías, y mostrar las diferentes potencialidades de esta herramienta tecnológica.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Los bio-modelos de fetos fueron obtenidos de volúmenes tridimensionales desde ecógrafo General Electric Modelos E8 y S6 usando el programa 4DView. Los archivos de volúmenes con extensiones .VOL fueron convertidos a extensiones .STL y editados usando el software MeshMixer para corregir errores en la definición de la superficie del objeto virtual. Se usó además el software Mprint para definir los parámetros

de impresión que se realiza en una impresora 3D modelo MBot Cube. Como materia de impresión se usó un filamento de ácido poliláctico (PLA). El tiempo de impresión es altamente dependiente del volumen del modelo virtual tridimensional original. Una vez realizado el bio-modelo, se extrajo de la base de la impresora y se eliminaron defectos de la impresión manualmente.

#### **RESULTADOS**

Inicialmente se logró imprimir bio-modelos sencillos de superficies como embriones, gemelos, y superficies de caras fetales. Más tarde se incorporaron patologías como fisuras labiopalatinas. Además se experimentó con la creación de moldes desde estos bio-modelos, los cuales se han rellenado con diferentes materiales y texturas para simulación de procedimientos guiados por ultrasonido como cordocentesis, amniocentesis, instalación de shunt, etc. Además el área de trabajo se ha extendido a otras especialidades médicas como la confección de modelos de huesos para su uso en traumatología y de cirugías maxilofaciales, lo que ha permitido que los cirujanos se ensayen, preparen las prótesis y acorten los tiempos preoperatorios.

#### **CONCLUSIONES**

La impresión de modelos 3D en nuestro país está recién introduciéndose en la práctica médica y nuestros resultados muestran el gran potencial del uso de esta tecnología, particularmente el poder presentar en forma más realista detalles anatómicos normales, o de patologías tanto a pacientes como para el equipo médico y poder decidir las conductas. Otra área desarrollada es la construcción de modelos educacionales y de entrenamiento, que permiten simular escenarios de procedimientos guiados rutinarios o complejos. Finalmente podemos concluir que las limitaciones de esta técnica esta sólo en nuestra creatividad.

### INDUCCIÓN CON BALÓN CERVICAL EN PACIENTES CON CESÁREA ANTERIOR

Reyes Paulina 1, Sáez Jaime 2, Poblete Aurora 2, Jiménez Jaime 2, Lagos Angélica 3. 1. Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile HCSBA. 2. Unidad de Medicina Materno Fetal HCSBA. 3. Matrona Jefa Unidad de Alto Riesgo Obstétrico HCSBA.

#### **OBJETIVO:**

Evaluar características y resultados de inducción del trabajo de parto con balón cervical en pacientes con una cicatriz de cesárea anterior.

#### MÉTODO

Estudio retrospectivo de fichas clínicas de pacientes cursando embarazo de término con una cicatriz de cesárea anterior con opción de parto vaginal que entre Enero del año 2016 y Junio del 2017, fueron a inducción de trabajo de parto utilizando un balón cervical (Utah CVX-RIPE) en la Unidad Materno Fetal del Hospital Clínico San Borja Arriarán. Este método considera su utilización por 24 horas o hasta la expulsión del mismo, siendo manejadas posteriormente según condiciones obstétricas. Se consignaron antecedentes obstétricos, motivo de inducción, características de ésta, resultados y causas de cesárea. Este último dato se comparó con la tasa de parto en pacientes de termino sin cicatriz de cesárea, inducidas con balón cervical en nuestra unidad durante el mismo período. Además, se describen resultados neonatales.

#### **RESULTADO**

Quince pacientes con cesárea anterior fueron inducidas con balón cervical. Se excluyó un caso por información insuficiente. La mitad de las pacientes (7/14) eran multíparas de uno. El motivo de inducción fue embarazo 40 semanas o más en 64% (9/14) y en 36% (5/14) fue por síndrome hipertensivo de embarazo (4 pacientes con preeclampsia moderada y una paciente hipertensa crónica). En 13 pacientes el balón fue expulsado antes de 24 horas en forma espontánea. Los resultados fueron :71% de las inducciones finalizaron en cesárea (10/14), 21 % tuvo parto vaginal (3/14) y 1 paciente requirió

fórceps (8%) Las cesáreas tuvieron como motivo: en 6 pacientes dilatación estacionaria, 3 por EFNT y 1 por causa materna (cefalea en contexto de aneurisma cerebral operado). Desde el punto de vista neonatal no hubo Apgar bajos ni complicaciones perinatales. Tampoco hubo complicaciones maternas descritas (rotura uterina, sangrado o infección).

#### **CONCLUSIONES**

La tasa de parto vaginal obtenida a través de la inducción con balón cervical fue de aproximadamente un 45% durante el año 2016 según estadísticas de nuestro centro, a través de la revisión de estos casos observamos que las pacientes con cicatriz de cesárea previa sometidas a la misma inducción obtienen tasas de parto vía vaginal 29%, lejos de cifras internaciones. Esto puede ser explicado parciamente, por elementos logísticos falentes en nuestra unidad: demora en traslado a unidad de prepartos, falta de difusión acerca de seguridad de método de acuerdo a publicaciones internaciones, etc. Indudablemente, es una casuística muy limitada, por lo que creemos que la difusión acerca de la seguridad del método podría hacer que el número de inducciones aumente, con lo que conclusiones más certeras acerca de su éxito podrán ser extraídas.

## INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO CON DINOPROSTONA C-117 (PROPESS®). EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE MATERNIDAD PÚBLICO DURANTE 6 MESES (INFORME PRELIMINAR)

Vega D, López M, Delgado P, Ubilla F Hospital San Juan de Dios, Santiago, RM Departamento Ginecología y Obstetricia Occidente, Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN

La interrupción del embarazo por indicación médica en casos seleccionados ha demostrado disminuir la morbimortalidad materno-perinatal. La inducción del trabajo de parto (TP) es preferible en los casos sin contraindicación de parto vaginal (PV). Existen múltiples métodos para inducir un TP, los cuales pueden ser farmacológicos o mecánicos. Uno de los fármacos utilizados es la Dinoprostona (Prostaglandina E2), en su presentación Propess® de 10 mg, el cual es un dispositivo vaginal polimérico en un sistema de recuperación de poliéster, que permite mantener una liberación controlada y constante del fármaco. Se utiliza para realizar maduración cervical e inducir un TP en pacientes con cérvix desfavorable (Bishop menor a 7). A continuación se presentará el primer reporte de los resultados obtenidos tras 6 meses de aplicación de un protocolo de inducción de maduración cervical y TP con Propess® en el Servicio de Maternidad del Hospital San Juan de Dios (HSJD).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio transversal, prospectivo y descriptivo de las inducciones de maduración cervical y TP con Propess® realizadas en el HSJD entre Diciembre de 2016 y Mayo de 2017, siendo en total 109 casos (46% del total de las inducciones de TP en el período). Se usó Propess® en pacientes con membranas íntegras, líquido amniótico en cantidad normal, y sin antecedente de cesárea, que tuvieran un puntaje de Bishop menor a 7. En casos que no se lograra el inicio del TP con Propess®, se realizó además inducción con oxitocina hasta por 2 días más (3 días de inducción en total). Se analizaron las variables: edad materna, edad gestacional, paridad, motivo de inducción, puntaje de Bishop inicial, método utilizado para inducir el TP, vía del parto (si cesárea motivo de la

cirugía), día de parto, peso y apgar del Recién Nacido (RN). El análisis de datos se realizó mediante uso del software Power Bl.

#### **RESULTADOS**

La indicación más frecuente de interrupción del embarazo fue Embarazo en Vías de Prolongación (EVP), seguida por Diabetes Gestacional (DG). Del total de mujeres que iniciaron inducción con Propess® 58% tuvo un PV y 42% Cesárea. El Puntaje de Bishop inicial promedio en las pacientes que tuvieron PV fue 3.1, versus 2.5 en las pacientes que tuvieron cesárea. Un 76% de las usuarias logró iniciar TP, pero de éstas un 24% fue sometida a cesárea por distocia en la progresión del trabajo de parto y/o alteraciones en la frecuencia cardíaca fetal. Del total de cesáreas la indicación más frecuente fue Inducción fracasada (48%), seguido de Estado Fetal No Tranquilizador (37%). En relación a la paridad un 45% de las primíparas y un 73% de las multíparas tuvieron PV. De las usuarias que lograron PV, el 57% ocurrió el primer día de inducción, 32% el segundo, y 11% el tercer día. Respecto a las complicaciones graves asociadas al método no hubo casos de rotura uterina, coagulación intravascular diseminada, embolía de líquido amniótico, ni Apgar menor a 8 a los 5 minutos.

#### CONCLUSIÓN

Según la experiencia descrita en este estudio, Propess® es un método eficaz para la induccion de maduración cervical y trabajo de parto en pacientes con cérvix desfavorable, dado que un 76% de las usuarias logró iniciar TP, y un 58% tuvo un PV. Adicionalmente es un método seguro, no presentándose complicaciones graves durante el uso del método en ninguna de las pacientes incluidas en el estudio. Estos resultados son acordes a la evidencia reportada en el uso de Dinoprostona. Se plantea a futuro analizar la asociación de otros factores al resultado del parto como la edad gestacional, edad materna e índice de masa corporal.

### INFECCION CONGENITA POR CITOMEGALOVIRUS EN EMBARAZO GEMELAR SEGUN CORIONICIDAD

C-118

Egaña-Ugrinovic G, Goncé A, García L, Marcos MA, López M, Nadal A, Figueras F. Maternal and Fetal Medicine Department, Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic-IDIBAPS, Universitad de Barcelona, Barcelona, España.

#### **OBJETIVO**

Describir el estado de la infección por citomegalovirus fetal y neonatal de acuerdo a la corionicidad en embarazos gemelares y el resultado clínico.

#### **MÉTODOS**

Se incluyeron todos los embarazos gemelares en los cuales se diagnosticó pre o postnatalmente una infección congénita por citomegalovirus durante el periodo 2006-2013. El diagnóstico prenatal se realizó en el líquido amniótico sólo ante la evidencia de marcadores ecográficos. El screening neonatal se realizó selectivamente in recién nacidos sintomáticos, prematuros o hijos de madres infectadas por VIH. La detección de DNA-CMV en líquido amniótico, tejidos fetales u orina neonatal de las primeras dos semanas de vida fue considerada como infección congénita y enfermedad sintomática cuando se presentaban hallazgos clínicos al nacimiento o autopsia. El estudio de DNA-CMV se realizó siempre en ambos gemelos.

#### **RESULTADOS**

Un total de 6 embarazos con infección congénita por CMV fueron diagnosticados, 5 fueron dicoriónicos y uno monocoriónico diamniótico. Sólo un hermano fue infectado en embarazos dicoriónicos, dos diagnosticados prenatalmente y tres después del nacimiento. En el embarazo monocoriónico el diagnóstico se realizó prenatalmente y ambos fetos fueron infectados y severamente dañados.

#### CONCLUSIÓN

La infección congénita por citomegalovirus en embarazos gemelares puede estar relacionada, entre otros factores, a la corionicidad

### INSUFICIENCIA RENAL CONGÉNITA SECUNDARIA AINES: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

C-119

Autores: Tapia F(1), Vidal F(2), Cuellar E(3), Caro G(3). (1) Médico en formación de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile sede Sur (2) Interno Medicina Universidad de Chile (3) Unidad Medicina Materno Fetal Complejo Asistencial Barros Luco.

#### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia renal congénita es infrecuente. Se reconoce una etiología primaria (displasia) y una secundaria (obstructiva, teratogénica). Se ha descrito que el uso de AINES durante el embarazo puede alterar el equilibrio de prostaglandinas a nivel renal y producir vasocontricción con deterioro e incluso insuficiencia renal crónica. La enfermedad renal crónica produce hipocitraturia, aumentando la cristalización del calcio en la orina y la formación de litiasis renal. A continuación presentamos un caso clínico con insuficiencia renal congénita secundaria y litiasis renal.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 35 años, G1P1Ao, derivada a centro alto riesgo obstétrico y perinatal a las 28+6 semanas de embarazo por ILA de 5.5cm. Asintomática, con examen ginecológico normal. Al interrogatorio dirigido destacaba la ingesta de Nimesulida, 200 mg al día, y Celecoxib, 200 mg al día, desde dos meses previos a la derivación, en el contexto de manejo de pubalgia. Se indica suspensión de terapia. Amnisure negativo. En ecografía del servicio destaca: feto único, vivo, podálico, con evaluación anatómica normal (volumen renal normal y vejiga contrastada), anhidramnios, con estimación de peso fetal en percentil 75. La evaluación con Doppler de arteria umbilical, ACM y ductus venoso resultó normal. Se realizó control ecográfico cada 3 semanas observándose persistencia del anhidramnios, crecimiento fetal adecuado y normalidad en la evaluación Doppler de los distintos territorios placentarios y fetales. En reunión multidisciplinaria con equipo de neonatología se decidió interrupción electiva por cesárea, dada persistencia de presentación podálica, con curso de corticoides previo. Se evaluó parámetros ecográficos de riesgo de Hipertensión pulmonar: relación perímetro toracoabdominal: 0.9 (percentil 50),

velocidad máxima de arteria pulmonar proximal 19.9 cm/seg (percentil< 5). Se realizó cesárea sin incidentes. Recién nacido de 44cm, 3920 grs, Apgar 4/9, con edema de partes blandas, sin otros hallazgos. Se hospitaliza en Unidad Cuidado Intensivo neonatal con taquipnea transitoria y persistencia de anuria. Es evaluado por equipo de nefrología de Hospital Exequiel González Cortés y se inicia peritoneodiálisis diaria. Creatinina inicial 5.0. Ecografía renal a los 7 días de vida mostró ambos riñones de ubicación y morfología conservada, con corteza ecogénica, e imágenes ecogénicas, una en pelvis renal derecha de 17 x 2 mm con sombra acústica posterior, y dos más de iguales características de 8 y 4 mm, doppler de arterias renales normal. El estudio de nefrolitiasis presentó calcio aumentado en orina y citrato disminuido. Evoluciona satisfactoriamente y se decide manejo ambulatorio. Diagnósticos de egreso: Enfermedad renal crónica en peritoneodiálisis, litiasis renal bilateral congénita, hipercalciuria hipocitraturia.

#### DISCUSIÓN

Existen pocos reportes en la literatura de insuficiencia renal congénita secundaria a AINES. En este caso el diagnóstico precoz y la evaluación multidisciplinaria permitió el manejo adecuado y la sobrevida neonatal con apoyo dialítico.

## LA INMIGRACIÓN EXTERNA COMO FACTOR DE RIESGO PARA COMPLICACIONES MATERNAS DE LA PIELONEFRITIS AGUDA EN EL AREA NORTE DE SANTIAGO

C-120

Mocarquer, J. (1), Haye, M.T. (2,3,5), Vasquez, P. (4,5), Farías, L. (2), Gutierrez, J. (2, 4, 5) (1) Programa de formación especialidad Ginecología y Obstetricia. Universidad de Santiago (2) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Hospital San José (3) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Clínica Alemana de Santiago (4) Unidad de Medicina Materno-Fetal. Clínica Indisa (5) Universidad de Santiago

#### INTRODUCCIÓN

Las infecciones del tracto urinario son la complicación infecciosa más común del embarazo, se estima que 0,5 a 4,8% de las embarazadas presentarán una pielonefritis aguda (PNA). La pielonefritis y sus complicaciones, que se dan en un 7% de ellas, generan morbimortalidad, hospitalizaciones prolongadas e ingreso a unidades de cuidado intensivo. Del total de partos del año 2016 en nuestro hospital, el 25% fueron en extranjeras y dado el cambio demográfico de los últimos años, el objetivo de este trabajo es determinar si existe mayor índice de complicaciones derivadas de las PNA en pacientes extranjeras en el área norte de Santiago.

#### MÉTODO

Estudio de cohorte retrospectivo de los casos de PNA manejados en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Hospital San José, entre los años 2014 y 2016. Se comparó pacientes extrajeras y chilenas, analizando las complicaciones maternas definidas como: estadía prolongada (> 5 días), hospitalización en UCI - UTI y desarrollo de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Recolección y análisis de datos mediante programa Microsoft Excel y Epidat.

#### **RESULTADOS**

Entre enero de 2014 y diciembre de 2016 hubo 587 pacientes hospitalizadas por PNA confirmada con urocultivo, con una incidencia de 25,7 por 1000 RNV, con una mediana de 5 (1-23) días de estadía. Del total se complicaron 6,5% y se trasladaron a unidad compleja un 4,7%. El riesgo de hospitalización en unidad compleja en pacientes extranjeras fue de OR 1,2 IC 95% [0,33 -4,21], el de SDRA fue OR 1,69 IC 95% [0,79 – 3,7] y para hospitalización prolongada OR 1,6 IC 95% [1,04 - 2,45], comparado con chilenas. Al sub-analizar el año 2016, se observó que las pacientes extranjeras fueron el 28,5% de las pacientes con PNA complicada, con un 40% de hospitalización en unidad compleja (OR 2,34 IC95% [0,40-13,6]), 18% de SDRA (OR 3,48 IC95% [1,27 – 9,51]) y 47% de las que permanecieron hospitalizadas por más de 5 días (OR 2,15 IC95% [1,13 - 4,09]).

#### **CONCLUSIONES**

El ser inmigrante externo se asocia de manera significativa con hospitalización prolongada, y en el 2016, se asoció además a mayor probabilidad de SDRA, llegando a ser un 18%, que es mayor a lo reportado en la literatura. Es importante realizar un estudio prospectivo y definir las causas de estas diferencias.

#### LÁSER DE CONTACTO PARA MALFORMACIÓN ADENOMATOIDE QUÍSTICA CONGÉNITA CON HIDROPS.

C-121

Ugarte C2; Marfull C3; Yamamoto M1; Figueroa H1. 1 Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Universidad de los Andes. 2 Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 3 Interna Medicina Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La Malformación Adenomatoide Quística corresponde a una patología congénita de la vía aérea poco frecuente, con incidencia entre 1/8000 y 1/35000 nacimientos. El diagnóstico se realiza prenatalmente mediante ecografía. Según las características del componente quísticode la lesión se pueden clasificar en 3 tipos: sólidas, microquísticas y macroquísticas. Las lesiones de mayor tamaño pueden producir efecto de masa en el tórax y eventualmente producir hidrops al afectar el retorno venoso por compresión la vena cava, lo que le agrega un pronóstico ominoso a la enfermedad, alcanzando una mortalidad hasta 40% en estos casos. Dentro de las opciones de tratamiento prenatales, se reservan para casos de mal pronóstico, generalmente asociados a hidrops. La elección del tratamiento depende de la edad gestacional y el tipo de lesión, dentro de las opciones están el drenaje de las lesiones macroquísticas y ablación o resección de lesiones microquísticas o sólidas. Hay casos reportados en la literatura de tratamientos fetales minimamente invasivos exitosos para las lesiones pulmonares congénitas.

#### **METODOLOGÍA Y RESULTADOS**

Se presenta a continuación el caso clínico de un feto de 27 semanas portador de una malformación adenomatoide quística congénita de 5 x 6 cm en el pulmón derecho con desplazamiento del mediastino e hidrops severo. Tras presentar el caso a comité de ética correspondiente y discutir las opciones de tratamiento con los padres, se planificó una terapia láser. Bajo sedación materna y paralización fetal se realizó una punción en el tórax, guiada por ultrasonido, hasta la masa toráxica y se realizó coagulación de la lesión linealmente, siguiendo la dirección de la aguja. Sin salir de la cavidad uterina,

se retiró la aguja del tórax y se reintrodujo en una parte inferior del tumor, permitiendo una segunda zona de coagulación. 8 horas después del procedimiento, la ultrasonografía Doppler fue normal y la masa mostró una reducción a 5 X 4 cm, indicándose el alta. Al control postoperatorio 4 días después del procedimiento se evidenció un óbito fetal. Por decisión de los padres no se realizó estudio anátomo-patológico.

#### CONCLUSIÓN

El procedimiento es tolerado adecuadamente por la paciente, y el láser de contacto puede permitir importantes efectos térmicos en tumores fetales. El resultado no fue el esperado en este caso, pero otro casos pueden beneficiarse en el futuro gracias a esta terapia mínimamente invasiva.

## LINFANGIOMA CERVICAL FETAL: DIAGNÓSTICO PRENATAL Y PROCEDIMIENTO EXIT. (EX UTERO INTRAPARTO TREATMENT)

Lagos N 1,2, Astudillo J3, Valdivia J2, Dezerega V2, Mora X3, Ostermann P3, Hidalgo G3, Torres J4, Ilabaca I4, Correia G5, Ilabaca J1, Cabrera C1, Cornejo N1.1.- Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2.- Departamento Ginecología y Obstetricia Clínica Alemana de Santiago 3.- Departamento Anestesiología Clínica Alemana de Santiago 4.- Departamento Neonatología Clínica Alemana de Santiago 5.- Departamento Cirugia infantil Clínica Alemana de Santiago

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores cervicales fetales son poco frecuentes, pero asociados a una gran morbi-mortalidad principalmente por el compromiso de vía aérea. Se clasifican según la histología en: linfangiomas, rabdomiomas, teratomas o hemangiomas; siendo el más frecuente el linfangioma presente en 1/6.000 embarazos, se caracteriza por ser un tumor de vasos linfáticos de carácter benigno, generado por una obstrucción del drenaje linfático venosos yugular; se puede asociar a aneuploidias en hasta un 60%. Su diagnóstico es ecográfico donde se observa un tumor multiquistico, tabicado y de paredes delgadas. El procedimiento EXIT para lograr asegurar la vía aérea de debe realizar al momento de la cesárea.

#### **OBJETIVO**

Comunicar el Resultado de procediemto EXIT por equipo mutidisciplinario y colaborativo entre dos Instituciones de salud.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 34 años, M1 (1CCA), sin antecedentes mórbidos de importancia, fue derivada desde La Serena a servicio de Alto Riesgo Obstétrico de Hospital de Carabineros de Chile (HOSCAR), a las 23+6 semanas, por el hallazgo ecográfico de imagen quística cervical. A su ingreso se realiza ecografía que mostró EPF 1.119gr y a nivel cervical estructura quística tabicada con diferentes contenidos en su interior, de 76x58x55mm, con escaso flujo a través de sus tabiques. Se completó estudio

con cariograma y ecocardiograma que resultaron normales y con RMN que mostró extensa lesión quística multitabicada en región cervical anterior y maxilar inferior que impresionaba malformación linfática, sin obstrucción de la vía aérea ni otras alteraciones morfológicas. Evoluciona con buena ganancia de peso fetal y con aumento de las dimensiones del tumor; recibe dos dosis de betametasona. En ecografía de 34 semanas EPF 2.691, con tumor cervical de 71x120x70mm y polihidroamnios (ILA 28.8). Dada la necesidad de realizar el procedimiento EXIT y no contar con el recurso adecuado desde el punto de vista neonatal, se decide traslado de la paciente a Clínica Alemana de Santiago (CAS), donde se decide realizar cesárea electiva a las 37 semanas. El procedimiento EXIT se realiza sin complicaciones; previo a punción se extraen 200 cc de la lesión bajo visión ecográfica. Se extrae un RN de sexo masculino de 3.500gr x 49cm, 37 semanas AEG, apgar 3-5. El RN se traslada a UCI con ventilación mecánica, a las 24 horas se realiza cirugía neonatal, donde se reseca la lesión cervical en forma parcial y se infiltra con Bleomicina en la porción lingual, se extuba a los 12 días. Al mes de vida con evolución tórpida por lo que se realiza traqueostomía. Actualmente lactante de 6 meses en buenas condiciones, sin compromiso de la vía aérea y en manejo de tumor residual por equipo mutiinstucional

#### CONCLUSIÓN

: Los tumores cervicales presentan una alta morbimortalidad neonatal, la experiencia de un equipo multidisciplinario y si es necesario multi institucional es vital para asegurar la vía aérea del feto y sus complicaciones, para así asegurar el mejor resultado perinatal

Fuentes F. Becker J. De Martini F Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule.

#### INTRODUCCIÓN

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, crónica, multisistémica, de evolución variable, que ocurre predominantemente en mujeres en edad fértil. El riesgo de complicaciones obstétricas en embarazadas con LES es significativo, con un aumento en la incidencia de aborto espontáneo, muerte fetal in útero, preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino y parto prematuro.

#### **OBJETIVO**

Caracterizar a las embarazadas con LES durante 5 años en la Unidad de Alto Riesgo Obstétrico del Hospital Regional de Talca.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de fichas clínicas de pacientes embarazadas con LES atendidas en el policlínico de alto riesgo obstétrico durante el periodo comprendido entre enero del 2012 y diciembre del 2016.

#### **RESULTADOS**

Se observó 16 mujeres con diagnóstico de LES que tuvieron un total de 19 embarazos y 20 recién nacidos vivos (un embarazo gemelar). La edad promedio de las pacientes fue 29.85 ± 6.69 años. En relación a las patología asociadas al momento del embarazo, un 21% (n: 4) presentó compromiso renal, un 16% (n: 3) síndrome antifosfolípido (SAAF), un 11% (n: 2) hipertensión arterial crónica, un 11% (n: 2) compromiso hematológico, un 16% (n: 3) hipotiroidismo y un 11% (n: 2) antecedente de trombosis venosa profunda. Respecto a los anticuerpos maternos presentes en el embarazo destaca: Anti Ro 32% (n: 6), anti La 16% (n: 3), anticoagulante lúpico 11% (n: 2), B-2 glicoproteina 1 11% (n: 2), DNA doble hebra 11%

(n:2) y 11% anticardiolipina (n:2). Durante el embarazo un 11% (n: 2) de las pacientes presentó actividad lúpica con compromiso renal e hipocomplementemia. Del total de embarazos un 37% (n: 7) presentó parto prematuro, un 32% (n: 6) preeclampsia moderada, un 21% (n: 4) oligoamnios, un 16% (n: 3) restricción de crecimiento intrauterino y un 11% (n: 2) diabetes gestacional. No hubo muertes maternas durante el embarazo y puerperio. Según la vía de parto, el 26% (n=5) tuvo un parto vaginal, 32% (n=6) cesárea electiva y 42% (n: 8) cesárea de urgencia. El 63% (n:12) de las interrupciones del embarazo fue de manera electiva, mientras que en el 37% (n:7) se debió a una complicación obstétrica. El peso promedio de los nacidos vivos fue 2700 ± 996,45 g, con una edad gestacional promedio de 35+2 semanas (rango entre 29 y 38+3 semanas).

#### CONCLUSIÓN

Se evidenció que un adecuado manejo de la enfermedad al momento de la concepción junto a un control estricto multidisciplinario de esta patología durante el embarazo permite reducir los riesgos maternos y perinatales.

#### MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA PULMONAR, DIAGNÓSTICO PRENATAL: REPORTE DE UN CASO

C-124

Acevedo M1; Jara A1; Barrios R1; Osorio F1; De La Fuente S2; Zuñiga L2; Rodriguez J G2. 1Médico en Programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse". Campus Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Las Malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son causadas por comunicaciones anormales entre arterias y venas pulmonares. Su patogénesis exacta es desconocida, una teoría es que resultan de la persistencia de anastomosis capilares entre los vasos arteriales y venosos que son comunes durante la fase embrionaria del desarrollo fetal. Estas anomalías son muy raras, con una prevalencia de 2-3 en 100.000 nacidos vivos, más frecuentes en mujeres que hombres (2:1) en términos globales. La mayoría de las MAVP son congénitas. Alrededor del 10% de la MAVP se identifica en la infancia, seguido por un incremento gradual en la incidencia a través de la quinta y sexta década. La MAVP no tratada en el periodo postnatal tiene una alta incidencia de morbilidad y mortalidad, especialmente complicaciones neurológicas tales como accidentes cerebrovasculares, abscesos cerebrales, migrañas y convulsiones. Otras complicaciones son el hemotórax y la hemoptisis. Las opciones de tratamiento son la emboloterapia, la escisión quirúrgica e incluso el transplante de pulmón según su extensión. El diagnóstico prenatal de las MAVP, rara vez se describe y en general se encuentran casos aislados reportados en la literatura.

#### **MÉTODO Y RESULTADOS**

Estudio descriptivo reporte de caso. Revisión de ficha clínica electrónica FileMarkerPro, con consentimiento informado. Primigesta, 20 años, sin antecedentes mórbidos, cursando embarazo de 31+6 semanas, derivada de Osorno, por cardiopatía fetal. Evaluada en CERPO el 21 de julio del 2017, se describe cardiomegalia con dilatación de la rama derecha de la arteria pulmonar y una vena pulmonar del mismo lado. Ductus arterioso y

foramen oval con flujo bidereccional. Estos hallazgos son presuntivos de malformación arteriovenosa pulmonar y concuerdan con ecocardiografía del Hospital Luis Calvo Mackenna, donde se agrega disfunción diastólica del ventrículo izquierdo con función sistólica conservada. El embarazo finaliza a las 38 semanas por parto vaginal, recién nacido AEG. Se realiza angioTAC que confirma diagnóstico de MAVP. Recién nacido en seguimiento, no ha requerido intervención.

#### CONCLUSIÓN

Las MAVP son extremadamente raras con escasos reportes de diagnóstico antenatal en la literatura. En el feto han sido poco estudiadas, sin embargo como toda patología de alto flujo puede conducir a un cuadro de insuficiencia cardiaca congestiva con hipertrofia del ventrículo derecho y dilatación de aurícula izquierda. Creemos que la visualización clara de la MAVP detectando el origen del flujo venoso pulmonar y el estado de la función cardiaca, pueden conducir a un correcto diagnóstico antenatal en estos casos. A partir de esto se puede coordinar un manejo perinatal adecuado y planificar el momento quirúrgico oportuno.

Parry S., Bazán C, Longhi Daniela, Saavedra Milene. Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso.

#### INTRODUCCIÓN

La placenta percreta puede provocar hemorragia masiva, histerectomía, transfusiones múltiples, falla multiorganica y eventualmente muerte materna. La conservación del útero se puede plantear en algunos casos, en que se desea preservar la fertilidad o en situaciones en que el riesgo de una hemorragia masiva o lesión importante de órganos vecinos se pueda mitigar conservando el útero.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

estudio retrospectivo, en que reportamos nuestras primeras 3 pacientes en la que hemos decidido conservar el útero, dado el riesgo aumentado de hemorragia y lesión de órganos al constatarse un percretismo placentario con compromiso vesical. Todas las pacientes, fueron interrumpidas en forma electiva entre las 34-36 semanas, con maduración corticoidal, fueron discutidas en comité obstétrico en conjunto con el equipo oncológico. Cada paciente firmó un consentimiento especial, tuvieron laparotomía media, con incisión corporal en el fondo o cara posterior del útero lejos del límite placentario, posteriormente se les ligo las arterias hipogástricas a todas. Todas las pacientes recibieron uterotonicos. Recibieron antibióticos por 5 días y fueron citadas cada 3 semanas a control clínico y ecotomografico. En un primer momento decidimos usar Metrotexato semanal, pero nuestra experiencia sumada a la poca evidencia que apoya su utilización, nos hizo desistir.

#### **RESULTADOS**

La edad promedio fue 32, todas tenían al menos una cicatriz de cesárea previa, 2 requirieron cistoscopia para descartar compromiso de la mucosa vesical. La paciente que recibió metrotexato lo hizo por 3 dosis, pero debió ser suspendido por una colitis por Clostridium que se trató exitosamente con Vancomicina. No hubo necesidad de transfusiones, ninguna tuvo patología febril post operatoria, salvo el caso ya descrito. El rango en que se reabsorbieron las placentas fue entre 14 y 27 semanas.

Todas las pacientes están bien y sin complicaciones.

#### CONCLUSIÓN

el manejo de la placenta percreta con invasión vesical es una situación que requiere de un manejo multidisciplinario e idealmente debiera tener un diagnóstico antenatal. Dado nuestra experiencia con casos muy graves derivados de acretismo placentario que requirieron larga estadía en UCI, transfusiones de sangre, entre otras medidas, es que decidimos cambiar nuestra aproximación y dejar la placenta "in situ". Nuestros tres primeros casos en que hemos obtenidos alentadores resultados, nos hace pensar que esta es una herramienta más, para evitar las complicaciones derivadas del manejo habitual de una placenta percreta, no lo sugerimos para el manejo habitual de la placenta acreta sin percretismo, ni se lo recomendamos a las pacientes como medida para preservar el útero para futuros embarazos, solo en el caso que estimamos que el riesgo quirúrgico sobrepasa las eventuales complicaciones que ocurren en un tercio de las pacientes con este manejo.

#### MANEJO DE INVIABILIDAD FETAL: "PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES"

Muñoz A., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, División de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Las malformaciones congénitas terminales (MCT), son alrededor de 300 casos al año en Chile. Se definen como alteraciones estructurales de órganos que ejercen función vital en la etapa extrauterina, sin tratamiento curativo actual, produciendo la muerte durante el período perinatal. La sobrevida fluctúa desde minutos, horas, días, meses hasta años de vida. El gobierno de Chile propone el aborto terapéutico para los casos de MCT. La Pontificia Universidad Católica de Chile, siguiendo los pilares de Medicina Paliativa (OMS 1980), propone los Cuidados Paliativos Perinatales (CPP) para los pacientes con esta condición y sus familias. El objetivo es presentar un programa sistematizado de acompañamiento multidisciplinario para los padres que conciben hijos con MCT.

#### **MÉTODOS**

El programa de CPP está compuesto por un equipo asistencial multidisciplinario (Obstetras, sub-especialistas maternos fetales, neonatólogos, genetistas, ecografistas, matronas, psicólogas, kinesiólogas y asesores espirituales). EL flujograma de atención inicia con la confirmación diagnóstica de la MCT, a través de estudio ecográfico y genético del comité multidisciplinario. El acompañamiento prenatal consiste en controles seriados por médico, sesiones psicológicas, acompañamiento espiritual, ejercicios kinésicos, consejería genética, planificación del parto y del período de sobrevida neonatal. Se fortalece el vínculo con el hijo enfermo, incentiva la maternidad, fortalece la relación de pareja y se promueven los cuidados espirituales si los padres lo solicitan. Después del nacimiento del hijo enfermo terminal se brindan cuidados neonatales proporcionales a su condición de salud, asegurando paliar sus síntomas y otorgándole una muerte en un ambiente protegido. La sobrevida del recién nacido es variable, por lo que se evalúa la necesidad de atenciones domiciliarias, controles

ambulatorios por pediatra y seguimiento activo. Posterior al fallecimiento del hijo, se evalúa la salud mental de la madre y se colabora para la elaboración saludable del duelo. El objetivo es que las madres y sus familias encuentren un sentido de trascendencia al sufrimiento causado por la enfermedad y muerte del hijo.

#### **RESULTADOS**

El CPP UC ha acompañado a 30 familias con hijos enfermos terminales durante Enero 2012 hasta Septiembre 2017. El diagnóstico se realiza en promedio a las 26 semanas de embarazo, los diagnósticos más frecuentes son Trisomía 18(31%), Agenesia Renal(15%), Anencefalia (15%) y Displasias Esqueléticas (11%). El 75% de los recién nacidos sobreviven post parto. La sobrevida registrada fluctúa según el diagnóstico letal; en óbitos fetales, horas, semanas, meses, incluso años de vida. El seguimiento psicológico revela que ninguna madre elabora duelo patológico, depresión, ni trastornos de estrés post traumático. El 80% de las madres logran transformar la experiencia dolorosa de concebir y tener un hijo enfermo terminal en una vivencia fortalecedora para ellas y sus familias.

MANEJO DE INVIABILIDAD FETAL: "PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS PERINATALES " Muñoz A., Neira J., Cuidados Paliativos Perinatales UC, División de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### CONCLUSIÓN

: El acompañamiento por un programa de Cuidados Paliativos Perinatales a las madres que conciben hijos con enfermedades terminales y sus familias, es una propuesta concreta, humana y factible de realizar en los servicios de salud, que permite entregar los cuidados proporcionales al hijo enfermo terminal y colabora con la elaboración de un proceso saludable de duelo.

#### METFORMINA DE LIBERACIÓN PROLONGADA COMO FACTOR PROTECTOR PARA SHE EN PACIENTES CON DIABETES GESTACIONAL

Lagos N 1, Fernández J1,2, Cornejo N1,2, Vejar C2, Barrios P2, llabaca J1, García C1 1 Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Carabineros de Chile 2 Facultad de Medicina de Universidad Mayor.

#### INTRODUCCIÓN

La diabetes gestacional (DG) corresponde a un problema de salud prevalente e importante. Se asocia a diferentes complicaciones, una de las más frecuentes es el síndrome hipertensivo del embarazo (SHE). Que a su vez es una de las causas más graves de morbimortalidad materna y fetal. Se sabe que el manejo adecuado de la DG determina una disminución en la incidencia del SHE. Una alternativa de manejo farmacológicamente justificada es Metformina. La metformina actúa mediante el bloqueo de la cadena transportadora de electrones, reduciendo así, la producción de Factor inducido por Hipoxia (HIF) y subsecuentemente la producción de los factores antiangiogénicos (sFlt-1: soluble fms-like tyrosine kinase-1, sENG: endoglina soluble). Por lo que previene la disfunción endotelial característica del SHE.

#### **OBJETIVO**

Demostrar que la metformina actúa como factor protector para preclampsia en pacientes con DG.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Cohorte prospectivo entre Septiembre del 2008 y julio del 2017 en la Unidad de alto riesgo obstétrico del Hospital de Carabineros de Chile. Se incluyeron embarazadas con DG diagnosticadas por norma Minsal vigente en el periodo. Evaluadas por médico nutriólogo perinatal, se indicó pauta nutricional especifica según diagnóstico nutricional y edad gestacional con horarios estrictos y programados de comida e ingesta organizada en cuatro comidas y dos colaciones. Se realizó control diario de Hemoglucotest y asignó pauta de ejercicio físico aeróbico de 30 minutos por día. Se consideró como metas metabólicas las publicadas en Guía Clínica de Diabetes Gestacional. Las pacientes que no lograron las

metas publicadas iniciaron Metformina de liberación prolongada en dosis de 500 mg hasta 2 gramos por día como máximo distribuidas en mañana y/o noche según necesidad. Se agregó Insulina en aquellas pacientes que no lograron estabilización metabólica con metformina en dosis máxima. El diagnóstico de SHE se realizó según Guía Perinatal Minsal vigente. El seguimiento total fue hasta 6 semanas post parto con evaluación nutricional y metabólica para reevaluar el estatus final de la enfermedad. Se realizó análisis estadísticos en media y desviación estándar o mediana y rangos según correspondiese con nivel de significación <0.05 y las comparaciones de grupo a través de T test y/o Chi2 con IC (0,95%) con programa GraphPad Prism 6 para Mac OSX.

#### **RESULTADO**

En el período se atendieron a 5959 pacientes con una total de 603(10%) pacientes con trastorno metabólico y embarazo, dentro de las cuales 537 pacientes tenían DG con incidencia de 9% en el periodo evaluado. DG representa un 89,5% de las pacientes metabólicas atendidas, Insulino resistencia (IR) 63 pacientes con 10,4%, DPG 3 pacientes con 0,49%. El tratamiento basal para todas fue pauta alimentaria y ejercicios. La distribución de las pacientes con DG según tipo de tratamiento complementario fue: 422 (78 %) sólo tratamiento basal, 30 (5,58 %) con insulina, 65 (12,1%) metformina, y 20 (3,72) metformina e insulina. Las pacientes tratadas con insulina como única terapia farmacológica corresponden al periodo 2008 – 2009 en que la insulina era el único fármacos aprobado para su uso en DG en nuestra unidad. Se presentaron complicaciones asociadas a DG en 169 pacientes (31%) con 21 diagnósticos diferentes. Las más frecuentes fueron: hipotiroidismo 51 (30 %), SHE 45 (26,6 %), prematurez 14 (8,3%), infección urinaria 12 (7,10 %), restricción de crecimiento intrauterino 8 (4,7%) y otras 39 (23%). La incidencia de SHE en el total de pacientes estudiadas fue de 7,4 % y en el grupo de pacientes con DG fue de 8,37%. En el grupo de pacientes DG tratadas con terapia basal y metfomina la incidencia de SHE fue de 1,4% mientras que en el grupo con basal e insulina las incidencia fue de 7,5 % significativamente mayor (p < 0.028) RR de 0,19 Ci 0.95 (0.026-1,4). Al repetir el análisis sobre 600 pacientes (DG más IR) la incidencia de SHE en este grupo fue de 8,5 % sin cambios significativo en relación al grupo anterior y en el cual no hay diferencia en la presencia de SHE entre los subgrupos manejadas con terapia basal y metformina versus terapia basal e insulina.

#### CONCLUSIÓN

La metformina de liberación prolongada se relaciona a menor incidencia de SHE en pacientes con DG y podría considerarse como es un factor protector de SHE en este grupo de pacientes.

# MODELO DE ACOMPAÑAMIENTO PERINATAL FRENTE A EMBARAZO CON PRONÓSTICO DE LETALIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA MATERNO FETAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO SAN JOSÉ

Haye, MT1,2,4; Van Dorsee1, A; Carson, C1,4; Gutiérrez, J1,3,4. (1) Unidad de Medicina Materno Fetal, Complejo Hospitalario San José (2) Clínica Alemana de Santiago (3) Clínica Indisa (4) Universidad de Santiago de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

En Chile, en un o.2% de los embarazos se realiza un diagnóstico fetal con pronóstico letal. Cada vez que se enfrenta una situación como esta, el dolor inunda tanto a la madre como su entorno, rompiéndose el paradigma de felicidad que implica la llegada de un hijo. En esa línea, se ha descrito que el manejo multidisciplinario es el más idóneo para estas pacientes, por enfocar desde una perspectiva biopsicosocial la problemática que implica.

#### MÉTODO

Estudio descriptivo transversal, en el que se analizaron las pacientes atendidas en la Unidad de Medicina Materno Fetal del Complejo Hospitalario San José entre Enero de 2015 y Julio de 2017 con diagnóstico prenatal de una patología letal, describiendo junto a ello la estrategia multidisciplinaria para su enfrentamiento terapéutico.

