

XXXVII Congreso Chileno de Obstetricia y Ginecología



CONTRIBUCIONES

2019



CONTENIDOS

Obstetricia

- 17— Experiencia en parto instrumental con vacuum en hospital san juan de dios
- 19— Inducción con balón cervical en unidad de alto riesgo obstétrico en hospital san borja arriaran
- 21— Caracterización de inmigrantes en policlínico de alto riesgo obstétrico (aro) del hospital clínico regional de concepción (hcre) entre los años 2017 a 2019
- 23— Uso de progesterona vaginal como terapia adyuvante en pacientes con incompetencia cervical sometidas a cerclaje
- 25— Uso de balón de maduración cervical para inducción de trabajo de parto en mujeres con una cicatriz de cesárea y cervix desfavorable
- 27— Inducción del parto con balón cervical en embarazos con restricción de crecimiento fetal tardía
- 28— Análisis descriptivo de las muertes fetales en las auditorias
- 30— Inducción del parto con misoprostol: experiencia de un año, hospital luis tisé brousse (hlt), universidad de chile
- 32— Resultados de inducción del parto con balón de cook. Hospital luis tisé brousse, universidad de chile
- 34— Hemoglobinuria paroxística nocturna y embarazo, reporte de un caso
- 36— Diabetes y embarazo: resultados terapéuticos de nuestro centro
- 38— Proteína alfa microglobulina placentaria tipo 1 para predecir el parto pretermino espontáneo en mujeres sintomáticas
- 39— Estudio comparativo entre el manejo activo y el manejo expectante del trabajo de parto y su relación con el periodo expulsivo y el resultado perinatal
- 41— Experiencia clínica en diagnóstico prenatal de cardiopatías congénitas en fetos de madres portadoras de diabetes pregestacional, en el hospital guillermo grant benavente de concepción
- 43— Experiencia local en histerectomías obstétricas en el complejo asistencial Barros Luco (cabl): 2015- 2018
- 45— Estudio comparativo entre dos métodos operatorios en el manejo del aborto retenido
- 47— Revisión de casos de rotura prematura de membrana previabilidad fetal ingresados al servicio de alto riesgo obstétrico del hospital regional de Antofagasta, dr. Leonardo Guzmán



- 49— Infección intraamniótica por *Candida albicans* en usuaria de dispositivo intrauterino: reporte de un caso
- 51— Hematoma subcapsular hepático no roto en el puerperio tardío: reporte de un caso
- 53— Comparación en incidencia de trauma perineal entre parto en posición tradicional versus parto vertical durante el año 2019 en hospital san juan de dios
- 55— Nuevo análisis de tasas de cesárea: epidemiología del nacimiento según clasificación de Robson modificada, hospital san juan de dios 2019
- 57— Incidencia, evaluación y manejo de gastrosquisis en el hospital leonardo guzmán de Antofagasta; periodo enero 2017- julio 2019
- 59— Obesidad y sobrepeso como factor de riesgo para interrupción vía cesárea en pacientes nulíparas de un CESFAM de la comuna de Tomé durante el año enero 2013 y diciembre 2018.
- 61— Inducción del parto con misoprostol en el embarazo pretérmino versus postérmino.
- 62— Ley de interrupción voluntaria del embarazo y objeción de conciencia: experiencia del hospital Carlos van Buren
- 64— Reducción del uso del fórceps en el hospital Carlos van Buren de Valparaíso
- 65— Uso de la auditoría médica continua para la reducción segura de la tasa de cesárea en el hospital Carlos van Buren de Valparaíso
- 67— Ley 21.030 De interrupción voluntaria del embarazo en tres causales en hospital regional de Talca
- 69— Teratoma y embarazo, reporte de un caso
- 71— Comparación de resultados obstétricos entre gestantes migrantes y chilenas atendidas en el hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre marzo de 2017 y marzo de 2019
- 73— Embarazo en paciente con síndrome de Bartter; reporte de un caso en hospital regional de Talca
- 75— Caracterización de indicación de cesárea en primigestas en hospital Guillermo Grant Benavente entre los años 2016-2018
- 77— Caracterización de embarazo en pacientes de 14 años o menos en hospital regional de Concepción
- 78— Vasa previa: serie de casos
- 80— Correlación entre MEF1 y Apgar a los 5 minutos en pacientes con estado fetal no tranquilizador en embarazos de término de pacientes haitianas y chilenas.