#### **RESULTADOS**

Se analizó un período de 30 meses, lo que comprendió un total de 634 pacientes. De ellas, un 3.9 % (25 pacientes) corresponden a patologías que se interpretan como letales desde el período prenatal. Los diagnósticos más frecuentes fueron las aneuploidías numéricas, con un 64 % del total (12 casos de Síndrome de Edwards y 4 de Síndrome de Patau) y las alteraciones anatómicas mayores como la secuencia acráneo – anencéfalo, que corresponde a un 24% del total (6 casos), agenesia renal bilateral con un 8% (2 casos) y displasia tanatofórica 4% (1 caso). Es relevante destacar que en todos los casos antes mencionados el diagnóstico fue certero, ya que se realizó estudio cromosómico, siendo además

las alteraciones estructurales categóricas. La atención de estas pacientes en nuestra unidad, se compone de dos dimensiones: la evaluación biomédica por un equipo multidisciplinario y la psicoterapéutica. En la primera se lleva a cabo la evaluación, diagnóstico, estudio y eventual procedimiento invasivo, seguimiento y manejo perinatal hasta llegar al parto. Las intervenciones de salud mental dentro del equipo biomédico permiten un acercamiento a las reacciones in situ y gestión respecto a manejo y decisiones del proceso, facilitando intervenciones de prevención primaria. En este contexto se desarrolla un proceso psicoterapéutico paralelo de frecuencia semanal, con la finalidad de abarcar tanto aspectos específicos de cada situación del período embarazo - periparto y sintomatología reactiva a éstos, como también la posibilidad de incluir otros elementos ambientales y/o cuadros psiguiátricos instalados previamente, para así dar paso a un trabajo específico en duelo perinatal. Las intervenciones se mantienen durante el embarazo, viéndose incrementadas las sesiones en el periodo periparto en torno al manejo de la ambivalencia de estos procesos y continúan ambulatoriamente hasta lograr una elaboración al menos suficiente del duelo, sin plazo establecido previamente. La atención de estas pacientes en nuestra unidad, se compone de dos dimensiones: la evaluación biomédica por un equipo multidisciplinario y la psicoterapéutica. En la primera se lleva a cabo la evaluación, diagnóstico, estudio y eventual procedimiento invasivo, seguimiento y manejo perinatal hasta llegar al parto. Las intervenciones de salud mental dentro del equipo biomédico permiten un acercamiento a las reacciones in situ y gestión respecto a manejo y decisiones del proceso, facilitando intervenciones de prevención primaria. En este contexto se desarrolla un proceso psicoterapéutico paralelo de frecuencia semanal, con la finalidad de abarcar tanto aspectos específicos de cada situación del período embarazo - periparto y sintomatología reactiva a éstos, como también la

posibilidad de incluir otros elementos ambientales y/o cuadros psiquiátricos instalados previamente, para así dar paso a un trabajo específico en duelo perinatal. Las intervenciones se mantienen durante el embarazo, viéndose incrementadas las sesiones en el periodo periparto en torno al manejo de la ambivalencia de estos procesos y continúan ambulatoriamente hasta lograr una elaboración al menos suficiente del duelo, sin plazo establecido previamente. La atención de estas pacientes en nuestra unidad, se compone de dos dimensiones: la evaluación biomédica por un equipo multidisciplinario y la psicoterapéutica. En la primera se lleva a cabo la evaluación, diagnóstico, estudio y eventual procedimiento invasivo, seguimiento y manejo perinatal hasta llegar al parto. Las intervenciones de salud mental dentro del equipo biomédico permiten un acercamiento a las reacciones in situ y gestión respecto a manejo y decisiones del proceso, facilitando intervenciones de prevención primaria. En este contexto se desarrolla un proceso psicoterapéutico paralelo de frecuencia semanal, con la finalidad de abarcar tanto aspectos específicos de cada situación del período embarazo - periparto y sintomatología reactiva a éstos, como también la posibilidad de incluir otros elementos ambientales y/o cuadros psiquiátricos instalados previamente, para así dar paso a un trabajo específico en duelo perinatal. Las intervenciones se mantienen durante el embarazo y se coordina directamente con las pacientes atenciones al momento del ingreso a preparto, postparto inmediato y puerperio, estableciendo un acompañamiento y soporte sostenido, apoyando el manejo de la ambivalencia y sintomatología de estos procesos. Las intervenciones continúan ambulatoriamente hasta lograr una elaboración al menos suficiente del duelo, sin plazo establecido previamente.

#### **CONCLUSIONES**

El enfrentamiento multidisciplinario frente a embarazos con pronóstico de letalidad, constituye el manejo de elección frente a estos casos, aportando aspectos complementarios en pos de la elaboración del duelo.

#### NEUROSONOGRAFÍA DEL CC COMO POTENCIAL BIOMARCADOR DE UN NEURODESARROLLO ANORMAL USANDO COMO MODELO LA RESTRICCION DEL CRECIMIENTO FETAL.

C-129

Egaña-Ugrinovic G, Sanz-Cortés M, Savchev S, Bazán-Arcos C, Puerto B, Gratacós E. BCNatal - Barcelona Center for Maternal-Fetal and Neonatal Medicine (Hospital Clínic and Hospital Sant Joan de Deu), Institut d'Investigacions Biomediques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Centre for Biomedical Research on Rare Diseases (CIBER-ER), and University of Barcelona, Barcelona, Spain.

#### **OBJECTIVO**

Evaluar diferencias en cuanto a la morfometría y crecimiento del cuerpo calloso (CC) por neurosonografía (NSG) en fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) comparados con controles.

#### MÉTODO

Se realizó una NSG transvaginal en el tercer trimestre a 94 fetos PEG con Doppler umbilical normal y a 71 controles, obteniendo cortes axiales, coronales y medio-sagitales. Se midió ciegamente el largo total del CC; el grosor a nivel de rodilla, cuerpo y esplenio; el área total y el área obtenida luego de una subdivisión en 7 partes propuestas por Witelson a través de una delineación semiautomática. Las medidas se corrigieron por el índice cefálico. Las diferencias a nivel del CC se exploraron más allá subdividiendo el grupo de fetos PEGs en 2 grupos: 1) Restricción del crecimiento fetal tardío: aquellos fetos con un peso estimado < al percentil 3 y/o un ratio cerebroplacentario anormal y/o un Doppler de arterias uterinas alterado; y 2) Pequeños para la edad gestacional aquellos fetos que no presentaban estas características. Las comparaciones se ajustaron por la edad gestacional al momento de la NSG, tabaquismo materno y el índice de masa corporal. Finalmente, la tasa de crecimiento del CC se comparó entre ambos grupos clínicos.

#### **RESULTADOS**

Los fetos PEGs presentaron CC significativamente más cortos (PEGs: 0.49 vs. controles: 0.52; p<0.01) y más pequeños (1.83 vs. 2.03; p<0.01) y áreas más pequeñas en todas las subdivisiones, particularmente a nivel de esplenio (0.47 vs. 0.55; p<0.01). Estos cambios fueron más evidentes en feto pequeño considerado con restricción del crecimiento fetal tardío. Además los fetos PEGs presentaron una tasa de crecimiento fetal menor comparados con los controles.

#### CONCLUSIÓN

La NSG mostró un desarrollo alterado del CC en fetos PEGs, proponiendo la existencia de una reprogramación cerebral intrauterina en dichos fetos. Estos datos apoyan el potencial rol de la evaluación del CC por ultrasonido para monitorear el desarrollo cerebral en fetos de riesgo.

### OCLUSIÓN TRAQUEAL EN TRES CASOS DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA

C-130

Yamamoto, M1; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Figueroa, H1.

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### **OBJETIVO**

Se presenta el resultado de tres casos de HDC severos tratados por el mismo equipo quirúrgico. Se incluyeron fetos con pronóstico de hipoplasia pulmonar, por O/E de LHR, según criterios habituales.

#### MÉTODO

Estudio retrospectivo. Descripción de casos.

#### **RESULTADOS**

Hubo 3 casos de los 63 evaluados por hernia diafragmática congénita, con criterio de severidad y condiciones para la realización de oclusión traqueal. Los casos presentaron LHR O/E de 25%. La cirugía de oclusión se realizó bajo parálisis con vecuronio en todos, a las 27 a 29 semanas. El acceso a la tráquea fetal fue simple y directo en todos, pudiéndose ubicar el balón goldball 2. Las pacientes fueron manejadas en forma ambulatoria, salvo una que presentó RPM y se manejó hospitalizada. En el tercer caso se pudo realizar un seguimiento de crecimiento pulmonar por ecografía, demostrándose un incremento hasta 48% de O/E LHR. Todas tuvieron el retiro del balón a las 34 semanas. Las primeras dos pudieron ser realizadas por vía fetoscópica. En la tercera paciente no se pudo retirar el balón de oclusión por posición de dorso anterior persistente, que impidió el acceso a la boca. Debido a la dilatación cervical y contracciones en ese momento, se decidió realizar una cesárea y el retiro del balón por vía endoscópica por EXIT. Los pesos al nacer fueron 2200g, 2100g y 1950g. Los tres niños fueron conectados a ventilación mecánica, VAFO y solo el primero sobrevivió 5 días, pudiendo ser operado de la hernia. Los otros fallecieron a las horas de nacimiento por hipoplasia pulmonar.

#### **CONCLUSIONES**

La cirugía fetoscópica para oclusión traqueal es posible de realizar, una vez correctamente seleccionados los casos con hipoplasia pulmonar. Se ha podido realizar la oclusión correctamente en tres, el retiro por fetoscopía en dos. Un caso requirió exit para despejar la vía aérea. No hubo sobrevida en estos tres casos, confirmando el mal pronóstico. No se ha logrado aún casos de sobrevida con esta terapia en Chile.

### PAPEL DEL RATIO CEREBRO-PLACENTARIO C-131 EN PREDECIR RIESGO PERINATAL EN EL TERCER TRIMESTRE DE LA GESTACIÓN EN FETOS DE TAMAÑO NORMAL

Socias P1, Viveros MG1, Guiñez R1, Silva MC1, Pedraza D1, Sepúlveda A1, Parra M1. Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### **OBJETIVO**

Evaluar la capacidad predictiva del ratio cerebro placentario (RCP) respecto a mal resultado perinatal y factores asociados, en fetos con Estimación de peso fetal (EPF) adecuado para la edad gestacional durante el tercer trimestre.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo de embarazos únicos con EPF normal, a los cuales se realizó RCP durante tercer trimestre entre 2005 y 2017. Se definieron dos grupos de pacientes, uno con RCP alterado (menor a percentil 5) y grupo control con RCP normal.

#### **RESULTADO**

Se realizó RCP en tercer trimestre a 1223 pacientes. Se excluyeron 33 pacientes con malformaciones fetales mayores, obteniendo un total de 1190 pacientes. Se pesquisó RCP alterado en 169 pacientes y 1021 con resultado normal. La presencia de RCP alterado se asoció a menor percentil de peso post natal en comparación con grupo control (29,8 versus 39.5), aumento significativo de fetos pequeños para la edad gestacional (PEG) (18,9% versus 8,4%), menor edad gestacional al parto (38,7 versus 39,1) y aumento significativo de sufrimiento fetal agudo (SFA) durante el parto (3,6% versus 1,1%). Asociado a esto, se identificó una tendencia a mayor presencia de diabetes mellitus y nefropatía crónica como factores maternos asociados en el grupo con RCP alterada, sin embargo esto no fue significativo.

#### CONCLUSIÓN

Este estudio confirma que RCP alterado en fetos de tamaño normal al tercer trimestre se asocia a una mayor frecuencia de recién nacidos PEG, menor edad gestacional al parto y mayor presencia de SFA. Estos hallazgos requieren evaluación en estudio prospectivo para confirmar significancia estadística.

#### PARTO DIFERIDO DEL SEGUNDO GEMELO; REPORTE DE UN CASO.

Machuca M, Herrera A, Ribbeck D, González P, Bustos JC, Ramírez P. Hospital San Juan de Dios , Santiago RM. Departamento Obstetricia y Ginecología Occidente—Universidad de Chile

El embarazo gemelar es una entidad clínica de riesgo, asociada fundamentalmente a parto prematuro (Gardner, 1995). En caso de presentarse trabajo de parto prematuro extremo, se puede intentar detener el parto al menos 24 horas después del nacimiento del primer feto, procedimiento definido como "delayed interval delivery", descrito por primera vez por Carson en 1880. Actualmente, el manejo se describe con antibióticos, tocólisis y en algunos casos cerclaje. En la literatura existen escasos estudios al respecto; reportes de casos, series de casos y una revisión sistemática (Feys, 2016). No hay casos chilenos y sudamericanos publicados.

Paciente de 30 años, obesidad y SOP. Multípara de 1 (parto vaginal, embarazo fisiológico), cursando embarazo gemelar Bicorial-Biamniótico, bien controlado, de 22 + 4 semanas. Consulta en servicio de urgencia del HSJD por flujo vaginal asociado a dolor pulsátil en vagina, sin dinámica uterina. Al examen físico se evidencia 4 cm de dilatación, membranas en reloj de arena. Ambos gemelos LCF normales. Se hospitaliza para manejo y estudio. A las 48 horas presenta salida de líquido claro por genitales y metrorragia escasa, sin dinámica uterina. Persiste con polo inferior de membrana intacto pero estudio con Amniosure (+). Se inicia antibioterapia endovenosa de amplio espectro, tocolisis y maduración pulmonar, siempre con parámetros inflamatorios normales. A las 23 +1, presenta dinámica uterina leve y sensación de pujo, se agrega neuroprotección fetal y se asiste parto de gemelo I. RN M, 605 gramos, apgar 1-1, fallece pese a reanimación, sin alumbramiento. Evoluciona sin dinámica, sin metrorragia; gemelo II en presentación transversa, membranas intactas. Se maneja expectante en pre partos bajo cobertura antibiótica de amplio espectro. A las 24 horas, se realiza aseo vaginal, se liga y corta cordón proximal. Cervicometría 27 mm. Se traslada a sala con indicación de reposo absoluto, y se agrega progesterona vía vaginal y tocolisis sólo en caso de dinámica uterina. Cervicometría semanal. Se

mantiene estable, asintomática, y a las 25 semanas se indica refuerzo de maduración pulmonar. Tras completar 14 días de antibióticos se suspenden y toman cultivos cervico-vaginales que resultan negativos. A las 26 + 1 semanas (20 días después del nacimiento del gemelo I), paciente presenta parto intempestivo en presentación podálica. RN M, 1005 gramos, apgar 5 – 8. Puerperio favorable, madre es dada de alta a las 72 horas. Al momento del reporte, RN de 7 días, hospitalizado en UCI neonatal, evolucionando exitosamente: con alimentación enteral, Enfermedad de Membrana Hialina leve que no requirió surfactante, en CPAP PEEP 5 cm H(2)O, Ductus arterioso persistente cerrado espontáneo, Trastorno de coagulación e hiperglicemia corregidos, sin hemorragia cerebral.

#### CONCLUSIÓN

El parto diferido de segundo gemelo es una entidad clínica rara, con ausencia de protocolos estandarizados de manejo. La literatura propone un manejo activo de estos casos; respecto a nuestra paciente, se decidió manejarla hospitalizada, indicando antibióticos de amplio espectro, maduración pulmonar y control estricto de parámetros inflamatorios clínicos y de laboratorio, prolongando la gestación por cerca de 3 semanas. El cerclaje continúa siendo controversial, sin embargo, hay estudios prometedores cuando se utiliza en forma precoz. Se necesitan más estudios clínicos de buena metodología para aunar criterios.

### PARTO DIFERIDO EN EMBARAZO GEMELAR: REPORTE DE CASOS CLÍNICOS

C-133

Gutiérrez P, Jorge; Galleguillos C, Claudia; Silva, María Carolina; Haye, María Teresa Complejo Hospitalario San José, Hospital Clínico Universidad de Chile, Clínica Indisa por sepsis neonatal. Los 4 recién nacidos asíncronos sobrevivieron sin secuelas neurológicas, y no hubo morbilidad materna.

#### INTRODUCCIÓN

El embarazo gemelar se asocia a un aumento del riesgo de aborto y parto prematuro. Cuando ocurre el parto inmaduro de un gemelar, es posible diferir el parto de el o los otros gemelos, mejorando su sobrevida y disminuyendo la morbilidad. Esta condición es infrecuente y se define como parto diferido o parto asincrono del segundo gemelo, publicado por primera vez por Carson en 1980.

#### **OBJETIVO**

Presentar cuatro casos de parto diferido y su resultado perinatal.

#### **METODOLOGÍA**

Se realiza un estudio retrospectivo de los casos de embarazo gemelar con parto inmaduro y parto diferido del segundo, entre los años 2007 a 2017, en el Hospital San José, Hospital Clínico de la Universidad de Chile y Clínica Indisa.

#### **RESULTADOS**

En un periodo de 10 años, hubo 4 casos; 3 fueron en embarazos gemelares dobles y un triple. En dos de las pacientes el embarazo fue producto de técnicas de reproducción asistida, y no hubo casos de monocoriales. La mediana de edad materna fue de 33 años. El parto del primer gemelo fue vaginal en todos los casos, con una mediana de edad gestacional (EG) de 18+5 (16+5 - 23+6) semanas y 32+2 (25+5 - 38+4) semanas al segundo parto con un intervalo del nacimiento de 23 a 153 dias (mediana de 83.5 dias). En todas las pacientes se realizó cerclaje de McDonald, una vez ligado el cordón, con placenta in situ. Se utilizó antibióticos de amplio espectro en todos los casos. La sobrevida global fue de 4 de 5 casos, a expensas de un mortineonato de 27 dias

#### CONCLUSIONES

En embarazos múltiples con aborto o parto inmaduro de un gemelo, retrasar el nacimiento del segundo es una opción valida y segura en casos seleccionados, para mejorar el pronóstico neonatal, sin aumentar la morbilidad materna.

# RANGOS DE REFERENCIA DEL ULTRASONIDO C-134 PARA EL ESPESOR PRENASAL FETAL EN LA POBLACIÓN CHILENA Y SU PAPEL COMO PRUEBA DE CRIBADO PARA ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS A LAS 16+0 - 24+6 SEMANAS DEGESTACIÓN.

Martin, D1; Viveros MG1; Socias, P1; Sepúlveda-Martínez, A1; Silva, MC1; Valdes, E1; Rencoret, G; Figueroa, J2; Parra-Cordero, M1,2.1Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. 2 Unidad Materno Fetal Hospital San Borja Arriarán

#### INTRODUCCIÓN

Establecer rangos de referencia de espesor prenasal (EPN) en el segundo trimestre y evaluar su utilidad como nuevo marcador de cribado de aneulploidías en población chilena.

#### MÉTODO

Para determinar rangos de referencia de EPN para nuestra población, se evaluó perfil fetal en 3.904 embarazos únicos euploides entre 16 a 41 semanas de gestación, entre 2010 y 2016. Se realizó transformación logarítmica de datos obtenidos, ajustados mediante

ecuación de polinomio de segundo orden. Para determinar el papel de EPN cribado de aneuploidías en segundo trimestre, se evaluaron 3.249 embarazadas con ecografia realizada entre 16-24+6 semanas. Se obtuvo tasa de detección (DR), tasa de falsos positivos (FPR) y razón de verosimilitud (LR) de aumento EPN (> percentil 95).

#### **RESULTADOS**

Se estableció una correlación positiva entre EPN y edad gestacional (R2=0,38; p<0,001). Se crearon nomogramas con distribución de percentiles para cada edad gestacional. Del total evaluado, 33 casos presentaron anomalías cromosómicas, 19 de ellos trisomía 21, 8 trisomía 18 y 3 trisomía 13. Se identificó EPN aumentado en 156 (4,9%) de 3.216 fetos fenotípicamente normales y en 11 (57,9%) fetos con trisomía 21, siendo el LR+ de 12. Por el contrario, EPN se encontraba aumentado en 2 de los casos de trisomía 18 y 13. Con 5% FPR, la DR de trisomía 21 fue de 68,4%.

#### **CONCLUSIONES**

EPN aumenta según edad gestacional fetos cromosómicamente normales, empero es más grueso en el cariotipo anormal y particularmente en la trisomía 21. El espesor prenasal podría incluirse como marcador suave de aneuploidías en segundo trimestre

#### RANGOS DE REFERENCIA PARA HUESO NASAL FETAL EN POBLACIÓN CHILENA Y SU ROL EN EL CRIBADO DE ANOMALÍAS CROMOSÓMICAS A LAS 11+0 – 13+6 SEMANAS DE GESTACIÓN.

Córdova, V1; Viveros, MG1; Sepúlveda-Martínez, A1, Muñoz, H1, Figueroa, J.2; Rencoret, G2. Parra-Cordero, M1,2. 1 Unidad de Medicina Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile y 2Hospital San Borja Arriaran Hospital

#### **OBJETIVO**

Establecer rangos de referencia de longitud de hueso nasal (LHN) en primer trimestre de embarazo y evaluar su utilidad en el cribado de anomalías cromosómicas en población chilena

#### **MÉTODOS**

Para determinar rangos de referencia de LHN en nuestra población se evaluó perfil fetal en 4860 embarazos únicos entre 11+0 y 13+6 semanas, con neonatos fenotípicamente normales, entre 2005 y 2017. Se realizó transformación logarítmica de datos obtenidos, ajustados mediante una ecuación lineal. Para determinar la utilidad del LHN en el cribado de aneuploidías, se evaluaron 6004 embarazadas con ecografía realizada entre 11-13+6 semanas. Se determinó Tasa de detección (S), Falsos positivos (FP) y razón de verosimilitud (LR) de hueso nasal ausente e hipoplásico (Definido como percentil < 2.5).

#### **RESULTADOS**

Se estableció una correlación positiva entre LHN y edad gestacional (r=0.45; p<0.001). Se diseñaron normogramas con distribución de percentiles para cada edad gestacional. Del total evaluado, 36 casos presentaron anomalías cromosómicas. Se identifico LHN <percentil 2.5 en 60 (1.1%) de 5,526 fetos fenotípicamente normales y en 10 (27,7%) de los 36 fetos con cariotipo anormal, siendo el LR+ de 25. Sin embargo, la gran mayoría de los fetos presentaron HN ausente al momento de la evaluación, por lo tanto la S, FP y LR + fue 25%, 0.6% y 41,7% respectivamente.

#### CONCLUSIÓN

LHN varía según etnicidad, por tanto establecer rangos de referencia es esencial para determinar su utilidad en el cribado de aneuploidías. Ausencia de Hueso Nasal tiene mejor rendimiento en la valoración de anomalías cromosómicas durante el primer trimestre.

#### RECIÉN NACIDOS DE TÉRMINO HIJOS DE MADRES HAITIANAS PRESENTAN MENOR PESO QUE LOS HIJOS DE MADRES CHILENAS.

C-136

Hernández Bellolio, O., González Bugueño, P., Bustos Vidal, JC. Unidad de Ecografía y Perinatología Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La población inmigrante en Chile alcanzó el 2,7% de la población total en el año 2014. La población haitiana estimada para julio de este año es de 44.289. Un 53% corresponde a mujeres en edad fértil. Los migrantes traen su condición previa de salud; antecedentes patológicos personales, factores de riesgo, componente hereditario y epidemiología local, entre otros, los cuales repercuten en el peso al nacer de sus recién nacidos (RN). Se postula que los RN de término hijos de madres haitianas tienen menor peso al nacer que los RN hijos de chilenas.

#### **OBJETIVOS**

Comparar los pesos de RN hijos de madres haitianas que tuvieron su parto el Hospital San Juan de Dios (HSJDD) con los percentiles de pesos de la curva de crecimiento chilena de Alarcón-Pittaluga.

#### MÉTODO

Se incluyeron a todos los nacidos vivos entre 37 y 41 semanas, hijos de madres haitianas, que tuvieron su parto en el HSJDD entre enero del 2016 y julio del 2017. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, que comparó los pesos promedios y percentiles 10-50-90 de dicha muestra con la curva de pesos Alarcón-Pittaluga a la misma edad gestacional. Se realizó prueba de significancia estadística con t de Student.

#### **RESULTADOS**

Hubo un total 120 RN vivos entre 37 y 41 semanas hijos de madres haitianas en el periodo analizado. El promedio de peso fue 3101g. (DS 458.8). En todos los percentiles analizados, a las 37, 38, 39 y 40 semanas, los pesos de

los RN hijos de madres haitianas fueron menores que los de los RN hijos de madres chilenas (p<0,05). A las 41 semanas, la diferencia de peso no fue significativa (p 0,27). El porcentaje de RCIU diagnosticado por la curva de Alarcón-Pittaluga fue de 21,6% en población haitiana.

#### CONCLUSIÓN

Los hijos de madres haitianas nacidos entre las 37 y 40 semanas presentan significativamente menor peso al nacer que los hijos de madres chilenas. Este estudio sugiere que la curva chilena de Alarcón-Pittaluga sobre diagnostica RCIU al término en población haitiana. Surge entonces la necesidad de elaborar curvas de crecimiento adecuadas para la población haitiana en Chile, acorde a sus propios factores constitucionales, hereditarios y epidemiológicos.

# REDIMIENTO DEL SCREENING DE PREECLAMPSIA DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO BASADO EN DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS Y FACTORES MATERNOS.

C-137

Álvarez, S1; Arias, V1; Calvo, A1, Fuenzalida, R1; Toro, V1; Díaz, P2; Mönckeberg, M3; Illanes, S4; Venegas, P5. 1Interno Medicina, séptimo año. Universidad de los Andes. Santiago, Chile. 2 Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes. 3Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 4Ginecólogo, Medicina Materno Fetal. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 5EU. Clínica Dávila. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile

#### INTRODUCCIÓN

La preeclampsia corresponde a un trastorno multisistémico asociado al embarazo que afecta al 2% de las mujeres embarazadas, y constituye una importante causa de morbi-mortalidad materna y perinatal. Múltiples esfuerzos se han realizado para la prevención, screening y diagnóstico precoz de esta patología. Actualmente existen pruebas de cribado basados en doppler de arterias uterinas y factores maternos en primer trimestre que han logrado demostrar alcanzar tasas de detección cercanas al 35-40% de las preeclampsias totales y 80% de las precoces. Sin embargo, el rendimiento diagnóstico de los programas de screening disponibles actualmente no ha sido evaluado en la práctica clínica habitual.

#### **OBJETIVO**

Evaluar el rendimiento diagnóstico de dos algoritmos de predicción de preeclampsia basados en Doppler de arterias uterinas de primer trimestre y factores maternos descritos en la literatura.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva. Se evaluaron 1492 pacientes no seleccionadas, con ecografía doppler realizada entre las 11 y 14 semanas de gestación, en clínica Dávila, Santiago, Chile, entre 2011 y 2016. Mediante revisión de registros clínicos se obtuvieron los antecedentes maternos relevantes para el screening y el outcome del embarazo actual. Se excluyeron abortos espontáneos, embarazos gemelares y pacientes sin datos completos para el cálculo de riesgo de preeclampsia. 951 fueron finalmente incluíods en el estudio. En ellos se aplicaron los modelos de predicción de preeclampsia publicados por Plasencia et al. y Caradeux et al, estableciendo una tasa fija de falsos positivos de 5% y de 10%. Posteriormente se realizó un análisis de sensibilidad, valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) para los dos algoritmos aplicados.

#### **RESULTADOS**

Para preeclampsia total, el algoritmo 1 (Plasencia et al.) logró el siguiente rendimiento diagnóstico: Sensibilidad: 23,08%. VPP: 6%. VPN: 97,6%. El algoritmo 2 (Caradeux et al.) logró el siguiente rendimiento diagnóstico: Sensibilidad: 11,5% VPP: 5,77%. VPN: 97,4%.

#### CONCLUSIÓN

El rendimiento diagnóstico de los algoritmos evaluados resultó inferior a los resultados previamente publicados. La baja capacidad de detección observada hace considerar a de reevaluar su utilidad como técnica de screening.

## REGRESIÓN DE LOS SIGNOS ECOGRÁFICOS DE ARNOLD CHIARI POSTERIOR A LA REPARACION ANTENATAL DE MIELOMENINGOCELE

C-138

González P1, Márquez R1, Horlacher A2, Soto A1, Bachmann M1, Rodriguez M1, Corvalán R1. 1 Unidad de medicina materno fetal, Servicio de ginecología y obstetricia, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile. 2 Servicio de Neurocirugía, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

El mielomeningocele corresponde a la malformación del sistema nervioso central más frecuente. La espina bífida abierta se asocia en la mayoría de los casos a la malformación de Arnold-Chiari II, que corresponde al desplazamiento del cerebelo hacia el canal medular, esta anormalidad en el desarrollo cerebral determina frecuentemente el desarrollo de hidrocefalia secundaria. El estudio MOMS y otros estudios posteriores mostraron que la cirugía de reparación prenatal de mielomeningocele reduce la hidrocefalia y la necesidad de derivación ventrículoperitoneal, disminuye la herniación de la fosa posterior, la morbilidad y mortalidad perinatal. El objetivo de este estudio es describir la monitorización imagenológica intrauterina y el seguimiento de los signos de Arnold Chiari II después de la reparación prenatal de mielomeningocele.

#### MÉTODO

Se expone la Casuística de cirugía antenatal de mielomeningocele del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre Diciembre de 2014 y Enero 2017. Se realiza el análisis de nueve (9) casos. Los criterios de inclusión fueron: embarazos únicos, con diagnóstico de mielomeningocele y Malformación de Arnold-Chiari II, edad gestacional entre 24 y 27 semanas de gestación al momento de la cirugía. El seguimiento posquirúrgico se realizó con neurosonografía fetal y resonancia nuclear magnética, (RNM) fetal.

#### **RESULTADOS**

La edad gestacional promedio al momento del diagnóstico fue de 22 semanas. Todos los fetos presentaron malformación de A. Chiari. La cirugía prenatal se realizó entre las semanas 24 + 5 y 27 + o. Hubo una muerte neonatal a las 28 semanas, producto de una corioamnionitis y shock séptico secundario. La edad gestacional media al parto fue de 33,2 semanas (rango de 28 a 37 semanas). El seguimiento neurosonográfico y por RNM fetal posquirúrgico mostró en mostró mejoría de Arnold Chiari II en 7 de los 8 fetos que sobrevivieron. Se evidenció aparición de cisterna magna, reversión de la curvatura anormal de los hemisferios cerebelosos, disminución de la ventriculomegalia, recuperación del IV ventrículo y menor herniación cerebelosa a través del foramen magno.

#### CONCLUSIÓN

La reparación intra-uterina del mielomeningocele reduce la necesidad de derivación ventrículo-peritoneal postnatal como se describe en el estudio MOMS. Presentamos una serie de casos que demuestran mejoría del Arnold Chiari II en el seguimiento ecográfico y la RNM fetal posquirúrgicas. Estos hallazgos significan un quiebre en la historia natural de la enfermedad en los pacientes operados in útero.

# RELACION ENTRE LONGITUD CERVICAL REALIZADA 20-24 SEMANAS DE GESTACIÓN Y LOS RESULTADOS PERINATALES EN EMBARAZOS GEMELARES DOBLES EN EL HOSPITAL HIGUERAS DE TALCAHUANO

Zapata N.3,4, Flores X.1,2,4,Talma M.3,4, Rocha M.1,4, Lanas C.1,4, Villagrán G.1,4, Rozas J.1,4 Médico especialista Ginecología y Obstetricia Médico especialista Medicina Materno-fetal Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano

#### INTRODUCCIÓN

La literatura indica que el acortamiento cervical es un elemento predictor de parto prematuro (PP) en embarazo gemelar, aunque los resultados han sido menos promisorios en comparación al embarazo simple. Se conoce que el PP es considerado como una de las principales causas de morbimortalidad perinatal en países industrializados.

#### **OBJETIVO**

Comparar los resultados perinatales de gestantes con medición cervical ≤25 o 30 mm, respecto de aquellas con medición cervical >25 o 30 mm.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio de cohorte descriptivo comparativo entre agosto 2010 y agosto 2016 en el servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Las Higueras de Talcahuano, seleccionando 139 gestantes de embarazo gemelar doble, sin otras complicaciones obstétricas-perinatales, a las cuales se les había realizado una cervicometría transvaginal entre las 20+0 y 24+0 semanas de gestación, además se revisaron las fichas clínicas y se consignó información respecto a variables sociodemográficas (edad, previsión de salud), antecedentes obstétricos (número de embarazos, número de partos, tratamiento de fertilidad) y antecedentes del embarazo en cuestión (corionicidad, tipo de parto, y el lugar del parto), se revisó el libro de partos de nuestro servicio y se llamó telefónicamente a las pacientes para la obtención de los antecedentes perinatales (peso, talla, hospitalización neonatal y mortalidad). Se analizaron los datos con el programa estadístico STATA 12,0. La significación estadística se estableció en p <0.05. Se realizó análisis de distribución de frecuencias y cálculo de medias, se aplicó la prueba 2 cuando se observaron frecuencias esperadas mayores a 5. Cuando el valor fue menor o igual a 5, se utilizó el Test Exacto de Fisher. Para el caso de las variables continuas, se utilizó la U de Mann-Whitney, ya que no hubo una distribución normal de la población.

#### **RESULTADOS**

Del total de gestantes el 2,8% tuvo un cérvix ≤25 mm, y un 7,9% un cérvix ≤30 mm. Para el grupo con cérvix ≤25 mm se encontró una diferencia significativa respecto a la edad gestacional al parto (32 vs 36 semanas p=0,001), peso G1 (1653g vs 2529g p=0,001), peso G2 (1628g vs 2428g p=0,001), talla G1 (41 vs 45cm p=0,002), talla G2 (41 vs 45cm p=0,015), hospitalización de algún RN (100% vs 31,8% p=0,005); no se encontró diferencia significativa respecto a la sobrevida de ambos grupos. Para el grupo con cérvix ≤30 mm se encontró una diferencia significativa respecto a la edad gestacional al parto (33 vs 36 semanas p=0,001), peso G1 (1937g vs 2552g p<0,001), peso G2 (1834g vs 2454g p<0,001), talla G1 (43 vs 46cm p=0,003), talla G2 (42 vs 46cm p<0,001), hospitalización de algún RN (81,2% vs 29,7% p=0,005); no se encontró diferencia significativa respecto a la sobrevida de ambos grupos.

#### CONCLUSIÓN

El cérvix corto (cérvix ≤25 o 30mm) se asocia a una menor edad gestacional al parto en comparación al cérvix normal (>25 o 30mm). En ambos grupos de cérvix corto presentó peores resultados perinatales, con mayor hospitalización del recién nacido, en comparación a los con cérvix normal, lo que no se tradujo en diferencia respecto a la mortalidad neonatal. PALABRAS CLAVE: Premature, cérvix, Pregnancy, twin, Perinatal Mortality (MeSH)

#### RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL TARDÍO: ROL DEL RATIO CEREBRO PLACENTARIO EN PREDICCIÓN DE MAL PRONÓSTICO PERINATAL.

C-140

Viveros MG1, Socias P1, González L2, Guiñez R1, Silva MC1, Tobar H1, Valdés E1, Muñoz M1, Parra M1. 1Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Unidad de Neonatología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### **OBJETIVO**

Evaluar utilidad del ratio cerebro placentario (RCP) en predicción de mal resultado perinatal en restricción de crecimiento fetal (RCF) de presentación tardía.

#### **METODOLOGÍA**

Revisión retrospectiva de gestaciones únicas con sospecha de RCF de presentación posterior a 34 semanas, a los cuales se realizó RCP durante tercer trimestre, entre 2005 y 2017. Se definieron dos grupos, uno con RCP alterado (menor a percentil 5) y grupo control con RCP normal. Parámetros de mal resultado perinatal incluidos fueron tasa de mortinatos, percentil de peso al nacer y sufrimiento fetal agudo (SFA).

#### **RESULTADOS**

Posterior exclusión de 23 malformaciones fetales mayores, se evaluó RCP durante el tercer trimestre a 327 fetos con RCF de presentación tardía. Se pesquisó RCP alterado en 138 fetos y 189 presentaron resultado normal. Del total de RCF evaluados, aquellos del grupo objetivo fueron significativamente más pequeños que el grupo control (percentil 7,8 versus 12,6) y presentaron menor edad gestacional al parto (37.4 versus 38.2 semanas). Dentro de los factores maternos asociados en RCF y RCP alterado, se identificó mayor tendencia de hipertensión crónica, preeclampsia y mortinatos, sin embargo esto no fue estadísticamente significativo. El grupo con RCF y RCP alterado no presentó mayor incidencia de SFA, empero si mayor tasa de cesáreas que el grupo control (70% versus 58,7%).

#### CONCLUSIÓN

Este estudio confirma que la asociación RCF tardía y RCP alterado se relaciona a recién nacidos con déficit del crecimiento, y por lo tanto, mayor prematurez iatrogénica, sin embargo sus resultados obstétricos son similares al grupo control.

# RESULTADO PERINATAL Y SEGUIMIENTO A UN C-141 AÑO DE FETOS CON DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE HIPOPLASIA VENTRICULAR IZQUIERDA CONTROLADOS EN EL CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE; 2008 – 2015

Osorio F., Jara A., Leria J., Acevedo M., Rosas A., Cáceres X., De la Fuente S., Enríquez G., Rodriguez J.G. Centro de Referencia Perinatal Oriente (CERPO), Facultad de Medicina, Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Las cardiopatías congénitas corresponden a las malformaciones mayores más frecuentes, con una incidencia estimada de 4-12 por 1.000 recién nacidos vivos, en estudios Chilenos se ha llegado a cifras de 10 por 1.000. El SHVI tiene una incidencia aproximada de 1/5.000 recién nacidos (RN), el mecanismo de subdesarrollo del ventrículo izquierdo multifactorial. En múltiples estudios, se ha demostrado que el diagnóstico perinatal disminuye la morbilidad de los pacientes. A pesar de ésto, el pronóstico está determinado principalmente por las malformaciones asociadas y la derivación oportuna para un manejo óptimo.

#### **OBJETIVOS**

Dar a conocer el resultado perinatal y seguimiento al año de fetos con diagnóstico de SHVI controlados en el CERPO, durante el periodo comprendido entre los años 2008 y 2015.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo, retrospectivo de la base de datos electrónica (FileMaker Pro 7.0v2) del CERPO; se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de SHVI fetal controladas desde enero de 2008 y que tuvieron su parto hasta diciembre de 2015. Se realizó seguimiento al año, mediante encuesta telefónica. La paciente o un familiar mayor de edad responsable firmaron el consentimiento informado que autoriza el uso de datos con fines estadísticos-docentes al ingreso a la unidad.

#### **RESULTADOS**

El total de pacientes controladas con cardiopatías congénitas en el CERPO en este período fue de 758 pacientes, de éstas 83 (11%) tuvieron diagnóstico de SHVI. La edad promedio fue de 28 años, con una mediana de 28 años [13 - 44 años], un 34% primigestas y un 66% multíparas. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue de 26+3 semanas y el ingreso al CERPO se realizó a las 31+6 semanas promedio. Del total de partos, 86% (71 pacientes) nacieron vivos, la edad gestacional promedio al parto fue de 37+6 semanas, de los cuales el 45% fue por vía vaginal y el 55% por cesárea. En relación al sexo fetal, un 45% fue femenino y 55% masculino. El peso promedio de los RN fue de 2.956 grs, con una mediana de 3.115 grs. De los nacidos vivos, 9 (12%) tuvieron APGAR menor o igual a siete a los cinco minutos. En este grupo hubo al menos un 74% de mortalidad asociada. Esta se compone por un 11% de óbito fetal, 39% de mortalidad neonatal precoz, 10% a de mortalidad neonatal tardía y 14% a de mortalidad postneonatal. En un 8% no se logró obtener información, lo que nos deja con sólo 18% de sobrevida confirmada al año de edad.

#### CONCLUSIÓN

El SHVI es una cardiopatía congénitas prevalente y se caracteriza por una alta letalidad. Es necesario mejorar el pronóstico del RN mediante el diagnóstico y tratamiento precoz, por lo anterior es importante caracterizar nuestra población bajo control, para brindar una mejor atención a las pacientes. El diagnóstico prenatal de esta patología permite programar un manejo multidisciplinario mas oportuno y eficaz.

# RESULTADOS MATERNOS Y PERINATALES DE LAS MIGRANTES DE ORIGEN HAITIANO: ESTUDIO CASO-CONTROL EN UN HOSPITAL DEL AREA SUR-ORIENTE DE SANTIAGO.

Stern J,1, Tagle M.I.2, Pineda Ia, Alvarez J2, Novoa J.M22, Carrillo J.2.1 Becado Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado a Interna, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo 2 UCG de la Mujer y el RN, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

#### INTRODUCCIÓN

La migración es un determinante social en Salud. Según cifras oficiales, hasta Diciembre 2014, 1.649 serían de origen haitiano, lo que representa un 0,4% del total de extranjeros. Dentro de ellos, el grupo etario con más migración a Chile se ubica entre los 25-35 años, edad fértil para las mujeres, lo que podría revestir un desafío especial para las unidades obstétricas del país.

#### **OBJETIVO**

Conocer y comparar la morbilidad materna y obstétrica y los resultados perinatales en embarazadas de origen haitiano, atendidas en el HPH entre Marzo 2015 y Julio 2017.

#### MÉTODO

Estudio retrospectivo tipo caso-control, de los parto entre Marzo 2015 y julio 2016, comparando las pacientes haitianas con su parto en nuestro hospital con un grupo control de aquella paciente del parto previo y los dos partos posteriores al del caso respectivo. Se correlacionó la patología materna, los resultados obstétricos, la antropometría y resultado de los neonatos. Se usó los test apropiados (x2 o Fisher; test T de Student o Mann Whitney) según tipo de variables. Se definió como significativo un p=0.05. Se uso paquete estadístico SPS 17.0.

#### **RESULTADOS**

Se analizaron 404 pacientes, 101 casos y 303 controles. No hubo diferencias significativas en edad materna ni edad gestacional (EG). Un 49,5% de los casos eran nulíparas contra 28,8% en los controles (p<0.005). No hubo diferencias al analizar por patología materna en globo (42,6% vs 47,5%; p=0.33). Sin embargo, en el grupo de casos hubo mayor incidencia de RCIU (5,9% vs 1,7%; p=0.03) y de SHE (15,8% vs 7,2%; p=0.01);destaca que 14 de 16 (87,6%) casos vs 8 de 22 (36,4%) controles correspondieron a preeclampsias, lo que fue estadísticamente significativo (p=0,007), tendencia que persiste al categorizar por paridad. No hubo diferencias en la incidencia de prematurez (11,9% vs 10,2%; p=0.64). El inicio del parto fue por inducción en 25,7% de las pacientes haitianas vs 14,5% de los controles, cifra estadísticamente significativa (p=0.01). Un 41,6% de los casos y un 24,8% de los controles terminó en cesárea, diferencia significativa (p=0.001). 5 de 42 casos vs o de 75 controles fueron cesáreas por fracaso de la inducción y 17 (40,5%) casos vs 12 (16%) de los controles fue indicada por registro sospechoso persistente (p<0,05). No hubo diferencias respecto de inercia uterina. El peso promedio (DS) fue de 3.115 ± 527 vs 3.337 ± 615,6 gramos, diferencia estadísticamente significativa (0,001).

#### CONCLUSIÓN

La población haitiana estudiada tiene mayor proporción de nulíparas. Hay mayor proporción de patologías asociadas a isquemia útero-placentaria (preeclampsia, RCIU). Asimismo, son un grupo de pacientes con una mayor tasa de cesáreas, en especial por monitoreo sospechoso persistente. Un estudio prospectivo podría contribuir a ratificar esta tendencia local.

#### RESULTADOS PERINATALES ENTRE OPERACIÓN CESÁREA ELECTIVA A LAS 38 SEMANAS CON INDICACIÓN DE CORTICOIDES V/S A LAS 39 SEMANAS

C-143

Dr Valdés Enrique Dra Palacios Pamela Dra Urquieta Javiera Dr Sepúlveda- Matínez Alvaro Hospital Clínico Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Existe controversia si la utilización de corticoides en Operaciones Cesáreas Electivas a las 38 semanas con indicaciones precisas tienen los mismos resultados perinatales que aquellas indicadas a las 39 semanas

#### **OBJETIVOS:**

Se realizó estudio observacional de Operaciones Cesáreas con indicación de corticoides entre las 38 semanas en comparación con las 39 semanas respectivamente en los resultados perinatales desde el año 2015 al 2017 en la Maternidad del HCUCH.

#### **RESULTADOS**

Se estudiaron 41 pacientes con corticoides y 45 sin dicha indicación por grupo con similares variables biomédicas, salvo la edad gestacional. No hubo diferencias significativas entre los dos grupos estudiados en las variables estudiadas: APGAR, Sdr de estrés respiratorio, uso de oxígeno, ictericia neonatal y hospitalización en unidades de Cuidados Intensivos Neonatales

#### **CONCLUSIONES**

No existen diferencias significativas en los resultados perinatales en las variables estudiadas al comparar ambos grupos, salvo en el peso y edad gestaciones al parto, ambas variables esperables en estudio.

#### ROL DE LA AMNIOCENTESIS EN LA INCOMPETENCIA CERVICAL CON EXPOSICIÓN DE MEMBRANAS FETALES DE SEGUNDO TRIMESTRE.

C-144

Monckeberg, Max.1,2; Valdés, Rafael3; Venegas, Pía2,4; Guajardo, Ulises5; Días, Pilar6; Schepeler, Manuel7; Nien, Jyh Kae7; Pertossi, Emiliano8; Kusanovic, Juan Pedro3; Illanes, Sebastián9. 1Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 2Programa de Magister en Epidemiología. Departamento de Salud Pública. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 3Ginecologo. Medicina Materno Fetal. Hospital Sótero del Rio. Centro de Investigación Materno Fetal (CIMAF). Pontificia Universidad Católica. Santiago. Chile. 4EU. Clínica Dávila. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile 5Interno Medicina. Facultado de Medicina. Universidad de los Andes. 6Programa de Postítulo en Ginecología y Obstetricia. Universidad de los Andes. Santiago. Chile. 7Ginecólogo. Medicina Materno Fetal. Clínica Dávila. Santiago. Chile. 8Programa de Postítulo en Ginecología y Obstetricia. Universidad de los Andes. Santiago. Chile 9Ginecólogo. Medicina Materno Fetal. Universidad de Loa Andes. Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cervical (IC) es una condición heterogénea definida como "la incapacidad del cérvix de contener la gestación en ausencia de signos y síntomas de contracciones uterinas, de trabajo de parto o ambos en el segundo trimestre del embarazo". Afecta al 1% de los embarazos y se asocia con resultados perinatales adversos. En pacientes con membranas fetales expuestas, la incidencia de invasión microbiana de líquido amniótico (MIAC) oscila entre el 8% y el 51,5%. La CI con MIAC tiene un resultado perinatal particularmente pobre. En la práctica clínica, la amniocentesis podría permitir identificar los casoss de IC con pronóstico adverso.

#### **OBJETIVOS**

El objetivo fue comparar la latencia al parto en embarazos de segundo trimestre complicados con IC y membranas expuesta, de acuerdo con el resultado del estudio líquido amniótico obtenido por amniocentesis.

#### **MÉTODOS**

Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron 88 pacientes con IC. En 77 pacientes se realizó amniocentesis. Los pacientes se dividieron en tres grupos según el estado del líquido amniótico al ingreso. Se comparó el resultado obstétrico y neonatal los tres grupos. El outcome primario fue la latencia media al parto.

#### **RESULTADOS**

14 (15,9%) pacientes presentaron amniocentesis positiva (AMCT+), mientras que 63 (71,6%) presentaron una amniocentesis negativa (AMCT-). 11 pacientes (12,5%) no fueron evaluados con amniocentesis. Se instaló cerclaje cervical al 71% de los pacientes con AMCT-, al 21,4% de los casos con AMCT+ y al 72,7% de los que no tenían amniocentesis preoperatoria. El grupo AMCT+ tuvo una latencia al parto significativamente menor en comparación con el grupo AMCT-. (6,6 días  $\pm$  9,1 VS 40,5 días  $\pm$  38,3, p <0,001). El 64,3% de los pacientes con AMCT+ tuvo su parto en las primeras 48 horas, en comparación con sólo el 11,3% en el grupo con AMCT- (p <0,001). Además, la AMCT se asoció una menor tasa de parto sobre las 24 y 28 semanas y su tasa de sobrevida neonatal fue de 7,1% (1 caso)

#### CONCLUSIÓN

la inflamación/infección intraamniótica es frecuente en pacientes con IC, y se asocia a mal resultado perinatal. La amniocentesis se debe realizar de rutina en el manejo de la CI.

# ROL DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR MACROSOMIA FETAL EN EL EMBARAZO A TÉRMINO EN PACIENTES DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Zapata N.3,4, Flores X.1,2,4, Bertossi G.5,4, Hermosilla F.5,4, Unibazo C.5,4, Mena C.3,4, Figueroa J.1,4, Ojeda S. 1,4 Médico especialista Ginecología y Obstetricia Médico especialista Medicina Materno-fetal Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital las Higueras de Talcahuano Interno de Medicina, Universidad de Concepción

#### INTRODUCCIÓN

La macrosomía fetal (MF) se define como el peso al nacer ≥4000 gramos. En Chileel 8% de los recién nacidos de término (RNT) son macrosómicos y un 1% pesó más de 4.500 gramos. Las complicaciones asociadas a la MF son múltiples, teniendo el diagnóstico precoz una importante correlación con el pronóstico, tanto de la madre como del feto, siendo indicación absoluta de cesárea por orden ministerial con peso estimado fetal (PEF)>4500g. Actualmente, el PEF ultrasonográfico utilizando la biometría fetal es considerado el mejor predictor de crecimiento fetal, la probabilidad de detectar MF varía entre 15-79%. Con una sensibilidad de 21,6%, especificidad de 98,6% y valor predictivo positivo de 43,5%. Para todas las fórmulas ecográficas consideradas, el error entre el peso real y el estimado es entre 7,5-10%, pudiendo llegar a 15% en macrosomicos.

#### **OBJETIVO**

Valorar la validez del PEF en nuestro centro para la detección de MF y la conducta posterior a ésta.

#### MÉTODO

Estudio observacional de cohorte retrospectivo entre mayo 2014 y abril 2017 utilizando la base de datos del Servicio de ginecoobstetricia del HH, seleccionando 735 gestantes con embarazo único ≥ 37 semanas, sin presencia de malformaciones fetales y ecografía (eco) efectuada ≤7 días antes del parto. Se evaluó edad materna, edad

gestacional al parto, PEF por eco (Hadlock), intervalo de tiempo desde la eco al parto (días), tipo de parto y peso recién nacido.

#### **RESULTADOS**

La media de edad materna fue 27,5 años y en el grupo que tuvo MF fue de 29,2 años. El PEF medio fue de 3689 g, el peso al nacer medio 3544 g. Los días al parto promedio fueron 2,9. Del total de gestantes, un 32% tenía un PEF >4.000g, mientras que del peso al nacer un 21% presentó MF, resultando una sensibilidad de 81,9%, especificidad 81,2%, VPP 54,3% VPN 94,3%. En este grupo la interrupción del embarazo fue vía vaginal en un 33%, fórceps 0,4% y cesárea 66%. El error de PEF y peso al nacer fue de 8,3%.

#### CONCLUSIÓN

Se observó mayor sensibilidad para la detección de MF (81,2% vs 22-44%) y una especificidad menor (81,9% vs 96,9%) en comparación a la literatura. El VPP y VPN son similares a los reportados anteriormente. La incidencia de MF (21%) fue mayor a la nacional, creemos se debe a que son pacientes de un centro de referencia con mayor cantidad de patología obstétrica y a que la ecografía dentro de la semana previa al parto no es un examen de rutina, por lo que se indica a pacientes con sospecha de MF. A pesar de ser el PEF ecográfico el gold estándar hoy en día para estimación de peso, creemos que es un examen que debe mejorar principalmente el VPP para lograr conductas obstétricas más adecuadas.

PALABRAS CLAVE: Fetal Weight, Birth Weight, Ultrasonography, Prenatal, fetal macrosomia (MeSH)

#### ROL DE LA VITAMINA E EN EMBRIONES Y FETOS DE RATA TRATADOS CON ÁCIDO VALPROICO: ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO DE LA FAMILIA HEDGEHOG

Conei, D1,2,3,4; Soler B1 & Rojas M1 1 Laboratorio de Embriología Comparada, Programa de Anatomía y Biología del Desarrollo, Instituto de Ciencias Biomédicas, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 2 Programa de Doctorado en Ciencias Morfológicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Frontera. 3 Departamento de Ciencias Morfológicas, Facultad de Ciencia, Universidad San Sebastián. 4 Becario CONICYT, PFCHA/Doctorado Nacional/2017-21170693.

#### INTRODUCCIÓN

Sonic hedgehog (Shh), Desert hedgehog (Dhh) e Indian hedgehog (Ihh) corresponden a una familia de morfógenos esenciales para el desarrollo embrio-fetal: embriogénesis del tubo neural; desarrollo de las células intersticiales (de Leydig); y células de la granulosa y tecales, respectivamente. Variaciones en su expresión pueden ocasionar alteraciones en los sistemas nervioso y reproductor masculino y femenino. Esto lo producen teratógenos, como el ácido valproico (VPA), el cual aumenta las especies reactivas de oxígeno, pudiendo contrarrestarse con vitamina E (VE). Se buscó determinar la expresión de Shh, Dhh e Ihh en tubo neural, médula espinal, gónada indiferenciada, testículo y ovario en embriones y fetos de rata expuestos a VPA, VPA+VE y VE.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se conformaron los siguientes grupos de ratas hembra Rattus norvegicus, Sprague Dawley (n=40), a los que se les administró desde el inicio de la gestación vía intraperitoneal: 1 y 5 VPA 400 mg/kg; 2 y 6 VPA+VE 400 mg/kg + 50 mg/kg de VE; 3 y 7 VE 50 mg/kg; grupos 4 y 8 0,1 mL de solución para inyectable (control). A los 12,5 días post-concepción (dpc), se eutanasiaron los grupos del 1 al 4, y a los 17,5 dpc los restantes. Fueron fijados en formalina tamponada en PBS e incluidos en paraplast. Se realizaron cortes transversales seriados. Se realizó tinción hematoloxilina-eosina e inmunohistoquímica con los anticuerpos policlonales Shh (scbt, H-160, conejo), Dhh (scbt, N-17, cabra) e lhh (scbt, C-15, cabra), dilución 1:100.

Se describió la morfología de las muestras marcadas positivamente y se midió la densidad óptica integrada y porcentaje de área inmunoreactiva.

#### **RESULTADOS**

Los grupos de 12,5 dpc tratados con VPA+VE y VE presentaron mayor intensidad inmunohistoquímica y porcentaje de área a Shh en comparación al grupo tratado con VPA (p ≤0,0001) en la placa del piso y notocorda, siendo similar al grupo control. Los grupos de 17,5 dpc resultaron inmunonegativos a Shh. En la inmunomarcación con Dhh e Ihh, las muestras de 12,5 dpc fueron negativas. A los 17,5 dpc, los grupos tratados con VPA presentaron menor expresión de Dhh en células intersticiales fetales como también en la línea germinal, en comparación a los otros grupos, al igual que Ihh pero en células granulares en folículos primordiales y primarios, como también se observó mayor cantidad de folículos atrésicos, con diferencias significativas (p ≤0,0001). No hubo diferencias significativas entre los grupos tratados con VE y controles.

#### **CONCLUSIONES**

La vitamina E regula la expresión de Shh, Dhh e Ihh en el desarrollo del sistema nervioso y gonadal, atenuando los efectos del VPA.

#### ROL DEL CRECIMIENTO FETAL DURANTE PRIMER TRIMESTRE COMO PRUEBA DE CRIBADO PARA RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL.

C-147

Viveros MG, Silva MC, Socias P, Sepúlveda-Martínez A, Pedraza D, Parra-Cordero M. Unidad de Medicina Materno Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### **OBJETIVO:**

Desarrollar un modelo predictivo para restricción de crecimiento fetal (RCF)

utilizando marcadores clínicos y biofísicos, como longitud céfalo-nalgas (LCN) y Doppler

de arteria uterina (DAUt) durante el primer trimestre.

#### MÉTODO

Estudio longitudinal que incluyó 2.144 gestaciones únicas que contaban con dos mediciones de LCN antes de las 14 semanas. Se calculó una tasa de incremento de LCN (TiLCN), expresada en mm/día, y se realizó DAUt entre 11+0 y 13+6 semanas. Del total, se obtuvo 127 recién nacidos menor a percentil 10, incluyendo 45 clasificados como RCF (definido como < percentil 3). Se realizó transformación logarítmica de las distribuciones de DAUt y TiLCN, ajustado por características maternas, expresada en Múltiplos de la media (MoM), y posterior análisis de regresión logística para evaluar variables asociadas con los resultados de todas las RCF, y RCF de pretérmino.

#### **RESULTADOS**

TiLCN durante el primer trimestre fue entre 1.33 y 1.86 mm/día en 90% de los embarazos no afectados. Se identificó una asociación entre enfermedad tabáquica materna y neonatos de pretérmino con RCF (25% versus 10.9%), grupo que también presentó menor TiLCN (0.91 [0.84-0.99] vs. 0.98 [0.91-1.08], p<0.05) y mayor MoM DAUt. Evaluación de riesgo mediante modelos combinados generados presentó una tasa diagnóstica de 47% para todas las RCF y 60% para RCF de pretérmino, con 10% tasa de falsos positivos.

#### CONCLUSIÓN

Este estudio confirma la asociación entre menor incremento de TiLCN durante primer trimestre y RCF, y que la evaluación mediante un modelo combinado puede predecir más de 60% de las RCF de pretérmino.

## SÍNDROME DE BANDA AMNIÓTICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA TERAPIA PRENATAL.

C-148

Marfull, C; Illanes, SE; Figueroa, H; Yamamoto, M. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### **OBJETIVOS.**

En la literatura se han reportado escasas series de síndrome de banda amniótica, y se desconoce la tasa global de éxito de los casos tratados prenatalmente. El propósito de la revisión es conocer el rendimiento y las características de los diversos abordajes quirúrgicos intrauterinos.

#### MÉTODO.

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva entre noviembre de 2016 y marzo de 2017 de todos los casos reportados con manejo prenatal, considerando todas las fechas de publicación e idiomas en las siguientes bases de datos: MEDLINE (por medio de PubMed), SCielo, Elsevier Science y Google Académico. Se analizó la técnica usada, edad gestacional al momento de la intervención, éxito quirúrgico (evaluado con la liberación del segmento afectado), rotura prematura de membranas, sobrevida y resultado funcional de la extremidad.

#### **RESULTADOS.**

La investigación encontró 22 casos que describen los criterios descritos previamente. La edad gestacional promedio de los casos tratados prenatalmente es 22 semanas (rango entre 19 a 29 semanas). 12/22 casos presentaron rotura de las membranas, sin embargo, la edad gestacional media al momento del parto fue de 34 semanas (22 a 40 semanas). Un caso finalizó en aborto y otro reportó muerte fetal 32 días después de la cirugía. Los abordajes quirúrgicos descritos son láser (13), tijeras (6), mecánico (2) y no descrito (1). El resultado reportado en fetos vivos podría clasificarse como recuperación completa de la función, recuperación parcial o amputación (dedos de las manos, ortejos), amputación completa del segmento comprometido (brazo, mano, pierna). De

los casos tratados con láser, 2 fetos murieron, 7 de ellos tuvieron recuperación completa, 3 recuperación parcial y 1 presentó amputación segmentaria. De los casos tratados con tijera, 4 tuvieron recuperación completa y 2 casos presentaron recuperación parcial. En los casos con liberación mecánica y en el no especificado, hubo una recuperación completa y 2 recuperaciones parciales en total.

#### CONCLUSIONES.

Se han reportado 22 casos de banda amniótica que han sido tratados prenatalmente, evidenciando mayor riesgo de muerte fetal en aquellos tratados con láser. Existe un alto riesgo de rotura prematura de membranas, sin embargo, existe la posibilidad de que más del 50% de los casos presente una recuperación total de la función del segmento corporal afectado. No existe un beneficio claro de algún tipo de abordaje quirúrgico.

## TASA DE DETECCIÓN DE ANOMALÍAS CONGÉNITAS C-149 CON UN MAL PRONÓSTICO VITAL ENTRE 11+0-13+0 SEMANAS

Parra-Cordero, M1,2; Aichele, D1; Marquez, N2.; Aguirre, C1; Lazarte, R1; Muñoz, H.1; Figueroa, J.2; Rencoret, G.2 Unidad Medicina Fetal 1Hospital Clínico Universidad de Chile; 2Hospital San Borja Arriarán

#### INTRODUCCIÓN

. Luego de la aprobación de la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales, entre ellas a las anomalías congénitas con un mal pronóstico vital (ACMPV), es importante conocer la capacidad de detección de la ecografia de primer trimestre en nuestro país.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se analizaron 10.040 embarazos únicos con ecografías realizadas entre 11+0-13+6 semanas entre 2000-2016 en los Hospitales Clínico de la Universidad de Chile y San Borja Arriarán. Las ecografías fueron realizadas por especialistas en medicina materno-fetal. Se efectuó un análisis general de la tasa de detección de malformaciones congénitas (MC) y de ACMPV en la ecografía 11+0-13+6 semanas.

#### **RESULTADOS**

La prevalencia de las MC fue 3,3% (n=330), siendo las de mayor frecuencia aquéllas asociadas a síndrome cromosómico o genético (31,8%), seguidas de las cardíacas (16,4%) y renales (10,6%); mientras las de menor prevalencia fueron las faciales (0,9%). La sensibilidad para MC en primer trimestre fue 53,3%, pero la detección de las ACMPV fue 100% para las acranea/exencefalia, holoprocensefalia alobar, ectopia cordis, tallo corporal y megavejiga, mientras que las trisomías tuvieron una tasa de detección de 80%. Por otro lado, malformaciones como microcefalia, hernias diafragmáticas, malformaciones renales bilaterales no fueron detectables en el primer trimestre.

#### CONCLUSIÓN

La sensibilidad para MC en el primer trimestre del embarazo es similar a publicaciones internacionales en primer trimestre tanto en fetos euploides como aneuploides. Interesantemente, la mayoría de las ACMPV fueron detectadas o sospechadas en el primer trimestre de la gestación.

## TIEMPO MEDIO DE DESACELERACIÓN (T/2) DE LA ARTERIA UMBILICAL EN RCIU DE 25 SEMANAS O MENOS.

C-150

Hernández Bellolio, O., González Bugueño, P., Bustos Vidal, JC. Unidad de Ecografía y Perinatología Hospital San Juan de Dios - Universidad de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) severa y precoz (bajo las 28 semanas) es infrecuente, resulta de una insuficiencia placentaria severa, infecciones o genopatías y presenta un alta morbimortalidad. El flujo Doppler en la arteria umbilical (AU) es un buen evaluador de riesgo de resultado perinatal adverso. El tiempo medio de desaceleración (T/2) de la arteria umbilical es un método validado para el estudio de RCIU. Se estudió su utilidad para predecir mortalidad en RCIU severos de 25 semanas o menos.

#### **OBJETIVOS**

Predecir mortalidad en fetos con diagnóstico de RCIU a las 25 semanas o menos, según el valor del T/2 en la ecografía de ingreso.

#### MÉTODO

Se incluyeron todos los fetos de embarazos únicos con diagnósticos de RCIU de 25 semanas o menos atendidos en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital San Juan de Dios desde el 2008 al 2016. Se analizó el T/2 y su asociación con mal resultado perinatal.

#### **RESULTADOS**

Hubo un total de 59 casos. El promedio de edad gestacional al diagnóstico fue de 23 semanas (19-25 semanas). La edad gestacional al parto fue en promedio 28 semanas (19-38 semanas). La media del peso al nacer fue de 769 g. (190-2650 g.). La mortalidad total fue de 54.2% (32 casos). Del total de casos, 23,7% (14 casos) presentaron T/2 ≤ a 90, considerado crítico. De aquellas que presentaron T/2 critico, hubo un 79% de mortalidad in útero (FMIU) y postparto inmediato (MNN). Del 21% que sobrevivió, todos presentaron extremo bajo peso al nacer (<1000 g). De aquellas que presentaron un

T/2 > 90 (45 casos), 47% se asociaron a FMIU o MNN. De 53% que sobrevivió, 45% presento extremo bajo peso al nacer. El VPP fue de 78.6%, el VPN, 53.3%. La sensibilidad fue del 34.4% y la especificidad de 88.9% (p 0.036, corregido por Yates: p 0.07)

#### CONCLUSIÓN

El RCIU precoz diagnosticado a las 25 semanas o menos es una patología muy infrecuente con mal resultado perinatal (>50% de mortalidad, >70% extremo bajo peso al nacer) y probables secuelas severas en los sobrevivientes. El T/2 crítico tiene un buen VPP y buena especificidad para predecir mortalidad en RCIU diagnosticados a las 25 semanas o menos.

## TRATAMIENTO DEL COLICO RENAL Y NEFROLITIASIS C-151 CON STENT DOBLE-J DURANTE EL EMBARAZO: REPORTE DE 7 CASOS.

Autores: Galarce V2, Morales F1,3, Jimenez M1,3 Diaz R1,3, Barria M1,3, Rosales L1,3, Malagon M1, Salvo I2 1Unidad de Medicina Maternofetal. Servicio de Ginecología Obstetricia. Hospital El Carmen de Maipú. Santiago. Chile. 2Becados de Obstetricia y Ginecología. Hospital El Carmen de Maipú. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile

#### INTRODUCCIÓN

El cólico renal es una patología frecuente durante el embarazo, la litiasis renal afecta hasta 1 en 200 embarazadas y en muchas ocasiones genera un desafío diagnóstico y terapéutico en el manejo del dolor y sus complicaciones.

#### **OBJETIVO**

Evaluar el uso de Stent doble J durante el embarazo, efectividad y seguridad.

#### MÉTODO

Se recopilaron datos de las fichas clínicas de 7 pacientes ingresadas en nuestro servicio de alto riesgo obstétrico con diagnóstico de cólico renal entre o1 de Enero 2015 y el 31 de Agosto 2017. Las edades de las mujeres variaron entre 17 y 43 años, con una media de 26 años. La edad gestacional promedio al momento de la consulta fue de 25 semanas. El diagnóstico inicial se realizó en base al cuadro clínico, siendo el síntoma cardinal y motivo de consulta en todas las pacientes la presencia de dolor intenso en fosa renal (7/7). En 3 pacientes (42%) se asoció fiebre y signos sugerentes de pielonefritis aguda. Al ingreso se realizaron exámenes de laboratorio: orina completa, urocultivo, PCR, Hemograma y ecografía renal. Se solicitó evaluación por urología. En 2 pacientes se requirió realizar pielotac para definir el diagnóstico. En las pacientes con cuadro clínico refractario a tratamiento analgésico tradicional y/o patología asociada como infección o hidronefrosis moderada o severa secundaria a obstrucción se indicó la instalación de PigTail por el urólogo. Las pacientes fueron sometidas a instalación de stent doble-J con técnica de Seldinger bajo visión ecográfica, con evaluación y monitorización obstétrica pre y post procedimiento y manejo postoperatorio en la unidad de alto riesgo obstétrico. Resultados: Las 7 pacientes evaluadas tuvieron éxito terapéutico, sin complicaciones postoperatorias. El promedio de días de hospitalización post instalación de PigTail fue de 4 días, con un máximo de 10 días en una paciente con pielonefritis aguda con shock séptico que requirió manejo en UCI y se determinó completar 14 días de tratamiento endovenoso hospitalizada, y un mínimo de 1 día en una paciente con antecedentes de nefrolitiasis y cuadro clínico de cólico renal, sin otras complicaciones. Del total de pacientes, 3 pacientes presentaron un parto fisiológico con embarazo de término sin complicaciones, 1 paciente tuvo un parto prematuro espontáneo de 33+1 semanas, sin embargo en ésta paciente el PigTail fue instalado a las 16 semanas de embarazo, con un peso de su RN de 2.595 grs, sin complicaciones, las 3 pacientes restantes se encuentran cursando sus embarazos en control en el policlínico de alto riesgo, sin presentar hasta la fecha complicaciones de su embarazo.

#### **CONCLUSIONES**

Para las mujeres embarazadas que presentan cuadro clínico de cólico renal, el tratamiento de la instalación de stent doble-J es seguro tanto para la madre como para el feto, siendo una alternativa terapéutica segura y efectiva en aquellas pacientes con cólico renal refractario a manejo analgésico o que presentan complicaciones secundarias a la presencia de cálculos renales.

# UTILIDAD DE PARÁMETROS CLÍNICOS PARA LA PREDICCIÓN C-152 DE RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO TARDÍO EN POBLACIÓN CHILENA

Díaz P., von Bischoffshausen S., Monckeberg M., Venegas P., Rice G., Illanes SE. Departamento de Obstetricia y Ginecología y Laboratorio de Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

un feto que crece bajo el p10 se clasifica como restricción de crecimiento intrauterina (RCIU) y corresponde a un 6 - 10% de los embarazos, de los cuales un 80% de ellos tiene presentación tardía (>32 semanas de edad gestacional (EG)). En la actualidad, no existen algoritmos clínicos que logren predecir que fetos tendrán un RCIU tardío, de tal manera de implementar mecanismos de vigilancia oportunos que disminuyan la morbimortalidad asociada a esta patología.

#### **OBJETIVO**

determinar si índice de pulastilidad (IP) de Doppler 11-14 semanas y parámetros clínicos de la paciente en el primer trimestre logran predecir ocurrencia de RCIU tardío.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes con embarazo único, control prenatal en primer trimestre (evaluación de IMC y PA), ecografía Doppler a las 11-14 y parto entre las 32 y 41 semanas de EG en Clínica Dávila. Se realizó el análisis estadístico con el programa STATA. Se evaluó mediante test de ANOVA la relación entre parámetros clínicos y biofísicos maternos tomando como variables dependientes peso de nacimiento (PN) y peso menor al p10 (PEG). Con las variables estadísticamente significativas se realizaron regresiones logísticas multiparamétricas las cuales se probaron con curvas ROC.

#### **RESULTADOS**

Se estudió una cohorte de 681 pacientes. 61 pacientes con pesos menores al p10 (PEG) y 620 pacientes con peso de nacimiento adecuado (PN) o grande para EG (GEG). Se realizó un análisis de covarianza que muestra una correlación significativa entre PEG e IMC, presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD) e índice de pulsatilidad de arterias uterinas (IPAU) con p 0.0278, 0.0398, 0.0004, 0.0015 respectivamente. Para estos datos se obtuvo una curva ROC que predice correctamente solo al 65% de los fetos que tendrán peso de nacimiento bajo el p10. El subanálisis de los datos excluyendo a los GEG mostró correlación significativa con IMC, IPAU y PAM con p 0.0290, 0.0016 y 0.0273 respectivamente, sin cambios en la curva ROC. Si este grupo se analizaba solo en cuanto a los PEG se mantenía la correlación con IPAU.

#### CONCLUSIÓN

Pese a que se evidenció una correlación entre PN e IPAU, IMC, PAS y PAD, la curva ROC tiene una predictibilidad pobre en el primer trimestre para ser implementada en clínica.

# VALIDACIÓN EXTERNA DE ALGORITMO DE LA FETAL MEDICINE FOUNDATION PARA PREECLAMPSIA EN POBLACION GENERAL

C-153

P Socias, D Aichele, V Cordova, C Aguirre, MC Silva, A Sepúlveda, M Parra Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

La Fetal Medicine Foundation describe algoritmos predictores de preeclampsia (PE) basados en modelos que combinan distintas características. El objetivo fue realizar una validación externa de modelos descritos, en población del Hospital Clínico Universidad de Chile.

#### **METODOLOGÍA**

Se incluyeron embarazadas que acudieron a ecografía 11+0 - 13+6 semanas, obteniéndose datos de historia clínica, índice de masa corporal y presión arterial media (PAM). Se incorporó Doppler de arterias uterinas (DAUt). Se aplicó una ecuación de regresión logística múltiple para el cálculo de riesgo de PE precoz y tardía, analizándose con curvas ROC.

#### **RESULTADOS**

Entre Enero 2005 y Enero 2017, de 7.158 embarazadas seleccionadas, 187 desarrolló PE (2,6%); 52 precoces (0,7%). Al utilizar los puntos de corte para PE precoz del primer modelo (historia clínica + DAUt, riesgo > 1:164), y del segundo (historia clínica + DAUt + PAM, riesgo > 1:197), la tasa de detección fue 65,2% y 53,3%, con tasas de falsos positivos (FP) de 12,5% y 2,9%, respectivamente. Ajustando los FP al 10%, la sensibilidad fue 60,9% y 66,7%. Para alcanzar las sensibilidades descritas en sus publicaciones (75% y 89,7%), los FP suben a 19,4% (Riesgo 1:275) y 29,1% (Riesgo 1:3.900), respectivamente. Para PE tardía, la tasa de detección fue 38,2% con FP 10%, con punto de corte 1:85 (1,16%).

#### CONCLUSIÓN

La validación externa de estos modelos en una población chilena general demuestra sensibilidades similares para PE tardía, difiriendo significativamente en PE precoz. Para alcanzar las tasas de detección descritas, hay que al menos duplicar las tasas de FP. Yamamoto, M1; Carrillo, J2; Astudillo, J2; Kottman, C1; Figueroa, H1.1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

#### **OBJETIVO**

La versión externa es un procedimiento que permite reducir la tasa de cesáreas, sin embargo, su dificultad radica en una tasa de éxito cercana a 60% solamente. Se decidió utilizar anestesia peridural para mejorar esta tasa, y a su vez, permitir realizarla al momento del parto. El intervalo de tiempo de versión hasta el nacimiento se reduce, evitando accidentes posibles, la prematurez y costos.

#### MÉTODO

Estudio retrospectivo de los casos que se han intentado realizar al término, bajo anestesia peridural e inducción inmediata. La anestesia correspondió a dosis para cesárea. El procedimiento se realizó en preparto o en pabellón previo a la cesárea. No se realizó el procedimiento en pacientes con cesárea previa.

#### **RESULTADOS**

Se intentó el procedimiento en 9 pacientes, de las cuales una era primigesta y las demás multíparas. La EG fue 38 y 39 semanas en todas. El procedimiento fue exitoso en 88% (8/9), y solo una de ellas requirió una cesárea por procedimiento frustro. No hubo Apgar bajo. El peso de los recién nacidos fue en promedio 3180g, rango de 2340 a 3650g. No hubo complicaciones de ningún tipo. Una paciente tiene partos vaginales posteriores.

	1	1		1	1	1		1
Edad	Partos	IMC al parto	RN de mayor peso previo	EG de Versión	Dilatación posterior a VE	Horas de inducción	Peso	Apgar
(años)	previos						RN	
30	3	26,7	3070	38+3	4cm	3	3630	9-10
36	3	24,6	3800	38+1	2cm	7	3649	10-10
34	2	22,2	3335	38+1	1cm	8	2340	9-10
31	1	23,1	4080	38+4	7cm	4	3390	9-10
33	2	23,4	3300	38	2cm	4	3240	9-10
32	1	25	3300	39	3cm	5	3355	9-10
34	О	26	NC	39	4cm	2	2920	9-10
31	1	28	2600	38	1cm	VE frustra	2580	9-10
37	2	29,4	3380	39	5cm	6	4220	9-10

#### CONCLUSIÓN

Se redujo el intervalo de tiempo desde la versión hasta el nacimiento evitando accidentes, costos por hospitalización y 8 de 9 posibles cesáreas. El procedimiento realizado en estas condiciones tiene altas posibilidades de incidir importantemente en la tasa de cesáreas de una institución. La estrategia actual difiere de aquella recomendada por el ACOG.

#### VALIDACIÓN EXTERNA DE ALGORITMO DE LA FETAL MEDICINE FOUNDATION PARA PREECLAMPSIA EN POBLACIÓN DE ALTO RIESGO

C-155

Marquez, N., Rencoret, G., Figueroa, J., Parra, M. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital San Borja Arriarán.

#### **OBJETIVO**

La Fetal Medicine Foundation (FMF) ha publicado múltiples artículos describiendo los algoritmos predictores de Preeclampsia (PE) basados en modelos que combinan características clínicas, biofísicas y bioquímicas. El objetivo de este estudio fue realizar una validación externa del algoritmo de predicción de riesgo de Preeclampsia precoz y tardía de la FMF en una población de alto riesgo del Hospital San Borja Arriarán (HSBA).

#### **METODOLOGÍA**

Se incluyeron las embarazadas que fueron derivadas por una condición de riesgo obstétrico a realizarse una ecografía entre 11+0-13+6 semanas al Hospital San Borja Arriarán. En esta ecografía se realizó una entrevista inicial para obtener los datos de su historia clínica y características obstétricas, incluido el índice de masa corporal. Además, la ecografía de primer trimestre incluyó Doppler de arterias uterinas (DAUt) y medición de la presión arterial media (PAM). A estos hallazgos se les aplicó una ecuación de regresión logística múltiple generada por la FMF para el cálculo de riesgo de Preeclampsia precoz y tardía, y analizados por medio de curvas ROC.

#### **RESULTADOS**

Entre Enero 2013 y Febrero 2017 Un total de 846 embarazadas cumplieron los criterios de selección para este estudio. Cincuenta de ellas desarrolló Preeclampsi (5,9%), siendo 14 de ellas catalogada como precoz. Además, 10% presentó un RN pequeño para la edad gestacional, 2,5% mortinatos, 2,8% aborto, y 1,7% malformaciones mayores. Al utilizar los puntos de cortes del algoritmo de la FMF para Preeclampsia precoz del primer modelo que combina historia clínica con DAUt (Riesgo >1:164), y del segundo modelo que lo hace entre historia clínica y DAUt + PAM (Riesgo > 1:197), la tasa de

detección en la población de riesgo del HSBA fue de 90,9% y 100%, con tasas de falsos positivos de 30,6% y 10,2%, respectivamente. Al ajustar el primer modelo a una tasa de falsos positivos de 10%, o punto de corte con riesgo > 1:36, la sensibilidad se reduce a 72,7%, similar a la descrita por la FMF en sus publicaciones. Para Preeclampsia tardía, con el algoritmo de la FMF se obtuvo una tasa de detección de 38,2% con una tasa de falsos positivos de 10% con un punto de corte de 1:85 (1,16%).

#### CONCLUSIÓN

La validación externa de los modelos de la FMF en una población de alto riesgo de desarrollar Preeclampsia precoz y tardía muestra sensibilidades y falsos positivossimilares a las descritas por la FMF en sus publicaciones.

# DIABETES PRE GESTACIONAL Y ASOCIACIÓN CON C-156 MALFORMACIONES CONGÉNITAS: EVALUACIÓN ECOGRÁFICA FETAL EN CENTRO DE REFERENCIA PERINATAL ORIENTE (CERPO) DURANTE EL AÑO 2015.

Narváez P.1, Barrios R.1, Rodríguez J.1, Cisternas D.1, Díaz A.2 1 Centro de Referencia Perinatal Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2 Unidad Alto riesgo Obstétrico, Hospital Santiago Oriente "Dr. Luis Tisné Brousse"

#### INTRODUCCION

La diabetes pre gestacional mal controlada se asocia a malformaciones congénitas. Para disminuir los riesgos el manejo debe ser realizado por un equipo multidisciplinario. El Ministerio de Salud (MINSAL) recomienda un seguimiento clínico y ecográfico estricto en la diabetica pregestacional.

#### **OBJETIVO**

Establecer la proporción de embarazadas diabéticas pre gestacionales que recibieron evaluación ecográfica y ecocardiográfica en el CERPO, de acuerdo a la norma del MINSAL.

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal. Se analizó el total de pacientes que cursaron con diabetes durante el embarazo, resueltas entre el 01 de enero del 2015 y el 31 de diciembre del 2015, para esto se analizaron 5.451 fichas clinicas de recien nacidos (RN), base de datos CERPO y del Hospital Dr. Luis Tisné.

#### **RESULTADOS**

El 12% de los RN fueron hijos de madre diabética, de estas el 10 % correspondió a diabeticas pregestacionales. Un 90% de las embarazadas con diabetes pregestacional recibieron atención en CERPO. 10 % presentó alguna malformacion congénita.

#### CONCLUSIÓN

Existe un alto cumplimiento de la normativa MINSAL en el seguimiento ecografico de la diabética pre gestacional. Se detectó un 10 % de malformaciones congénitas en diabéticas pregestacionales.

## **ONCOLOGÍA**

#### C-157

#### ADENOCARCINOMA VAGINA DE CELULAS CLARAS. REPORTE DE UN CASO.

Sánchez. F, Gayán. P, Selman A, Puga. M, Blanco. S. Unidad de Ginecología Oncológica, Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile

#### C-158

#### ANÁLISIS DE PACIENTES REFERIDAS A UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL, CON DIAGNÓSTICO DE CUELLO UTERINO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD EN HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO; 12 AÑOS DE SIGUIMIENTO (2004-2016).

(1) Luengo O. (2) Vivaldi E., Araneda J., Ojeda S., (3) Luengo A. 1 Becado Gineco-Obstetricia Hospital Las Higueras Talcahuano, UDEC 2 Médico Gineco-Obstetra, Unidad de Patología Cervical, Hospital las Higueras, Talcahuano. 3 Alumna Interna, Facultad de Medicina, UDEC.

#### C-159

#### ANALISIS PROSPECTIVO PARA VALIDACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CERVICOUTERINO Y ENDOMETRIAL EN LA UNIDAD DE GINECOLO-GÍA ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN.

Osses L, Nuñez A, Staig P, Nazzal O, Suarez S, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### C-160

#### BENEFICIO DE LA LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓR-TICA RETROPERITONEAL EN CÁNCER CERVICAL LOCALMENTE AVANZADO

Jara A1., Puga M2., Garrido J2., Osorio F1., Selman A.2, Prado S.2, Gayán P2. 1 Médico en programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2 Médico Servicio Ginecología Oncológica del Instituto Nacional del Cáncer.

#### C-161

#### BIOPSIA ENDOMETRIAL TIPO "PIPELLE DE COR-NIER" Y SU CAPACIDAD PARA DETECTAR PATOLOGÍA ENDOMETRIAL MALIGNA.

Paredes A1, Undurraga R1, Jaime A1, De la Maza M2. Álvarez J3, Tagle M3 1Residente de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2Interna de Medicina Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo. 3 Ginecologo Obstetra Hospital Padre Hurtado

#### C-162

#### CÁNCER CERVICOUTERINO: EL HPV NO SIEMPRE ES EL CULPABLE. REPORTE DE UN CASO.

Cervantes P., Galvez J., Borchert G., Ruiz A. Hospital Regional de Copiapó, Unidad de Patología Cervical.

#### C-163

#### CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS

Staig P, Rojas J, Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Pincheira E, Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### C-164

#### CÁNCER DE ENDOMETRIO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Fuentes F. Paredes C. Leiva J. Sagredo Y. Correa R

#### C-165

#### CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Staig P, Suarez E, Nazzal O, Altamirano R.Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Clinico San Borja Arriarán. Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Centro Facultad de Medicina Universidad de Chile

#### C-166

#### COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y LAPAROTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

Puga O, Urzúa M, Pérez MV Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Sótero del Rio Pontificia Universidad Católica de Chile

#### C-167

### CONIZACION CERVICAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SALUD PUBLICA EN REGION METRO-POLITANA.

Hierard D.1, Opazo V.1, Jensen R.2. 1Escuela Medicina, Universidad de los Andes, región Metropolitana, Chile. 2Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes, Hospital Parroquial de San Bernardo, región Metropolitana, Chile.

#### C-168

#### CORRELACIÓN ENTRE RESULTADO DE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CANCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA

Gutiérrez E., Orlandini E., Brañes J., Cuello M., García K., Gejman R2. Departamento de Ginecología y Obstetricia P Universidad Católica de Chile 2 Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### C-169

### DISGERMINOMA PURO: TRES CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Valdés F., Machuca M., Rodríguez MA., Cisterna P., Rodríguez A. Servicio de Gineco-Obstetricia y A. Patológica Hospital San Juan de Dios, Santiago.

#### C-170

#### EFECTIVIDAD DE BIOPSIA PIPELLE EN LA DETEC-CIÓN DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL

Jensen, R1; Bawarshi, V2; Castro I2; Sepulveda, M2; Von Bischhoffshausen, S2 1Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile. 2Interna Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

#### C-171

#### ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Fuentes F. Paredes C. Correa R. Leiva J. Unidad Oncología Ginecológica, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule

#### C-172

## GANGLIO CENTINELA LAPAROSCOPICO EN CANCER DE ENDOMETRIO CON DOBLE MARCACION, EXPERIENCIA INICIAL.

Gutiérrez E., Orlandini E., Bordeu J., Brañes J., Cuello M., García K, Puga O., Majerson D., División de Ginecología y Obstetricia P. Universidad Católica de Chile. 2 Unidad de Medicina Nuclear, Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### C-173

#### MANEJO DEL CANCER CERVICOUTERINO DIAG-NOSTICADO DURANT EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Reyes P, Staig P, Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Pincheira E, Suarez E, Nazzal O, Altamirano R.Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Centro Facultad de Medicina Universidad de Chile

#### C-174

## NEOPLASIA INTRAEPITELIAL GRADO I, RESULTADOS DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN PERÍODO 2015-2016.

De Petris V, Suazo I, Espinoza C, Osses L, Reyes P, Rojas J, Solari M, Pincheira E, Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### C-175

#### PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES EXTRAN-JERAS Y CÁNCER CERVICOUTERINO ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO.

Suazo I, Staig P, Rojas J, Espinoza C, Osses L., De Petris V, Solari M., Pincheira E., Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro

#### C-176

#### REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD DE PAGET VULVAR

Salgado P.1. Castillo S. 2, Ulloa G. 2, 1 Ginecólogo - Oncólogo Hospital Regional del L. Bernardo O'Higgins, Rancagua, Docente Universidad Diego Portales. 2 Interno de Medicina Universidad Diego Portales.

#### C-177

#### TUMOR BORDERLINE DEL OVARIO: EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Gutiérrez E., Orlandini E., Bordeu J., Brañes J., Cuello M., García K, Majerson. D., Gejman R. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### C-178

#### TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET): REPORTE DE UN CASO

Castro, J1. Gutiérrez, S2. Herrera, A3. Orellana, R.4 Bolados, C.5 1Médico Cirujano, Universidad de Chile. 2Interno Medicina, Universidad de Chile 3Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. 4Gineco-oncólogo, Hospital San Juan de Dios 5Anatomopatóloga, Hospital San Juan de Dios.