- 82— Disminución de la tasa de cesáreas en un hospital provincial mediante la implementación de decisiones conjuntas con relación a la interrupción electiva del embarazo
- 84— Cerclaje de emergencia en incompetencia cervical: experiencia en hospital san borja arriarán
- 85— Cerclaje como tratamiento de incompetencia cervical: experiencias en hospital carlos van buren en los últimos 5 años
- 87— Diseño y validación de un modelo de entrenamiento simulado en amniocentesis
- 89— Medición 3d de la longitud de la columna lumbar fetal (lcl) y estimación del peso fetal
- 90— Impacto de preeclampsia en la función cardíaca evaluada mediante ecocardiografía con speckle tracking: un estudio de cohorte retrospectivo.
- 91— Caracterización del perfil de riesgo obstétrico de infección de herida operatoria en cesarizadas en el pabellón obstétrico del hospital regional de concepción entre enero de 2016 a junio de 2019
- 93— Inducción mecánica del trabajo de parto en mujeres con cicatriz de cesárea: experiencia hospital regional de antofagasta
- 94— Diagnóstico de malformaciones fetales en el servicio de alto riesgo obstétrico del hospital regional de antofagasta en el periodo enero de 2018 a julio de 2019
- 96— Utilidad de la determinación de pamg-1 en el manejo de síntomas de parto prematuro: experiencia en hospital el carmen de maipú
- 98— Prevalencia de gestantes tardías en el hospital clínico uc
- 100— Diagnóstico de neurosífilis en el embarazo: reporte de dos casos clínicos
- 102— Edad materna y paridad en el hospital padre hurtado, ¿se ajusta a la realidad nacional?
- 104— Vía del parto en embarazo gemelar: hospital padre hurtado 2013-2019
- 106— Comparación de tasa cesareas en el hospital padre hurtado año 2008 versus año 2018 usando la clasificación de robson
- 108— Eficacia y seguridad del uso de un balón cervical para la maduración e inducción del cuello uterino en pacientes con una cicatriz de cesarea previa
- 110— Parto natural versus parto pragmático
- 112— Implementación de los criterios de robson en clínica dávila



Ginecología General

- 115— Descripción de pericias por responsabilidad médica efectuadas en el servicio médico legal con enfoque en ginecología y obstetricia: análisis entre los años 2002-2016
- 116— Malformaciones müllerianas: resultados obstétricos y complicaciones, reporte de caso
- 117— Efectividad del manejo médico con misoprostol en abortos de primer trimestre en hospital san juan de dios.
- 119— Complicaciones asociadas a histerectomía total laparoscópica en pacientes con cicatriz de cesárea anterior: experiencia de 13 años en el hospital clínico de la pontificia universidad católica de chile
- 121— Trombosis séptica de la vena ovárica: causa de síndrome febril prolongado en el puerperio: a propósito de un caso
- 123— Deseo quirúrgico de personas transgénero usuarias del programa de identidad de género del complejo asistencial dr. Sótero del río
- 125— Enfrentamiento de un paciente transgénero en un escenario de urgencia. Reporte de un caso
- 127— Tratamiento de herida operatoria abdominal por sistema de cierre asistido al vacío (vac) portátil. Reporte de un caso
- 129— Aspiración manual endouterina (ameu): revisión de la literatura y estudio de serie de casos
- 130— Insuficiencia venosa pelviana. Resultados del tratamiento endovascular de las várices genitales
- 131— Tratamiento endovascular en pacientes con síndrome de may-thurner
- 132— Embarazo en la cicatriz de la cesárea: reporte de 3 casos
- 134— Manejo médico de aborto retenido e incompleto en el hospital san josé: junio 2018- agosto 2019
- 136— Caso clínico: desorden del desarrollo sexual, disgenesia gonadal 46 xy
- 138— Experiencia de histeroscopia quirúrgica en el hospital
- 140— Manejo de proceso inflamatorio pelviano y absceso tubo ovárico en hospital soter del río año 2018
- 142— Correlación entre hallazgos histeroscópicos y citología biopsica para el diagnóstico de pólipo endometrial en pacientes con diagnóstico ecográfico de endometrio engrosado
- 144— Neuromodulación tibial posterior transcutánea en adolescentes con dismenorrea primaria



- 146— Quiste hidatídico parauterino en paciente premenarquica diagnosticado inicialmente como uterino. Reporte de un caso
- 148— Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de absceso tubo - ovarico en hospital el carmen maipú, experiencia de 2 años
- 150— Aspiración manual endouterina (ameu): revisión de la literatura y estudio de serie de casos
- 151— Cirugía ginecológica mínimamente invasiva. Experiencia en hospital san juan de dios durante el período 2018-2019
- 153— Hágalo usted mismo. Enfrentamiento de shock séptico de origen ginecológico. Importancia del reconocimiento precoz
- 155— Insuficiencia ovárica precoz: a propósito de un caso
- 157— Embarazo en cicatriz de cesárea. Serie de casos
- 159— Lipoma vulvar. Presentacion de dos casos en el hospital base de valdivia y revision de la literatura
- 160— Características demográficas y clínicas de mujeres en situación de aborto, que requieren intervención quirúrgica, que presentan complicaciones versus un grupo sin complicaciones en el hospital san borja arriaran
- 162— Interrupción voluntaria del embarazo en adolescentes en el hospital san juan de dios, a 2 años de su despenalización
- 164— Efectividad del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel en pacientes obesas en un hospital público
- 166— Experiencia de uso de diu-Ing en sangrado uterino anormal en hcsba
- 168— Características demográficas y clínicas de mujeres en situación de aborto con intervención quirúrgica en el hospital san borja arriaran desde julio 2016 a julio 2019
- 170— Prevalencia y enfrentamiento diagnóstico/terapéutico oportuno de la endometriosis en mujeres menores de 25 años: experiencia de la pontificia universidad católica de chile
- 172— Impacto de la resolución quirúrgica laparoscopica precoz del absceso tubo-ovárico. Experiencia en dos centros clínicos
- 174— Análisis descriptivo de histeroscopías del hospital clínico de la universidad de chile, en el periodo 2015 - 2019
- 176— Exclusión renal por endometriosis ureteral: a propósito de un caso
- 178— Reporte de caso: fístula colo-vaginal como complicación de absceso tubo-ovárico



Medicina Materno Fetal

- 181— Cáncer de colon y embarazo: reporte de caso y revisión de la literatura
- 183— Enfermedad tiroídea autoinmune en el embarazo e hipertiroidismo neonatal. Reporte de un caso
- 185— Resultado perinatal adverso en recién nacidos de pretérmino: cohorte retrospectiva hospital clínico magallanes 2017 a 2019
- 187— Utilidad del índice de pulsatilidad de arterias uterinas (utapi) y el ratio soluble fms-like tyrosine kinasa-1 (sflt-1) y placentar growth factor (plgf) en la predicción de preeclampsia de inicio precoz (epe) en el primer trimestre del embarazo
- 189— Implementación de las orientaciones de la oms/ops para la eliminación de la transmisión materno - infantil de vih, sífilis, hepatitis b y enfermedad de chagas en los países independientes del continente americano
- 191— Malformación de dandy walker (mdw). Serie de casos entre los años 2011 a 2016 en el departamento de exploración fetal (def) victor quiroz, hospital clínico regional de concepción
- 193— Síndrome de hipoplasia ventricular izquierda: resultado perinatal en recién nacidos con diagnóstico prenatal en hospital clínico san borja arriarán
- 195— Rol de la ecografía para determinar restricción de crecimiento intrauterino en embarazos de pacientes del hospital las higueras de talcahuano
- 197— Resultado perinatal en fetos con diagnóstico prenatal de hernias diafragmáticas congénitas en los hospitales clinico universidad de chile y clínico san borja arriarán
- 199— Hemorragia intracraniana en un feto con trisomia 21 y rabdomiomas cardiacos. Diagnostico diferencial de esclerosis tuberosa. Estudio antenatal a propósito de un caso
- 200— Valores de longitud cervical en embarazos gemelares: distribución según edad gestacional
- 202— Utilización de la inteligencia artificial y la ecografía tridimensional en el examen rutinario del cerebro fetal efectuado por personal de apoyo médico
- 204— Desarrollo y utilización de un simulador de doppler obstetrico
- 206— Quiste de cordón umbilical: a propósito de tres casos
- 208— Rol del ácido acetilsalicílico en la evolución de la flujometría doppler de arterias uterinas en el primer y segundo trimestre en embarazos únicos y su correlación con patología perinatal



210— Impacto de la indicación de betametasona profiláctica en embarazos de 38 semanas previa a operación cesárea electiva en el resultado neonatal

211— Utilidad de la resonancia nuclear magnética prenatal en la predicción del resultado neonatal del paciente con hernia diafragmática congénita aislada

212— Diagnóstico antenatal de estómago intratorácico secundario a hernia hiatal congénita: reporte de un caso

214— Correlación y concordancia entre proteinuria de 24 horas y razón proteinuria / creatinuria (ipc), en pacientes con síndrome hipertensivo del embarazo

215— Resultados adversos neonatales en diabetes gestacional y su asociación con el imc pre-gestacional y ganancia de peso gestacional: resultados de estudio piloto en mujeres embarazadas atendidas en el hospital regional de concepción

217— Modulación de canales de potasio y de la síntesis de óxido nítrico en placenta de término en diabetes gestacional

219— Correlación de índice proteína/creatinina en muestra aislada con proteinuria de 24 horas para diagnóstico de preeclampsia en mujeres embarazadas de hospital las higueras entre años 2018 y 2019

221— Embarazo en enfermedad inflamatoria intestinal: experiencia a partir de una cohorte histórica

223— Características población haitiana en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de curicó

225— El antecedente de hipertensión del embarazo es un determinante de los niveles de presión arterial media en mujeres chilenas que participaron en la encuesta nacional de salud 2009-2010

227— Ratio ip uterino como nuevo marcador de respuesta a aspirina en pacientes con riesgo alto de preeclampsia prematura a las 11 - 14 semanas

229— ¿Existe asociación entre los niveles de progesterona salival en el primer y segundo semestre y parto prematuro espontáneo?