#### C-179

#### TUMOR SINCRÓNICO DE OVARIO Y ENDOMETRIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DEL TEMA

Vega D, Rodriguez MA, Montero JC, Olguín F, Bolados C, Cisterna P, Orellana R Hospital San Juan de Dios, Santiago, RM Departamento Ginecología y Obstetricia Occidente Universidad de Chile

#### C-180

#### TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE: REVISIÓN DE LITERTURA Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN SERVICIO METROPOLITANO NORTE.

Moya C (\*), Villablanca M (\*), Nuñez A.(\*\*), Vargas R (\*\*), Gayan P (\*\*\*) (\*) Médico Becario Ginecología Obstetricia Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico San José, Santiago de Chile (\*\*) Médico Ginecología Oncológica Hospital Clinico San José, Santiago de Chile. (\*\*\*) Médico Ginecología Oncológica Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile.

#### ADENOCARCINOMA VAGINA DE CELULAS CLARAS. REPORTE DE UN CASO.

C-157

Autores: Sánchez. F, Gayán. P, Selman A, Puga. M, Blanco. S. Unidad de Ginecología Oncológica, Instituto Nacional del Cancer, Santiago, Chile

#### INTRODUCCION

El cáncer de vagina representa el 1-2% de los cánceres ginecológicos, de los cuales un 80%-90% son escamosos y 10%-15% son adenocarcinomas. De este ultimo, el mas frecuente es el de células claras, particularmente en la expuestas in útero a diethylstilbestrol (DES). Existe escasos reportes en la literatura.

#### **MATERIAL Y METODO:**

Estudio descriptivo retrospectivo a través del análisis de ficha clínica de paciente admitida en Unidad de Ginecología Oncológica del Instituto Nacional del Cancer, durante el segundo semestre 2016 y revisión bibliográfica del tema.

#### **RESULTADO**

CASO CLINICO: Paciente nuligesta de 26 años, con antecedentes de psoriasis, resistencia insulina, Hipotiroidismo y Tabaquismo crónico. Sin exposición a DES in utero.

Historia de genitorragia de 3 meses de evolución y PAP atípico, inflamatorio y hemorrágico. Es derivada a unidad de ginecología oncológica, donde se pesquisa tumor en pared posterior de vagina de 3-4 cms. Biopsia de tumor: Adenocarcinoma células claras moderadamente diferenciado G2, infiltrante (resultado re-analizado y confirmado).

Estudio de diseminación, con tomografía axial computada de tórax, abdomen y pelvis sin evidencia de enfermedad; y PET Scan con nódulo hipermetabolico en región cervico uterino y fondo de saco compatible con neoplasia primaria, junto con adenopatías bilaterales en iliacas comunes, externas e internas. Se realiza linfadenectomía pélvica y lumboartica transperitoneal por vía laparoscópica. Biopsia indica compromiso metastásico de linfonodos pélvico y precavos por carcinoma papilar de células claras. Se etapifica como

cáncer de vagina células claras Etapa IVB (FIGO), y se indica quimioterapia y Radioterapia paliativa, tratamiento actualmente en curso.

#### **DISCUSION**

El adenocarcinoma vaginal de células claras, es descrito inicialmente a fines de la década del 60, con casos en la segunda década de la vida y asociado a exposición in utero a DES. Esta asociado a peor pronostico, mas aún cuando no hay antecedente de exposición a DES, con una sobrevida global a 5 años de un 34% y con recidivas principalmente a nivel regional y pulmonar. Se ha descrito distribución epidemiológica bimodal en con edad promedio de 26 años y otra a los 54 años, destacando en la primera antecedente a exposición a DES in utero.

En cuanto al manejo, es similar a lesiones escamosas, con colpohisterectomia radical y linfadenctomía pélvica en etapa I; y radioterapia en etapas posteriores. Adicionalmente, se ha reportado manejo conservador con linfadenectomía pélvica y transposición ovárica seguido de Radioterapia, siendo alternativa en pacientes con deseo de fertilidad, reportando una tasa de embarazo de un 10%.

# ANÁLISIS DE PACIENTES REFERIDAS A UNIDAD C-158 DE PATOLOGÍA CERVICAL, CON DIAGNÓSTICO DE CUELLO UTERINO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD EN HOSPITAL LAS HIGUERAS TALCAHUANO; 12 AÑOS DE SIGUIMIENTO (2004-2016).

(1) Luengo O. (2) Vivaldi E., Araneda J., Ojeda S., (3) Luengo A. 1 Becado Gineco-Obstetricia Hospital Las Higueras Talcahuano, UDEC 2 Médico Gineco-Obstetra, Unidad de Patología Cervical, Hospital las Higueras, Talcahuano. 3 Alumna Interna, Facultad de Medicina, UDEC.

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino constituye la tercera neoplasia mas frecuente en la mujer, estimándose en 529.000 nuevos casos por año y 270.000 muertes anuales, 90% de ellos en los países con menor desarrollo y menos gasto en salud; generando de esta manera un claro marcador de inequidad en salud. En chile se diagnostican alrededor de 1.300 nuevos casos de cáncer cervicouterino por año, con 635 muertes por esta causa, y una tasa de mortalidad ajustada de 5.9 por cien mil mujeres el año 2008-2010, constituyéndose así como la sexta causa de muerte por cáncer en la mujer, la cuál ha ido en descenso debido a los programas de tamizaje y manejo establecidos por el Ministerio de Salud.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio Analítico Prospectivo, el cual incluyó 1016 pacientes derivadas por diagnóstico de "Cuello Sospechoso de Enfermedad" a la Unidad de Patología Cervical, entre los años 2004 y 2016, y la correlación de estos casos con el Análisis Clínico en la Unidad (por Médico Gineco-Oncólogo) y el consecuente estudio Histológico.

#### **RESULTADOS**

De un total de 1016 pacientes derivadas a la Unidad de Patología Cervical (entre el año 2004 y 2016), con el Diagnóstico de "Cuello Sospechoso de Enfermedad", 445 (43.7%) fueron diagnosticadas como portadoras de un Cérvix Sano, por lo que se descartó estudio Histológico

en ellas, siendo referidas a su lugar de atención habitual. Dentro de las patologías no relacionadas con HPV, se pesquisaron 83 paciente (8.16%) portadoras de Miomas y/o Pólipos Cervicales, con confirmación Histológica, siendo referidas al Policlínico de Ginecología para el Manejo Quirúrgico o Conservador según el caso. En relación a Patología relacionada a HPV, 188 pacientes (18.5%) fueron diagnosticadas de Cervicitis\_HPV, 152(14.9%) con NIE de Bajo Grado, 3 (0.2%) con NIE de Alto Grado y 161 (15.8%) con Ca Cu Invasor.

#### CONCLUSIONES

Como se logra demostrar en este análisis estadístico, cerca de la mitad (43.7%) de los casos referidos a la Unidad de Patología cervical como "cuello sospechoso" fueron descartados como tal, según el análisis macroscópico y colposcópico realizado por el Clínico. Por otro lado el 8.16% fue portadora de una patología no relacionada con HPV, lo que en conjunto con las pacientes sanas, suman un 51.8% de la totalidad de las pacientes, es decir aproximadamente una da cada dos pacientes referidas a la UPC como "Portadora de cuello Sospechoso de Enfermedad", resultaron NO tener patología relacionada con HPV. Por otro lado, llama la atención que de las 1016 pacientes analizadas, un 15.8% fue portadora de un Ca Cu Invasor, y solo un 0.2% de un NIE de Alto GRADO, lo que se contrasta con el 14.9% de las pacientes portadoras de un NIE de Bajo GRADO, lo que en su totalidad suma un 30.9%, es decir que aproximadamente una de cada tres pacientes derivadas a nuestro Servicio de UPC por sospecha de Cuello Uterino Patológico, resultaron tener al menos una lesión preneoplásica, lo que resalta la utilidad del exámen físico dirigido y en atención a la edad de la paciente, antecedentes mórbidos, factores de riesgo y sintomatología, como parte de una evaluación clínica integral a la población femenina en nuestro país.

# ANALISIS PROSPECTIVO PARA VALIDACIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN CÁNCER CERVICOUTERINO Y ENDOMETRIAL EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN.

C-159

Osses L, Nuñez A, Staig P, Nazzal O, Suarez S, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### INTRODUCCIÓN

El uso de ganglio centinela (GC) ha permitido disminuir la morbilidad asociada a la linfadenectomia y tiempo operatorio en la etapificación de variadas neoplasias. Su uso estaba limitado en ginecología al cáncer de vulva. Actualmente existe evidencia que avala su uso en el cáncer de cérvix y endometrio.

El objetivo de este estudio es validar la técnica de GC utilizando azul patente en las pacientes con cáncer de cérvix con indicación de tratamiento quirúrgico y en la etapificación de cáncer de endometrio en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA).

#### MÉTODO

Se enrolaron de manera prospectiva, pacientes con cáncer cervix y de endometrio en cuya cirugía se realizó GC por el equipo de ginecología oncológica del HCSBA. Se incluyeron 34 pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, FIGO I (13 pac) y cáncer de endometrio (21 pac) en diferentes estadíos entre Julio del 2014 a Julio del 2017. Se analizaron los protocolos operatorios, biopsia contemporánea y diferida.

La técnica consistió en administrar una inyección de azul patente al 2%, 2 cc a las horas 3 y 6 lateral al cérvix, a 1 y 2 cm de profundidad, 15 minutos previo a la cirugía. Durante la cirugía se evaluaron los territorios de diseminación ganglionar conocidos y se enviaron a anatomía patología para biopsia contemporánea los ganglios marcados de azul además de la linfadenctomia sistémica.

#### **RESULTADOS**

Hubo una detección del GC en un 91%. Con una media de 1,9 ganglios. La localización intraoperatoria más frecuente fue a nivel de Fosa obturatriz; derecha (19) e izquierda (18), art iliaca ext derecha (6) e izquierda (5). Hubo una bilateralidad del 50%. En 3 pacientes no se localizó el ganglio centinela.

El GC resultó positivo para metástasis en 6 pacientes con cáncer de endometrio etapa clínica FIGO I y 1 paciente con cáncer cervicouterino 1B1. No hubo GC negativo, con linfadenectomia positiva. En relación a la vía de abordaje, 66,6% se realizó cirugía laparoscópica (GC+5) y 33,3% a través de laparotomía (GC+1). No hubo reacción adversa al medio de contraste.

#### **CONCLUSIONES**

Podemos concluir que en nuestra unidad al realizar la técnica del GC, tenemos valores similares a los descritos en la literatura internacional, con un valor predictivo positivo y negativo del 100%. Estos resultados nos entregan la seguridad necesaria para estandarizar la técnica para realizar cirugías menos agresivas y así disminuir las complicaciones y morbilidad asociada que genera la linfadenectomía sistemática.

#### BENEFICIO DE LA LINFADENECTOMÍA LUMBOAÓRTICA RETROPERITONEAL EN CÁNCER CERVICAL LOCALMENTE AVANZADO

C-160

Jara A1., Puga M2., Garrido J2., Osorio F1., Selman A.2, Prado S.2, Gayán P2. 1 Médico en programa de Especialización Ginecología y Obstetricia Universidad De Chile 2 Médico Servicio Ginecología Oncológica del Instituto Nacional del Cáncer.

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer Cérvico uterino localmente avanzado comprende desde las etapas IB2 - IVA de la FIGO. Su tratamiento es la radioterapia asociada a quimioterapia logrando e control locorregional en un 70% de los casos (Michael A. Gold, 2008). La presencia de metástasis lumboaórticas de este grupo puede llegar hasta un 25% y constituye el factor pronóstico más ominoso, con una sobrevida media de 5-35% a 5 años (S. Gouy, 2012). Actualmente la determinación del compromiso linfático paraaórtico, se efectúa a través del estudio imagenológico, siendo el PET-CT el examen con mayor sensibilidad y especificidad. Desafortunadamente no contamos aún con este examen en el sistema público y la mayor parte de las pacientes son evaluadas solo con TC. La relevancia de esto radica en que el TC tiene una sensibilidad de 57%, especificidad de 92%, valor predictivo positivo (VPP) de 60% y un valor predictivo negativo (VPN) de 91% (Scheidler J, 1997). (Tara J. Selman, 2008), a diferencia del PET-CT que presenta un VPP de 75% y VPN de 92% (Herrera, 2013). Con el objetivo de mejorar la detección de metástasis, se ha planteado la etapificación quirúrgica con linfadenectomía mediante laparoscopia. Es la vía quirúrgica de elección debido a la calidad de visión, precisión de la disección y otros beneficios de la cirugía mínimamente invasiva. La vía extraperitoneal de elección sobre la transperitoneal por el menor número de adherencias que podría producir.

#### **METODOLOGÍA**

Estudio retrospectivo descriptivo de veinte pacientes con cáncer Cérvico uterino localmente avanzado sometidas a linfadenectomía lumboaórtica entre enero de 2015 y octubre de 2016.

#### **OBJETIVO**

Determinar la presencia de metástasis ganglionares en territorio paraaórtico de este grupo de pacientes. Establecer la seguridad de la técnica y evaluar el cambio de conducta terapéutica producto de la etapificación quirúrgica del estatus ganglionar.

#### **RESULTADO**

La mediana de edad fue 39 años [22-44], IMC medio de 27 [41-19]. El TC mostraba metástasis pélvicas en un 55% de las pacientes, dentro de las cuales sólo la mitad eran

bilaterales o múltiples unilaterales, un 10% tenían sospecha de compromiso lumboaórtico resultando no biopsiables. El éxito de la cirugía fue del 100%, hubo dos conversiones a vía transperitoneal. La media del tiempo de cirugía fue de 212 minutos [120-300]. No hubo complicaciones mayores en el periodo intraoperatorio, las complicaciones postoperatorias tardías fueron secundarias a dos lesiones ureterales. El número promedio de ganglios extraídos fue de 16; un 15% (3 pacientes) tenía ganglios lumboaórticos positivos de las cuales uno de ellos correspondía a micrometástasis, cabe destacar que ninguna de estas pacientes tenía ganglios positivos en TC. Se realizó marsupialización del canal para-aórtico y omentoplastia en el 60% de los casos.

#### CONCLUSIÓN

La linfadenectomía es un procedimiento factible, seguro, y efectivo en el cáncer cervicouterino localmente avanzado, permite el tratamiento de un 15% de pacientes con metástasis paraaórticas no detectadas por el TC, adicionalmente evita el sobretratamiento del 55% de las pacientes por la tasa de 27% falsos positivos del TC en nuestro servicio. Finalmente, a través de la linfadenectomía lumboaórtica se modificó la conducta en un

55% de los casos, a favor de evitar RT, que de otro modo se hubiera utilizado. Creemos que en estas condiciones y frente a la falta de exámenes que den mayor certeza, la linfadenectomía lumboaórtica extraperitoneal es un procedimiento altamente recomendable en este grupo de pacientes. Un periodo de seguimiento más prolongado sería necesario para establecer la seguridad del método a largo plazo.

## BIOPSIA ENDOMETRIAL TIPO "PIPELLE DE CORNIER" Y SU C-161 CAPACIDAD PARA DETECTAR PATOLOGÍA ENDOMETRIAL MALIGNA.

Autores: Paredes A1, Undurraga R1, Jaime A1, De la Maza M2. Álvarez J3, Tagle M3 1Residente de Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Clínica Alemana - Universidad del Desarrollo 2Interna de Medicina Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo. 3 Ginecologo Obstetra Hospital Padre Hurtado

#### INTRODUCCIÓN

La Hiperplasia endometrial se caracteriza por una proliferación de glándulas endometriales de tamaño y forma irregular, con mayor proporción de glándula sobre estroma como consecuencia de una excesiva exposición a los estrógenos. La presencia de atipias es

el factor pronóstico más importante para la progresión a cáncer endometrial. La Hiperplasia compleja con Atipias (HCCA) se estima en una progresión a cáncer de un 29%. Su prevalencia es variable y está descrito desde 3,4% a 64,1% en la literatura.

#### **Objetivo**

El objetivo primario de este estudio es conocer el número necesario de biopsias endometriales (BEM) mediante técnica de Pipelle de Cornier para detectar patología maligna del endometrio. Como objetivos secundarios son conocer la edad promedio de la patología maligna de endometrio, la prevalencia de la patología maligna endometrial detectada mediante esta técnica en sus diferentes diagnósticos, endometrios normotópicos y muestras insuficientes.

#### MÉTODO

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de corte transversal. La recolección de los datos se realizó mediante la revisión de informes de biopsias almacenadas en base de datos de anatomía patológica del Hospital Padre Hurtado durante el 2016. Se incluyeron todos los informes cuyas muestras de endometrio fueron obtenidas mediante técnica de Pipelle de Cornier en box de atención médica durante el año 2016. Se excluyeron

todos los informes cuyas muestras de endometrio

fueron obtenidas por otra técnica. Se consideró sospecha de patología maligna las siguientes hipótesis diagnósticas: Alteración flujo rojo en mayores de 50 años, engrosamiento endometrial en mayores de 50 años, endometrio heterogéneo en mayores de 50 años, hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio. El análisis de datos se realizó mediante programa SPSS y prueba estadística Chi-

#### CUADRADO.

Resultados: Durante el año 2016 se realizaron un total de 257 biopsias de endometrio por técnica de Pipelle de Cornier. El promedio de edad fue 50 años. El 95,7 % de los datos fueron considerados válidos para estudio y el 4,3% no. El 65,4 % de las biopsias endometriales correspondía a hipótesis diagnósticas de patología maligna entre las que se incluyeron hiprplasia alteración flujo rojo en mayores de 50 años, engrosamiento endometrial en mayores de 50 años, endometrio heterogéneo en mayores de 50 años, hiperplasia endometrial y cáncer de endometrio. La prevalencia de patología maligna endometrial fue de 10,5% cuando la hipótesis diagnóstica fue sospecha de patología maligna. Número de biopsias a tomar para detectar patología maligna: 9,4.

#### CONCLUSIÓN

El número de biopsias necesario a tomar para detectar patología maligna de endometrio es de 9,4 cuando la hipótesis diagnóstica es patología maligna del endometrio.

Cervantes P., Galvez J., Borchert G., Ruiz A. Hospital Regional de Copiapó, Unidad de Patología Cervical.

#### INTRODUCCIÓN

El carcinoma neuroendocrino se presenta entre 1-3% de carcinoma cervical y dentro de ellos, el más común de cuatro tumores neuroendocrino, es el de Células Pequeñas, caracterizándose patológicamente por una alta tasa mitótica, necrosis extensas y frecuentemente invasión linfovascular. Se propaga de forma agresiva con metástasis hematógenas frecuentes, recurrencia locorregional y corta superviviencia incluso en estadios iniciales, teniendo el peor pronóstico en comparación con aquellos otros tipos de neoplasias cervicales, con tasas de supervivencia global a los 5 años 30%, en comparación con cáncer de células escamosas que es 98%.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años, multípara de 1, sin PAP, insulinoresistencia, irregularidad menstrual, usuaria de ACO. Consulta el día 30/01/17 en el Servicio de Urgencias Ginecológicas del Hospital Regional de Copiapó por cuadro de dolor hipogástrico y sangrado genital intermitente. A la especuloscopía destaca tumor cervical de aproximadamente 10 cm. de diámetro, exofítico, friable, sangrante. Se deriva a Unidad de Patología Cervical, se toma biopsia, la cual informa: "Muestra constituida en su mayor parte por tejido necrótico, con algunas zonas mejor conservadas, en donde se recoge tejido linfoide, aparentemente con morfología normal". Se hace necesario enviar nuevas muestras, tomadas de zona no necrótica y representativa de la lesión, con el fin de precisar diagnóstico. El día 14/02/17 se toma nueva biopsia la cual informa: "Muestra necrótica en casi toda su totalidad, solo se conservan pequeños islotes de tumor maligno indiferenciado, aparentemente de tipo epitelial". Envía muestra a laboratorio privado en Santiago, para evaluación y eventual estudio con técnica de inmunohistoquímica, el cual concluye "Carcinoma neuroendocrino de células pequeñas." Estudio para etapificación destaca: TAC tórax (10/02/17): Sin hallazgos

patológico. TAC de abdomen y pelvis (10/02/17): Masa de aspecto neoplásico en cuello (92x83 mm) asociado a grandes conglomerados de adenopatías ilíacas internas y externas bilaterales, perirrectales y prevesical (hasta de 50 mm), con compromiso ureteral derecho que determina hidroureteronefrosis ipsilateral, y posible compromiso parietal rectal y vesical adyacente. Lesión focal hepática, de difícil caracterización por pequeño tamaño, posiblemente quística. Colonoscopia (16/02/17): Compresión extrínseca rectal baja anterior sin signos de infiltración y con dificultad en la evacuación intestinal. Cistoscopia (27/02/17): Cuello y piso vesical lesiones inflamatorias inespecíficas que se biopsia. Por estrechez a nivel de uréter distal, se instala Doble J. La Biopsia se informa Mucosa de tipo vesical ulcerada, con acentuado infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear, sin evidencia de neoplasia. La paciente es derivada a Centro de Referencia el día 27/02/17, clasificándose como CaCu IVb, donde se indica alivio del dolor y cuidados paliativos, la paciente fallece el 28/03/17.

#### **CONCLUSIONES**

Nuestro caso es de importancia clínica por la baja frecuencia de este tumor en el tracto genital femenino y por su mal pronóstico, por lo que se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial de toda neoplasia cervical, además de requerir de estudios que esclarezcan la historia natural, los factores pronósticos y las intervenciones terapéuticas más apropiadas para este tipo de tumor. El carcinoma neuroendocrino cervical de alto grado son principalmente neoplasias asociados al VPH, siendo los tipos de VPH más comunes 16 y 18. La prueba del VPH puede ayudar en el diagnóstico diferencial entre un carcinoma neuroendocrino cervical los que surgen en otros sitios, incluido el endometrio, ya que los tumores cervicales suelen ser positivos para el VPH.

### CANCER CERVICOUTERINO EN MUJERES MAYORES DE 65 AÑOS

C-163

Staig P, Rojas J, Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Pincheira E, Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es el cáncer ginecológico más frecuente en el mundo y la cuarta causa de muerte por cáncer en mujeres en el mundo (1). Siendo el tamizaje la estrategia mas utilizada hasta ahora en el mundo en los Programas de Prevención En nuestro país este esta enfocado en la población entre 25 y 65 años, enfatizándose su discontinuación en aquellas mujeres con tamizaje adecuado y al menos 3 citologías negativas en lo últimos 10 años. Sin embargo al menos un 20% de los casos se diagnostica en mayores de 65 años (2). Para conocer sus características se estudiaron retrospectivamente los casos ocurridos en mayores de 65 años

#### **MATERIAL Y METODO**

Se revisaron retrospectivamente todos los casos de cáncer cervicouterino ocurridos entre enero 2015 y julio 2017, seleccionando aquellos ocurrido en mayores de 65 años, consignando el número y vigencia de citologías previas, motivo de consulta, histología y tratamiento. De un total de 140 Cánceres cervicouterinos 14 cumplían los requisitos.

#### **RESULTADOS**

Se encontraron 14 casos de cáncer cervicouterino en mujeres mayores de 65 años, que corresponde al 10% del total de la muestra. La edad promedio fue 75 años. La máxima fue de 84 años. Ninguna de las pacientes tenía tamizaje adecuado y 4 nunca se habían realizado citología de Papanicolaou. Seis pacientes se encontraban en estadío I, tres en estadío II, tres en estadío III y dos en estadío IV. La histología más frecuente fue carcinoma escamoso en 11 casos, Adenocarcinoma en 1 caso, adenoescamoso 1 caso y pobremente diferenciado en 1 caso. Las 14 pacientes

consultaron por sangrado genital. Tres pacientes recibieron únicamente tratamiento paliativo, las otras pacientes recibieron tratamiento curativo.

#### **CONCLUSIONES**

Ninguna de las pacientes mayores de 65 años diagnosticadas con Cáncer Cervicouterino en nuestro centro tenía adecuado tamizaje. A pesar de esto, la proporción de pacientes mayores es baja, la mitad de la reportada en la literatura internacional. El 78,5% de las pacientes se encontraba en estadío localmente avanzado, y tres pacientes no fueron candidatas a tratamiento estándar por su estado general y comorbilidades. En base a esto apoyamos la descontinuación del tamizaje en mayores de 65 años en las condiciones establecidas en el programa, ya que los casos que ocurren en esta población corresponden a aquellos que no están en control formal.

## CÁNCER DE ENDOMETRIO: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS EN EL C-164 HOSPITAL REGIONAL DE TALCA.

Fuentes F. Paredes C. Leiva J. Sagredo Y. Correa R

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio representa la neoplasia ginecológica más frecuente en países desarrollados, debido a que la obesidad es el factor de riesgo más importante. Más del 70% de los casos son diagnosticados en etapa I, con una tasa de sobrevida a 5 años de 90%. En Chile no existen datos reales sobre incidencia. Sin embargo, algunos reportes han demostrado un alza en la mortalidad de esta enfermedad.

#### **OBJETIVO:**

Caracterizar a la población y evaluar resultados clínicos de pacientes con diagnóstico de Cáncer de endometrio atendidas en la unidad de Oncología Ginecológica del Hospital Regional de Talca.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Revisión retrospectiva de las fichas clínicas de pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer de endometrio tratadas entre Enero 2011 y Diciembre 2015. Distintos factores se consideraron al momento de analizar los datos

#### **RESULTADOS**

Se identificaron 94 pacientes con diagnóstico histopatológico de Cáncer de Endometrio en el período de tiempo previamente establecido. El promedio de edad fue 60,2 ± 12,5 años. 95% (n: 89) de las pacientes fueron sometidas a etapificación quirúrgica. 88% (n: 72) de las pacientes presentaron histología Endometrioide. La vía de abordaje quirúrgica fue por laparotomía (72%) o laparoscopía (28%). La presentación por etapas, de acuerdo a la clasificación FIGO del 2008, fue la siguiente: 62% (n: 58), 5% (n: 5), 14% (n: 13) y 14% (n: 13), respectivamente (etapas I-IV). De acuerdo al consenso ESMO- ESGO- ESTRO 2016, la presentación por riesgo fue la siguiente: 40% (n: 38) bajo, 12% (n: 11) intermedio, 9% (n: 8) intermedio-alto, 13% (n: 12) alto, 10% (n: 9)

avanzado y 12% (n: 11) metástasis. Con respecto a la terapia adyuvante un 14,6 % (n: 13) requirió radioterapia, 23,6 % (n: 21) quimioterapia, y 6,7% (n: 6) hormonoterapia. La sobrevida global a los 12 y 24 meses es de 89% y 82.9% respectivamente. La sobrevida a 24 meses para pacientes estadio I y II fue de 96,8 % (61/63), en comparación a los estadios III y IV, de 46,2% (12/26).

Conclusión: Los resultados de pacientes portadoras de cáncer de endometrio tratadas en el Hospital Regional de Talca entre los años 2011 y 2015 son comparables a lo reportado por la literatura nacional e internacional. La mayoría accede a tratamiento quirúrgico con escasas complicaciones y alta sobrevida global.

## CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN LA UNIDAD C-165 DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN.

Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Staig P, Suarez E, Nazzal O, Altamirano R.Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Clinico San Borja Arriarán. Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Centro Facultad de Medicina Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN:

La cirugía laparoscópica es, actualmente, un abordaje quirúrgico común en ginecología. Proporciona beneficios específicos para las neoplasias ginecológicas, como una mejor visualización quirúrgica y un inicio precoz en las terapias coadyuvantes. En nuestra unidad, centro formador, con cerca de 150 pabellones/año, ha sido un pilar importante el desarrollo constante de esta técnica.

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Análisis descriptivo retrospectivo de todas las cirugías laparoscópica realizadas entre el 17 de Julio 2012 al 31 de julio 2017, en la unidad de ginecología oncológica. Se revisaron protocolos operatorios y datos de las pacientes (edad, diagnóstico, tecnica de entrada, cirugía realizada, tiempo operatorio, necesidad de conversión, complicaciones y manejo de estas).

#### **RESULTADOS:**

Durante el periodo analizado, se realizaron 183 laparoscopías (8 en 2012, 20 en 2013, 25 en 2014, 39 en 2015, 62 en 2016 y 29 en el 1º semestre 2017). La edad promedio de las pacientes fue 52 años. Del total de intervenciones, 40,4% fue por patología anexial, 32,2% por patología endometrial, 22,4% por patología del cuello o cuerpo uterino y 4,9% por carcinomatosis peritoneal. La técnica de entrada más frecuente fue en el punto de palmer (69,4%) seguido por técnica abierta de Hasson (17,5%) y en región umbilical (9,8%). Las cirugías fueron clasificadas según el Sistema de clasificación de la Sociedad Europea de Endocopía Ginecológica. Se operaron 21 cirugías laparoscópicas Nivel 1,48 cirugías Nivel 2,77 cirugías Nivel 3 y 36 cirugías Nivel 4 (33 procedimientos oncológicos: histerectomía

radical, linfadenectomía y 3 suspensiones ováricas). El porcentaje de conversiones a laparotomia fue de 8,7% (16 casos) (8 por síndrome adherencial severo, 3 por sangrado, 2 por rexis vesical, 2 por tecnica laboriosa y 1 por sospecha de perforación gástrica). En 5 casos se agrego una minilaparotomía para extraer la pieza. Se presentaron 9 complicaciones (4,8%), 2/3 de ellos en procedimientos Nivel 4. Las complicaciones fueron 4 rexis vesicales (2 resueltas por laparoscopía y 2 por laparotomía), 3 sangrados que requirieron laparotomía para hemostasia y 1 desgarro de serosa de colon sigmoides reparado por laparoscopía.

#### **CONCLUSION:**

En la actualidad el uso de la cirugía minimamente invasiva comprende cerca del 40% del total de cirugías al año en nuestra Unidad. El papel de la laparoscopia en nuestro centro ha evolucionado de una herramienta diagnóstica a un enfoque integral para el manejo de neoplasias ginecológicas, lo que sumado a un bajo porcentaje de conversión y complicaciones, hace de esta una gran opción terapéutica.

#### COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA Y LAPAROTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

C-166

Puga O, Urzúa M, Pérez MV Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Dr. Sótero del Rio Pontificia Universidad Católica de Chile

En nuestra Unidad de Ginecología Oncológica históricamente el tratamiento de las pacientes con cáncer de endometrio ha sido la cirugía abierta. En los últimos años existe cada vez más evidencia del beneficio de la cirugía mínimamente invasiva en esta patología, por este motivo en los últimos años hemos iniciado el cambio de abordaje quirúrgico de los cánceres de endometrio independientemente de su histología.

#### **OBJETIVO**

Evaluar la factibilidad y seguridad de realizar cirugía laparoscópica en cáncer de endometrio y compararla con pacientes operadas por laparotomía.

#### **MÉTODO**

Estudio retrospectivo con análisis de ficha clínica de pacientes operadas desde marzo de 2015 hasta julio de 2017 en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Dr. Sótero del Rio.

#### **RESULTADOS**

Durante este periodo fueron operadas 88 pacientes, de las cuales 49 (56%) fueron por laparotomía y 39 (44%) por laparoscopía. Los dos grupos eran comparables en cuanto a edad promedio 62 vs 59 años, patología concomitante, motivo de consulta, tipo histológico y estadío quirúrgico. Tres pacientes del grupo de laparoscopía requirieron conversión a laparotomía por obesidad, en dos pacientes se realizó reestadiaje laparoscópico. En 17 pacientes del grupo de laparotomía se realizó estadiaje completo (linfadenectomía pelviana bilateral, para aórtica y omentectomía) y en 19 del grupo laparoscópico. No hubo diferencias al analizar el índice de masa corporal promedio de las pacientes

29 vs 31, el número de ganglios resecados; pelvianos 15 (3-36) vs 17 (6-36) y para aórticos 9 (2-22) vs 7 (3-13). Las pérdidas sanguíneas estimadas y el alta hospitalaria fueron similares Las pacientes operadas por laparoscopía recibieron menos analgesia y su movilización fue más precoz. El tiempo operatorio fue significativamente menor al comparar la cirugía abierta versus laparoscópica (p <0,05). Complicaciones: en el grupo de laparoscopía hubo una lesión vesical y un paro cardiorespiratorio recuperado al finalizar la anestesia. Para el grupo de laparotomía se presentaron 2 infecciones de herida operatoria con dehiscencia y una muerte por trombo embolismo pulmonar al cuarto día post operatorio.

#### **CONCLUSIONES**

El cáncer de endometrio es factible de ser tratado por laparoscopía en nuestro servicio independiente del estadío y tipo histológico La cirugía laparoscópica es comparable a la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer de endometrio, importante será evaluar calidad de vida post cirugía y sobrevida a largo plazo.

## CONIZACION CERVICAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE SALUD PUBLICA EN REGION METROPOLITANA.

C-167

Hierard D.1, Opazo V.1, Jensen R.2. 1Escuela Medicina, Universidad de los Andes, región Metropolitana, Chile. 2Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes, Hospital Parroquial de San Bernardo, región Metropolitana, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La escisión de la zona de transformación cervical en casos de lesiones de alto grado mediante la conización cervical es considerado un procedimiento diagnóstico y muchas veces terapéutico para NIE de alto grado y NIE de bajo grado persistente.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes sometidas a cono leep y cono frío entre los años 2011 – 2015 en la unidad de Patología cervical de un Hospital secundario de la región Metropolitana. Se analizaron datos epidemiológicos, las indicaciones de cono, los resultados, las re intervenciones, complicaciones y el seguimiento posterior.

#### **RESULTADO**

Se obtuvo un total de 241 conos realizados. De ellos, 207 (85,9%) fueron cono leep, y 34 (14,1%) conos fríos con bisturí. Las indicaciones se ajustan a las normas de a guía MINSAL. En 156 (64,7%) hubo correlación entre el diagnóstico colposcópico y el cono. Dentro de los resultados se obtuvo 88 (36,5%) NIE bajo grado, 140 (58,1%) NIE alto grado y 13 (5,4%) de carcinoma invasor en etapa inicial. 84 (34,4%) pacientes tuvieron diagnóstico de Discordancia cito-histológica (DCH), de estas, 49 (59%) tuvieron diagnóstico final de NIE de alto grado. En 63 (26,1%) pacientes se obtuvo bordes positivos. 20 pacientes requirieron re cono, de las cuales 9 tuvieron lesión residual. 13 pacientes requirieron cirugía posterior por cáncer invasor. 123 pacientes completaron su seguimiento post cono y fueron dadas de alta, lo que refleja una pérdida de seguimiento de 118 (49%) de las pacientes.

#### **CONCLUSIONES**

La conización cervical por medio de asa electro quirúrgica logró un alto porcentaje de curación y con un bajo porcentaje de necesidad de re intervención, sin embargo, en la realidad de nuestro centro aún hay un alto porcentaje de pérdida de seguimiento de las pacientes, lo que no permite conocer con exactitud el rendimiento del procedimiento. Es esperable que cifras similares se repitan a lo largo del país, por lo que futuras publicaciones son necesarias para el desarrollo de un plan de trabajo con respecto a la adherencia.

# CORRELACIÓN ENTRE RESULTADO DE BIOPSIA INTRAOPERATORIA Y BIOPSIA DIFERIDA EN CANCER DE ENDOMETRIO EN EL HOSPITAL CLINICO DE LA UNIVERSIDAD CATOLICA

C-168

Gutiérrez E., Orlandini E., Brañes J., Cuello M., García K., Gejman R2. Departamento de Ginecología y Obstetricia P Universidad Católica de Chile 2 Unidad de Anatomía Patológica, Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer de endometrio es el cáncer ginecológico más frecuente en países desarrollados y la mayor parte se diagnostica en etapa precoz. Los estadios precoces de riesgo bajo según factores uterinos (IA G1/G2) no se benefician de realizar linfadenectomía sistemática, por lo cual la biopsia intraoperatoria juega un rol fundamental en determinar principalmente la profundidad de la invasión y el grado histológico, para definir si se realiza etapificación completa. El objetivo del estudio es determinar la precisión de la biopsia intraoperatoria con respecto a la biopsia diferida, tanto en la invasión miometrial como el grado histológico, y si ello produjo un tratamiento no óptimo.

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo que incluye a pacientes con diagnóstico de cáncer de endometrio, que fueron sometidas a cirugía con biopsia intraoperatoria entre los años 2007 y mayo de 2017 en el Hospital Clínico de la P Universidad Católica. Los datos se obtuvieron de las fichas clínicas, protocolos quirúrgicos e informes de biopsias.

#### **RESULTADOS**

Se analizaron 118 cirugías por cáncer de endometrio, de las cuales 64 (54%) se les realizó biopsia intraoperatoria y 54 (46%) no tuvieron biopsia intraoperatoria, de estas últimas, 36 de ellas (66%) tenían biopsia endometrial preoperatoria con histología de alto riesgo (endometrioide G3, seroso papilar, células claras o carcinosarcoma). La precisión diagnóstica de la biopsia intraoperatoria

con respecto a la biopsia diferida en profundidad de invasión miometrial y el grado histológico fue de 77% y 68%, respectivamente. La mayor diferencia de precisión se ve en el grado histológico, pero en el 95% de ellos no influyó en el tratamiento posterior, debido a cambios de G1 a G2 o viceversa. Combinando invasión miometrial y grado histológico, solo en 4 casos (6%) hubo un tratamiento no óptimo atribuible a la biopsia intraoperatoria. Uno de los casos pasó de IAG2 a a IAG3, indicándose radioterapia externa, otro pasó de IAG2 a IIIA tratado con radioterapia externa, pero presentó recidiva peritoneal 2 años después tratándose con quimioterapia y dos tuvieron compromiso cervical y recibieron braquiterapia.

#### CONCLUSIÓN

Al analizar nuestros casos, se observa una buena correlación entre la biopsia intraoperatoria y la diferida, y en los casos de disrelación, la mayoría no se vio afectada en el tratamiento posterior, lo cual refuerza el uso de esta herramienta para definir la etapificación completa en el intraoperatorio.

#### DISGERMINOMA PURO: TRES CASOS CLÍNICOS Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Valdés F., Machuca M., Rodríguez MA., Cisterna P., Rodríguez A. Servicio de Gineco-Obstetricia y A. Patológica Hospital San Juan de Dios, Santiago.

#### INTRODUCCIÓN

Los disgerminomas corresponden al 3% a 5% de los tumores ováricos y específicamente al 32% a 34% de las neoplasias malignas germinales, siendo el tipo más frecuente. Se presentan 3 casos clínicos de disgerminomas puros manejados en el Hospital San Juan de Dios, acompañados de una revisión bibliográfica del tema.

#### **CASO CLÍNICO 1**

Paciente de 32 años, en estudio por glomerulonefritis se solicita ecografía abdominal donde se visualiza masa anexial. Examen físico: gran masa hipogástrica que llega a nivel umbilical. TAC-AP: Masa de aspecto heterogéneo con áreas hipodensas y calcificaciones aisladas que mide 16x13x12cm. Marcadores tumorales: AFP 1,6; CEA 0,5; Bhcg <5, sin LDH. Cirugía: anexectomía derecha, cápsula rota en intervención, resto de exploración normal. Biopsia: Disgerminoma ovárico puro, sin implantes sobre superficie ovárica. Etapa FIGO IC. Se maneja con 3 ciclos de quimioterapia adyuvante con PEB (cisplatino, etopósido y bleomicina). Seguimiento durante 14 años, sin evidencia de recidiva.

#### **CASO CLÍNICO 2**

Paciente de 18 años, con historia de 3 meses de evolución de aumento de volumen y dolor abdominal difuso. Examen físico: gran tumor abdominopélvico, que llega 10cm sobre el ombligo. Ecografía Abd.: Gran masa sólida intraabdominal polilobulada, de 21 x 15 cm ascitis y derrame pleural derecho. TAC-TAP: Tumoración sólida pélvica de 22 x 16 cm, con efecto de masa sobre estructuras vecinas, hidroureteronefrosis bilateral, ascitis moderada y derrame pleural derecho severo. Marcadores tumorales: LDH: 2790, CA-125: 2412 y B-HCG negativa. Cirugía: Anexectomía derecha, citología peritoneal y pleural. Biopsia: Disgerminoma puro, sin compromiso de cápsula y citologías negativas. Etapa

FIGO IA. Seguimiento por 30 meses, sin evidencia de recidiva.

#### Caso clínico 3

Paciente de 21 años, con aumento de volumen abdominal derecho y dolor . TAC TAP y Resonancia: Tumor sólido ovárico derecho de 12 cm, ascitis moderada, colelitiasis y adenopatías lumboaórticas bajo mesentérica inferior. Marcadores tumorales: LDH: 2988; Ca- 125:360; resto negativos. Cirugía: anexectomía derecha y linfadenectomía selectiva de para-aórticos nivel III. Biopsia: Disgerminoma puro, sin compromiso de cápsula y linfonodos negativos o/ 6. Etapa FIGO IA. Seguimiento por 5 años, libre de enfermedad.

#### DISCUSIÓN

Los disgerminomas constituyen el tumor maligno de células germinales del ovario más común en pacientes en edad fértil, siendo el 60% diagnosticados en menores de 20 años. Clínicamente se caracterizan por crecimiento rápido, lo que puede generar dolor abdomino-pélvico agudo o subagudo por distensión de la cápsula, necrosis y rotura; además torsión y hemoperitoneo constituyendo un abdomen agudo. Son tumores unilaterales, pero en un 10 a 20% de los casos pueden ser bilaterales. Pueden presentar elevación de los marcadores tumorales, siendo más específica el alza de la LDH. El enfoque actual de tratamiento en la mayoría de los casos es la cirugía conservadora, ya que la mayoría son diagnosticados en etapa I y son quimiosensibles. La cirugía consiste en anexectomía unilateral con revisión de anexo contralateral. La linfadenectomía pélvica y lumboaórtica de estadificación no se recomienda, salvo adenomegalias evidentes. Siempre evitar una citorreducción agresiva en mujeres jóvenes y sin paridad. El manejo con quimioterapia adyuvante se basa en 3 drogas, por 3 ciclos: cisplatino, etopósido y bleomicina, con un 95 a 100% de respuesta en etapa precoz y 75 a 80% en etapa avanzada. La linfadenectomía se omite en los disgerminomas puros etapa IA. El pronóstico es favorable, con una sobrevida global mayor del 95% a 5 años. Los casos clínicos presentados en esta revisión.

#### **CONCLUSIÓN:**

A pesar de ser una patología poco frecuente, es fundamental sospecharla para poder realizar un tratamiento oportuno y conservador, con el objetivo de mantener la fertilidad, dada su presentación en mujeres en edad fértil. Generalmente presentan buenos resultados a largo plazo si se maneja de forma apropiada con cirugía conservadora y un equipo con expertís.

## EFECTIVIDAD DE BIOPSIA PIPELLE EN LA DETECCIÓN DE PATOLOGÍA ENDOMETRIAL

C-170

Jensen, R1; Bawarshi, V2; Castro I2; Sepulveda, M2; Von Bischhoffshausen, S2 1Ginecólogo. Universidad de Los Andes. Santiago, Chile. 2Interna Medicina. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

#### INTRODUCCIÓN

La patología endometrial es una condición cada vez más frecuente en nuestro país, y con ella el cáncer de endometrio. Es por esto que es importante contar con métodos diagnósticos precisos y que sean de fácil implementación. La biopsia aspirativa ambulatoria (Pipelle) es un método de fácil accesibilidad, bajo costo y ha demostrado ser altamente sensible y especifica.

#### **OBJETIVO**

Evaluar la efectividad de la biopsia Pipelle en la detección de patología endometrial en la práctica clínica en un hospital de la Región Metropolitana.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Estudio de cohorte retrospectivo en el que se analizaron las fichas clínicas de 516 pacientes evaluadas por patología endometrial en el Hospital Parroquial de San Bernardo y el Centro de Salud Universidad de Los Andes San Bernardo (CESA) entre el 2012 y 2016, seleccionando aquellas que durante el estudio requirieron biopsia Pipelle. Para el análisis se compararon las biopsias previas con las definitivas en aquellas pacientes sometidas a intervención quirúrgica. A partir de esto se calculó la sensibilidad y especificidad de la biopsia Pipelle para detección de patología endometrial.

#### **RESULTADOS**

De las 516 pacientes totales, 340 fueron evaluadas con biopsia Pipelle durante el seguimiento. De éstas 119 pacientes fueron sometidas a cirugía en nuestro centro, por lo que se tuvo acceso a la biopsia definitiva. Para el cálculo de sensibilidad y especificidad se consideraron como positivas las biopsias con diagnóstico de cáncer endometrial. Hubo 12 casos positivos en nuestra serie. La sensibilidad calculada fue 85% y especificidad de 100%, valor predictivo positivo 100% y valor predictivo negativo de 98%. Todos los casos de cáncer diagnosticados por Pipelle fueron confirmados en la biopsia definitiva. De los 2 casos falsos negativos, 1 tenían otra patología concomitante (pólipo endometrial) y 1 caso en que no se logró muestra suficiente al no ingresar a la cavidad con la cánula.

#### **CONCLUSIONES**

La biopsia Pipelle corresponde a un examen sencillo y altamente sensible y específico para el diagnóstico de patología endometrial. En nuestra experiencia reportamos resultados concordantes para cáncer de endometrio. Es un muy buen recurso diagnóstico, evitando procedimientos invasivos, sin embargo, es necesario mantener una sospecha diagnóstica para evitar los falsos negativos.

Palabras claves: Hiperplasia endometrial, Biopsia Pipelle, Atipia.

#### ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL EN EL SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

C-171

Fuentes F. Paredes C. Correa R. Leiva J. Unidad Oncología Ginecológica, Hospital Regional de Talca, Universidad Católica del Maule

#### INTRODUCCIÓN

: La enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) es un espectro de proliferaciones celulares que surgen del trofoblasto velloso placentario. Se caracteriza por la expresión prolongada de la actividad trofoblástica, posterior a un evento gestacional, la cual posee tendencia a invasión local y metástasis. Esta abarca cinco formas clínico-patológicas: la mola hidatidiforme, mola invasora, coriocarcinoma, tumor trofoblástico sitio placentario y tumor trofoblástico epitelioide.

#### **OBJETIVO**

Analizar la situación actual, hallazgos clínicos y el seguimiento de los casos de enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Talca entre mayo 2010 y abril 2015.

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

: Se realizó una revisión retrospectiva de todos los casos con diagnóstico histopatológico de enfermedad trofoblástica gestacional en pacientes hospitalizadas en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Talca entre mayo 2010 y abril 2015.

#### **RESULTADOS**

Se revisó un total de 43 casos de pacientes con diagnóstico histopatológico de ETG. El promedio de edad al momento del diagnóstico fue 28,80 ± 9,14 años (16 a 50 años). Se estimó una frecuencia de 3 molas por cada 1000 partos. El principal motivo de consulta fue el sangrado genital (41.86%). Según la biopsia, del total de casos 44% corresponden a mola parcial, 49% a mola completa, 2% a Coriocarcinoma y 5% a Neoplasia Trofoblástica Gestacional (NTG). El 100% de las pacientes

fue sometido a vaciamiento uterino. Un 54% de los pacientes permanecieron en control hasta lograr al menos 3 valores de Gonadotropina coriónica humana (GCH) negativos, 3 pacientes requirieron Histerectomía y 15 pacientes fueron sometidos a Quimioterapia. Previo al vaciamiento uterino, 22 mujeres recibieron misoprostol intravaginal. De este grupo, 8 pacientes evolucionaron con una NTG (mola persistente), la cual requirió posteriormente el uso de quimioterapia.

#### CONCLUSIÓN

Se estimó una frecuencia de 3 molas por cada 1.000 partos, lo cual es comparable a zonas de alta prevalencia. El manejo con vaciamiento y legrado uterino ha sido realizado en el 100% de nuestras pacientes, demostrando efectividad en base al seguimiento con niveles de GCH. Es necesario mejorar el seguimiento post alta de las pacientes con diagnóstico de ETG. Se requiere una nueva evaluación en relación al uso de misoprostol y su asociación con NTG persistente.

## GANGLIO CENTINELA LAPAROSCOPICO EN CANCER DE ENDOMETRIO CON DOBLE MARCACION, EXPERIENCIA INICIAL.

C-172

Gutiérrez E., Orlandini E., Bordeu J., Brañes J., Cuello M., García K, Puga O., Majerson D., División de Ginecología y Obstetricia P. Universidad Católica de Chile. 2 Unidad de Medicina Nuclear, Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

La utilización del ganglio centinela (GC) en cáncer de endometrio es una técnica probada y estandarizada, su principal ventaja es disminuir la morbilidad asociada a la linfadenectomía sistemática y proveer información para definir la adyuvancia post quirúrgica.

Se describe el primer caso de nuestra institución en el uso de doble marcación (Tecnecio 99 + Azul patente) usando una sonda gamma laparoscópica detectora de Tc99.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años, sin antecedentes mórbidos de importancia, con cuadro de 3 meses de metrorragia. Estudio con ecografía ginecológica informa endometrio engrosado de 11mm. Legrado biópsico, informa adenocarcinoma endometrioide moderadamente diferenciado (G2). Estudio de diseminación negativo. El día de la cirugía, 60 min previo al pabellón se infiltra Tecneciogg macroalbúmina o.5cc a nivel cervical a las 3-6-9-12 horas. SPECT-CT muestra GC a nivel iliaco derecho, sin marcación a izquierda. Bajo anestesia se infiltra el estroma cervical con azul patente a las 3 y 9 del reloj, 1 cc superficial y 1 cc profundo. Se procede a la intervención vía laparoscópica. Se identifica GC iliaco externo derecho con sonda (CPS 262) también marcado con azul patente, se extrae y se revisa el lecho con CPS residual <20. No se detecta GC a izquierda, por lo que se procede a linfadenectomía pelviana izquierda. Se realiza histerectomía total con salpingooforectomía bilateral. Biopsia intraoperatoria: adenocarcinoma con invasión menor al 50%. Se termina cirugía sin incidentes. Biopsia diferida informa Adenocarcinoma endometrioide G2, infiltración <50%. GP izq o/5, GC Der o/1. Por etapa IA-G2, se decide seguimiento.

#### DISCUSIÓN

Un metaanálisis reciente (Bodurtha Smith AJ. AJOG. 2017) describe que la doble marcación (Tc99+Azul patente) tiene una sensibilidad de detección del LNC del 87,7% comparable al uso de verde indocianina (90%) y superior al azul patente (70%). En nuestro caso la detección del centinela se realizó con un prototipo de sonda gamma fabricado por Nuclear-Med, con dimensiones de 400x11mm, inalámbrico con conexión bluetooth a un celular o tablet con iOS o Android, en la pantalla se muestran las CPS y se emite el sonido de detección. La adición del tecnecio 99 a la técnica de detección del GC, ofrece varias ventajas, destacando la visualización del GC via linfocintigrafia o SPECT preoperatorio, además de la confirmación sonora durante la cirugía; sin aumentar la morbilidad.

#### C-173

# MANEJO DEL CANCER CERVICOUTERINO DIAGNOSTICADO DURANT EL SEGUNDO TRIMESTRE DE EMBARAZO EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Reyes P, Staig P, Espinoza C, Osses L, De Petris V, Suazo I, Solari M, Pincheira E, Suarez E, Nazzal O, Altamirano R.Unidad de Ginecología Oncológica. Hospital Clínico San Borja Arriarán. Departamento de Obstetricia y Ginecología Campus Centro Facultad de Medicina Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

1-3% de los cáncer cervicouterino son diagnosticados durante el embarazo y/o puerperio, 2/3 de los casos se encuentran en estadíos localmente avanzados. Los reportes solo son de casos aislados y por ello el manejo de estos casos es complejo, se presentan 2 casos clínicos de pacientes con embarazo de segundo trimestre con cáncer cervicouterino localmente avanzados.

#### **CASOS CLINICOS:**

El primer caso M.V.V paciente colombiana de 37 años, que ingresa por sospecha clínica en contexto de metrorragia de II trimestre, cursando embarazo único, de 14 semanas. FIGO IB2. En comité oncológico se decide, con los padres , manejo con quimioterapia neoadyuvante a la espera de una edad gestacional segura para interrupción. Se indicó 4 ciclos de cisplatino con placlitaxel. Con regresión parcial con 35+4 semanas de gestación se realiza cesárea con histerectomía Piver 1. Obteniendo RN sexo masculino 2470 grs., AEG, Apgar 9-9. Como coadyuvancia se indica radioquimioterapia. 5 meses después presenta obstrucción intestinal que fue resuelta quirúrgicamente. El estudio de diseminación con PET-CT mostró recidiva tumoral ganglionar y presencia de metástasis pulmonares. Dada su evolución la paciente retorna a su país

El segundo caso G.Ch paciente haitiana de 30 años, derivada por sospecha clínica de cáncer cervicouteerino, en contexto de metrorragia de II trimestre, cursando embarazo no controlado de 22 semanas. Etapificación IB2 (7cm). Evaluada en comité y en conjunto con los

padres, se decidió quimioterapia neoadyuvante la que recibió hasta la semana 30 evidenciando persistencia de la enfermedad posterior con nula respuesta a 2 ciclos de quimioterpia. Se decide interrumpir a las 32 semanas previa maduración pulmonar.obteniendo RN sexo masculino, 1680 grs. AEG, Apgar 8-9. después de cesaría con histerectomía se indica radioquimioterapia asistiendo de manera irregular, no terminando su tratamiento por progresión de la enfermedad Se decide cambiar a radioterapia paliativa la que no logra interrumpir la progresión tumoral. Dada la evolución decide regresar a su pais

#### CONCLUSION

Diversas publicaciones internaciones sobre el tema señalan que el tratamiento del cáncer cervicouterino durante el embarazo debe basarse en la edad gestacional al momento del diagnóstico, estadío FIGO y los deseos de los padres. Durante el segundo trimestre, se plantea que el uso de quimioterapia neoadyuvante en base a cisplatino y paclitaxel sería una alternativa segura desde el punto de vista neonatal, pero los datos acerca del resultado oncológico materno son disimiles, en nuestra experiencia los resultados fueron desalentadores. En el nuevo marco legal que regula el país estos casos podrían ser tratados en forma diferente si los padres manifestaran su voluntad

## NEOPLASIA INTRAEPITELIAL GRADO I, RESULTADOS C-174 DE LA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN PERÍODO 2015-2016.

De Petris V, Suazo I, Espinoza C, Osses L, Reyes P, Rojas J, Solari M, Pincheira E, Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### INTRODUCCIÓN

En Chile la detección de lesiones preinvasoras del cuello uterino se realiza en base a tamizaje con citología (Papanicolaou) a la población entre 25 y 64 años. En caso de citología positiva, se realiza una colposcopía para visualizar lesiones y obtener una muestra histológica para confirmar diagnóstico y definir un plan de manejo. Dado el alto porcentaje de regresión la conducta mas adecuada es el control citocolposcopico.

Esta revisión tiene como objetivo describir las citologías de origen y el manejo de las pacientes con histología NIE I que ingresaron a la UPC HCSBA en 2015-2016.

#### **MATERIAL Y METODO**

Durante los años 2015 y 2016, ingresaron 147 pacientes a la Unidad de Patología Cervical del Hospital Clínico San Borja Arriarán con diagnóstico histológico de Neoplasia Intraepitelial de bajo grado (NIE I). Se realizó una revisión retrospectiva de las fichas analizando el perfil epidemiológico, citología de origen, el manejo propuesto y el cumplimiento del seguimiento.

#### **RESULTADOS**

En esta experiencia, las NIE I representan 12,5% de los ingresos anuales a la Unidad. En su mayoría corresponden a pacientes entre 25 y 49 años; Con respecto a la citología de origen 63% provenían de una citología acorde, 19% de citologías atípicas (principalmente atipías escamosas que no descartan lesión de alto grado) y 18% a citologías de mayor grado. Un 5% de las pacientes estaba embarazada al momento del diagnóstico. 14 pacientes eran menores de 25 años. Respecto al manejo, al 94% de las pacientes se indicó seguimiento y a 8

pacientes se les indico manejo escisional por disociación cito-colpo-histológica (DCCH), 6 de ellas presentaban lesión de alto grado.

43 pacientes (29%) no volvieron a control y 22 (15%) interrumpieron el seguimiento. De las 82 pacientes en seguimiento, a 6 se realizó escición posterior evidenciándose 5 lesiones de alto grado. Hubo 1 diagnóstico de invasión (1a2) en cono inicial por DCCH.

#### **CONCLUSION**

El manejo expectante sigue siendo la mejor opción para estas pacientes; sin embargo la citología de origen debe ser considerada para el manejo escisional cuando corresponde (DCCH) El seguimiento permite el diagnostico de lesiones de alto grado no pesquisadas en la primera evaluación. Para estos fines es esencial la adherencia al seguimiento por parte de la paciente lo que involucra una adecuada coordinación con el nivel primario de atención así como una mayor educación al interior de la Unidad.

#### C-175

# PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE MUJERES EXTRANJERAS Y CÁNCER CERVICOUTERINO ATENDIDAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE SANTIAGO.

Suazo I, Staig P, Rojas J, Espinoza C, Osses L., De Petris V, Solari M., Pincheira E., Rojas L, Suárez E, Nazzal O, Altamirano R. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Clínico San Borja Arriarán Facultad de Medicina, Universidad de Chile Campus Centro.

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino corresponde a la sexta causa de muerte por cáncer en la mujer chilena, con gran impacto por afectar a mujeres jóvenes. Según los resultados preliminares publicados por la Encuesta Casen en materia de inmigración; los extranjeros regulares residentes en Chile son aproximadamente 465 mil, representando un 2,7% de la población nacional. Es importante el hecho que el porcentaje mayoritario de migrantes son mujeres, alcanzando el 52,6%, y el tramo de edad entre los 20 y 50 años representa el 65,5%. El objetivo del presente trabajo es poder caracterizar a dicha población.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se efectuó un análisis descriptivo, retrospectivo. Se analizaron fichas clínicas de pacientes de nacionalidad extranjera atendidas en la Unidad de Patología Cervical de Hospital Clínico San Borja Arriarán. Se incluyeron todas los ingresos de pacientes extranjeras con diagnóstico de cáncer cervicouterino atendidas entre enero de 2015 y junio de 2017; considerando en todas ellas: edad, nacionalidad, último PAP, motivo de derivación, etapa FIGO, tratamiento realizado y seguimiento.

#### **RESULTADOS**

Durante los años 2015, 2016 y 2017, ingresaron 176 pacientes extranjeras, lo que corresponde al 12,6% del total de consultas en nuestra unidad, de las cuales 27 recibieron atención por diagnóstico de cáncer cervicouterino, afectando al 15,3% de migrantes atendidas, el promedio de edad fue de 43 años. Los paises de origen son, en orden decreciente: Perú, Colombia, Haití, Cuba y Rep. Dominicana. Doce de las pacientes ingresadas con

diagnostico de cáncer de cuello uterino fueron derivadas desde Servicio de Urgencias o Atención primaria por sospecha clínica de cáncer, en una de ellas se realizó el diagnóstico cursando embarazo de 22 semanas. En cuanto a tamizaje, 23 pacientes no presentaban PAP vigente, y de ellas 12 nunca se habían realizado PAP. La histología corresponde a carcinoma escamoso en el 77% de los casos. Al momento del diagnóstico 2/3 de las pacientes presentaban cáncer cervicouterino localmente avanzado, recibiendo como tratamiento radioterapia/quimioterapia, y dos recibieron RT con fines paliativos. Una paciente abandona el país al momento del diagnóstico y cinco una vez terminado el tratamiento.

#### **CONCLUSIONES**

Al caracterizar a la población migrante con respecto a patología de cérvix, nos encontramos con un grupo poblacional representado por mujeres en edad fértil y activas laboralmente, que no se realiza el PAP, ni en su país de origen, así como tampoco en Chile, encontrando en la mayoría de los casos derivaciones tardías la Unidad de Patología Cervical por sintomatología y/o sospecha clínica, lo que se traduce finalmente en cáncer cervicouterino en etapas avanzadas, con mayor morbilidad y con peor pronóstico. El hecho que esta es una población que ha aumentado significativamente los último años, obliga al ministerio de salud a enfocarse en la prevención y pesquisa precoz en este grupo en particular identificando sus necesidades y vulnerabilidad.

#### REPORTE DE CASO: ENFERMEDAD DE PAGET VULVAR

Salgado P.1. Castillo S.2, Ulloa G.2, 1 Ginecólogo - Oncólogo Hospital Regional del L. Bernardo O'Higgins, Rancagua, Docente Universidad Diego Portales. 2 Interno de Medicina Universidad Diego Portales.

#### INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Paget extramamaria es un carcinoma epidérmico de diferenciación apocrina que se origina en la epidermis o secundario a la diseminación epidermotropa de neoplasias adyacentes o a distancia, afecta principalmente a mujeres de raza blanca y edad avanzada 60-70 años. La enfermedad vulvar de Paget representa menos de 1% de todas las neoplasias vulvares. La lesión tiene una apariencia eccematoide, en una zona bien demarcada, con periferia roja frecuentemente blanquecina intercalada con islotes de epitelio eritematoso; es usualmente multifocal y puede ocurrir en cualquier parte sobre la vulva, desde la región inguinal hasta el área perineal y perianal, su sintomatología es inespecífica, aunque el prurito es un síntoma común y lo refieren alrededor del 70 por ciento de las pacientes. El diagnóstico es principalmente histopatológico, y el diagnóstico diferencial de esta neoplasia son la dermatitis de contacto, dermatitis seborreica, psoriasis inversa, intertrigo, micosis, liquen simple crónico, adenocarcinoma vulvar.

#### **CASO CLÍNICO:**

Mujer de 65 años con antecedentes de dislipidemia y resistencia a la insulina en tratamiento, consulta por prurito vulvoperineal de un año de evolución que no responde a tratamiento médico. Al examen físico lesión eritematosa blanquecina que se extiende desde tercio medio de vulva que incluye labios mayores y menores hasta zona perianal, se toma biopsia: "enfermedad de Paget vulvar" y se solicita evaluación por dermatología, quienes indican tratamiento tópico con inmunomodulador. Paciente es sometida a una vulvectomía total en extrasistema con biopsia que informa márgenes libres. Recidiva al año, en horquilla vulvar, siendo tratada con imiquimod 5% observándose en control tres meses después: lesión roja en hemivulva izquierda, por lo que se solicita nueva biopsia, con resultado pendiente.

#### CONCLUSIÓN

Se demuestra la importancia de la biopsia vulvar a toda pacte con prurito crónico en el diagnóstico diferencial de lesiones infecciosas, inflamatorias y neoplásicas. En el caso descrito el tratamiento quirúrgico posterior permitió descartar la concomitancia de un adenocarcinoma vulvar presente hasta en el 15% de los Paget diagnosticados en vulva. La recidiva local es frecuente independiente de la radicalidad de la cirugía y los bordes que se obtengan. Otros tratamientos propuestos son los inmunomoduladores y la RT en casos seleccionados. El control de estas pacientes debe ser prolongado dada la mayor incidencia de adenocarcinoma extravulvar como ano, recto y colon presente hasta en un 30 % según series pequeñas.

#### TUMOR BORDERLINE DEL OVARIO: EXPERIENCIA HOSPITAL CLINICO UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

C-177

Gutiérrez E., Orlandini E., Bordeu J., Brañes J., Cuello M., García K, Majerson. D., Gejman R. Hospital Clínico P. Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos de bajo potencial maligno o Borderline tienen un comportamiento biológico intermedio entre las lesiones benignas y el carcinoma invasor. Principalmente se diagnostican en etapa precoz y su sobrevida global alcanza un 95% a 10 años. El objetivo es caracterizar las pacientes con tumores borderline del ovario tratadas en nuestro centro.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes con diagnóstico de tumor borderline del ovario, operadas en el Hospital clínico de la Universidad Católica entre los años 2008 y 2017.

#### **RESULTADOS**

Se analizan 65 pacientes. La edad promedio de presentación fue 45 años (rango 20-89). Tipo histológico borderline seroso 42 pacientes (65%) y mucinoso 23 (35%). Tamaño promedio 79 mm (30-185) para serosos y 192 mm (40-305) para mucinosos. Hallazgo incidental en biopsia rápida 15 casos (23%); en 35 pacientes (55%) a lo menos se realizó Histerectomía total más salpingooforectomia bilateral, en 38 (58%) omentectomia y en 14 (22%) linfadenectomía (solo una de ellas con compromiso ganglionar lumboaortico y todas previo al año 2015). La vía fue laparotomía en 43 pacientes (66%) y laparoscopia en 22 (34%). Se presentaron 19 pacientes nuligestas, todas ellas con tratamiento conservador. De las características que aumentan el riesgo de recidiva en etapa precoz solo el 10% reporta microinvasión, (5% mucinoso y 5% seroso) y dentro de los serosos 6 casos se describen como micropapilares (14% de los serosos). Etapificación FIGO: 48 pacientes IA (73%), 3 IB (5%), 6 IC (9%), 6 IIA (9%), 1 IIIA (2%) y 1 IIIB (2%): cabe destacar que el 100% de los IC corresponden a rotura intraoperatoria, y el caso IIIB es por implante

no invasivo de omento mayor. Mediana de seguimiento 21 meses (3-84), 4 pacientes recurrieron (6%), todas de forma local y borderline, 3 de ellas con tratamiento conservador previo; todas se trataron quirúrgicamente quedando sin evidencia de enfermedad. Sin muertes registradas hasta la fecha.

#### CONCLUSIONES

Se observa un comportamiento benigno de la enfermedad, con muy baja tasa de recidiva y sin mortalidad registrada. Destaca un número importante de pacientes nuligestas, en las cuales se puede realizar un tratamiento conservador sin modificar mayormente el pronóstico de la enfermedad.

#### TUMOR NEUROECTODÉRMICO PRIMITIVO (PNET): REPORTE DE UN CASO

C-178

Castro, J1. Gutiérrez, S2. Herrera, A3. Orellana, R.4 Bolados, C.5 1Médico Cirujano, Universidad de Chile. 2Interno Medicina, Universidad de Chile3Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. 4Gineco-oncólogo, Hospital San Juan de Dios 5Anatomopatóloga, Hospital San Juan de Dios.

Los tumores neuroectodérmicos primitivos (Primitive neuroectodermal tumors o PNETs) fueron descritos en 1973 por Hall y Earle como un grupo de tumores derivados de células neuroectodérmicas fetales. El PNET pélvico es infrecuente, con 64 casos reportados en el mundo al 2016. Ha sido observado en cuerpo uterino, ovarios, cérvix, vulva y el ligamento ancho, raramente bilateral. El diagnóstico precoz en los pacientes afectados es esencial, dado que la enfermedad no metastásica tiene respuesta al tratamiento intensivo multimodal. A pesar de esto, su comportamiento agresivo obliga a asumir desde el principio la diseminación a otros órganos. Paciente 52 años con historia de 4 meses de evolución de distensión abdominal, dolor abdominal difuso y constipación, acude a Servicio de Urgencias Primario donde se pesquisa gran masa abdominal inmóvil, dolorosa en fosa iliaca derecha, siendo derivada a Hospital San Juan de Dios. Al ingreso se realiza ecografía transvaginal identificándose: anexo izquierdo de aspecto quístico de 149 x 113 mm tabicada, con un segmento sólido en su interior, GIRADS 5. Tomografía Computarizada de tórax, abdomen y pelvis: dos masas anexiales quísticas complejas bilaterales, hidroureteronefrosis bilateral con cambio abrupto de calibre en relación a masas anexiales y signos de carcinomatosis peritoneal. En estudio de laboratorio CA-125 de 589 U/mL (< 10 U/ mL), Alfafetoproteína y B-HCG cuantitativa en rango normal. Se define manejo quirúrgico donde se encuentra masa anexial bilateral de 30 x 30 cm, friable, blanda, con bordes irregulares y múltiples puntos de necrosis, realizándose una salpingooforectomía bilateral e histerectomía, tumorectomía pelviana, omentectomía inframesocólica y linfadenectomía lumboaórtica.

El residuo tumoral fue menor a 1cm. Biopsia quirúrgica informa: Tumor neuroectodérmico primitivo extensamente de alto grado, que compromete ambos ovarios, útero y parametrios. Reconsulta 47 días después por genitorragia y dolor abdominal. Ingresa en malas condiciones generales. Al examen físico se palpa masa en cuadrante inferior izquierdo, sin signos de irritación peritoneal. En ecografía abdominal: masa heterogénea 140 x 90 mm en cavidad abdominal con abundante líquido libre. Se realiza laparotomía exploradora que evidencia: gran masa neoplásica con invasión hacia retroperitoneo, cúpula vaginal y ambos uréteres, múltiples implantes nodulares y 1500 cc de líquido hemático. Es categorizada como irresecable. Dada de alta estable, con manejo del dolor por la Unidad de Cuidados Paliativos. Fallece 19 días después por falla multisistémica. Los PNETs requieren para el diagnóstico de certeza histopatología, inmunohistoquímica y en algunos casos, hibridización fluorescente in situ. Su comportamiento es agresivo, con metástasis más frecuentemente hacia pulmón, hueso y médula ósea. Se ha descrito internacionalmente un pequeño porcentaje de supervivencia, que varía entre 10.8 meses y los 3 años con manejo multimodal que comprende Quimioterapia, Radioterapia y Cirugía.

Vega D, Rodriguez MA, Montero JC, Olguín F, Bolados C, Cisterna P, Orellana R Hospital San Juan de Dios, Santiago, RM Departamento Ginecología y Obstetricia Occidente Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Las neoplasias sincrónicas se definen por la presencia de dos o más neoplasias al mismo tiempo (mismo año). Son aproximadamente el 1-2% de los tumores ginecológicos, siendo su combinación más frecuente Ovario-Endometrio. Se presenta un caso clínico de 2 neoplasias primarias ginecológicas sincrónicas manejado en el servicio de maternidad del Hospital San Juan de Dios durante el año 2017, acompañado de una revisión bibliográfica del tema.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de sexo femenino de 36 años, con antecedente de hipoacusia congénita (secundaria a rubéola materna durante embarazo), nulípara, con ritmo menstrual regular (V/28-30d), sin uso de anticoncepción. Consulta inicialmente por cuadro de dolor abdominal difuso de meses de evolución; se realiza estudio imagenológico: ecografía transvaginal que evidencia un tumor anexial izquierdo, de predominio sólido, de 10 cm de diámetro mayor; TAC de Abdomen y Pelvis que evidencia tumor ovárico bilateral sólido, de mayor tamaño a izquierda. Ca125 preoperatorio 93 U/ml. Se decide realizar laparotomía exploradora (Anexectomía izquierda más tumorectomía derecha), con biopsia rápida que informa Tumor de tipo endometrioide borderline. Biopsia diferida informa Carcinoma endometrioide en ambos ovarios, bien diferenciado G1 FIGO, por lo que se decide completar cirugía de etapificación. Se describe en cirugía útero aumentado de tamaño global, focos endometriósicos y ovario derecho de 4 cm de diámetro, sin tumor macroscópico. Informe de biopsia: En ovario derecho Carcinoma endometrioide G1 FIGO, sin compromiso capsular, con endometriosis concomitante; en Endometrio hallazgo de Adenocarcinoma endometrioide FIGO G1, con invasión de menos de 50% de pared miometrial, asociado a hiperplasia compleja

con atipias; Omento, tuba uterina derecha y linfonodos libres de neoplasia. Evaluada en Comité de Ginecología Oncológica diagnosticando Neoplasia sincrónica de Ovario (etapa IC) y Endometrio (etapa IA), por lo que se decide realizar quimioterapia adyuvante con carboplatino - paclitaxel. Ca125 postoperatorio 8 U/ml.

#### DISCUSIÓN

Las neoplasias sincrónicas pueden significar un problema clínico, diagnóstico, terapéutico y pronóstico, dado el dilema entre diagnosticar dos neoplasias primarias versus enfermedad única metastásica, en casos de ambos tumores con histología similar. Este diagnóstico tiende a ser retrospectivo, como en nuestro caso, en que la paciente fue intervenida por un cáncer ovárico, y como hallazgo postoperatorio presentaba además un cáncer endometrial. Para distinguir entre dos neoplasias primarias o una enfermedad metastásica se utilizan los criterios anatomo-patológicos de Scully (1998), sin embargo, el diagnóstico de la sincronicidad debe ser clínico, apoyado por estos criterios. En nuestro caso, la paciente en cuestión cumple con la mayoría de estos criterios, estando sólo ausente el criterio de unilateralidad. Respecto al tratamiento adyuvante, no existen recomendaciones estandarizadas para las neoplasias sincrónicas, por lo que el manejo a realizar se personaliza según el tratamiento recomendado para cada neoplasia por separado, resultando generalmente la etapa del cáncer más avanzado la que dicta la terapia ayudante. En el caso de nuestra paciente al diagnosticarse un cáncer de ovario etapa IC se decidió realizar quimioterapia adyuvante con carboplatino - paclitaxel.

#### CONCLUSIÓN

Diagnosticar un tumor sincrónico es un dilema clínico, apoyado por la anatomía patológica. Nuestra paciente fue diagnosticada por un equipo multidisciplinario de ginecólogos oncólogos y patólogos. Esta patología presenta un pronóstico mucho mejor que una eventual enfermedad metastásica, considerando que en nuestro caso en ambos tumores concomitantes la paciente presentó patología precoz (Etapa I).

#### C-180

# TUMORES OVÁRICOS BORDERLINE: REVISIÓN DE LITERTURA Y EXPERIENCIA CLÍNICA EN SERVICIO METROPOLITANO NORTE.

Moya C (\*), Villablanca M (\*), Nuñez A.(\*\*), Vargas R (\*\*), Gayan P (\*\*\*) (\*) Médico Becario Ginecología Obstetricia Universidad de Santiago de Chile, Hospital Clínico San José, Santiago de Chile (\*\*) Médico Ginecología Oncológica Hospital Clinico San José, Santiago de Chile. (\*\*\*) Médico Ginecología Oncológica Instituto Nacional del Cáncer, Santiago de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Los tumores ováricos borderline (TOB), de bajo potencial maligno o proliferativo atípico representan alrededor del 10 a 20% de todos los tumores epiteliales ováricos, los cuales el 95% corresponden a histología serosa o mucinosa. La ausencia de invasión estromal es el principal criterio diagnóstico de estos tumores. Comparado con los cánceres ováricos invasores, los TOB ocurren frecuentemente en mujeres de 40 años. Presentan buen pronóstico, con tasas de sobrevida de 95% a 5 años.

#### **MÉTODOLOGÍA**

Revisión retrospectiva de cirugías de "tumores" o "quistes" ováricos realizadas en el Servicio Metropolitano Norte (Hospital San José – Instituto Nacional del Cáncer) realizadas entre Enero de 2014 y Junio 2017 (42 meses), datos obtenidos a través de registro electrónico y evaluadas en Comité Ginecología Oncológica. De los datos obtenidos, se rescataron antecedentes, protocolo quirúrgico resultados de biopsias y seguimiento.

#### **RESULTADOS**

De 265 pacientes operadas por tumor anexial, se obtienen 38 casos de TOB (14.7%) los rangos de edad abarcan desde 21 a 81 años (media de 45,8 años), cabe destacar que el 42% (16 pacientes) corresponde a mujeres de edad fértil, menores de 40 años. Además, se obtiene una lateralidad de 22 (57,9%) a derecha, 13 (34,2%) a izquierda, 3 (7,9%) bilateral. Histológicamente corresponden a 14 mucinosos (36,8%) y 24 serosos (63,2%) de los cuales 4 casos (10,5%) presentan patrón micropapilar. Dos casos con focos de microinvasión menor a 3mm. Todos

los casos registrados en estadio FIGO IA. En cuanto a procedimientos quirúrgicos realizados 19 (50 %) fueron conservadores (Salpingo-Ooferectomia unilateral) con una media de 42 años, por deseo de fertilidad. Mientras que 19 pacientes (50 %) se realiza histerectomía además de anexectomia respectiva (media de 47,7 años). En 6 casos se realizó apendicectomía por sospecha de tumor mucinoso, cuyo 100% de las biopsias fueron negativas para metástasis. A la fecha, existe una sobrevida del 100% de las pacientes estudiadas (3 a 42 meses)

#### DISCUSIÓN

En nuestra revisión la edad promedio de presentación es similar a lo reportado en la literatura, siendo alrededor de 10 años antes que en comparación a cáncer epitelial de ovario. La histología y otras características son similares a reportes previos. Por la alta tasa de sobrevida y presentación de un importante porcentaje en edad fértil, se prioriza en la mayoría de los casos el manejo conservador. El patrón micropapilar no determinó invasión, diseminación ni peor pronóstico. Finalmente, no se encuentra compromiso de apéndice en los casos descritos, por lo que, al igual que la recomendación actual, sólo se recomienda la apendicectomía en caso de compromiso apendicular macroscópico.

# PISO PELVIANO

### C-181

#### ¿ES LA INCONTINENCIA URINARIA COITAL POST ORGASMO UN CUADRO DIFERENTE DE LA IN-CONTINENCIA COITAL? ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE UN POLICLINICO DE UROGINECOLOGIA

Henry Castro A.1,2, Karen Ceballos S.1, Nicole Canario S.1, Camilo Manriquez1. 1Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepcion, Chile. 2Unidad de Piso Pélvico Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) Concepcion, Chile

### C-182

#### CIRUGIA DE SOPORTE APICAL CONCOMITANTE A LA REPARACION DE PROLAPSO ANTERIOR

Bustos, A; Sobarzo, P; Radwell, A. Unidad de Piso Pélvico, Hospital Las Higueras, Talcahuano. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

### C-183

#### CISTOMETRÍA SIMPLE (CMS) PARA PREDECIR RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO (10E)

Autores: T. Raby, B. Blumel, S. Pohlhammer, M. Arellano, R. Cuevas, S. Viguera, J. Pizarro-Berdichevsky.

# C-184

#### COLPOSACROPEXIA ABDOMINAL VERSUS LA-PAROSCÓPICA: COMPARACIÓN DE RESULTADOS ANATÓMICOS A 24 MESES DE SEGUIMIENTO

Andreoli F. 1, Rondini C.1-2, Urzúa M.J.1, Álvarez J.1-2 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

# C-185

# COLPOSACROPEXIA LAPAROSCOPICA: RESULTADOS A 12 MESES DE SEGUIMIENTO.

Rondini C, Braun H, Alvarez J, Larraín D, Díaz M, Arellano M, Urzúa MJ, Monroy M. Clínica Santa María, Hospital Padre Hurtado

## C-186

#### COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE MOR-CELADOR ELÉCTRICO EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE PISO PELVIANO.

S. Viguera Torrealba1,2, V. Miranda Hermosilla1. 1. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Hospital Clínico La Florida, Santiago, Chile.

## C-187

#### COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN MALLAS SUBURETRALES EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

Boldrini P1,2, Valenzuela F2, Valenzuela B2, Mayol M2, Vallejos G1,2, Schlageter F1,2, Castillo N1,2, Norambuena C1,2, Peragallo J1,2 1. Equipo de Piso Pélvico, Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Santiago, Chile 2. Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

### C-188

#### DISFUNCIONES MICCIONALES (DM) Y CINTAS SUBURETRALES: ANÁLISIS DE UNA COHORTE GRANDE DE PACIENTES

Autores: T. Raby, PA. Rojas, M. Arellano, B. Blumel, S. Pohlhammer, R. Cuevas, J. Pizarro-Berdichevsky. Institución: Hospital Dr. Sótero del Río

## C-189

# DOLOR PÉLVICO POST CINTA SUBURETRAL RETROPÚBICA EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Gennero G, Socías P, Castro D, Guzmán R, Naser M, Manríquez V. Unidad de Piso pélvico femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### C-190

#### ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DE TOT VS TVT EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA MIXTA.

Gárate, M.J.1, Rondini C1, Alvarez J1, Urzua MJ1, Paredes A2, Monroy M3, Storme O4 1, Ginecólogo Obstetra Hospital Padre Hurtado 2 Residente Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago 3 Matrona Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago 4 Urólogo Servicio de Urología, Hospital Padre Hurtado, Santiago

## C-191

#### EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TEST, EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTOMETRÍA SIMPLE.

V. Miranda Hermosilla 1, G. Alonso Contreras 2, S. Viguera Torrealba 1,2 1. Unidad de Uroginecología, División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida, Santiago de Chile

## C-192

#### FACTORES ASOCIADOS A SEVERIDAD DE INCONTI-NENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTOMETRÍA SIMPLE.

V. Miranda Hermosilla 1, G. Alonso Contreras 2, S. Viguera Torrealba 1,2 1. Unidad de Uroginecología, División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile 3. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida, Santiago de Chile.

# C-193

#### IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE UROGINE-COLOGÍA EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ.

Kaplan F.1, Hevia T. a, González J. b, Idiáquez G. b, Olivares F. b 1 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Uroginecología, Hospital de Quilpué. a Matrona, Policlínico de Ginecología, Hospital de Quilpué. b Internos, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello.

## C-194

#### INCONTINENCIA DE ORINA DURANTE LA ACTI-VIDAD SEXUAL: IMPORTANCIA DE UN SÍNTOMA SUBDIAGNOSTICADO.

Valderrama, R 1, 2, Suárez, A 1, Pizarro, J 1

## C-195

#### RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN DEFECTO API-CAL: COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICA VAGINAL Y SACROCOLPOPEXIA

T. Raby, JI. Gutiérrez, D. Luna, B. Blumel, S. Pohlhammer, M. Arellano, R. Cuevas, J. Pizarro-Berdichevsky. Hospital Dr. Sótero del Río

## C-196

#### ROL DE ECOGRAFIA PISO PELVICO EN UROGINE-COLOGIA HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

Norambuena C, Boldrini P, Vallejos G, Schlageter F, Peragallo J, Castillo N. Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae

# C-197

#### ROL DE LA UROFLUJOMETRÍA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDAS A BANDAS MEDIOU-RETRALES Y DISFUNCIÓN MICCIONAL A MEDIANO PLAZO: ESTUDIO PILOTO.

Viguera S.1,2, Pizarro-Berdichevsky J. 1,2 1. Unidad de Uroginecologia, Hospital Sótero del Río. 2. Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

## C-198

#### SATISFACCIÓN POSTOPERATORIA ENTRE DOS TÉCNICAS PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZOS.

Boldrini P1,2, Valenzuela F2, Valenzuela B2, Vallejos G1, Nájera M3 (1) Equipo de Piso Pélvico, Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (2) Universidad Finis Terrae médico tutor (3) Departamento de Epidemiología, Universidad del Desarrollo

## C-199

#### SLING DE URETRA MEDIA ARTESANALES DE BAJO COSTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (10E): 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Andreoli F.1, Álvarez J.1-2, Urzúa M.J.1, Rondini C.1-2 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

### C-200

#### SUSPENSION A LIGAMENTO SACROESPINOSO: UNA TECNICA SEGURA Y EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO APICAL

Alarcón MG\*. Arellano M\*\*\*, Pizarro-Berdichevsky J.\*\* \*Unidad de Uroginecología - Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río. \*\*División Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile \*\*\*Clínica Santa María

### C-201

# TRATAMIENTO DEL SVH CON INTERSTIM: ESTUDIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Raby T, Ducke N, Arellano M, Pizarro J. Hospital Dr. Sótero del Rio

### C-202

#### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO APICAL: ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO. RESULTADOS PRELIMINARES

M.Busquets, M.Donoso, JA Gonzalez, M.Monckeberg, Von Wischoffhausen S1. Hospital Parroquial San Bernardo, Facultad de Medicina Universidad de los Andes. IInterna Medicina

# C-203

#### USO DE PESARIOS EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL SINTOMATICO (POP)- ESTUDIO PROSPEC-TIVO DE FACTORES PREDITORES DE ABANDONO A 12 MESES DE USO

Pizarro-Berdichevsky J 1, 2, Blumel B 1, Arellano M 1, 3, Gonzalez S 1, , Cuevas R 1, Gorodischer A 4, DinesE 4, Brunman E 4, Pattillo A 1, 2 1 Unidad Uroginecologia, H. Dr. Sotero del Rio, Santiago, Chile 2 Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Clinica Santa Maria 4 Estudiante medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

# ¿ES LA INCONTINENCIA URINARIA COITAL POST C-181 ORGASMO UN CUADRO DIFERENTE DE LA INCONTINENCIA COITAL? ANALISIS DE FACTORES DE RIESGO EN MUJERES DE UN POLICLINICO DE UROGINECOLOGIA

Henry Castro A.1,2, Karen Ceballos S.1, Nicole Canario S.1, Camilo Manriquez1.1Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Concepcion, Chile. 2Unidad de Piso Pélvico Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) Concepcion, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria coital (IC) es un síntoma común entre pacientes que consultan por patología de piso pélvico en consultorios especializados. Su prevalencia puede ir desde el 1 al 66% dependiendo de la definición utilizada y del grupo estudiado. En nuestro caso, hemos determinado una prevalencia del 24% en pacientes uroginecologicas. Se ha demostrado también asociación con síntomas de urgencia miccional, enuresis y sensación de vagina amplia, y es capaz por si misma de provocar un detrimento en la función sexual y su satisfacción. La IC post orgasmo clásicamente ha sido definida como el escape involuntario de orina inmediatamente después del orgasmo y se ha asociado con síntomas de urgencia miccional, aunque el mecanismo fisiopatológico de ambos tipos de IC no ha sido dilucidado. Algunos autores plantean que la IC a la penetración tendría relación con síntomas de esfuerzo y la IC post orgasmo con urgencia. Es necesario entonces entender si estamos frente a dos patologías diferentes.

#### **MATERIAL Y METODO**

Estudio Observacional transversal retrospectivo. Población y muestra: Pacientes ingresadas al policlinico de uroginecología del HGGB desde enero 2013 a julio 2017 (1331 mujeres). Se establecieron dos grupos aleatorios para análisis comparativo, según presencia de IC post-orgasmo(n=39) o IC en cualquier momento (n=46); todas las pacientes consultaron por incontinencia de orina o prolapso genital. Criterio de exclusión: otros tipos de incontinencia diferentes a Incontinencia urinaria de esfuerzo, mixta y Vejiga hiperactiva. Análisis de datos: Descriptivo a través de frecuencias absolutas y relativas.