231— Experiencia de coagulación láser en transfusión feto-fetal severa en hospital universitario y público del país

233— Taquiarritmia fetal en embarazo gemelar. Reporte de un caso en hospital san juan de dios

235— Cerclaje de rescate en embarazo gemelar. Descripción de un caso, hospital san juan de dios



237— Diagnostico prenatal de malformaciones congénitas y alteraciones cromosómicas: resultados de experiencia cimaf-hospital sotero del rio

239— Correccion antenatal de mielomeningocele fetal con tecnica abierta en el hospital carlos van buren de valparaiso

241— Un caso de diagnóstico diferencial atípico de hernia diafragmática congénita derecha

243— La inducción de parto y su riesgo asociado de cesarea en el hospital carlos van buren de valparaiso

245— Fenestracion percutanea retrograda con guia y dilatacion con balon de angioplastia para la resolucio de megavejiga por valvas uretrales posteriores a las 16 semanas de embarazo

247— Ablasion percutanea con laser de lesiones congenitas de la via aerea del tipo malformacion adenomatosa quistica asociadas a hidrops

249— Diagnóstico prenatal de malformación aneurismática de la vena de galeno: reporte de un caso

251— Vesículas extracelulares como predictores tempranos de diabetes gestacional

252— Historia natural de fetos con translucidez nucal > p99 a las 11+0 - 13+6 semanas de gestación

253— Evaluación de resultados perinatales según indicación de cerclaje en embarazos únicos en el hospital clínico de la universidad de chile

255— Concentración de fosfatasa alcalina placentaria (plap) en fluido gingivo crevicular (fgc) precozmente en embarazo puede predecir preeclampsia (pe)

257— Caracterización de embarazos gemelares atendidos en un hospital del sur de chile entre los años 2010 y 2018

259— Diagnostico prenatal de sindrome de cimitarra. A propósito de un caso

260— Síndrome de evans y embarazo: reporte de un caso

262— Primer caso de recambio de hematíes en gestante con anemia de células falciformes en hospital regional de talca

264— Incidencia de malformaciones pulmonares congénitas en un centro de atención terciaria de salud en el período 2009-2018

265— Estudio del líquido amniótico en la predicción de parto inminente en pacientes con amenaza de parto prematuro

267— Doppler de arterias uterinas al diagnóstico de preeclampsia como predictor de percentil de peso al nacer



269— Rendimiento del pico sistólico de arteria cerebral media según el número de transfusión en la predicción de anemia moderada y severa en embarazos con isoimmunización rh

271— Doppler de arterias uterinas al diagnóstico de preeclampsia como predictor de percentil de peso al nacer

273— Rango de referencia del hueso nasal y su rol en el cribado de aneuploidías a las 11+0 - 13+6 semanas en población chilena

275— Resultados perinatales de pacientes con fertilización in-vitro evaluadas en ecografía de cribado a las 11+0 - 13+6 semanas

277— Rendimiento del ratio diámetro biparietal/hueso nasal como marcador de trisomía 21 a las 20 - 24 semanas de embarazo

278— Glomerulopatía membranosa anticuerpo-antitrombospondina positivo, síndrome nefrótico del embarazo: caso clínico

280— Reporte de caso clínico: hígado graso agudo del embarazo, presentación atípica en el 2do trimestre del embarazo

282— Corrección fetoscópica de mielomeningocele (mmc) en Chile

283— Componente sistólico y diastólico del istmo aórtico (iao)

284— Medición doppler de la arteria uterina en el primer y segundo trimestre

286— Relación entre el ip de la arteria umbilical (au) e hipovolemia en fetos donantes

287— Tamaño pulmonar, ecmo y supervivencia de fetos con hernia diafrágica congénita (hdc) - el registro prenatal de cdh chileno

289— Seguimiento postnatal de fetos con crecimiento intrauterino restringido selectivo (cirs) tipo iii sin cirugía fetal

291— Trazado del área intratorácica por ecografía (tait): generando una curva normal

292— Las concentraciones de metaloproteínas de matriz -8 y -9 en el fluido gingivo crevicular durante el primer trimestre de embarazo se asocian con la gravedad de la periodontitis durante el embarazo y en el posterior desarrollo de diabetes mellitus gestacional