Análisis bivariado con prueba chi cuadrado y Mann Whitney. Valor p<0,05 se estableció para significancia estadística. Software SPSS 19.0.

#### **RESULTADOS**

2.9% de todas las pacientes presentaron IC post orgásmica aislada. Edad promedio de este grupo fue 52,5 en comparación con 50,7 del otro grupo (p=0,43). No hubo diferencias en el tipo de incontinencia asociado (p=0,484), presencia de enuresis (p=0,98), nicturia (p=0,279), sensación de vagina amplia (p=0,088), dispareunia (p=0,888), paridez (p=0,434), vía del parto (p=0,261), diabetes (p=0,497) ni constipación (p=0,193). La frecuencia miccional promedio reportada fue de 6,3 en el grupo post orgasmico versus 8,2 en el otro grupo (p=0,0098).

#### **CONCLUSIONES**

Las pacientes con IC postorgasmica no presentan asociaciones diferentes de las pacientes con incontinencia coital que ocurre en cualquier otro momento del acto sexual, por lo que se podría inferir que no constituye una entidad diferente. Suponemos que la diferencia registrada en la frecuencia miccional se debe al error común del autoreporte, aunque es necesario reevaluar este tópico con un grupo de pacientes mas numeroso o con los resultados de un diario miccional.

# CIRUGIA DE SOPORTE APICAL CONCOMITANTE A LA REPARACION DE PROLAPSO ANTERIOR

Bustos, A; Sobarzo, P; Radwell, A. Unidad de Piso Pélvico, Hospital Las Higueras, Talcahuano. Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

#### INTRODUCCIÓN

La recidiva del prolapso del compartimiento anterior se ha atribuido a muchos factores, uno de los cuales es la falta de apoyo apical vaginal. Objetivo: Evaluar la necesidad de realizar una cirugía de corrección apical concomitante a la reparación de prolapso del compartimento anterior en estadio III cuando el prolapso apical tenga un punto C menor o igual a -2.

#### MÉTODO

Estudio retrospectivo con análisis de bases de datos de todas las pacientes sin cirugías previas de prolapso anterior operadas entre el 1 de marzo de 2013 y el 30 de junio de 2016. Se incluyeron todas las pacientes con evaluación preoperatoria de prolapso de compartimento anterior estadio III y con punto C (clasificación POP-Q) entre -5 y -2. Las pacientes se dividieron en dos grupos: reparación del prolapso anterior sin corrección apical (Grupo A) y reparación del prolapso anterior con corrección apical (Grupo B). En el postoperatorio, se evaluó con clasificación POP-Q, prolapso sintomático e IGP-I (Impacto Global de Mejora del Paciente) a las 2 semanas, 6 meses y 12 meses postcirugía. La recidiva del prolapso anatómico se definió como el descenso del compartimiento anterior más allá del himen (Ba> o). Los datos epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y de seguimiento se registraron en Google Drive. El análisis estadístico se realizó con Microsoft Excel. Los datos se presentan como media ± desviación estándar. La significancia estadística se probó usando la prueba t de Student; valor de p < 0,05 se consideró estadísticamente significativo.

#### **RESULTADOS**

Durante el período de estudio, se realizaron 350 cirugías de prolapso genital. 29 pacientes completaron criterios de inclusión. 25 (86%) continuaron el seguimiento a los 6 meses. Grupo A (sin corrección apical) 13 pacientes y Grupo B (con corrección apical) 12 pacientes. En el grupo B, se realizaron 5 (41,7%) sacrocolpopexia laparoscópica y 7 (58,3%) fijación del ligamento sacrospinoso. A los 6 meses, el 100% de los pacientes de ambos grupos completaron el seguimiento. A los 12 meses 12/13 (92,3%) en el grupo A y 10/12 (83%) en el grupo B completaron el seguimiento. A los 6 meses en el grupo A, el promedio de POP-Q fue Ba: +1,2, C: -4,9, HT: 3,3 y 2/13 (15,4%) reportaron prolapso sintomático. En el grupo B el promedio de POP-Q fue Ba: -0,3, C: -6,2, HT: 3,6 y 0/12 (0%) reportaron prolapso sintomático. A los 12 meses en el grupo A el promedio de POP-Q fue Ba: +1, C: -4,6, HT: 3,3 y 2/12 (16,7%) reportaron prolapso sintomático. En PGI-I, 10/12 (83,3%) informó ser excelente, mucho mejor o poco mejor. A los 12 meses en el grupo B el promedio de POP-Q fue Ba: -0,3, C: -5,7, HT: 3,1 y 1/10 (10%) reportaron prolapso sintomático. En PGI-I, el 10/10 (100%) informó ser excelente, mucho mejor o poco mejor. En el grupo A, se reoperaron 2 pacientes (15,4%), a quienes se les realizó sacrocolpopexia laparoscópica 15 meses después de la primera cirugía y actualmente están asintomáticas. En el grupo B, ningún paciente fue reoperado. Los resultados anatómicos en términos de recurrencia del prolapso anterior muestran diferencias estadísticamente significativas.

#### CONCLUSIÓN

El prolapso de la pared vaginal anterior está fuertemente asociado con el prolapso apical. Los defectos de la pared vaginal anterior estadio III con o sin prolapso apical importante que se reparan quirúrgicamente requieren una reparación concomitante del ápex.

Palabras claves: prolapso genital, POP-Q, reparación apical

# CISTOMETRÍA SIMPLE (CMS) PARA PREDECIR RESULTADOS C-183 QUIRÚRGICOS EN PACIENTES CON INCONTINENCIA DE ORINA DE ESFUERZO (IOE)

Autores: T. Raby, B. Blumel, S. Pohlhammer, M. Arellano, R. Cuevas, S. Viguera, J. Pizarro-Berdichevsky. Correo del autor principal: triniraby@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN:

La IOE es una patología frecuente. La técnica quirúrgica de elección es la instalación de cintas suburetrales, que han demostrado ser seguras y eficaces. Se han propuesto algunos parámetros del estudio urodinámico (UD) para predecir el éxito de la cirugía (punto de presión de fuga abdominal y presión de cierre máximo uretral). Sin embargo, la UD es costosa y su disponibilidad limitada. Estudios recientes no han demostrado su superioridad sobre la prueba de esfuerzo para evaluar la IOE. Nuestro centro no puede proporcionar UD a todas las pacientes, por esto, nuestra unidad estableció el uso de CMS, para evaluar a las pacientes con IOE.

#### **OBJETIVO:**

Dar a conocer los resultados quirúrgicos en pacientes con IOE y CMS e identificar factores predictores de recurrencia utilizando un resultado compuesto (re operación por IOE o IOE durante el examen físico o síntomas de IOE). Nuestra hipótesis es que el escape de orina con vejiga vacía (EVV) y/o con 100 cc durante la CMS, pueden predecir recurrencia.

#### MÉTODO:

Análisis retrospectivo. Criterios de inclusión: pacientes operadas después del año 2011, con CMS pre operatoria y seguimiento disponible. Criterios de exclusión: información incompleta en la base de datos. La CMS evalúa: EVV (definida como escape con RPM <50 ml), evaluación RPM, una fase de llenado para evaluar hiperactividad del detrusor y evaluación de IOE con 100, 200 y 300cc. Todos los parámetros se registran en un informe estandarizado. Después de extraer los datos de la base de datos, se analizaron datos demográficos descriptivos, detalles de la cirugía y seguimiento. Se utilizaron distintas pruebas estadísticas para analizar

los resultados.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyeron 604 pacientes. Características clínicas y demográficas: edad 56 ± 10,3 años, IMC 30,5 ± 4,5 kg / cm2, paridad  $3 \pm 1,6$  hijos, etapa III / IV POP 167 (41,1%), histerectomía previa 77 (12,7%), cirugía de prolapso previa 13 (2,2%). 514 (85,1%) tenían IOE y 90 (14,9%) tenían IOE oculta. La CMS mostró IOE en 584 (98,3%) pacientes, hiperactividad del detrusor en 134 (22,2%) y urgencia sensitiva en 188 (31,1%). 257 pacientes (42,6%) tuvieron escape con vejiga vacía y 209 (34,6%) con 100cc. En 439 (72,7%) pacientes se realizó un TVT y en 165 (27,3%) un TOT. Se realizó de manera concomitante cirugía por defecto apical en 178 (29,4%) pacientes y plastía anterior en 163 (27%). La mediana de seguimiento, el momento del resultado primario o la última evaluación si el resultado no se cumplió, fue de 7,5 meses (1,8-19,7). El resultado compuesto se obtuvo en 42 (7%) pacientes (TOT: 5,5% y TVT: 7,5%). No hubo diferencias en la tasa de fracaso según el tipo de cinta utilizada (p = 0,243). Los pacientes con IOE mixta tuvieron una tasa de fracaso del 15,3%, mientras que las con IOE pura e IOE oculta de 4,8% y 4,2%, respectivamente (p <0,001). La tasa de fracaso en los pacientes con EVV fue de 8,6% en comparación con un 5,8% de los pacientes sin EVV (p = 0,185). En pacientes con escape con 100 cc, la tasa de fracaso fue del 8,6%. Después de un análisis de riesgo proporcional de Cox, el único parámetro que mostró diferencias en el resultado quirúrgico, fue el escape con 100cc, con chorro intenso. Cuando ésta condición está presente, el riesgo de falla es del 9,8% versus 6,2% (OR 2,86, IC 95% 1,04-7,8).

#### **CONCLUSIÓN:**

En nuestra cohorte, el escape de orina chorro intenso con 100cc, en la CMS, fue el único factor predictor de recurrencia de la IOE. Pacientes con IO mixta tuvieron mayor recidiva que aquellas con IOE pura u oculta.

# COLPOSACROPEXIA ABDOMINAL VersuS LAPAROSCÓPICA: C-184 COMPARACIÓN DE RESULTADOS ANATÓMICOS A 24 MESES DE SEGUIMIENTO

Andreoli F. 1, Rondini C.1-2, Urzúa M.J.1, Álvarez J.1-2 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La colposacropexia abdominal es considerada el Gold Standard en el manejo del prolapso apical. En ocasiones, la morbilidad vía laparotomía, limita su uso. La vía laparoscópica, técnicamente desafiante, permite superar esto. Estudios recientes demuestran resultados anatómicos similares para ambas vías. Sin embargo, el mejor acceso laparoscópico y la capacidad de lograr una disección más caudal permitiría un mejor manejo del compartimento anterior y posterior.

#### **MÉTODOS**

Con el objetivo de comparar los resultados de las dos vías a 24 meses de seguimiento, se realizó un estudio retrospectivo de todas las mujeres sometidas a colposacropexia en nuestra unidad entre el 2010 y 2016. Historia clínica, información quirúrgica y datos demográficos se obtuvieron desde la ficha clínica. Ninguna paciente recibió cirugía vaginal de prolapso concomitante. Fueron evaluadas a los 3, 6 y 12 meses. Luego anualmente tras la cirugía. Éxito quirúrgico fue definido como descenso del compartimento anterior o posterior que no superó el introito vaginal. Exito apical; como el Punto C (POP-Q) que no descendió más allá de un 1/3 del largo vaginal total. Tasas de éxito fueron comparadas con curvas de sobrevida (Kaplan-Meier), considerando un p< 0,05 significativo.

#### **RESULTADOS**

80 pacientes fueron sometidas a colposacropexia laparoscópica (CSL) y 119 a abierta (CSA). La edad, estadios III-IV de prolapso pre cirugía y tasa de histerectomía subtotal concomitante fueron comparables entre los grupos. La media de seguimiento fue de 16 meses. A los 24 meses, 6 pacientes del grupo CSA y 5 del CSL tuvieron fallas apicales. El largo vaginal en ambos grupos fue comparable (8.93 cm  $\pm$  0.8 vs 9.14 cm  $\pm$  0.9, p=0.129). La falla anatómica anterior fue mayor en el grupo SCA pero no logró significancia estadística. En el compartimento posterior la diferencia sí fue significativa a favor del grupo SCL (16 vs 2 pacientes, p= 0,003). Los tiempos quirúrgicos fueron significativamente mayores en grupo laparoscópico 182.04 ± 45.23 min vs 96.81 min ± 28.54 (p=0.001). La estadía hospitalaria y complicaciones postoperatorias fueron mayores en el grupo abdominal.

#### CONCLUSIÓN

CSA y CSL tienen similares resultados anatómicos para el compartimiento apical. Sin embargo, el abordaje laparoscópico tiene mejores resultados en el compartimiento anterior y posterior con menores tasas de complicaciones postoperatorias. Rondini C, Braun H, Alvarez J, Larraín D, Díaz M, Arellano M, Urzúa MJ, Monroy M. Clínica Santa María, Hospital Padre Hurtado

#### INTRODUCCIÓN

La Colposacropexia es considerada actualmente el gold standard en el tratamiento de los prolapsos apicales. El abordaje laparoscópico ha demostrado en trabajos randomizados ser tan efectiva como la vía abierta con los beneficios propios de la cirugía mínimamente invasiva.

#### **OBJETIVO**

Describir nuestros resultados en las primeras 168 pacientes con prolapso apical sometidas a Colposacropexia Laparoscópica (CSP Lpx).

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Estudio de cohorte retrospectivo de pacientes portadoras de prolapso apical severo (estadio ≥2) sintomáticas y sexualmente activas sometidas a Csp Lpx en Clínica Santa María y Hospital Padre Hurtado. La técnica quirúrgica fue estandarizada según la descrita por el grupo de Clermont Ferrand. Las pacientes fueron evaluadas anatómicamente en el pre y post operatorio

Tabla #1

Variable	Media (DST)	
Edad	56.78 +-10.09	
Paridad	3.14 +-2.07	
IMC	29.53 +-22.72	
Antecedente Histerectomía	43 ( 26.1%)	
Antecedente cirugía POP	35 (21.2%)	
Antecedente cirugía IO	21 ( 12.7%)	

utilizando el POP-Q . Se compararon los resultados pre y post operatorios para cada compartimiento considerando el ultimo control de seguimiento. Se consideró falla anatómica si el compartimiento apical descendía más allá del tercio superior de la vagina o si los compartimientos anterior y/o posterior rebasaban el introito. Para evaluar la mejoría subjetiva se utilizó VAS 1-10, PGI-I considerando como falla de tratamiento si la paciente refería sentirse igual o peor y finalmente si recomendaría el procedimiento. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS 19.0 . Aplicamos T de Student para la comparación de variables relacionadas continuas y X2 para variables categóricas. Las tasas de curación para cada compartimiento a 12 meses fueron calculadas utilizando curvas de sobrevida de Kaplan Meier. Se consideró como estadísticamente significativo si p<0.05.

#### **RESULTADOS**

168 pacientes fueron sometidas a CSP lpx entre enero 2013 y enero del 2017 en ambas instituciones. El 92.7% de las pacientes fueron intervenidas por 2 cirujanos y al menos 1 de ellos intervino como ayudante en el 7.3% de las restantes. Las características demográficas de las pacientes se resumen en la tabla #1. Los procedimientos adicionales son resumidos en la tabla #2.

Tabla #2

Procedimiento	N (%)	
MUS	53 (32.1)	
Perineoplastia	54 (32.7)	
Rectopexia	6 (3.6)	
Histeropexia	21 (12.7)	

La estadía hospitalaria promedio fue de 2.65 o 98 días. Las complicaciones intraoperatorias fueron 7 lesiones vesicales (4,2%) y 1 lesión rectal (0,6%), todas reparadas en el intraoperatorio sin complicaciones posteriores. No hubo complicaciones mayores en el post operatorio y la tasa de exposicion de malla y dispareunia fue de 1,2% y 1,8% respectivamente. El seguimiento promedio fue de 12.82 (3-60) = 13.83 meses Todos los compartimientos mejoraron de manera significativa cuando se compararon los POP-Q pre y post operatorios (tabla #3).

Tabla #13

Compartimiento	Pre operatorio (X-DST)	Post Operatorio	р
Anterior	2.35 +-2.29	-2.39 +-1.29	0.0001
Apical	0.90 +-3.56	-8.51 +-1.51	0.0001
Posterior	0.16 +-2.91	-2.62 +-0.52	0.0001
TVL	8.54 +-1.79	9.74 +-1.61	0.0001

Las tasas de sobrevida actuarial a 12 meses por compartimento fueron de: 97.3% apical, 89.8% anterior y 97.7% posterior. El 93.9% refiere encontrarse mejor o mucho mejor: EVA promedio de 8.14 1.46. El 91% recomendaría el procedimiento.

#### CONCLUSIÓN

Csp Lpx es efectiva, segura y tiene excelentes resultados anatómicos y subjetivos a 12 meses de seguimiento promedio.

# COMPLICACIONES ASOCIADAS AL USO DE MORCELADOR ELÉCTRICO EN CIRUGÍA ENDOSCÓPICA DE PISO PELVIANO.

C-186

S. Viguera Torrealba1,2, V. Miranda Hermosilla1. 1. Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 2. Hospital Clínico La Florida, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

La morcelación se define como la reducción de tejido sólido en piezas más pequeñas. Si bien es una herramienta útil en cirugía ginecológica, existen reportes de lesiones intestinales y vasculares secundarios a su uso o la diseminación de un sarcoma uterino no diagnosticado.

#### **OBJETIVO**

describir la población operada con el uso de esta técnica en nuestro hospital y calcular la prevalencia de complicaciones asociadas.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se revisaron todas las cirugía que requirieron uso de morcelador eléctrico desde el año 2006 hasta el 2016, en nuestra institución. Se buscó en los protocolos y ficha de las pacientes, complicaciones intraoperatorias. Además se revisaron las biopsias en busca de patología maligna de cuerpo uterino.

#### **RESULTADOS**

En el período estudiado, se realizaron un total de 298 cirugías que requieron uso de morcelador. 200 correspondieron a histerectomías subtotales. 63 de estas cirugías corresponden a cirugías uroginecologicas, especificamente histerectomías subtotales con sacrocolpopexia laparoscópicas. Este sub-grupo de paciente tenían un promedio de 57 años, con una paridad promedio de 3 y un 73% de las paciente eran menopausicas. El número de cirugías endoscópica por prolapso aumentó en los últimos años, concentrando el 72% de estas en los últimos cuatro años. El tiempo operatorio promedio sin otras cirugías asociadas fue de 153 minutos. No se presentaron complicaciones intraoperatorias relacionadas al uso de morcelador

eléctrico, como lesiones de organos vecinos o lesiones vasculares. En cuanto a los resultados de anatomía patológica de los úteros morcelados, no tenemos casos reportados de patología maligna. Es importante mencionar que las pacientes operadas en nuestra institución, son evaluadas por un comité médico, que discute la indicación quirúrgica, técnica propuesta y vía de abordaje.

#### CONCLUSIÓN

La morcelación eléctrica en cirugías de piso pelviano es una técnica segura para las pacientes en nuestra institución, si es realizada posterior a una adecuada evaluación preoperatoria.

# COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN MALLAS SUBURETRALES EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

C-187

Boldrini P1,2, Valenzuela F2, Valenzuela B2, Mayol M2, Vallejos G1,2, Schlageter F1,2, Castillo N1,2, Norambuena C1,2, Peragallo J1,2 1. Equipo de Piso Pélvico, Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Santiago, Chile 2. Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile

#### INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria de esfuerzo (IOE) es un problema muy frecuente y dentro de su tratamiento se describe la alternativa quirúrgica como una de las técnicas de preferencia, siendo las mallas suburetrales las más utilizadas, ya sea por vía retropúbica (TVT) o por vía transobturatriz (TOT). Las mallas suburetrales son consideradas altamente efectivas a corto y largo plazo y presentan una baja tasa de complicaciones.

#### **OBJETIVO**

Evaluación de las complicaciones quirúrgicas de las mallas suburetrales en el equipo de piso pélvico en el Hospital El Carmen.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Estudio descriptivo retrospectivo de complicaciones postoperatorias en pacientes operadas de mallas suburetrales entre el 2015 y 2016. Se excluyeron aquellas pacientes en que no se encontraban los registros completos. Se evaluó la presencia de complicaciones identificadas entre el primer mes y los 6 meses posterior a la cirugía.

#### **RESULTADOS**

Se obtuvo 272 pacientes con registros completos. De estas, 116 pacientes se operaron de TVT y 156 de TOT. En el caso del TVT un 36% se asoció a cirugías por otros trastornos del piso pélvico, mientras que en el TOT fue un 57%. En relación a las complicaciones, el 11,40% de las paciente tuvo retención urinaria (16 TVT y 15 TOT) que en su gran mayoría se resolvieron espontáneamente dentro de la primera semana. Finalmente, 2 pacientes

de TOT y 1 paciente de TVT se tuvieron que operar por disfunción del vaciamiento vesical obstructivo. Con respecto a la perforación vesical, se observaron 8 casos en el grupo de TVT y o casos en el TOT, lo que corresponde a un 2,94% del total. Uno de los casos se diagnosticó durante recuperación postoperatoria por lo que tuvo que reintervenirse. La erosión de la malla se diagnosticó en el 3,68% (6 TOT y 4 TVT) de los cuales solo 2 casos no fueron resueltos en pabellón. La urgeincontinencia se observó en el 18,75% de las pacientes operadas (19 TVT y 25 TOT). No se reportaron casos de lesión de vasos mayores en ninguna técnica. El dolor se presentó en 2 pacientes sometidas a TOT (0,74%). El total de reintervenciones asociados a las mallas suburetrales fue de 4,41%.

#### CONCLUSIÓN

Los resultados obtenidos son semejantes a los descritos en la literatura a excepción del dolor que está por debajo de lo reportado. Las tasas de reoperaciones están acordes a lo publicado recientemente.

# DISFUNCIONES MICCIONALES (DM) Y CINTAS SUBURETRALES: ANÁLISIS DE UNA COHORTE GRANDE DE PACIENTES

C-188

Autores: T. Raby, PA. Rojas, M. Arellano, B. Blumel, S. Pohlhammer, R. Cuevas, J. Pizarro-Berdichevsky. Institución: Hospital Dr. Sótero del Río Correo del presentador: triniraby@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN

Las cintas suburetrales son la cirugía de elección para la incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE). Entre las complicaciones descritas, las DM pueden afectar significativamente la calidad de vida de la paciente.

#### **OBJETIVO**

Describir la tasa de DM en una cohorte grande de pacientes sometidas a cintas suburetrales.

#### **MÉTODOS**

Se realizó un análisis retrospectivo de una base de datos recolectada de manera prospectiva. Criterio de inclusión: pacientes sometidas a cintas suburetrales (TVT o TOT) entre el año 2008 y 2016 con al menos 1 visita de seguimiento. Los procedimientos fueron realizados por 5 uroginecólogos entrenados. Se evaluó la tasa de DM, según la definición de la ICS / IUGA, que incluye la presencia de cualquiera de los siguientes síntomas: latencia, chorro débil, intermitencia, esfuerzo para orinar, "spray" urinario, sensación de vaciamiento incompleto de la vejiga, necesidad de volver a orinar inmediatamente, escape post micción o micción posición-dependiente. También se evaluó la tasa de IOE recurrente (síntomas de IOE o escape durante el examen), la extrusión de malla y la urgencia de novo.

#### **RESULTADOS**

Se analizaron 793 pacientes. De ellas, 44,9% (393) correspondieron a TOT y 55,1% (482) a TVT. El 70% (612) eran cintas hechas a mano y el 30% (263) eran kits comerciales. La mediana de edad fue de 54 (± 10,1) años. El 24% (212) tuvo una reparación de prolapso apical, el 26,1% una plastía anterior y el 18,4% una

plastía posterior concomitante. En el grupo TVT hubo un 2,1% de perforación vesical. 82 (9,4%) pacientes desarrollaron DM en un tiempo mediano de 8 meses (2-20), de las cuales 10 (12% de los pacientes con DM) fueron sometidos a sección de la malla. En el grupo TOT el 9,2% presentó DM y 9,5% en el grupo TVT. El síntoma de DM más frecuente fueron chorro débil (5%), sensación de vaciamiento incompleto (4%) y necesidad de volver a orinar inmediatamente (3,7%). El 9,3% tuvo recurrencia objetiva o sintomática y/o re operación por IOE. 2,1% presentaron extrusión de la malla y 6,5% desarrollaron urgencia de novo. En un análisis univariable se asociaron los siguientes factores con DM: tipo de incontinencia, plastía concomitante, estadio III o IV POP-Q, fumadores activos. En un análisis multivariable que incluye las variables anteriores, edad y reparación concomitante de defecto apical, las siguientes variables persisten asociadas con DM: plastía concomitante OR 0,47 (IC 95% 0,26-0,85), POP -Q estadio III o IV O 2,6 (CI 95% 1,3-5,1) y fumadores activos O 0,5 (IC 95% 0,3-0,9).

#### **CONCLUSIONES**

En nuestra cohorte la DM fue una complicación común, presentándose en el 9,2% de las pacientes. La plastía anterior o posterior concomitante y el uso de tabaco fueron factores protectores para la DM. El único factor de riesgo fue el prolapso severo (estadio III o IV) que aumentó el riesgo en 2,6 veces. En nuestra cohorte, el 90,8% de los pacientes lograron una remisión de la IOE con una tasa baja de complicaciones intraoperatorias.

# DOLOR PÉLVICO POST CINTA SUBURETRAL RETROPÚBICA C-189 EN PACIENTES CON INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO.

Gennero G, Socías P, Castro D, Guzmán R, Naser M, Manríquez V. Unidad de Piso pélvico femenino, Hospital Clínico Universidad de Chile

#### INTRODUCCIÓN

La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) es una condición común que afecta entre el 25-50% de las mujeres y puede deteriorar significativamente la calidad de vida. Actualmente la cinta suburetral se considera el tratamiento de elección, si bien presenta una baja tasa de complicaciones, existe un grupo de pacientes que evoluciona con dolor pélvico persistente, representando un desafío para el equipo médico.

#### **OBJETIVO**

Describir la frecuencia de dolor pélvico persistente posterior a la instalación de cinta suburetral retropúbica (TVT-EXACT®) como tratamiento de IUE.

#### **MÉTODO**

:Estudio de cohorte retrospectivo. Mujeres sometidas a instalación de cinta suburetral retropúbica en el Hospital Clínico Universidad de Chile, entre el 1° de enero 2015 y el 31 de febrero 2017. Se excluyó a aquellas a quienes se les realizó contemporaneamente una histerectomía. Se recopiló información a través de búsqueda en ficha clínica y llamadas telefónicas.

#### **RESULTADOS**

98 mujeres cumplieron con los criterios de selección. 42 pacientes (42,85%) tuvieron asociado otro procedimiento quirúrgico, con exclusión de histerectomías. Al primer control post operatorio, un 17,3% refirió dolor en relación al sitio operatorio. Sólo un 3% persistió con dolor por más de 3 meses, en relación al retropubis o trayecto del implante. Dos pacientes (2%) requirieron extirpación parcial o completa de la cinta secundario a dolor pélvico.

#### **CONCLUSIONES**

El dolor pélvico persistente post cinta suburetral retropúbica es una complicación poco frecuente en este tipo de cirugía, con baja probabilidad de re-operación secundario a este síntoma.

# ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DE TOT VS TVT C-190 EN EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA DE ORINA MIXTA.

Gárate, M.J.1, Rondini C1, Alvarez J1, Urzua MJ1, Paredes A2, Monroy M3, Storme O41, Ginecólogo Obstetra Hospital Padre Hurtado 2 Residente Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo, Santiago 3 Matrona Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado, Santiago 4 Urólogo Servicio de Urología, Hospital Padre Hurtado, Santiago

#### INTRODUCCIÓN

Es conocido que las cintas de uretra media para el manejo de la incontinencia de orina pueden mejorar los síntomas de vejiga hiperactiva en pacientes con incontinencia de orina mixta (IOM). A la fecha no existen trabajos prospectivos que evalúen dirigidamente la superioridad de una u otra técnica en términos de la mejoría de los síntomas de vejiga hiperactiva.

#### **OBJETIVO**

Demostrar una diferencia de un 20% en la mejoría de los síntomas de vejiga hiperactiva durante el primer año postoperatorio en pacientes sometidas a TOT o TVT.

#### **MATERIALES Y MÉTODO**

:Se randomizaron pacientes con diagnóstico de IOM de predominio de esfuerzo. Para evaluar la sintomatología asociada se aplicaron 3 tipos de encuestas autoadministradas validadas al español entre los meses 6 y 12 postoperatorios. Para el análisis estadístico se utilizó la prueba de Chi-2 para variables categóricas, y de Mann-Whitney Winlcoxon para los datos continuos no paramétricos.

#### **RESULTADOS**

las variables demográficas fueron equivalentes entre ambos grupos. Todas las pacientes mejoraron su sintomatología general de manera muy significativa respecto al preoperatorio, independiente de la técnica quirúrgica empleada (p<0,001). Cuando se comparan ambas técnicas respecto a los síntomas específicos de vejiga hiperactiva en el postoperatorio, se observa una tendencia a favor del TVT sin alcanzar significancia estadística (p=0,167).

#### CONCLUSIONES

Al momento del análisis se observa una tendencia a mejores resultados con el TVT; sin embargo, es necesario completar el seguimiento para obtener conclusiones de significancia estadística.

# EVALUACIÓN DEL GRADO DE SATISFACCIÓN CON EL TEST, EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTOMETRÍA SIMPLE.

C-191

V. Miranda Hermosilla 1, G. Alonso Contreras 2, S. Viguera Torrealba 1,2 1. Unidad de Uroginecología, División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida, Santiago de Chile

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Son conocidas las molestias que ocasionan en nuestra pacientes los diferentes test urodinámicos invasivos. El objetivo de nuestro estudio es objetivar y evaluar el grado de aceptación o molestia de la cistometría simple (CS) y potenciales variables que afecten este resultado.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se estudiaron las pacientes sometidas a una CS en el contexto de estudio de IO o previo a una cirugía por prolapso genital, en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de la Florida, entre octubre 2015 y octubre 2016. Posterior al test le pedimos a las pacientes que evaluaran el grado de molestia a través de una escala visual análoga, siendo o muy tolerable o 10 muy molesto.

#### **RESULTADOS**

Un total de 258 pacientes fueron evaluadas por CS, de las cuales 155 (60%) presentaron incontinencia de orina de esfuerzo (IOE), 38 (15%) en que se descartó incontinencia, en 35 (13%) se diagnosticó vejiga hiperactiva y las restantes 30 (12%) incontinencia mixta. El promedio de satisfacción con el test fue de 4,5. Cuando analizamos si el tipo de incontinencia afecta el grado de satisfacción, no encontramos diferencias estadísticamente significativas (p= 0,98). Al analizar por la variable menopausia, las pacientes pre-menopáusicas toleraron más mal el examen (promedio 6,7), en comparación con post-menopáusicas (4,2), y este resultado fue estadísticamente significativo (p= 0,0047). No encontramos otras variables, de las que pudimos medir, que se asociara a un mejor o peor resultado en cuanto a satisfacción.

#### CONCLUSIÓN

La cistometría simple es un test fácil de realizar y de bajo costo, ampliamente difundido en hospitales chilenos, donde es difícil acceder a una urodinamia multicanal por costo y disponibilidad. En nuestro estudio encontramos que la CS es un test tolerable, para la mayoría de nuestras pacientes, siendo el único factor que se asocia a menor satisfacción el estado pre-menopáusico.

## C-192

# FACTORES ASOCIADOS A SEVERIDAD DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO EN PACIENTES SOMETIDOS A CISTOMETRÍA SIMPLE.

V. Miranda Hermosilla 1, G. Alonso Contreras 2, S. Viguera Torrealba 1,2 1. Unidad de Uroginecología, División de Obstetricia y Ginecología de la Pontificia Universidad Católica de Chile 2. Hospital Clínico Dra. Eloísa Díaz, La Florida, Santiago de Chile

#### INTRODUCCIÓN

En nuestro centro, el estudio básico que se realiza a una paciente con incontinencia de orina es una cistometría simple (CS).

#### **OBJETIVO**

El objetivo de nuestro estudio es identificar variables de la CS que se asocien a una mayor severidad de incontinencia de orina (IO).

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Se estudiaron las pacientes sometidas a una CS en el contexto de estudio de IO o previo a una cirugía por prolapso genital, en el Hospital Dra. Eloísa Díaz de la Florida, entre octubre 2015 y octubre 2016. Se analizaron variables cómo test de estrés con vejiga vacía, residuo post miccional (rpm) y medición de hipermotilidad uretral, que se contrastaron con la severidad de la incontinencia medida por ISI (incontinence severity index).

#### **RESULTADOS**

Un total de 258 pacientes fueron evaluadas por CS, de las cuales 155 (60%) presentaron incontinencia de orina de esfuerzo (IOE), 67 (43%) pacientes presentaron incontinencia leve o moderada y 88 (57%) presentaron IOE severa o muy severa, según ISI. Cuando evaluamos severidad de IOE mediante test de estrés con vejiga vacía, hubo diferencia estadísticamente significativa entre pacientes con incontinencia severa-muy severa y leve-moderada (p 0,035) y el rpm no fue un factor determinante en este análisis. Cuando evaluamos hipermotilidad uretral no hubo diferencia significativa en pacientes con distinto grado de severidad de incontinencia

#### CONCLUSIÓN

La cistometría simple es un test fácil de realizar y de bajo costo, uno de sus problemas es su capacidad de discriminar severidad de incontinencia, lo que sí es posible con la urodinamia multicanal. En nuestro estudio el test de estrés con vejiga vacía fue el único factor que permitió evaluar la severidad de IOE, creemos que la hipermotilidad uretral no es tan útil, ya que en paciente con prolapso, este test puede ser difícil de evaluar.

# IMPLEMENTACIÓN DE LA UNIDAD DE UROGINECOLOGÍA EN EL HOSPITAL DE QUILPUÉ.

C-193

Kaplan F.1, Hevia T. a, González J. b, Idiáquez G. b, Olivares F. b 1 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Unidad de Uroginecología, Hospital de Quilpué. a Matrona, Policlínico de Ginecología, Hospital de Quilpué. b Internos, Escuela de Medicina, Universidad Andrés Bello.

#### INTRODUCCIÓN:

La disfunción del piso pélvico (DPP) abarca un conjunto de patologías femeninas dentro de las que se incluyen el prolapso de órganos pélvicos (POP), incontinencia urinaria (IO), vejiga hiperactiva (VH), cistitis intersticial, síndrome de dolor pelviano crónico, disfunciones sexuales e incontinencia anal. Este grupo de patologías causan un gran deterioro en la calidad de vida de la mujer. Debido al envejecimiento de la población mundial se ha observado un aumento sostenido de ellas. Por este motivo, los países desarrollados, han implementado medidas para enfrentarlas, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las mujeres.

#### **OBJETIVOS**

Mostrar el proceso de implementación y desarrollo inicial de la unidad de Uroginecología en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Quilpué.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo sobre el proceso de implementación de la unidad de Uroginecología del Hospital de Quilpué desde septiembre del año 2015 hasta agosto del año 2017.

#### **RESULTADOS**

La unidad está formada por un uroginecólogo y un ginecólogo general que dedican respectivamente 22 y 7 horas a la unidad. Durante el inicio de la unidad se implementó una ficha uroginecológica, un registro digitalizado de las cistometrías simples y reuniones quincenales en conjunto con representantes de las unidades de urología y kinesiología del Hospital de Quilpué. Del total de pacientes atendidas en el policlínico

de uroginecología, 284 fueron ingresadas a la lista de espera quirúrgica. De ellas, 160 (56%) fueron operadas. La edad promedio de las pacientes operadas fue de 60,5 años (±10,84). Treinta y tres por ciento (54 pacientes) de las cirugías fueron ambulatorias. Las patologías más frecuentes operadas fueron POP, IO de esfuerzo (IOE) e IO mixta (IOM). Las técnicas quirúrgicas más utilizadas fueron TOT, TVT, plastía anterior, suspensión alta a los ligamentos uterosacros por vía vaginal (FAUS) e histerectomía. El tiempo de espera promedio para la intervención quirúrgica fue de 10,16 meses (±3,43). Se incorporaron herramientas diagnósticas como la cistoscopía, cistometría simple y ecografía de piso pélvico. Al arsenal terapéutico existente, se le sumó la kinesioterapia de piso pélvico, neuromodulación del nervio tibial posterior, pesarios y técnicas quirúrgicas avanzadas dentro de las que destacan el TVT, FAUS, culdoplastía de McCall, colposacropexia abierta y laparoscópica, histerosacropexia abierta y laparoscópica, fijación a ligamento sacroespinoso con dispositivos mínimamente invasivos, cirugía de Manchester y colpocleisis. Las cirugías uroginecológicas representaron el 35% de las cirugías del servicio de ginecología. No se ha requerido derivar a ningún paciente a otro centro.

#### CONCLUSIÓN

La formación de la Unidad de Uroginecología ha acercado al Hospital de Quilpué al nivel de los grandes centros nacionales y del mundo en la atención de las mujeres con patologías del ámbito uroginecológico.

# INCONTINENCIA DE ORINA DURANTE LA ACTIVIDAD C-194 SEXUAL: IMPORTANCIA DE UN SÍNTOMA SUBDIAGNOSTICADO.

Valderrama, R 1, 2, Suárez, A 1, Pizarro, J 1

#### **RESUMEN**

#### INTRODUCCIÓN

La incontinencia de orina asociada al coito (IOC) es un síntoma frecuentemente subreportado dentro de la población de mujeres con incontinencia urinaria. Nuestro objetivo es describir las características de las pacientes con esta sintomatología que consultan en la unidad de Uroginecología de nuestro hospital.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS**

La unidad de Uroginecología del Hospital cuenta con una base de datos recolectados en forma prospectiva y estandarizada desde 2007 la cual incluye IOC entre los síntomas posibles. Se analizó una cohorte retrospectiva de pacientes con algún tipo de incontinencia que consultaron en la Unidad de Uroginecología del Hospital Sótero entre 2007-2017. Criterios de inclusión: cualquier tipo de incontinencia urinaria según la definición de ICS/IUGA. Criterios de exclusión: Pacientes sin actividad sexual. Se realizó análisis descriptivo de la muestra en general y dicotomizada según la presencia de IOC en la anamnesis. Los resultados se presentan como mediana (rango intercuartil), o promedio ± desviación estándar o porcentaje.

#### **RESULTADOS**

De 4629 pacientes de nuestra base de datos, 3222 refirió algún tipo de IO. De ellas 1362 no eran sexualmente activas siendo excluidas. De esa forma se incluyeron 1860 pacientes en el análisis. Un 24% presentó IOC (n=451), 89.9% (N=1673) IO de Esfuerzo (IOE) y 60.1% (N=1117) urgeincontinencia. No se encontraron diferencias en antecedentes de histerectomía o fórceps entre pacientes con o sin IOC. Las pacientes con IOE presentaron con mayor frecuencia IOC, comparadas con las que no presentaron IOE (95.1% vs 88,3% p<=0.001). Las pacientes con IOC, comparado con las que no presentaron IOC, tenían mayor hábito tabáquico (34,8% vs 28,6%, p=0.009), mayor presencia de síntomas de IO Mixta (29,7% v 20,1% p<0.001), mayor IO insensible (6% vs 2,8% p=0.002) y nocturia (12,6% vs 3,5% p<0.001).

#### DISCUSIÓN

La IOC parece asociarse a la presencia de síntomas de IOE, IO mixta, nocturia y uso de tabaco, que podrían estar asociados a importantes efectos en la calidad de vida de las mujeres sexualmente activas. Futuros estudios podrían evaluar cuál es el rol de la IOC en el resultado de cirugías de incontinencia.

Palabras clave. Incontinencia, Coito. Mujer. Calidad de vida.

Contacto: Ricardo Valderrama, dr.ricardo.valderrama@live.cl

1.- Unidad de Uroginecología, Hospital Dr. Sótero del Río. División de Obstetricia y ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile. 2. Servicio Urología, Hospital Dr. Sótero del Río

# RESULTADOS QUIRÚRGICOS EN DEFECTO APICAL: C-195 COMPARACIÓN ENTRE TÉCNICA VAGINAL Y SACROCOLPOPEXIA

Autores: T. Raby, JI. Gutiérrez, D. Luna, B. Blumel, S. Pohlhammer, M. Arellano, R. Cuevas, J. Pizarro-Berdichevsky. Institución: Hospital Dr. Sótero del Río Correo del presentador: triniraby@gmail.com

#### INTRODUCCIÓN:

Existen múltiples técnicas quirúrgicas para la corrección del prolapso apical (PA). En nuestro centro, las técnicas más utilizadas son: fijación a los ligamentos sacroespinosos (FLSE) mediante suturas, arpones (anclajes o esplentis) o mallas (Posterior Prolift System hasta 2012), fijación a los ligamentos uterosacros (FLUS), sacrocolpopexia (SCP) y culdoplastia de McCall modificada para PA leves y moderados. La SCP es considerada la técnica quirúrgica de elección, con tasas de éxito de 78% a 100%. La FLSE y FLUS son comparables, con tasas de éxito de 63.1% y 64.5%, respectivamente. Según la Revisión Cochrane 2016, la SCP se asocia con un menor riesgo de prolapso sintomático, prolapso recurrente, re operación por prolapso, incontinencia urinaria postoperatoria y dispareunia en comparación con las técnicas vaginales. La única desventaja es el tiempo operatorio.

#### **OBJETIVO:**

Comparar los resultados de SCP con técnicas vaginales en pacientes operadas por PA.

#### **MÉTODOS:**

Análisis retrospectivo de nuestra base de datos. Se incluyeron pacientes con PA operadas entre el año 2008 y 2016. El éxito quirúrgico se evaluó utilizando un resultado compuesto (recurrencia sintomática: sensación de bulto vaginal y/o recidiva apical anatómica más allá del himen y/o re operación y/o uso de pesario). Se excluyeron pacientes con información incompleta, sin seguimiento postoperatorio, y aquellas sometidas a una técnica quirúrgica distintas a las mencionadas. Se utilizaron pruebas estadísticas correspondientes para analizar los datos.

#### **RESULTADOS:**

Se incluyeron 491 pacientes. Características demográficas y clínicas: Edad 59 (52-66) años, IMC 29 (26 ± 31) kg / cm2 y paridad 3 (2-4) niños. 280 (57%) eran sexualmente activas. 393 (80,5%) pacientes tenían estadio III o IV. Se encontraron peores valores de los puntos C y Ba en el grupo de SCP comparado con cirugías vaginales, 3,9 ± 2,3 vs. 2,1  $\pm$  2,3 y 2,7  $\pm$  4 vs. -0,5  $\pm$  3,7 respectivamente (p <0,0001). 45 (9,2%) tenían histerectomía previa y 24 (4,9%) tenían cirugía previa por prolapso. 194 (39,5%) fueron sometidas a SCP y 297 (60,5%) a cirugía vaginal. Los procedimientos quirúrgicos fueron: 44 (9%) FLUS, 79 (16,1%), FLSE, 173 (35,2%) McCall, 104 (21,2%) SCP abierta y 90 (18,3%) SCP laparoscópica. Se realizó histerectomía en 81 (16,5%) pacientes, plastía anterior o posterior en 135 (27,5%). La SCP laparoscópica se asoció a mayor tiempo quirúrgico (media 210 min vs. rango entre 140-90 min, p <0,001). El seguimiento fue de 11 (3-25) meses. La tasa de recurrencia fue de 10,6%. Hubo una tasa de recurrencia anatómica (punto C> o) de 8,4% y de recurrencia sintomática de 8,1%, 11 (2,2%) pacientes se re operaron por prolapso. En el análisis univariado, los siguientes factores se asociaron al resultado compuesto: técnica de reparación apical, plastía posterior concomitante, estadio III o IV, valor de punto C preoperatorio y valor de punto de Bp preoperatorio. En un análisis multivariado, que incluyó las variables previamente descritas, y adicionalmente la edad y la etapa III o IV, la única variable que persistió asociada con el resultado compuesto fue el punto Bp preoperatorio OR 1.1 (IC 95% 1.004-1.230).