294— Efectos del estrés materno prenatal asociado al terremoto (2010) en la alfabetización infantil a los cinco años de edad: un estudio multinivel

295— Diagnóstico prenatal de cierre prematuro del ductus arterioso: reporte de un caso

297— Rotura prematura de membranas entre las 34 y 37 semanas: prevalencia de infección intra-amniótica y corioamnionitis histológica

299— Caracterización obstétrica del embarazo múltiple en un hospital del sur de Chile



- 301— Jelly-like placenta: a propósito de un caso
- 303— Diagnóstico prenatal del síndrome de goldenhar, reporte de un caso
- 305— Experiencia de la interrupción voluntaria del embarazo dentro de las 3 causales por la ley 21.030, En hospital el carmen de maipú
- 307— Mirror syndrome, en contexto de síndrome de klippel - trenaunay - weber, a propósito de un caso
- 309— Caracterización de las pacientes embarazadas con diagnóstico de vih y sus resultados perinatales en el complejo asistencial barros luco (cabl) desde enero 2015 a agosto de 2019
- 311— Validación del índice proteinuria/ creatininuria en muestra aislada de orina para el diagnóstico precoz de compromiso renal en patologías de alto riesgo obstétrico en el hospital padre hurtado
- 313— Parto vaginal en embarazo gemelar: ¿hay más riesgos?

Ginecología Oncológica

- 316— Enfermedad residual post cono en cancer cervico uterino microinvasor: importancia del margen quirurgico
- 318— Tendencia de mortalidad por cánceres ginecológicos en chile

- 319— Prevalencia de enfermedad tromboembólica en paciente con neoplasia de origen ginecológico
- 321— Tratamiento y sobrevida del cáncer de cuello uterino etapa iva, instituto nacional del cáncer de chile, años 2005 - 2015
- 323— Estrategia “ver y tratar”: alternativa eficaz para optimizar recursos en una unidad de patología cervical
- 325— Perfil epidemiológico del cáncer de ovario en menores de 30 años en hospital san borja arriarán
- 327— Prevalencia de canceres sincronicos de endometrio y ovario en la unidad de ginecologia oncologica del hospital san borja arriaran del 2016 al 2019
- 329— Dermatofibro-sarcoma protuberans vulvar: reporte de un caso clinico
- 331— Experiencia uc en ganglio centinela en cánceres ginecológicos. Revisión de los primeros 40 casos
- 333— Histerectomia radical abdominal versus minimamente invasiva en cancer cervicouterino en el hospital clinico san borja arriaran
- 335— Resultados de biopsias de pipelle en pre y postmenopausicas en hospital clinico san borja arriarán entre enero 2018 y junio 2019



337— Tumor de ovario borderline. Concor-
dancia entre biopsia contemporánea y biopsia
definitiva

339— Detección de virus papiloma humano de
alto riesgo en población con pap atípico del área
norte de Santiago y su correlación histológica

341— Correlación clínico patológica de
las pacientes sometidas a conización con asa
electroquirúrgica en un hospital de Concepción.
Análisis del período 2017-2018

343— Manejo quirúrgico de cáncer cervico
uterino, comparación entre cirugía mínimamente
invasiva versus cirugía abierta

345— Cirugía mínimamente invasiva en la
unidad de ginecología oncológica Hospital San
Borja Arriarán

347— Comparación entre cirugía mínimamen-
te invasiva y abierta en el manejo del cáncer de
endometrio

349— Relación entre biopsia aspirativa de
endometrio y de pieza quirúrgica en 14 casos
de cáncer de endometrio en HCSBA

350— Resultado anatomopatológico de papa-
nicolau sugerente de atipía glandular, derivados
a la unidad patología cervical del Hospital Las
Higueras

352— Encefalitis por anticuerpos anti NMDA-R
asociada a teratoma: un desafío diagnóstico y
terapéutico

354— Lesiones neoplásicas intraepiteliales
cervicales en pacientes menores a 19 años del
Complejo Asistencial Barros Luco

356— Adenocarcinoma de desviación mínima,
una etiología poco común de cáncer cervicou-
terino, a propósito de un caso

358— Linfoma primario de cuello uterino, a
propósito de un caso clínico

360— Percepción del examen de Papanicolaou
en mujeres médicas de diferentes especialidades

362— Tumor neuroendocrino (carcinoide)
primario del ovario. Reporte de un caso y revisión
bibliográfica

363— Síndrome de Meigs como diagnóstico
diferencial de cáncer ovárico avanzado: reporte
de caso

364— Tumor neuroendocrino de cervix: a
propósito de 3 casos. Instituto Nacional del
Cáncer

Piso Pélvico & Urología

367— Cistometría simple para la evaluación
de pacientes con diagnóstico de incontinencia
urinaria de esfuerzo: experiencia de 1 año en
Hospital Regional de Antofagasta

369— Burch laparoscópico en Antofagasta:
seguimiento a largo plazo



371— Manejo de prolapso apical en pacientes de hospital san borja arriarán, entre enero 2013 a diciembre 2018, comparación de diferentes técnicas de reparación quirúrgica

373— Corrección de prolapso apical con histeropexia bilateral a ligamento sacro espinoso. Efectividad de la técnica a un año de seguimiento en hospital santiago oriente

375— Caracterización de pacientes sometidas a cirugía piso pélvico en hospital del sur de chile

377— Asociación entre los hallazgos ultrasonográficos a la ecografía de piso pélvico y la cuantificación clínica de prolapso de órganos pélvicos (pop-q)

379— Calidad de vida y síntomas urogenitales en usuarias de pesario para el manejo del prolapso genital

381— Neuromodulación tibial posterior transcutánea en personas mayores con vejiga hiperactiva

383— Índice de masa corporal y éxito subjetivo de colocación de malla suburetral retropúbica para incontinencia urinaria de esfuerzo

385— Impacto de la disfunción de piso pélvico en mujeres derivadas a unidades de piso pélvico

387— Injuria obstétrica del esfínter anal, experiencia 5 años hospital gustavo fricke, viña del mar

389— Rotura de malla de sling retropúbico durante el intraoperatorio: reporte de un caso

391— Cistouretroscopías diagnósticas: debe este examen ser realizado por uroginecólogos?

393— Enfoque de cirugía ambulatoria para incontinencia urinaria de esfuerzo. Experiencia del hospital regional de talca 2017-2018

395— Cistometría simple en la evaluación de la incontinencia urinaria femenina y su relación con el diagnóstico clínico

397— Proceso diagnóstico y manejo quirúrgico de divertículos uretrales: el desafío de una patología infrecuente

399— Comparación de la eficacia entre slings tvt exact® v/s kim® en la terapia de incontinencia urinaria de esfuerzo femenina

401— Complicaciones de cirugía de adecuación genital en pacientes trans y descripción de técnica genitoplastia. Experiencia inicial en hospital público

403— Resultados funcionales y estéticos de vaginoplastia en mujeres transgenero y descripción de técnica de neo clítoris y labios menores. Experiencia inicial en hospital público

405— Síntomas urinarios post genitoplastia en mujeres transgénero y descripción de técnica de neo meato uretral: experiencia inicial en hospital público



407— Resultados anatómicos y satisfacción usuaria en mujeres sometidas a colposacropexia laparoscópica versus abierta para prolapso apical

409— Tiempo operatorio para colposacropexia laparoscópica en clínica privada vs hospital docente: ¿tener más recursos implica ser más eficiente?

411— Estimulación transcutánea del nervio tibial posterior para el tratamiento de vejiga hiperactiva refractaria

Medicina Reproductiva

414— Vitricación de ovocitos para preservación electiva de fertilidad de causa no oncológica: 10 años de experiencia en clinica las condes

416— Prevalencia de microdeleciones del cromosoma y en hombres chilenos con diagnostico oligo-azoospermia

418— Síndrome del folículo vacío genuino, reporte de un caso clínico y revisión de la literatura

420— Rol de la histerosalpingografía como herramienta terapeutica en parejas infértiles

422— Programa de infertilidad del hospital clínico hermina martín, chillán: resultados preliminares de inseminaciones intrauterinas

424— Prevalencia y caracterización de alteraciones de prolactina en dos poblaciones de mujeres con disfunción ovulatoria: estudio de corte transversal analítico

426— Prevalencia y caracterización de predictores para insulino resistencia en pacientes entre 22 y 28 años con disfunción ovulatoria: estudio de corte transversal analítico

428— Fertilidad luego de la re anastomosis tubaria: experiencia en hospital carlos van buren

429— Características clínicas y epidemiológicas en pacientes con endometriosis profunda y superficial: realidad local hospital carlos van buren y centro de reproducción humana universidad de valparaíso

430— Impacto de la salpingectomía sobre la reserva ovarica en ciclos de fertilización in vitro

431— Tratamiento quirurgico minimamente invasivo de istmocele y sus resultados

433— Técnicas de reproducción asistida de baja complejidad en pacientes con reserva ovárica disminuida, un análisis de los últimos años

435— Aborto recurrente: análisis descriptivo de pacientes en control en policlínico de fertilidad

436— Mutación de la metilentetra-hidrofolato reductasa y su repercusión en pacientes con historia de aborto recurrente