#### CONCLUSIÓN:

La recurrencia general fue de 10%. El punto Bp preoperatorio fue el único parámetro asociado con una falla quirúrgica. No hubo diferencias en la tasa de recurrencia entre las técnicas, sin embargo, las características basales diferían entre los grupos. La elección adecuada de la técnica para cada paciente podría haber influido en los buenos resultados.

# ROL DE ECOGRAFIA PISO PELVICO EN UROGINECOLOGIA HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPU

C-196

Norambuena C, Boldrini P, Vallejos G, Schlageter F, Peragallo J, Castillo N. Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae

#### INTRODUCCIÓN

La Ecografía de Piso Pélvico es una técnica de ultrasonografía transperineal que permite evaluar la funcionalidad y anatomía del piso pélvico femenino en tiempo real, permitiendo además evaluar slings y mallas utilizadas en disfunciones de piso pélvico.

#### **OBJETIVO**

Evaluar la utilidad de la ecografía de piso pélvico en una Unidad de Uroginecologia

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo de ecografías de piso pélvico realizadas durante primer semestre 2017 en nuestro hospital. Se evaluó edad, indicación del examen, presencia de cirugías previas de piso pélvico y alteraciones en le ecografía como residuo postmiccional elevado, grosor pared vesical aumentado, hipermovilidad uretral, funneling uretral, cistocele, rectocele, histerocele, avulsión del músculo elevador del ano, abombamiento del hiato genital, daño significativo de esfínter anal, signos de intususcepción y otros hallazgos.

#### **RESULTADOS**

Se realizaron 31 ecografías de piso pélvico durante primer semestre de 2017. El promedio de edad fue de 58 años (17-79). Las indicaciones más frecuentes fueron: incontinencia urinaria posterior a sling suburetral 15/31, defecación obstruida 6/31 e incontinencia fecal 5/31. Presentaron cirugía previa de piso pélvico 19/31, siendo la más frecuente sling suburetral 18/31 (9 TVT y 9 TOT). Se evidencio RPM elevados en 4/31, 2 de ellas con cirugía de incontinencia urinaria previa desconocida, con signos sugerentes de cirugía de Burch. Se observó engrosamiento de la pared vesical en 12/31 pacientes, con urgencia miccional 7 de ellas. Se evidenció funneling uretral sugerente de déficit intrínseco esfínter uretral en 1/31 con TVT a 24 mm de la sínfisis del pubis, no continente. 12/18 slings suburetrales eran continentes (7 TVT y 5 TOT). En relación a prolapso, se evidenció cistocele en 9/31, rectocele 13/31 e histerocele en 1/31. Se evidenció signos de intususcepción en 3/31 con síntomas de defecación obstruida. Se detectaron defectos del tabique rectovaginal en 4/31. En la modalidad 4D, presentaron avulsión del músculo elevador del ano 17/24 (11 bilateral), abobamiento 9/24 (3 marcado, 2 severo), daño significativo de esfínter anal externo 15/24 e interno 2/24. Otros hallazgos fueron: 2 quistes vaginales anteriores, 1 divertículo uretral, 1 nódulo endometriósico en episiorrafia y 1 malla de rectopexia ventral prolapsada junto a rectoenterocele.

#### CONCLUSIÓN

La ecografía de piso pélvico permite apoyar el diagnóstico y evaluación de pacientes con disfunciones de piso pélvico, en especial con cirugías previas, síntomas de defecación obstruida e incontinencia fecal.

# ROL DE LA UROFLUJOMETRÍA POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDAS A BANDAS MEDIOURETRALES Y DISFUNCIÓN MICCIONAL A MEDIANO PLAZO: ESTUDIO PILOTO.

C-197

Viguera S.1,2, Pizarro-Berdichevsky J. 1,2 1. Unidad de Uroginecologia, Hospital Sótero del Río. 2. Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

#### INTRODUCCIÓN

Las bandas suburetrales (BSU) para incontinencia de esfuerzo (IOE) tienen reportadas altas tasas de éxito (80-90%) y con baja tasa de complicaciones. Una de las complicaciones mas frecuentes presentes posterior a un sling suburetral son las disfunciones miccionales (DM). El residuo post miccional (RPM) < a 100 ml es utilizado al alta intentando descartar posibles DM. Sin embargo, existe evidencia que RPM podria tener una baja sensibilidad para la pesquiza de BSU obstructivas y por tanto pacientes en riesgo de presentar DM en el seguimiento. Esta tambien ha sido la experiencia de nuestra unidad. No exite evidencia del uso de uroflujometria al momento de alta como metodo de pesquiza de obstruccion post BSU. El objetivo de este trabajo es reportar los resultados preliminares de el uso de uroflujometria previo al alta en pacientes sometidas a BSU y su posible asocian a DM en el corto y mediano plazo.

#### **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio de cohorte, de pacientes con diagnostico de IOE sometidas a una BSU tipo TVT con evaluación uroflujométrica postoperatoria entre abril y agosto de 2017. Via llamada telefónica se contactó a las pacientes entre 1 y 6 meses postoperatorios para el llene de una encuesta sobre sintomas de DM definido como culquiera de estos sintomas latencia, micción en dos tiempos, intermitencia, chorro en spray, sensación de vaciamiento incompleto, goteo post micción o necesidad de cambio de posición para orinar, según el consenso ICS/IUGA 2010. Se realizo analisis dicotomizado de la

muestra según presencia de DM incluyendo los resultados de la uroflujometria. Los resultados se presentan como mediana (rango intercuartil), o promedio  $\pm$  desviación estándar o porcentaje.

#### **RESULTADOS**

26 pacientes fueron incluidas, 9 de ellas presentarón DM La edad promedio fue de  $56.8 \pm 11$  años, con tiempo operatorio promedio de  $53 \pm 41$  minutos. Un 47% de las pacientes sin DM tuvieron curva uroflujometrica normal versus un 33% de las con DM. Los valores de la uroflujometría no tuvieron diferencia estadisticamente significativa, excepto el RPM, con resultado de 61ml con DM vs 23ml sin DM (p:0,05).

#### DISCUSIÓN

Las pacientes con DM tuvieron un mayor numero de cirugías concomitantes y tiempos operatorios mas prolongados. En la uroflujometría las pacientes con D.M. tuvieron en promedio flujos máximos, flujos promedios y aceleración más bajos, además de tiempos mas prolongados en alcanzar el flujo máximo; aunque todos los anteriores no tuvieron diferencia estadisticamente significativamente mas altos en el grupo con disfunción miccional.

#### CONCLUSIÓN

Los resultados preliminares muestran que el RPM podria ser el unico predictor de DM, sin embargo ambos grupos presentaron RPM considerados "normales" (61 y 23 ml). Este es el primer reporte del uso de uroflujometría al alta como predictor de DM. Posiblemente nuestro estudio no cuenta con el poder necesario para encontrar diferencias con parametros de uroflujometria o quizas la DM es muy estricta. Esta podria ser una herramienta util siendo necesarios estudios con mayor n para evaluar su real rol.

# SATISFACCIÓN POSTOPERATORIA ENTRE DOS TÉCNICAS PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZOS.

C-198

Boldrini P1,2, Valenzuela F2, Valenzuela B2, Vallejos G1, Nájera M3 (1) Equipo de Piso Pélvico, Unidad de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada (2) Universidad Finis Terrae médico tutor (3) Departamento de Epidemiología, Universidad del Desarrollo

#### INTRODUCCIÓN

La Incontinencia Urinaria de esfuerzo (IOE) es un problema muy frecuente y su tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, siendo las mallas suburetrales las más utilizadas. Las mallas suburetrales pueden instalarse por vía retropúbica (TVT) o por vía transobturatriz (TOT). Se presenta trabajo con el objetivo de comparar el grado de satisfacción postoperatoria entre ambas técnicas.

#### MÉTODO

Estudio comparativo entre pacientes operadas de IOE mediante TOT y TVT en el Hospital El Carmen durante el año 2015. El diagnóstico de IOE se estableció mediante test de estrés, cistometría y medición de residuo postmiccional. Las pacientes se sometieron a cirugía de malla suburetral de manera aleatoria. A los 9-12 meses postoperatorio, se aplicó encuesta de Satisfacción postoperatoria por vía telefónica. Se aplicó test de student para los datos biodemográficos y test de chi cuadrado para los resultados de la encuesta.

#### **RESULTADOS**

De 204 pacientes operadas, contestaron la encuesta 66 pacientes operadas de TVT y 74 pacientes de TOT. No hubo diferencias entre ambos grupos con respecto a edad, paridad e índice de masa corporal. Recibieron cirugía concomitante de prolapso el 40,5% de las pacientes con TOT y el 37,88% de los TVT. El 68,91% del grupo TOT referían encontrarse muchísimo mejor que antes de la cirugía, contra el 68,18% del grupo de TVT (p= 0,458). Si las pacientes tuvieran que volver a tomar la decisión de operarse, el 77,02% de las pacientes de TOT respondió que "sí, categóricamente" versus el 72,72% de las del grupo de TVT (p= 0,347). En el grupo de TOT, el 86,49% recomendaría el procedimiento a otras pacientes comparado con 84,84% del grupo del TVT (p=0,485). El 95,95% del grupo de TOT y el 93,94% del grupo de TVT no habían intentado/recibido otro tratamiento (p=0,436).

#### DISCUSIÓN

Los resultados demuestran que no hay diferencias desde el punto de vista de la satisfacción postoperatoria entre TVT o TOT. Los resultados obtenidos son similares a los descritos en la literatura. Se evidencia un alto grado de satisfacción delas pacientes con ambas técnicas.

# SLING DE URETRA MEDIA ARTESANALES DE BAJO COSTO PARA EL TRATAMIENTO DE LA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO (IOE): 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN CENTRO

C-199

Andreoli F.1, Álvarez J.1-2, Urzúa M.J.1, Rondini C.1-2 1Hospital Padre Hurtado, Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo Escuela de Medicina, Santiago, Chile. 2Clínica Santa María, Santiago, Chile.

#### INTRODUCCIÓN

A medida que la población femenina envejece y la resolución de sus problemas de salud se hacen más demandantes para países en vías de desarrollo, la incontinencia urinaria se convierte en un verdadero problema para las instituciones de salud. Una técnica artesanal de bajo costo se transforma, entonces, en una interesante alternativa a los kits prefabricados de mayor valor disponibles.

#### **MÉTODOS**

Con el objetivo de evaluar la eficacia y seguridad de la malla de polipropileno artesanal para el manejo de la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE) vía transobturatriz (TO) o retropúbico (RP), analizamos las fichas clínicas y bases de datos quirúrgicas de mujeres sometidas a cirugías de sling de uretra media (SUM) entre el 2005 y 2015. Pre cirugía, fueron evaluadas mediante historia clínica y examen físico; además, cistometría simple o urodinamia multicanal. La IOE fue diagnosticada mediante test de stress positivo o estudio urodinámico. Pacientes con residuo postmiccional (RPM) elevado > 150 ml no atribuíbles a cistocele fueron excluídas; aquellas con cirugía previa de incontinencia, no. La cirugía se realizó con malla de polipropileno cortada a mano de 11x1,5 cm. La técnica de inserción, TO o RP, fue la misma que los kits disponibles. Exito fue evaluado mediante test de stress negativo o mejoría clínica del paciente.

#### **RESULTADOS**

Se realizaron 1514 SUM. Media de seguimiento: 18 meses. El promedio de edad fue 52.4 +/- 10.5 años e IMC 30.4 +/- 4.5. 49% tenía IOE genuina; 33.8%, mixta y 16.5%, oculta. Tiempo promedio de cirugía: 30.9 ± 22.1 min. 1323 tuvieron abordaje TO y 191, retropúbico. Un 47,1% presentó una cirugía concomitante como histerectomía y/o reparación de prolapso. 56.2% fueron realizadas por residentes en formación. Un 2,9% presentó complicaciones intraoperatorias: de ellas, las más comunes fueron 17 lesiones del tracto urinario. Durante el postoperatorio evolucionaron con disfunción miccional (5,5%), exposición de malla (4,3%) e infección del tracto urinario (3,2%). Hasta el último control, un 84.9% de las mujeres estaban asintomáticas y un 92.1% consideraba que estaba "mucho mejor".

#### **CONCLUSIONES**

SUM artesanales de bajo costo son una alternativa segura y comparable a los kits comerciales para el tratamiento de la IOE.

# SUSPENSION A LIGAMENTO SACROESPINOSO: UNA TECNICA C-200 SEGURA Y EFICAZ PARA EL TRATAMIENTO DE PROLAPSO APICAL

Alarcón MG\*. Arellano M\*\*\*, Pizarro-Berdichevsky J.\*\*
\*Unidad de Uroginecología - Complejo Asistencial Dr.
Sótero del Río. \*\*División Obstetricia y Ginecología,
Pontificia Universidad Católica de Chile \*\*\*Clínica
Santa María

#### INTRODUCCIÓN

La técnica quirúrgica de fijación al ligamento Sacroespinoso (FLSE) constituye un excelente abordaje en la cirugía correctiva de Prolapso de Órganos Pélvicos (POP). El uso de técnicas clásicas como la fijación con aguja Deschamps o Porta agujas, puede resultar complejo. Por esta razón se han desarrollado diferentes sistemas de fijación con dispositivos que facilitan el procedimiento. En nuestro centro, realizamos procedimientos con técnicas clásicas y también usamos dos diferentes Sistemas de Fijación con Arpón (SFA), Anchorsuretm fabricado con Polyetheretherketon y Splentistm con Prolene. El objetivo de este estudio es reportar el resultado y la efectividad a mediano plazo de estas "nuevas" técnicas.

#### **MÉTODO**

Se realizó una revisión retrospectiva de todos los procedimientos de FLSE de la unidad de Uroginecología del Hospital Dr. Sótero Del Río desde 2013 hasta 2016. Fueron analizadas las variables socio-demográficas, quirúrgicas y de seguimiento. La falla fue definida utilizando un resultado compuesto incluyendo recurrencia sintomática (bulto genital) o POP > al himen (Cualquier punto de POPQ > o) o re-operación por POP o uso de pesario. También se realizó una evaluación subjetiva utilizando el Índice de Mejora Global del Paciente (PGI-I).

Los resultados se presentan como mediana (rango intercuartil), o promedio ± desviación estándar o porcentaje.

#### **RESULTADOS**

41 pacientes se sometieron a FLSE de las cuales 7 (17.1%) fueron con técnicas clásicas y 34 pacientes (82.92%) con SFA - 11 con Anchorsure (26.8%) y 23 Splentis (56.1%). La edad promedio fue de 65 ± 9 años. La paridad fue de 3±1,11 pacientes (26,8 %) tenían antecedente de fórceps. Un 85,3 % presentaban estadío III/IV según POPQ, sin diferencias entre técnicas. Cirugías concomitantes: 65.9% Histerectomía Vaginal, 53,7% Sling Suburetral, 97.6% colporrafia anterior o posterior. Los procedimientos concomitantes se concentraron en el grupo de técnicas clásicas. El tiempo de cirugía comparativamente fue menor en SFA que en las técnicas clásicas (Media de 94.6 vs 129.3 minutos, p=0.028). La mediana de seguimiento fue 7 meses (1-16). 11 pacientes (26.8%) tuvieron dolor glúteo transitorio, 9 pacientes (22%) presentaron falla compuesta. De ellas 3 (10%) con falla anatómica apical, 8 (26,7%) con falla anatómica anterior, 2 (6.7%) con falla anatómica posterior, 4 pacientes (9.8%) presentaron síntomas y 1 fue re-operada (3.6%). En análisis subjetivo un 97,4% refirió mejoría subjetiva en el seguimiento. Hubo mejoría estadísticamente significativa en el seguimiento en todos los puntos de POP-Q (ver tabla).

#### **CONCLUSIONES**

En nuestra cohorte la FLSE fue una técnica eficiente, demostrado en el seguimiento del punto C de POP-Q pre y post operatorio (C= 5.6cm SD 3.8 p<0.001). FSLE demostró ser segura, ya que no se presentaron complicaciones. En los resultados encontramos 1 paciente que requirió re-operación. La satisfacción fue mayor al 90%, con falla anatómica apical de un 10%. La fijación con SFA puede alcanzar un resultado similar, posiblemente con menor tiempo quirúrgico y sin mayores complicaciones que la técnica clásica

Puntos POP-Q	Promedio	Desviación standard	Valor P
Aa	1.3	1.7	<0.005
Ва	3.2	2.1	<0.001
С	5.6	3.8	<0.001
gH	0.8	0.8	<0.001
рВ	0.4	0.6	<0.005
TVL	0.5	1.5	<0.070
Ар	0.7	1.1	<0.005
Вр	1.2	2.2	<0.01

# TRATAMIENTO DEL SVH CON INTERSTIM: ESTUDIO EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Autores: Raby T, Ducke N, Arellano M, Pizarro J. Hospital Dr. Sótero del Rio

#### INTRODUCCIÓN

El síndrome de vejiga hiperactiva (SVH) corresponde a la tríada sintomática; urgencia urinaria con o sin urge-incontinencia, usualmente asociada a aumento de la frecuencia urinaria y nocturia". Esta enfermedad, afecta de manera importante la calidad de vida, la interacción social, la salud mental y la capacidad laboral de quienes la padecen. La Onabotulinum Toxin A y la Neuromodulación Central Sacra (NMCS) son consideradas terapias de tercera línea y se utilizan cuando fallan las terapias de primera y segunda línea (terapia cognitivo-conductual, fisioterapia y tratamiento médico con anticolinérgicos o agonistas de receptor beta adrenergicos). InterStim ha demostrado una tasa de éxito entre 75-90% de los pacientes con SVH, logrando una mejoría de los síntomas mayor o igual 50% para cada paciente. La terapia también se ha utilizado con éxito y está aprobada ademas para su uso en incontinencia fecal (IF). Los resultados de estudios en países que utilizan NMCS, han demostrado que Interstim es una terapia exitosa, sin embargo, existe poca información acerca de su uso en países en desarrollo y en hospitales públicos con recursos limitados.

#### **OBJETIVO**

El objetivo de nuestro estudio es analizar la factibilidad, los resultados y las complicaciones del tratamiento del SVH refractario con NMCS, en un hospital público de Santiago de Chile.

#### **MÉTODOS**

Análisis prospectivo de una cohortes de 14 pacientes, las cuales fueron reclutadas entre marzo del año 2015 hasta agosto del año 2017. Criterios de inclusión: pacientes sintomáticas con diagnóstico de SVH con o sin IF, refractarios y/o con contraindicación para el uso de anticolinérgicos. Las pacientes fueron evaluadas objetivamente con diario miccional al inicio del estudio,

durante el período de prueba y a los 3, 6 y 12 meses de seguimiento y luego de manera anual. También se realizó una evaluación subjetiva utilizando el Índice de Mejora Global del Paciente (PGI-I). Se utilizaron los criterios de la ICS (International Continence Society) / IUGA (International Uro-Gynecology Asociation) para el diagnóstico de SVH e IF. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital y todas las pacientes firmaron un consentimiento informado al momento del reclutamiento.

#### **RESULTADOS**

La media de edad fue de 65,9 +/- 10,8 años. Todos los pacientes tenían SVH y un 42,85% también tenían incontinencia fecal. 13 de las 14 pacientes reclutadas (92,8%) tuvieron mejoría mayor del 50% en sus síntomas durante la fase de prueba y luego se les implantó el generador de pulso definitivo. Hubo una mejoría estadísticamente significativa en los patrones de diario miccional (paños por día, frecuencia diurna y nocturna), los resultados se muestran en la Tabla 1. No hubo complicaciones (Incluida la infección) asociada al procedimiento quirúrgico. Dos pacientes fueron re-intervenidas, una para reposicionamiento del electrodo sub dermico por superficializacion del mismo y otra por revision de electrodo con posterior explante del IPG por cese de respuesta satisfactoria. La mediana de seguimiento fue de 13 meses (rango intercuartil 4,6-18). Todas las pacientes con IF, reportaron menos episodios de incontinencia durante el seguimiento. Luego del último seguimiento, 83,3% (10) de las 13 pacientes implantadas analizadas, reportaron una mejoría subjetiva, excluyendose de este analisis 2 pacientes que presetan un seguimiento < a 1 mes y la paciente explantada.

#### **CONCLUSIONES**

La tasa de progresión a la etapa II en nuestro estudio fue de un 92%, con una mejora del 80-90% en los síntomas, incluyendo la IF. No hubo complicaciones durante el procedimiento y la satisfacción a mediano plazo fue excelente. Nuestros resultados son comparables con la experiencia internacional publicada, demostrando la viabilidad de realizar este procedimiento en pacientes de un hospital público en Chile.

Indicadores	Ingreso	Post Etapa II	р
Paños Diarios	6,2	2,2	< 0,05
			< 0,05
			< 0,05
			< 0,05

# TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO APICAL: C-202 ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO. RESULTADOS PRELIMINARES

M.Busquets, M.Donoso, JA Gonzalez, M.Monckeberg, Von Wischoffhausen S1. Hospital Parroquial San Bernardo, Facultad de Medicina Universidad de los Andes. IInterna Medicina

#### INTRODUCCIÓN

Si bien la colpo promonto suspensión es actualmente la intervención de elección en mujeres jóvenes portadoras de prolapso apical estadío mayor o igual a II, en un grupo etario mayor pudiera ser suficiente una técnica de menor envergadura. Tres equipos en el servicio utilizan una de tres técnicas descritas para suspender el segmento medio: suspensión sacroespinosa (SE), suspensión al uterosacro alto por via vaginal (USA) y suspensión del uterosacro por via laparoscópica (USAL). Nuestro objetivo final es evaluar cuál de ellas es la más efectiva desde el punto de vista anatómico y también sintomático, al cabo de un año de seguimiento, mediante la comparación pre y post quirúrgica del POPQ y de encuestas de síntomas de disfunción pelviana y calidad de vida. Presentamos a continuación los resultados anatómicos preliminares de las tres técnicas.

#### **PACIENTES Y MÉTODO**

Se seleccionaron todas las pacientes entre 50 y 75 años, portadoras de prolapso apical que consultaron el servicio desde el año 2015 que cumplieran con los criterios de inclusión: estadio C II o mayor, con o sin histerectomía previa y/o plastías vaginales, con o sin IO (cualquier tipo) y que aceptaran mediante firma de consentimiento informado participar y permanecer en el estudio aprobado por el comité de Ética del Hospital Parroquial de San Bernardo. Se randomizaron (listado aleatorio en sobres cerrados) tres grupos: SE, USA y USAL. Para una comparación de proporciones, un poder de 80%, una diferencia de 20% en los resultados y un 15% de pérdida de seguimiento, son necesarias 57 pacientes en cada rama. Al momento hay 39 pacientes ingresadas en quienes se puede efectuar un primer análisis. Para evaluar el efecto se utilizó prueba de Kruskall Wallis para comparar diferencias entre mediciones pre y posquirúrgicas de los puntos Aa, Ba, C, Ap y Bp.

#### **RESULTADOS**

De 54 pacientes seleccionadas se excluyeron 12: 5 por patología de alto riesgo quirúrgico y 7 que deciden no participar. Se randomizaron 14, 13 y 12 pacientes USA, SE y USAL respectivamente. Los tres grupos fueron comparables en cuanto a promedio de edad (62,7 ± 7,8), IMC (29,3  $\pm$ 3,4), paridad (3,31 $\pm$  1,5) y morbilidad (hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus). En 31 pacientes el seguimiento es mayor o igual a 12 meses. El efecto en el punto C fué en promedio de 6,7 cm sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos; tampoco en los puntos Aa, Ba, en que se ganó en promedio 1,5 cm y 3,2 cm respectivamente. Hubo diferencias significativas para los puntos Ap y Bp a favor de SE, 2,3 cm vs 0.4 (USA) y 0,16 (USAL) y 2,9 cm vs 0,4 (USA) y 0,61 (USAL) respectivamente. Dos pacientes tuvieron una lesión vesical (USA y USAL), dos pacientes se reintervinieron por descenso sintomático del compartimento anterior (SE y USAL).

#### CONCLUSIÓN

Las tres técnicas descritas tienen un buen resultado quirúrgico en la corrección del prolapso apical. La SE tiene mejores resultados en la corrección del compartimento posterior, sin embargo esto puede deberse a diferencias en las técnicas de reparación utilizadas. Las reintervenciones fueron en casos sintomáticos de prolapso del compartimento anterior.

# USO DE PESARIOS EN PACIENTES CON PROLAPSO GENITAL SINTOMATICO (POP)- ESTUDIO PROSPECTIVO DE FACTORES PREDITORES DE ABANDONO A 12 MESES DE USO

C-203

Pizarro-Berdichevsky J 1, 2, Blumel B 1, Arellano M 1, 3, Gonzalez S 1, , Cuevas R 1, Gorodischer A 4, Dines E 4, Brunman E 4, Pattillo A 1, 2 Afiliaciones: 1 Unidad Uroginecologia, H. Dr. Sotero del Rio, Santiago, Chile 2 Division Obstetricia y Ginecologia, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Clinica Santa Maria 4 Estudiante medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

#### INTRODUCCIÓN

Existen escasos estudios prospectivos de factores predictores de uso exitoso de pesarios. Pese a que múltiples características han sido consideradas como factores predictores de uso exitoso (edad, tipo de prolapso, modelo de pesario, etc) la evidencia disponible que sustente estas aseveraciones es escasa. Nuestra hipótesis fue que características especificas basales predicen una tasa de mejoría subjetiva (PGI-I) mas alta en un estudio prospectivo.

#### **OBJETIVOS**

Nuestros objetivos fueron describir el resultado subjetivo a 12 meses de seguimiento e identificar factores predictores de abandono del tratamiento.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Reportamos un estudio prospectivo del impacto de uso de pesario en pacientes con POP en Chile (SA1212153 - NCTO2113969). Pacientes fueron reclutadas entre 2013 y 2014. Fueron evaluadas con POPQ, US translabial, test de estrés, pad test (> 2 g en 1 hora), PFDI-20 (POPDI, UDI6 y CRADI), P-QoL y GHQ-12 (screening de salud mental). Criterios de inclusión fueron POP en estadio II o superior. La mejoría subjetiva fue evaluada usando el PGI-I, si la respuesta fue "excelente", "mucho mejor" o "mejor" fue considerado mejoría. Características demográficas basales y características clínicas fueron analizadas como factores predictores para completar 12 meses de seguimiento y para mejoría subjetiva en análisis uni y multivariado. Se uso t-Test, Mann-Whitney U, paired T Test, Chi-cuadrado and Test Fisher's Exact

según corresponde. Se realizo regresión logística incluyendo las variables basales con valores p <0.1 en análisis univariado. Este estudio fue aprobado por el comité de ética del hospital, todas las pacientes firmaron consentimiento informado al momento de ser reclutadas. Financiamiento: FONIS/CONICYT-Chile

#### **RESULTADOS**

Ciento veintinueve pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue 65,3±8,6, paridad 3,5±1,8, antecedente de fórceps 27,2% (n=31), estadio III/IV de POP-Q 82,7% (n=96). La sesión de fitting fue exitosa en 89,9% (n=116) de las pacientes. Los pesarios utilizados fueron ring (30,3%), Gellhorn (54,6%) Donut (10,9%), other (1,7%). Durante el seguimiento 75,9% logro automanejo del pesario. De las pacientes con fitting exitoso, 68 (60,7%) completo 12 meses de seguimiento, todas ellas refirieron mejoría subjetiva al año según PGI-I. La perdida de seguimiento al año fue 7.7% (n=9). Otras razones para abandonó precoz del estudio antes del año fueron: dolor (7; 6%), expulsión reiterada (16; 13,8%), incontinencia urinaria (5; 4,3%), deseo de cirugía (5; 4,3%), otros (2; 1,7%). La mediana y rango intercuartil al momento del abandono fue 1 (0,2-4,8) meses. Al año de seguimiento la diferencia promedio comparado con la evaluación basal para POPDI y PFDI 20 fue 15 (95% IC 7-25) y 22 (95% IC 3-40) con valores p < 0,05 respectivamente. No hubo diferencias en la encuesta UDI 6 o CRADI. Basalmente 47% presento un GHQ positivo para depresión, disminuyendo a 37% al año de uso de pesario. Luego de análisis multivariado por regresión logística las siguientes variables fueron predictoras de abandono del uso de pesario antes de 12 meses: Pad Test Positivo (OR 8 CI 95% 2.1-29), deseo de resolución quirúrgica (OR 3.2 CI 95% 1-10) y no lograr automanejo (OR 37 CI 95% 8,2-169). En otros outcomes de las pacientes con fitting exitoso 41% fueron finalmente operadas en un promedio de 16±7,3 meses post fitting

#### CONCLUSIÓN

El fitting de pesarios puede ser exitoso en 9 de cada 10 pacientes. Un 60% persiste utilizándolo un año post fitting con excelente mejoría subjetiva. La mayoría de las pacientes logran automanejar el pesario. Existen varios factores predictores de abandono. Entre ellos un pad test positivo y deseo de operarse están fuertemente asociados. Lograr automanejo parece ser fundamental para asegurar el éxito. El uso de pesarios podría reducir hasta en un 60% la necesidad de cirugías.

# GINECOLOGÍA INFANTIL Y ADOLESCENCIA

## C-204

# CASO CLINICO: DESORDEN DEL DESARROLLO SEXUAL XY

A.Doren 1,2, L.Lara 3, N.Torres 3, Paredes C1,2, Rosales P2. 1 Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad Católica del Maule 2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca 3 Interna 7mo Universidad Católica del Maule

## C-205

#### MORBILIDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

Díaz E.1, Canessa M.2, Pizarro A.3, Villegas R.2 1Residente Ginecología y Obstetricia Universidad Del Desarrollo-Clínica Alemana Santiago. 2Ginecóloga especialista en Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Padre Hurtado. 3Residente Salud Publica Pontificia Universidad Católica de Chile. 4Ginecóloga especialista en Ginecología Infanto Juvenil, Clínica Alemana.

# C-206

# PLAN PILOTO: "CERO EMBARAZO REITERADO PRECOZ EN ADOLESCENTES"

Von Hoveling A\*, Carrasco L\*, Medina A., Garlaschi V., Velásquez T. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen de Maipú

## C-207

# PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES EMBARAZDAS ADOLESCENTES

Figueroa C1,2, Fuentes T1, Morales R1, Carrasco O1, Díaz S1, Gómez R1,2. Hospital Clínico La Florida1, P. Universidad Católica de Chile2

### C-208

# RESULTADOS DE CIRUGIA LAPAROSCOPICA POR PATOLOGIA GINECOLOGICA EN ADOLESCENTES INGRESADAS EN SECCION DE GINECOLOGIA HOSPITAL CLINICO REGIONAL CONCEPCION

Diaz E. 12; Castiglione M2.; Arancibia H3.; Grob K.; DeLange B1.; Ramos D1.; Salazar Z.1 1. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Regional, Concepción; 2. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción; 3. Servicio de Cirugía Infantil Hospital Clínico Regional, Concepción.

# C-209

# SINDROME DE TURNER Y SECUENCIA SRY +. A PROPOSITO DE DOS CASOS

Díaz E.12, Castiglione M.2, De Lange B1., Grob K.1, Ramos D.1 1. Servicio de Obstetricia y Ginecologia, Hospital Clínico Regional de Concepción 2. Universidad de Concepcion, departamento de Obstetricia y Ginecologia

A.Doren 1,2, L.Lara 3, N.Torres 3, Paredes C1,2, Rosales P2.1 Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad Católica del Maule 2 Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital Regional de Talca 3 Interna 7mo Universidad Católica del Maule

#### INTRODUCCIÓN

Los desórdenes del desarrollo sexual constituyen alteraciones de la formación gonadal, que conllevan a discordancia entre el sexo genético, sexo gonadal y fenotípico. Representan entidades clínicas poco frecuentes. El manejo es complejo y requiere equipos multidiciplinarios para lograr un adecuado desarrollo físico y mental, centrándose en la búsqueda de alteraciones genéticas, asignación de sexo y manejo del tejido gonadal. Durante la adultez se plantean nuevos desafíos, entre ellos: fertilidad, autopercepción, sexualidad y manejo de patologías óseas y cardíacas. Presentamos un caso de desorden del desarrollo sexual XY.

#### **CASO CLÍNICO**

Paciente de 21 años, con historia de genitales ambiguos al nacer operados, consultó a los 14 años por amenorrea primaria. Madre con antecedente de exposición a arsénico durante el embarazo. En el período perinatal se evidencia genitales ambiguos (clítoris hipertrófico, seno urogenital central en clítoris, sin presencia de testis ni introito) y ano permeable. Cariograma: 46 XY, 17-OH-progesterona: 1,67 ng/ml (ref < 1), renina plasmática: 16,65 ng/ml/hr. Ecografía pelviana con rudimento uterino sin anexos y ecografía inguinal no mostró gónadas. A los 9 meses de vida se realiza laparotomía exploradora, cistoscopia y exploración inguinal bilateral, evidenciando útero y vagina sin gónadas, y se realiza genitoplastía feminizante. A los 14 años destacaba facie tosca, hipertelorismo mamario, cúbito valgo, mamas Tanner 1 y vello púbico Tanner 2, con genitales femeninos. Se completa estudio genético con FISH de cromosoma X e Y donde se concluye presencia de centrómeros en ambos cromosomas en todas la metafases. Estudio positivo para regiones específicas del cromosoma Y: SRY, TSPY, DY23. Estudio hormonal informaba: AMH: 0,28 ng/ml (Ref 0,7-3,5), DHT: 107 pg/ml (Ref: 50-120),

E2: 33 pg/ml, LH: 14,4 Mul/ml, FSH: 50 Mui/ml, SHBG: 10 nmol/L (31-111), testosterona total: 0,38 ng/ml (Ref: 0,05-0,3) e índice de andrógenos libres: 13,1. Actualmente, paciente obesa en tratamiento por trastorno bipolar y con terapia de reemplazo hormonal combinada (estradiol y progesterona micronizada). En RNM pelviana se evidencia la presencia de quistes parauterinos, por lo que se realiza laparoscopía diagnóstica ante duda de presencia de gónadas. Durante la cirugía se observa útero de tamaño normal, ausencia de anexos y dos lesiones quísticas en cuerno uterino izquierdo que se extraen (biopsia pendiente).

#### DISCUSIÓN

En la disgenesia gonadal XY, al enfrentarnos a una paciente que se reconoce de género femenino y que además desea maternidad, nos enfrentamos a un escenario adverso principalmente en el ámbito psicológico y de identidad, que requiere un apoyo multidisciplinario para orientar a la paciente adulta sobre su diagnóstico y sus implicancias.

# MORBILIDADES ASOCIADAS AL EMBARAZO ADOLESCENTE: ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DEL HOSPITAL PADRE HURTADO

C-205

Díaz E.1, Canessa M.2, Pizarro A.3, Villegas R.2 1Residente Ginecología y Obstetricia Universidad Del Desarrollo-Clínica Alemana Santiago. 2Ginecóloga especialista en Ginecología Infanto Juvenil, Hospital Padre Hurtado. 3Residente Salud Publica Pontificia Universidad Católica de Chile. 4Ginecóloga especialista en Ginecología Infanto Juvenil, Clínica Alemana.

#### INTRODUCCIÓN

La OMS define la adolescencia como la etapa de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva y la subclasifica en adolescencia temprana (pacientes menores de 14 años) y adolescencia tardía (pacientes de 15 a 19 años) (1, 2). Según la Cuarta Encuesta Nacional de la Juventud, en Chile, al año 2003, el 35,2% de los adolescentes y el 84,5% de los jóvenes hasta los 24 años de edad se encontraban sexualmente activos. observándose un inicio de la actividad sexual cada vez más precoz (3). Alrededor del 60% de los embarazos adolescentes ocurren dentro de los primeros 6 meses de inicio de actividad sexual y hasta un 60% de las pacientes primigenias adolescentes vuelven a embarazarse en los siguientes 6 años (4). Se ha descrito que el embarazo adolescente se encuentra asociado a mayor prevalencia de morbilidades, específicamente, se observa un aumento de afecciones maternas, perinatales y del recién nacido en las mujeres de menores de 20 años, y sobre todo en las menores de 15 años, más cercanas a la menarquia (1, 5). Hay que considerar que la mortalidad materna se duplica en pacientes entre los 15 a 19 años en países desarrollados, y que clásicamente se ha observado un aumento en patologías como síndrome hipertensivo del embarazo, restricción del crecimiento intrauterino, desgarros durante el trabajo de parto y aumento del parto instrumental (4).

#### **OBJETIVO**

Observar la asociación de diferentes comorbilidades obstétricas con el embarazo adolescente, y según diferentes rangos etáreos en pacientes primigestas cuyo parto haya sido atendido en el Hospital Padre Hurtado.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo transversal con la base de datos de Hoja de Parto del hospital. Se analizaron a las pacientes primigestas del Hospital Padre Hurtado desde el año 2010 al año 2016, evaluando la presencia de comorbilidades asociadas al embarazo. Los grupos estudiados correspondieron a: categoría 1: Pacientes embarazadas menores o igual a 14 años; categoría 2: Pacientes embarazadas de 15 a 19 años; categoría 3: Pacientes embarazadas de 20 a 24 años; categoría 4: Pacientes embarazadas mayores de 24 años.

#### **RESULTADOS**

Los grupos etáreos correspondientes a pacientes adolescentes (categoría 1 y 2) no presentaron mayor prevalencia de comorbilidades obstétricas que las pacientes no adolescentes primigestas (categoría 3 y 4). Se observó una diferencia estadísticamente significativa en la presentación de síndrome hipertensivo del embarazo (p<0.001), diabetes (p<0.001), desgarros intraparto (p<0.001) e inercia uterina (p<0.001) en las pacientes no adolescentes versus adolescentes.

#### **CONCLUSIONES**

A diferencia de lo publicado en la literatura, no se observó un aumento de las morbilidades asociadas al embarazo en las adolescentes del Hospital Padre Hurtado.

# PLAN PILOTO: "CERO EMBARAZO REITERADO PRECOZ EN ADOLESCENTES"

C-206

Von Hoveling A\*, Carrasco L\*, Medina A., Garlaschi V., Velásquez T. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen de Maipú

#### **INTRODUCCION**

La maternidad precoz presenta una morbimortalidad materna e infantil aumentada, y una mayor vulnerabilidad social para el binomio perpetuando el ciclo de la pobreza. Estos indicadores empeoran frente a un nuevo embarazo adolescente.

Numerosos estudios consignan que la mejor estrategia para prevenir de un embarazo adolescente reiterado es ofrecer anticoncepción reversible de larga duración (LARCs) en el puerperio temprano. Hace 3 años se decidió replicar esta estrategia en el Hospital el Carmen (HEC) de Maipú con el fin de disminuir la reincidencia gestacional durante la adolescencia.

#### MÉTODO

Entre las hospitalizadas se identificó a las puérperas adolescentes. Se les realizó una consejería discutiendo los beneficios de diferir el próximo embarazo, explorar motivaciones e informar sobre métodos anticonceptivos enfatizando la efectividad y facilidad de los LARCs y las ventajas del inicio precoz,. Las pacientes que optaron por LARCs de inicio precoz recibieron Implanon ® previo al alta; las que no se pudo concretar esta elección en forma inmediata fueron rescatadas activamente. Se consideró inicio temprano de LARCs a toda paciente que recibió este método previo a las 6 semanas trascurridas desde el parto.

A un año del alta, se intentó contactar con todas las madres adolescentes. Se preguntó por método utilizado actualmente y por la ocurrencia de un nuevo embarazo.

#### **RESULTADOS**

En el año 2015 hubo en el servicio 440 partos en adolescentes (edad entre 12 a 19 años) correspondiente a un 15,79% del total de partos del servicio ( promedio nacional 12.4%), El 15% de estas pacientes tenía ya

alguna gestación previa, lo que es concordante con las cifras nacionales disponibles. Un 53,4% de las puérperas adolescentes inició implante anticonceptivo en forma temprana (49% durante la hospitalización y 4,3%en forma ambulatoria). Seguimiento a un año

Grupo que inicio precoz del implante: se contacto a 93 pacientes. Un 90,3% de las pacientes continuaba con el método inicial y el 100% de las que tuvieron un retiro precoz se encontraba utilizando otro método. No se reportaron nuevos embarazos.

Grupo control (madres adolescentes con manejo habituales) se contactó a 92 pacientes, solo un 28,2% usaba un LARC, 32,6% usaba método no LARC y un 39% no estaba utilizando anticoncepción, . Se reportó un 7% de nuevos embarazos.

#### **CONCLUSIONES**

Nuestros resultados son consistente con la literatura internacional en cuanto al hecho de que la consejería más el inicio de LARCs en el puerperio temprano son una eficaz forma de prevención del embarazo reiterado durante la adolescencia.

Dentro del marco de atención actual es posible adoptar esta medida sin incurrir en mayores gastos, por cuanto se puede reasignar tareas al personal existente en el establecimiento y reasignar insumos anticonceptivos habitualmente destinados a atención primaria.

### PREVALENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES EMBARAZDAS ADOLESCENTES

C-207

Figueroa C1,2, Fuentes T1, Morales R1, Carrasco O1, Díaz S1, Gómez R1,2. Hospital Clínico La Florida1, P. Universidad Católica de Chile2

#### INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas en embarazadas adolescentes está asociado a una mayor morbimortalidad y a un gran impacto social. Como parte de un plan de reducción, existe el sistema de protección integral "Chile Crece Contigo" (ChCC) en diferentes hospitales.

#### **OBJETIVO:**

Presentar la experiencia del programa ChCC y sus resultados en la Maternidad del Hospital Clínico La Florida (HLF) en adolescentes embarazadas con consumo de sustancias.

#### METODOLOGÍA:

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo; que evalúa el consumo de drogas de embarazadas entre 14 y 17 años, entre enero y diciembre del 2016.

Para la obtención de la muestra se cruzaron bases de datos de libro de partos y base de ChCC. Todas las pacientes adolescentes formaron parto del estudio.

A todas se les realizó una entrevista, que incluyó: Evaluación psicosocial, EPSA, datos sociodemográficos y de salud mental. Recabados estos datos se obtuvo población riesgo.