438— Utilidad del tratamiento antibiótico en obstrucciones tubarias distales en pacientes con diagnóstico de infertilidad, serie de casos clínicos

440— Azoospermia en paciente masculino cariotipo 46xx reporte de un caso

442— Embarazo ectópico gemelar de ubicación cornual y cervical reporte de caso clínico

Anticoncepción

445— Conocimientos en métodos de regulación de la fertilidad en carreras de pregrado de medicina y obstetricia y puericultura

447— Reporte de casos: experiencia ultrasonográfica en inserción de dispositivos intrauterinos liberadores de hormonas (diu)

449— Caracterización de menores de 20 años en control en policlinico de anticoncepcion en un cesfam de la comuna de tome entre enero 2013 y diciembre 2018

451— Calidad de vida relacionada con sexualidad y anticoncepción en estudiantes de la universidad de concepción

453— Novedades en el uso de anillos vaginales con fines anticonceptivos

Patología Mamaria

456— Cáncer de mama en hombres: revisión de casos en el hospital regional de talca

458— Estudio de cohorte retrospectivo: cáncer de mama en la region de valparaíso y san antonio durante el año 2018

460— Cáncer de mama y embarazo: experiencia del hospital clinico san borja arriarán

Climaterio

463— Incidencia de amenorrea en mujeres postmenopausicas usuarias de estrógenos conjugados equinos y bazedoxifeno

464— Diagnósticos de patología ginecológica de adultas mayores en atención primaria de salud (aps) durante el año 2018



Obstetricia



EXPERIENCIA EN PARTO INSTRUMENTAL CON VACUUM EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Espinosa M., Toro D., López M.
Servicio y Departamento de
Ginecología y Obstetricia,
Universidad de Chile, Campus
Occidente, Hospital San Juan de
Dios, Santiago, Chile.

Introducción: El parto instrumental tiene una incidencia de 15 – 20% a nivel mundial, en Chile alcanza un 4,6%. Durante los últimos 20 años se ha observado una disminución progresiva de esta tasa, debido al aumento en la indicación de cesárea y la falta de experiencia de los obstetras en parto instrumental. Durante los últimos 50 años el fórceps ha sido el instrumento más utilizado para el parto quirúrgico debido a falta de alternativas a éste, pero en las últimas dos décadas, el vacuum ha reaparecido como opción en la atención de parto instrumental siendo ampliamente aceptado. En el Hospital San Juan de Dios el vacuum se implementó en el 2017, luego de capacitaciones teóricas y prácticas. El objetivo de éste trabajo es describir la experiencia del parto con vacuum en el Hospital San Juan de Dios, evidenciando la utilidad de éste como opción de parto vaginal instrumental.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron las pacientes en la que se asistió el parto con vacuum hasta septiembre 2019. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, tabulándose la fecha del parto, paridad, IMC de la paciente, indicación de vacuum, éxito de éste, tiempo de duración del período expulsivo, anestesia, episiotomía, variedad posición fetal, posición vacuum, desgarro perineal secundario y complicaciones neonatales debidas al procedimiento.

Resultados: El aumento del número de vacuum realizados fue progresivo; 3 el 2017, 9 el 2018 y 37 casos el 2019, con un total de 49 vacuum hasta septiembre del 2019. El 47% (23) de las mujeres era nulípara. 90% (44) tenía IMC > 25. Las indicaciones del vacuum fueron estado fetal no tranquilizador (69%) y expulsivo detenido (31%). De los vacuum realizados 86% (40) fueron exitosos, 8% (4) finalizaron en fórceps y 6% (3) en cesárea. Un 65,3% (32) tuvo un período expulsivo menor a 60 minutos y 4% (2) de más de 120 minutos. 90% (44) recibió anestesia peridural, 8% (4) local y 2% (1) no tuvo anestesia. La episiotomía se realizó en el 80% (39) de las pacientes. En todas las variedades de posición se realizó vacuum, a excepción de la occipito ilíaca izquierda posterior. La más frecuente fue la occipito ilíaca izquierda anterior, 31% (15). La posición incorrecta de la copa del vacuum ocurrió en el 35% (15) de los vacuum, de éstos casos, 3 fueron frustrados.



El 61% (30) no presentó desgarro perineal, el 2% (1) tuvo desgarro grado III, no ocurrieron desgarros grado IV en la muestra. Existieron dos complicaciones neonatales, el 10% (5) de los recién nacidos presentó abrasión del cuero cabelludo y 4% (2) cefalohematoma.