A las adolescentes riesgo, previo consentimiento, se tomó screening de drogas y fueron evaluadas por equipo salud mental. A pacientes con consumo positivo se solicitó recurso legal de protección.

Para analizar los resultados del estudio se estimaron prevalencias (IC 95%) mediante el software SPSS.

#### **RESULTADOS:**

De un total de 2674 partos; 112 correspondió adolescentes (4,2%) igual incidencia que la nacional (4,5%). 48 refirieron consumo (42,9%), lo que está sobre lo reportado (30%).

De 30 test aplicados 10 (33%) fueron positivos para THC y 1 (3%) para cocaína.

No hubo hospitalizaciones y las 48 adolescentes (100%) fueron enviadas a atención primaria para su seguimiento y control, bajo el flujo de derivación MINSAL. Todos los recién nacidos (10) de mujeres con test positivo fueron hospitalizadas para su seguimiento.

Las complicaciones perinatales representaron: 12.5% prematuridad, 14 % SHE y 9% cesáreas.

#### **CONCLUSIONES:**

En el HLF el embarazo adolescente es similar al promedio en Chile. Pero el consumo de drogas en este grupo es notablemente mayor. Un programa de vigilancia de consumo de drogas en madres adolescentes permite mayor control materno y resguardo neonatal.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PROLAPSO APICAL: C-208 ESTUDIO CLÍNICO RANDOMIZADO. RESULTADOS PRELIMINARES

M.Busquets, M.Donoso, JA Gonzalez, M.Monckeberg, Von Wischoffhausen S1. Hospital Parroquial San Bernardo, Facultad de Medicina Universidad de los Andes. IInterna Medicina

#### INTRODUCCIÓN

Si bien la colpo promonto suspensión es actualmente la intervención de elección en mujeres jóvenes portadoras de prolapso apical estadío mayor o igual a II, en un grupo etario mayor pudiera ser suficiente una técnica de menor envergadura. Tres equipos en el servicio utilizan una de tres técnicas descritas para suspender el segmento medio: suspensión sacroespinosa (SE), suspensión al uterosacro alto por via vaginal (USA) y suspensión del uterosacro por via laparoscópica (USAL). Nuestro objetivo final es evaluar cuál de ellas es la más efectiva desde el punto de vista anatómico y también sintomático, al cabo de un año de seguimiento, mediante la comparación pre y post quirúrgica del POPQ y de encuestas de síntomas de disfunción pelviana y calidad de vida. Presentamos a continuación los resultados anatómicos preliminares de las tres técnicas.

#### **PACIENTES Y MÉTODO**

Se seleccionaron todas las pacientes entre 50 y 75 años, portadoras de prolapso apical que consultaron el servicio desde el año 2015 que cumplieran con los criterios de inclusión: estadio C II o mayor, con o sin histerectomía previa y/o plastías vaginales, con o sin IO (cualquier tipo) y que aceptaran mediante firma de consentimiento informado participar y permanecer en el estudio aprobado por el comité de Ética del Hospital Parroquial de San Bernardo. Se randomizaron (listado aleatorio en sobres cerrados) tres grupos: SE, USA y USAL. Para una comparación de proporciones, un poder de 80%, una diferencia de 20% en los resultados y un 15% de pérdida de seguimiento, son necesarias 57 pacientes en cada rama. Al momento hay 39 pacientes ingresadas en quienes se puede efectuar un primer análisis. Para evaluar el efecto se utilizó prueba de Kruskall Wallis para comparar diferencias entre mediciones pre y posquirúrgicas de los puntos Aa, Ba, C, Ap y Bp.

#### **RESULTADOS**

De 54 pacientes seleccionadas se excluyeron 12: 5 por patología de alto riesgo quirúrgico y 7 que deciden no participar. Se randomizaron 14, 13 y 12 pacientes USA, SE y USAL respectivamente. Los tres grupos fueron comparables en cuanto a promedio de edad (62,7 ± 7,8), IMC (29,3  $\pm$ 3,4), paridad (3,31 $\pm$  1,5) y morbilidad (hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus). En 31 pacientes el seguimiento es mayor o igual a 12 meses. El efecto en el punto C fué en promedio de 6,7 cm sin diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos; tampoco en los puntos Aa, Ba, en que se ganó en promedio 1,5 cm y 3,2 cm respectivamente. Hubo diferencias significativas para los puntos Ap y Bp a favor de SE, 2,3 cm vs 0.4 (USA) y 0,16 (USAL) y 2,9 cm vs 0,4 (USA) y 0,61 (USAL) respectivamente. Dos pacientes tuvieron una lesión vesical (USA y USAL), dos pacientes se reintervinieron por descenso sintomático del compartimento anterior (SE y USAL).

#### CONCLUSIÓN

Las tres técnicas descritas tienen un buen resultado quirúrgico en la corrección del prolapso apical. La SE tiene mejores resultados en la corrección del compartimento posterior, sin embargo esto puede deberse a diferencias en las técnicas de reparación utilizadas. Las reintervenciones fueron en casos sintomáticos de prolapso del compartimento anterior.

### SINDROME DE TURNER Y SECUENCIA SRY +. A PROPOSITO DE DOS CASOS

Díaz E.12, Castiglione M.2, De Lange B1., Grob K.1, Ramos D.11. Servicio de Obstetricia y Ginecologia, Hospital Clínico Regional de Concepción 2. Universidad de Concepcion, departamento de Obstetricia y Ginecologia

#### INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Turner se produce por una alteración cromosómica en que se pierde un cromosoma Y o X, o parte de él. Afecta al fenotipo femenino. Incidencia entre 1/1500 y 1/5000 recién nacidas vivas. Las mujeres Turner también pueden tener algunas células con material cromosómico Y, con riesgo de gonadoblastoma. El propósito del estudio fue describir caracterización, diagnóstico, manejo laparoscópico y seguimiento de pacientes con Síndrome de Turner y secuencia de SRY +, a propósito de dos casos.

#### MÉTODO

Análisis retrospectivo de ficha clínica de pacientes con diagnóstico de Síndrome de Turner, en control en Policlínico de Ginecología Adolescente y Ginecología General del Hospital Clínico Regional de Concepción (HCRC). Se analizó caracterización, diagnóstico, manejo y seguimiento de los casos. Se obtuvo consentimiento informado de los padres.

#### **RESULTADOS: CASO NRO 1:**

paciente de 9 años de edad, se realiza estudio de regiones específicas del cromosoma Y (PCR) que informa SRY+, TSPY+, DYZ3+. Derivada a ginecología a los 10 años para gonadectomía bilateral laparoscópica, la cual describió cintillas ováricas y útero prepuberal, se realiza gonadectomía sin incidentes, biopsia informó fragmentos de tejido ovárico con fibrosis extensa y ausencia de folículos primordiales. Evaluación por sistemas: Endocrinología en tratamiento con GH, función tiroidea normal,; Ginecología inicia inducción de pubertad con estradiol gel y posteriormente progesterona fase lútea. En marzo 2014 se suspende GH, talla final 156 cm. Con Terapia de Reemplazo Hormonal hasta la fecha.

#### **CASO NRO 2:**

Paciente de 19 años de edad, se realiza estudio por genetista, cariograma 60% recuentos cromosómicos de 45, con la presencia de un solo cromosoma X, 40% restante con 46 cromosomas con la presencia de un cromosoma X y un cromosoma marcador de origen desconocidos, de tamaño similar a un cromosoma del grupo G, que podría corresponder a un segmento del cromosoma X o a un cromosoma Y. Cariotipo 45 X (30)/ 46 X + marcador, se buscó cromosoma Y por PCR SRY + TSPY + y DYZ3 +. Al examen físico PA 120/80 mmHg, talla 1,47 peso 67 kg, mamas Tanner IV, vello púbico tanner III.. Perfil hormonal: FSH: 60,4 mUI/ml LH: 37,2 mUI/ml Estradiol: 34 mUI/ml., ecotomografia transvaginal: utero hipoplasico, endometrio lineal, ovario derecho: aspecto normal 12x7x12 mm Vol: 0.5 cc, ovario izquierdo: aspecto normal 12 x 7 x 18 mm Vol 0.7 cc.. Derivada a resolución quirúrgica para gonadectomía bilateral laparoscópica, la cual describió de igual manera, cintillas ováricas y útero prepuberal, se realiza gonadectomía sin incidentes, biopsia informó ambos ovarios con características de hipoplasia ovárica, atrofia ovárica con ausencia de folículos primordiales o en desarrollo, atrofia cortical y fibrosis. Ambas trompas uterinas sin alteraciones histopatológicas significativas. No se observa atipia. Evaluación por sistemas: Endocrinología: amenorrea primaria; pendiente reevaluación post quirúrgica para inicio de Terapia de Reemplazo Hormonal.

#### **CONCLUSIONES**

En pacientes con Turner mosaico es importante la evaluación de secuencias del cromosoma Y, para evitar riesgo de gonadoblastoma, y en relación a ello, se ha demostrado que la vía laparoscópica para su resolución quirúrgica es reproducible, segura y altamente recomendada.

### REPRODUCCIÓN HUMANA

#### C-210

#### ¿ES LA AMH UN BUEN MARCADOR DE EMBARAZO Y DE RESPUESTA OVARICA EN PACIENTES EN CICLO DE IVF?

Castro, N., Oyarce I. Sequeira, K., Fuentes, A. Instituto de Investigación Materno Infantil (IDIMI), Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán.

#### C-211

#### CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS EN PACIENTE ONCOLÓGICA EN COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) EN 2017

Acevedo F1, Méndez C2, González C3, Concha K3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

#### C-212

#### ESTUDIO DESCRIPTIVO: EXPERIENCIA EN VITRIFI-CACIÓN DE OVOCITOS EN PACIENTES ONCOLÓGICA EN IVI CHILE, 2008-2017

Soto MJ 1, Carvajal NA 1, Calonge M1, Meier RM1, Sanchez E1, Troncoso C1 (1) Clínica Instituto Valenciano de Infertilidad, Chile

#### C-213

#### HALLAZGOS EN HISTEROSALPINGOGRAFIAS (HSG) EN PACIENTES EN ESTUDIO POR INFERTILIDAD DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCION (HCRC).

Salazar Z. (1), Díaz E. (2), Volosky M. (3), Unibazo C. (3), Chuecas J. (3), Saldías C. (3) (1)Residente Obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción. (2) Ginecoobstetra, especialista en Medicina Reproductiva, Universidad de Concepción. (3) Interno(a) de Medicina, Universidad de Concepción.

#### C-214

#### HISTEREOSCOPIA DE OFICINA EN PACIENTE INFERTIL: REPORTE PRELIMINAR DE 200 CASOS

Meier R, Carvajal A, Sánchez E, Troncoso C. IVI SANTIAGO

#### C-215

RESULTADO DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE MIOMAS UTERINOS CON ACETATO DE ULIPRISTAL (UPA) EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO DE FERTILIDAD DEL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) EN 2017

Acevedo F1, Méndez C2, Concha K3, Oñate A3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

## ¿ES LA AMH UN BUEN MARCADOR DE EMBARAZO Y DE RESPUESTA OVARICA EN PACIENTES EN CICLO DE IVF?

C-210

Castro, N., Oyarce I. Sequeira, K., Fuentes, A. Instituto de Investigación Materno Infantil (IDIMI), Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán.

#### INTRODUCCIÓN:

La hormona antimülleriana (AMH) es una glicoproteína producida por las células de la granulosa de los folículos antrales y primordiales del ovario. Desciende progresivamente con la edad, por lo que se le considerá un buen marcador de reserva ovárica; aun esta en debate cual es el mejor marcador de respuesta ovárica a la FIV si la FSH del día 3, la AMH o el RFA. El objetivo del presente estudio es evaluar el papel de la AMH como predictor de embarazo y respuesta ovárica durante el procedimiento de fertilización in vitro realizado en el Instituto de Investigación Materno Infantil.

#### **METODOLOGÍA**

Se realizó un estudio retrospectivo donde se recopilaron los resultados de AMH realizados en el laboratorio de IDIMI, medida por medio del test Beckman Gen II entre enero y diciembre del 2016 de mujeres en ciclo de fertilización asistida. Se correlacionaron la AMH con el RFA del inicio del ciclo de IVF mediente una regresión lineal simple. Se realizaron curvas ROC para evaluar el area bajo la curva (ABC) tanto de la AMH como del RFA en embarazo, baja e hiper respuesta medida en número de ovocitos recuperados e indice de sensibilidad ovárica (número de ovocitos /total de dosis de FSH administrada x 1000).

#### **RESULTADOS:**

Se procesaron 669 muestras para cuantificar las concentraciones de AMH correspondiente a 656 pacientes. La edad media fue 34,74 años (DS 6,04), con un promedio de AMH 2,94 ng/mL (DS 3,37; rango 0,03 - 46,4 ng/mL). Se obtuvieron 90 casos que contaban con AMH y RFA. La correlacion entre AMH y RFA fue de R2= 0.44 p<0.001. Para predecir embarazo AMH ABC 0.63 p=0.09 IC 95% (0.48-0.78) miestras que RFA ABC 0.61 p=0.14 IC 95% (0.46-0.76). Para baja respuesta ovárica medida como <3 ovocitos recolectados AMH AUC 0.74 p=0.002 IC 95% (0.60-0.88) y RFA ABC 0.77 p=0.001 IC (0.65-0.90) e ISO baja AMH ABC 0,78 p=0.001 IC 95% (o.66-o.89). RFA ABC o.76 p=o.001 IC (o.65-o.88). Para alta respuesta ovárica medida como >20 ovocitos recolectados AMH AUC 0.76 p=0.03 IC 95% (0.53-0.98). RFA ABC 0.84 p=0.005 IC (0.61-0.99) e ISO alta AMH ABC 0,78 p=0.001 IC 95% (0.66-0.89). RFA ABC 0.99 p=0.001 IC (0.97-0.99).

#### CONCLUSIÓN

Nuestros hallazgos sugieren que ni la AMH ni el RFA son buenos predictores de embarazo. Tanto la AMH como el RFA son buenos predictores de la respuesta ovárica, siendo un poco mejor el RFA que la AMH dentro del IDIMI. Existen factores, particularmente la edad, que también tienen un peso relevante, por lo que debería evaluarse en conjunto para tener mayor valor predictivo.

#### CRIOPRESERVACIÓN DE OVOCITOS EN PACIENTE ONCOLÓGICA EN COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) EN 2017

C-211

Acevedo F1, Méndez C2, González C3, Concha K3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

#### INTRODUCCIÓN

Se presenta una descripción clínica de paciente oncológica en la que se realizó criopreservación de ovocitos en complejo asistencial Víctor Ríos Ruiz de Los Ángeles, Chile.

#### MÉTODO

Revisión retrospectiva de la historia clínica de paciente oncológica, nulípara, en quien se logró criopreservación de ovocitos.

#### **RESULTADOS**

Se presenta caso de paciente de 23 años, nulípara, con cáncer de mama derecha, estudiado con biopsia quirúrgica en espera de resultado, que acude a policlínico de fertilidad de CAVRR, donde se propone criopreservación de ovocitos, por lo que se inicia coordinación desde jefatura de centro de costo indiferenciado de la mujer con centro de reproducción asistida Cram de Concepción para la realización de aspiración, y con la colaboración de Laboratorio Ferring. Se estimuló a paciente con FSH urinaria, junto con letrozol yy antagonista GnRH. Al momento de las aspiración se obtuvieron 16 ovocitos, de los cuales 4 resultaron inmaduros, por lo que se criopreservaron

#### **CONCLUSIONES**

.Caso exitoso de criopreservación que marca precedente para otros servicios públicos, logrado gracias a una rápida y efectiva coordinación entre paciente, centro de costo indiferenciado de la mujer, laboratorio Ferring y centro de reproducción asistida privado Cram de Concepción, que resultó oportuno, expedito y de bajo costo para la paciente.

#### C-212

## ESTUDIO DESCRIPTIVO: EXPERIENCIA EN VITRIFICACIÓN DE OVOCITOS EN PACIENTES ONCOLÓGICA EN IVI CHILE, 2008-2017

Soto MJ 1, Carvajal NA 1, Calonge M1, Meier RM1, Sanchez E1, Troncoso C1 (1) Clínica Instituto Valenciano de Infertilidad, Chile

#### INTRODUCCIÓN

Avances en tecnología y medicina han cambiado el pronóstico de pacientes con cáncer, aumentado su sobrevivida considerablemente. Esto sumado al retraso en la maternidad hace que aumente el número de mujeres con diagnóstico oncológico en edad fértil que aún no han tenido descendencia o persisten con deseos de fertilidad. Por ende surge la necesidad de preservación de la fertilidad al momento del diagnóstico oncológico. Solo el 68% de las mujeres discute con su oncólogo el tema de fertilidad previo al tratamiento y de ellas, solo el 10% decide hacer un tratamiento de preservación.2 Los tipos de preservación de fertilidad son criopreservación de tejido ovárico, supresión de función ovárica con análogos de GnRh previo al tratamiento, criopreservación de ovocitos inmaduros y la criopreservación de ovocitos a través de estimulación ovárica. El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en criopreservación de ovocitos en pacientes oncológicas en IVI Chile entre 2008 y 2017.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS**

Se analizaron los datos obtenidos de pacientes oncológicas que acudieron a Clínica IVI Chile entre Enero 2008 a Mayo 2017 en búsqueda de preservación de fertilidad. Se obtuvieron datos demográficos, tipo de protocolo de estimulación realizado, número de ovocitos obtenidos y duración de la estimulación. Además se realizó un seguimiento de las pacientes a la fecha.

#### **RESULTADOS**

Durante el periodo descrito 40 pctes vitrificaron ovocitos. El diagnóstico oncológico más frecuente fue cáncer mama 37,5% (15), luego linfoma de Hodkings 15% (6) y cáncer de ovario 12,5% (5). La edad promedio de es 28,9 años. De las 40 pacientes, se estimuló a 37 de ellas con tasa de cancelación de ciclo de 7,5%. La duración de la estimulación fue de 12 días (min 8 días – máx 30) y el número de ovocitos obtenidos en total vs maduros fue en promedio de 12 totales (min 1-max 34) y 9 maduros (min o -max 22). Los protocolos de estimulación utilizados fueron antagonistas de GnRH (aGnRH) asociado con FSH recombinante (FSHr) (40%), aGnRH + femara + FSHr 27,5%, aGnRh + femara 12,5% y solo FSHr 7,5%. En cuanto a la utilización de los ovocitos vitrificados, aún no hay pacientes que los hayan utilizado. Del total de pacientes, 2 fallecieron y 5 han regresado por deseos de fertilidad. Dos de ellas están en espera de pase oncológico, una pareja en estudio por factor masculino y 2 pacientes se sometieron a histerectomía como parte del tratamiento oncológico.

#### CONCLUSIÓN

En pacientes oncológicas que desean preservar fertilidad se logró realizar vitrificación de ovocitos en el 92,5%. Los días de estimulación son razonables en general para diferir el inicio de tratamiento oncológico, pero esto siempre debe ser evaluado en conjunto con el equipo oncológico. La obtención de ovocitos es similar a la obtenida en pacientes no oncológica. Es importante familiarizarse con la preservación de fertilidad en pacientes oncológicas para poder dar las mejores alternativas a las pacientes que lo desean.

#### HALLAZGOS EN HISTEROSALPINGOGRAFIAS (HSG) EN PACIENTES EN ESTUDIO POR INFERTILIDAD DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCION (HCRC).

C-213

Salazar Z. (1), Díaz E. (2), Volosky M. (3), Unibazo C. (3), Chuecas J. (3), Saldías C. (3) (1)Residente Obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción. (2) Ginecoobstetra, especialista en Medicina Reproductiva, Universidad de Concepción. (3)Interno(a) de Medicina, Universidad de Concepción.

#### INTRODUCCIÓN

La HSG es el test de primera línea para la evaluar la permeabilidad tubaria según la Sociedad Europea de Reproducción Humana y Embriología dada su favorable comparación con el patrón de oro, la laparoscopía con cromopertubación; siendo de bajo costo, ambulatorio y no invasivo. Los hallazgos de la HSG son importantes para plantear diagnóstico y manejo de la pareja infértil por lo que es relevante conocer sus resultados a nivel local como parte del perfil de nuestras pacientes.

#### MÉTODO:

Estudio observacional descriptivo transversal retrospectivo. Se revisó de base de datos electrónica de policlínico de infertilidad del HCRC de enero 2015 a julio de 2017. El criterio de inclusión fue pacientes que cumplieran con criterio diagnóstico de infertilidad y que se realizaron HSG. Se evaluó: edad, paridad, diagnóstico ecográfico (eco), morbilidad metabólica (hipotiroidismo, síndrome ovario poliquístico (SOP), insulino resistencia (IR), diabetes mellitus (DM), FHS-estradiol anormal), antecedente de alteración tubaria presumible (embarazo ectópico (EE), anexectomía, infección y recanalización), hallazgo en HSG y reacción vasovagal durante el examen.

#### **RESULTADOS**

Se realizaron 238 HSG, con una media de edad de 32±5.6 años; de ellas 137 (57.5%) nulíparas, 79 (33.1%) multíparas de uno, 11 (4.6%) multíparas de dos y 11 (4.6%) multíparas de tres o más. Del total de pacientes 7 (2.9%) presentaron tres o más abortos. De los hallazgos eco: en 8 (3.4%) se sospechó hidrosalpinx, 13 (5.4%) mioma uterino, 7 (2.9%) pólipo endometrial, 6 (2.5%) malformación uterina, y 1 (0.4%) reserva ovárica disminuida. En 44 (18.4%) hubo alguna alteración metabólica: 14 SOP, 8 hipotiroidismos, 5 DM y 9 pacientes con dos o más alteraciones. La IR se encontró siempre relacionada a otra alteración y no hubo pacientes con alteración de FSH o estradiol. Del total de HSG, 30 (12.6%) tenían alteración tubaria presumible: 22 (9.2%) por EE (18 con salpingectomía, 4 manejo médico); 5 (2.1%) anexectomía por tumor ovárico, 2 (o.8%) peritonitis, 1 (o.4%) absceso tubo ovárico y 12 (5%) recanalizaciones. De los hallazgos informados en HSG: 120 (50.4%) fueron normales, 39 (16.3%) bloqueo tubario bilateral (11 con alteración presumible), 38 (15.9%) bloqueo unilateral (16 con alteración presumible), 15 (6.3%) con hidrosalpinx: 8 bilaterales (1 con una sospecha eco), 7 unilaterales (2 sospechas eco), 14 (5.8%) sinequias uterinas y defecto llenado, 5 (2.1%) malformaciones uterinas (2 sospechas eco) y 2 (0.8%) bolsillos peritoneales. Se informaron 4 pacientes con reacción vasovagal (1.6%).

#### CONCLUSIÓN

En nuestra serie, la HSG es un examen practicado en mujeres jóvenes, en su mayoría nulíparas y en la mitad de ellas resulta normal. La patología metabólica es frecuente y coexiste con las alteraciones anatómicas. El antecedente de alteración tubaria presumible se observa en un tercio de los informes alterados, pero la sospecha eco es poco frecuente. La reacción vasovagal es muy poco frecuente. Contrastar los resultados de la HSG con su patrón de oro a nivel local supone un desafío interesante de abordar en estudios futuros.

#### HISTEREOSCOPIA DE OFICINA EN PACIENTE INFERTIL: REPORTE PRELIMINAR DE 200 CASOS

C-214

Meier R, Carvajal A, Sánchez E, Troncoso C. IVI SANTIAGO

#### INTRODUCCIÓN

La histeroscopía es el gold estándar en el estudio de la cavidad uterina y es considerada una herramienta fundamental en el estudio de la pareja infértil.

Gracias a la disminución del diámetro de los instrumentos este procedimiento se puede realizar en forma ambulatoria y segura, permitiendo una evaluación exhaustiva de la cavidad uterina y en algunos casos realizar tratamiento en la misma instancia. Nuestro objetivo es demostrar que es un procedimiento factible y presentar nuestros resultados preliminares.

#### **MÉTODOS**

Análisis retrospectivo de 200 histeroscopías consecutivas de oficina realizadas a pacientes infértiles en control en IVI Santiago entre Abril 2016 y Agosto 2017. Los procedimientos fueron realizados por dos operadores entrenados mediante técnica de vagino-histeroscopía (sin anestesia, especulo o Pinza), utilizando el histeroscopio Campo Trophyscope y suero fisiológico como medio de distensión.

#### **RESULTADOS**

200 casos consecutivos de histeroscopías de oficina, derivadas por sospecha de factor endometrial como falla de implantación, aborto recurrente y cirugía intrauterina, por control post-operatorio y algunos casos de pacientes previo a transferencia de embriones euploides. El tiempo del procedimiento fue entre 5 a 15 minutos, no pudiendo ingresar a la cavidad en sólo 1 caso. Las pacientes fueron dadas de alta inmediatamente post-procedimiento. No tuvimos complicaciones graves; sólo una paciente presentó una reacción vaso-vagal.. Con respecto a los hallazgos, lo más frecuente fue encontrar una cavidad normal seguido por presencia de pólipos endometriales y sinequias intrauterinas.

#### **CONCLUSIONES**

La histeroscopía de oficina es una técnica accesible, segura y eficiente en pacientes con infertilidad. Al utilizar técnicas menos invasivas como la vagino-histeroscopía y mini-histeroscopios, el procedimiento es bien tolerado por las pacientes, permitiendo un diagnóstico certero y en ocasiones tratamiento en el mism

# RESULTADO DEL TRATAMIENTO MÉDICO DE MIOMAS UTERINOS CON ACETATO DE ULIPRISTAL (UPA) EN PACIENTES DEL POLICLÍNICO DE FERTILIDAD DEL COMPLEJO ASISTENCIAL VÍCTOR RÍOS RUIZ DE LOS ÁNGELES, CHILE (CAVRR) EN 2017

Acevedo F1, Méndez C2, Concha K3, Oñate A3. 1Ginecólogo CAVRR, 2Matrona CAVRR, 3Interna Medicina CAVRR

#### INTRODUCCIÓN

Se presenta la experiencia de 3 pacientes (A, B y C) con miomas uterinos y paridad incompleta tratadas con UPA como manejo prequirúrgico atendidas en el policlínico de fertilidad del CAVRR desde enero a julio de 2017.

#### MÉTODO

Revisión retrospectiva de la historia clínica de cada paciente.

#### **RESULTADOS**

La paciente A presentó un mioma tipo o de 194.6cc y 43mm de diámetro mayor; se trató con 5mg diarios de UPA logrando amenorrea en 12 días y luego de 3 meses de tratamiento no hubo disminución en el volumen del mioma, por lo que decidió administrar un segundo curso para intentar miomectomía histeroscópica. La paciente B presentó un mioma tipo 3 de 2581cc y 95mm de diámetro mayor con componente adenomiótico; se trató con 5mg diarios de UPA logrando amenorrea en 7 días y luego de 3 meses de tratamiento no hubo disminución en el volumen del mioma decidiéndose miomectomía abierta. La paciente C presentó un mioma tipo 2 de 872cc y 65mm de diámetro mayor; se trató con 5mg diarios de UPA logrando amenorrea en 7 días, sin embargo presentó goteo durante el tercer mes de tratamiento, lo que fue manejado con estradiol oral logrando remisión; luego de 3 meses de tratamiento logró un aumento del hematocrito de un 32.5% a 37.7% (16%) y una disminución del volumen a 609cc (30.1%), decidiéndose cirugía abierta.

#### CONCLUSIONES.

Una de las pacientes (C) tratadas respondió satisfactoriamente en todos los parámetros. En las dos pacientes en las que no hubo disminución de volumen se obtuvo un rápido cese del sangrado uterino. Si bien es discutible la indicación de UPA en la paciente portadora de un mioma con componente adenomiótico desde el punto de vista del volumen uterino, el posible benefició hematológico podría justificar su uso. Se necesita un mayor número de casos para obtener evidencia más adecuada.

### MAMÁ

#### C-216

#### CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES, CA-RACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Juan Canales, Andrea Vera, (becados de ginecología Universidad de Concepción), María Inés Vigneaux, Alejandro Cifuentes, (Cirujanos oncológicos, Unidad de Patología Mamaria del Hospital las Higueras), Daniela Burgos (Matrona, Unidad de Patología Mamaria del Hospital las Higueras) Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras de Talcahuano

#### C-217

#### CASO CLÍNICO: HEMATOCOLPOS Y AGENESIA DE TERCIO DISTAL DE VAGINA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MALFORMACIÓN ANORECTAL OPERADA

Parra S, Doren A, Paredes C, García A.

#### C-218

#### BOCIO NODULAR TOXICO. TIROIDITIS AGUDA ABSCEDADA Y CANCER PAPILAR DE TIROIDES EN EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Lia Muñoz (1), Olys Diaz (2), Manuel Aranda (1), Israel Lavady (3), Aida Miranda(2), Graciela Fajardo(2), Sixto Figuera (4), Gonzalo Ulloa (5), Alexander Gutierrez (6) Edgardo Corral (1) (1).Ginecólogo Obstetra, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins(2)Endocrinólogo Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. (3) Unidad Paciente Crítico del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. (4) Cardiòlogo Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins (5) Interno 7mo año Medicina ,Universidad Diego Portales

#### C-219

#### REPARACION PRENATAL DE ESPINA BIFIDA. RESULTADOS E INNOVACION DE LA TECNICA EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA (HRR).

Corral E(1), Ravera F(2), Reascos M(1), Muller JM (2), Perez-Canto G (1), Tapia M (3). (1) Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Rancagua, (2) Servicio de Neurocirugía, Hospital de Rancagua, (3) Servicio de Pabellon y Anestesia, Hospital de Rancagua.

#### C-216

#### CÁNCER DE MAMA EN MUJERES JÓVENES, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E HISTOPATOLÓGICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Juan Canales, Andrea Vera, (becados de ginecología Universidad de Concepción), María Inés Vigneaux, Alejandro Cifuentes, (Cirujanos oncológicos, Unidad de Patología Mamaria del Hospital las Higueras), Daniela Burgos (Matrona, Unidad de Patología Mamaria del Hospital las Higueras) Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras de Talcahuano

#### INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en las mujeres del mundo, siendore sponsablede aproximadamente 500.000 muertes al año. En Chile, su inci dencia aumenta progresivamente. En este contexto, las mujeres menores de 40 años presentan este cáncer con características clínicas e histopatológicas específicas y es el objetivo de este estudio la caracterización de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama antes de los 40 años en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Las Higueras de Talcahuano y comparar con la literatura nacional e internacional.

#### MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de las pacientes con cáncer de mama menores de 40 años atendidas en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Las Higueras de Talcahuano, entre los años 1967 y 2015, lo cual corresponde a toda la historia de la Unidad. Para lo cual se revisaron individualmente las fichas clínicas de cada paciente incluida en esta revisión.

#### **RESULTADOS**

De 2019 casos de cáncer de mama atendidos de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Las Higueras de Talcahuano, 5,8% fueron de mujeres menores de 40 años, de las cuales se rescataron 110 fichas que corresponden al universo estudiado. La edad de presentación fue de 22 a 39 años, con una mediana de 36 años. El motivo de consulta más frecuente, 96%, fue la autopalpación de un nódulo mamario. El diámetro promedio del tumor al momento del diagnóstico fue de 3cm. La etapa más frecuente al momento del diagnóstico fue la IIa en el 27% de los casos. El estudio h i s t o l ó g i c o d emo s t róque el 78% correspondieron a carcinoma ductal infiltrante y el 21% presentaban metástasis al momento del diagnóstico. La inmunohistoquímica evidencia que el 73% de los casos tiene RE +. Se trató quirúrgicamente al 94,5% de las pacientes. La conducta quirúrgica más realizada fue la cirugía conservadora en 66,7% casos y se realizó biopsia de linfonodo centinela en 15% de los casos. Se asoció evaluación psicológica en 4% de los casos y reconstrucción mamaria en 12%. El 80% de las pacientes requirió quimioterapia.

#### **CONCLUSIONES**

La epidemiología local es relativamente similar a la informada por la bibliografía internacional, destacando el gran porcentaje detectado por auto examen, y la inmunohistoquímica con características loc a l e s di f e r ent e s a los publ i c ado internacionalmente. Es interesante observar el aumento progresivo del tratamiento quirúrgico conservador y el uso de la biopsia de linfonodo centinela, asociado a un enfoque biopsicosocial que considera los desafíos especiales de las pacientes en este grupo etario, como es la consideración de la fertilidad, la evaluación y apoyo psicológico y los beneficios de la cirugía reconstructiva

## CASO CLÍNICO: HEMATOCOLPOS Y AGENESIA DE TERCIO DISTAL DE VAGINA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE MALFORMACIÓN ANORECTAL OPERADA

C-217

Autores: Parra S, Doren A, Paredes C, García A.

#### INTRODUCCIÓN

La agenesia de tercio distal de vagina es una afección poco frecuente y suele asociarse a otras anomalías congénitas. En esta condición el útero, cuello y porción proximal de vagina son normales, pues el desarrollo embriológico de éstos es independiente del tercio distal vaginal, siendo las estructuras precursoras el Conducto de Müller y el Seno Urogenital, respectivamente. La falla en la fusión del Sistema de Müller con el Seno Urogenital genera diferentes afecciones del tracto genital dentro de las que se encuentra la Atresia Tercio Distal de Vagina. Esta malformación puede pasar inadvertida tanto por padres como profesionales de la salud hasta la pubertad, donde se manifiesta por algia pélvica cíclica asociada a amenorrea primaria. Reportamos un caso de Agenesia de Tercio Distal de Vagina evidenciado inicialmente por Algia Pélvica.

#### **CASO**

Paciente de 13 años que consulta por algia pélvica de 3 meses de evolución, sin evidencia de menarquia. Dentro de los antecedentes destaca la presencia de ano imperforado y fístula perineal operadas en el período neonatal con anorrectoplastia sagital posterior. Estudio renal normal. Dentro del examen físico destacaba ausencia de vagina, sin abombamiento, con desarrollo normal de labios menores, orificio uretral y clítoris. La ecografía transabdominal informaba probable malformación mülleriana de tipo bicorne y la resonancia magnética pelviana mostró útero septado completo, asociado a acentuada hematometra y hematocolpos, con ausencia tercio distal de canal vaginal. Además de evidenció hematosalpinx izquierdo y dilatación uretral izquierda secundaria. Se permeabiliza canal vaginal con balón por tracción bajo anestesia logrando drenar la hematocolpometra, y se realiza vaginoscopía que muestra cérvix y resto de vagina indemne. Tras el primer procedimiento se mantiene in situ un tubo de drenaje

fenestrado por 7 días. Luego, se programan 3 sesiones de dilatación vaginal bajo anestesia que se realizan sin incidentes en forma semanal, con favorable elongación y epitelización de canal vaginal. Actualmente en controles seriados, con uso de dilatadores vaginales en su hogar y toma de Dienogest para control menstrual.

#### DISCUSIÓN

A la fecha se conocen muy pocos casos reportados en la literatura sobre Agenesia Tercio Distal de Vagina. Esta

anomalía no suele diagnosticarse antes de la menarquia en especial si no se asocia a otras malformaciones. El momento de la cirugía para resolver la obstrucción es controvertido. Cuando el diagnóstico se hace durante el período neonatal o en la primera infancia, se sugiere posponer la cirugía definitiva hasta la menarquia. Siempre considerar dentro de los diagnósticos diferenciales los tabiques vaginales transversos así como el himen imperforado. Es imprescindible en estas pacientes realizar estudio renal y buscar anomalías anorectales.

#### C-218

## BOCIO NODULAR TOXICO. TIROIDITIS AGUDA ABSCEDADA Y CANCER PAPILAR DE TIROIDES EN EL EMBARAZO. REPORTE DE UN CASO

Lia Muñoz (1), Olys Diaz (2), Manuel Aranda (1), Israel Lavady (3), Aida Miranda(2), Graciela Fajardo(2), Sixto Figuera (4), Gonzalo Ulloa (5), Alexander Gutierrez (6) Edgardo Corral (1) (1). Ginecólogo Obstetra, Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins(2) Endocrinólogo Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. (3) Unidad Paciente Crítico del Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins. (4) Cardiòlogo Hospital Regional Libertador Bernardo O'Higgins (5) Interno 7mo año Medicina, Universidad Diego Portales

#### INTRODUCCIÓN

La tiroiditis aguda abscedada es una patología poco frecuente y su asociación con embarazo es extremadamente rara. Los cambios de la glándula tiroides durante la gestación con altos niveles de B-Hcg, generan en la glándula estimulación de receptores de TSH induciendo hipertrofia e hiperplasia. La baja incidencia de tiroiditis aguda abscedada se atribuye a características de inmunidad propias de la glándula. La alta concentración de lodo local y el drenaje linfático del territorio, inhiben la proliferación bacteriana. Además, la encapsulación de la glándula contribuye a la baja incidencia de infecciones locales.

#### CASO CLÍNICO

Mujer de 33 años M3, cursando con embarazo de 33+5 semanas, y antecedente de hipertiroidismo con bocio multinodular tóxico se ingresa por cuadro de 14 días de evolución con dolor cervical anterior, exquisito, que aumenta a la palpación, asociado a disfagia, disnea, taquicardia y deposiciones líquidas. Ecotomografía tiroidea (limitada por dolor) muestra nódulo tiroideo heterogéneo en lóbulo izquierdo, de bordes mal definidos, con aumento de vascularidad periférica y un área hipoecoica avascular central, probablemente asociado a detritus celular. Por sospecha de tiroiditis aguda abscedada se hospitaliza en Unidad de Embarazo Patológico y se inicia manejo empírico con Cefazolina, sin embargo, persiste con taquicardica, disnea, y fiebre

por lo que se decide traslado a Unidad de Paciente Crítico intermedio, cambiando AB a Clindamicina + Ceftriaxona, asociando Tiamazol, Atenolol y Dexametasona. Paciente evoluciona favorablemente, con cesarea por podálica a las 37 semanas y se obtiene recién nacido masculino, Apgar 8 y 9, con peso 2840 gm. no presenta manifestaciones clínicas ni de laboratorio compatibles con trastorno tiroideo. A los 15 días post cesárea se realiza PAF y reporta cáncer papilar de tiroides.

#### DISCUSIÓN

Las infecciones agudas bacterianas de la tiroides son extremadamente raras en el embarazo y post parto, y en los pacientes que presentan esta patología usualmente se presentan de forma aguda, con dolor en región anterior del cuello, asociado a fiebre y aumento de volumen tiroideo. Puede puede ocurrir tirotoxicosis. El tratamiento con antibióticos empírico debe instalarse rápidamente ya que la tiroiditis abscedada es una condición potencialmente fatal, por lo que deben usarse antibióticos de amplio espectro. Los expertos plantean una evaluación de imágenes (Scanner) para buscar signos de malignidad y evaluar las estructuras vecinas. Se plantea la punción en pacientes clínicamente estables con el fin de hacer biopsia y cultivo. El drenaje quirúrgico se emplea solo si el absceso compromete la vía aérea. La resección de tiroides se realiza cuando se sospecha malignidad y necrosis tumoral.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

M George et al. Embolic suppurative thyroiditis with concurrent carcinoma in pregnancy: lessons in management through a case report. Thyroid Res. 2015; 8: 3: 26. Hong JT, Lee JH, Kim SH, et al. Case of concurrent Riedel's thyroiditis, acute suppurative thyroiditis, and micropapillary carcinoma. Korean J Intern Med. 2013; 28: 236–41. Leslee N. Matheny and Shichun Bao. Thyrotoxicosis due to acute suppurative thyroiditis in a postpartum woman. aace Clinical Case Reports: Winter 2017, Vol. 3, No. 1, 26-30.

## REPARACION PRENATAL DE ESPINA BIFIDA. RESULTADOS E INNOVACION DE LA TECNICA EN HOSPITAL REGIONAL DE RANCAGUA (HRR).

C-219

Corral E(1), Ravera F(2), Reascos M(1), Muller JM (2), Perez-Canto G (1), Tapia M (3). (1) Servicio de Gineco-Obstetricia, Hospital de Rancagua, (2) Servicio de Neurocirugía, Hospital de Rancagua, (3) Servicio de Pabellon y Anestesia, Hospital de Rancagua.

#### INTRODUCCION:

La acranea, el encefalocele, y la espina bífida pertenecen a un grupo de enfermedades conocidas como defectos congenitos del tubo neural (DTN). Estas son anomalias de origen multifactorial, con una prevalencia global hoy en Chile de 1:1.000 nacimientos. La espina bífida (EB) participa con aproximadamente un 40% del total de DTN, y aunque esta es una condicion no letal, los sobrevivientes presentan un amplio espectro de discapacidad motora y funcional. La fortificación de las harinas con ácido fólico ha sido la medida de prevención primaria mas exitosa para disminuir la prevalencia de esta enfermedad. En Chile a partir de Enero del año 2000 se fortifican las harinas lo que ha logrado disminuir la prevalencia casi al 50% cuando se comparan los periodos pre y post fortificación. Sin embargo en nuestro pais aún siguen naciendo alrededor de 100 niños por año con esta enfermedad y de estos el 80% son beneficiarios del sistema publico de salud.

#### **METODO**

Un inportante ensayo controlado, doble ciego y randomizado publicado el año 2011 en NEJM, (MOMS) demostró claramente que la cirugía prenatal de la EB, es una opcion al mejorar globalmente el pronóstico motor y cognitivo. A partir de esa publicacion se valido esta tecnica como aceptable. Durante algún tiempo Clinica las Condes fue el único centro nacional que realizaba esta intervención. El HRR inicio su programa el año 2012 y a la fecha a realizado un total 19 intervenciones, constituyendose asi en el primer y mas importante centro de la red pública de salud que realiza estas operaciones. En este resumen mostramos nuestros resultados generales comparados con la serie del MOMS.

#### **RESULTADOS**

Nuestra serie con poblaciones comparables consideró los mismos criterios de inclusion que el MOMS. Los resultados primarios mas importantes como EG al parto (34,5s versus 34,1s), RPM (26% versus 46 %) y pesos al nacer (2450 versus 2383g), son mejores al compararlos con el MOMS, aunque nuestra serie tiene 2 muertes perinatales. Nuestro equipo ademas innovo en la tecnica de la histerotomia al incorporar un pequeño retractor radial de poliuretano, que evita la colocacion de puntos de fijacion en los bordes uterinos para evitar la separacion amnio decidual. Con esta tecnica se logra mayor compresion vascular de los bordes uterinos, disminuyendo el sangrado y el tiempo quirurjico, logrando una recuperacion mas segura y confortable al minimizar los puntos traumaticos que llevan a la inflamacion del utero y sus membranas.

#### **CONCLUSIONES:**

La reparacion prenatal de EB, es una opcion terapeutica valida en nuestros dias, sin embargo esto requiere de un equipo multidisciplinario comprometido, una adecuada selección de los casos, una tecnica depurada y un control prenatal estricto. Nuestros resultados con estos 19 casos, muestran cifras objetivamente aceptables si se comparan con el standard, y nuestra innovacion con el anillo permite mejorar los resultados globales como minimizar injurias y sangrados innecesarios.