Conclusiones: La introducción del vacuum obedece a una necesidad de tener alternativas seguras de parto instrumental y así prevenir cesáreas en período expulsivo. El vacuum es en la actualidad un método efectivo y seguro. Se ha reportado una alta tasa de éxito de parto vaginal, con menor trauma de piso pélvico en comparación al fórceps, sin aumentar las complicaciones severas neonatales. No requiere anestesia ni episiotomía de forma obligatoria por lo que es una opción de parto quirúrgico cuando éstas condiciones no se pueden lograr. Además presenta una corta curva de aprendizaje para los operadores. Desde la disponibilidad del vacuum, el número de partos instrumentales en el Hospital San Juan de Dios ha aumentado, sin modificar el total de fórceps, alcanzando un 5,54% del total de los partos vaginales. El vacuum es un instrumento accesible, aún poco utilizado en Chile. Se requiere difusión y estudios prospectivos para lograr optimizar su uso.



INDUCCIÓN CON BALÓN CERVICAL EN UNIDAD DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Rumante K. (1), Marques X. (2), Sáez J. (3)

(1) Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, (2) (3) Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La inducción de trabajo de parto es una de las intervenciones obstétricas más utilizadas en el mundo para lograr un parto vaginal. Considerando la necesidad de inducción de trabajo de parto, por diferentes causas y la falta de recursos para este fin, la utilidad del balón cervical es de gran interés, dado su fácil uso, alta tasa de éxito, bajo costo y escasos efectos adversos. El objetivo es caracterizar una cohorte de pacientes embarazadas de término, hospitalizadas en servicio de alto riesgo obstétrico en Hospital San Borja Arriarán entre junio 2017 a diciembre 2018 para determinar la efectividad y seguridad del método.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizaron un total de 231

mujeres embarazadas de término, con indicación de inducción de trabajo de parto con BISHOP < 6 y a quienes se realizó inducción con balón cervical. Se analizó edad promedio, edad gestacional, tasa de éxito de parto vaginal, peso de recién nacido, puntaje Apgar y porcentaje de complicaciones. Se excluyeron pacientes con cicatriz de cesárea anterior.

Resultados: Hubo un total de 231 inducciones con balón en el periodo estudiado. Edad promedio fue de 27 (6,3 DS) años. La edad gestacional promedio fue de 39 (1,5 DS) semanas. Un 58% (N=152) de las pacientes fueron nulíparas y un 42% (N=79) multíparas de al menos un parto vaginal previo. La mayoría de las pacientes eran obesas, con IMC promedio de 31,1. Un 66% (N=153) de las embarazadas fueron extranjeras, haitianas 23,8% (N=55) y venezolanas 12% (N=28). De las causas de inducción, un 55% (N=126) fue por embarazo en vías de prolongación, 15% (N=35) restricción de crecimiento fetal, 10% (N=24) diabetes gestacional, 10% (N=23) síndrome hipertensivo del embarazo, 6% (N=14) colestasia del embarazo y un 4% (N=9) por otras causas. El promedio de puntaje BISHOP previo a la instalación del balón fue de 4 puntos. El promedio de duración de la inducción con balón fue de 17 horas, hasta su expulsión, el tiempo a la fase activa fue de 10 horas y de la fase activa al parto de 4,8 horas. La tasa de éxito de parto vaginal fue de 60% (N=139), siendo mayor para multíparas 70% (N=56) versus 55% (N=84) para nulíparas



(N=84), diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,03$). Hubo 38% (N=87) cesáreas y de ellas un 39% (N=34) por falta de progreso del trabajo de parto, 26% (N=23) por inducción fracasada, 24% (N=21) por estado fetal no tranquilizador. Hubo 2% de fórceps (N=5). El promedio de peso de Recién nacido fue de 3392 gr y el puntaje Apgar 8 -9. No se registraron muertes ni complicaciones maternas, fetales ni neonatales inmediatas graves. Hubo 1,7% (N= 4) inercias uterinas, de ellas dos requirieron transfusión, 0,8% (N=2) desgarros perineales y 0,4% (N=1) coroamionitis.

Conclusión: La inducción de trabajo de parto con balón cervical es un método efectivo y seguro para lograr un parto vaginal, en mujeres con embarazo de término que requieren interrupción por cualquier causa.



CARACTERIZACIÓN DE INMIGRANTES EN POLICLÍNICO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO) DEL HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN (HCRC) ENTRE LOS AÑOS 2017 A 2019

Ramos F. (1,3) . Castro H.(2,3)

1.- Becario Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2.- Docente Facultad de Medicina, Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción, 3.- Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente.

Introducción: La cantidad de personas extranjeras ha aumentado en los últimos 5 años en Chile. La población inmigrante que actualmente vive en este país corresponde a 1.251.225 personas. Las nacionalidades más importantes en cuanto a número de habitantes son Venezuela, Perú y Haití. De este total, las mujeres corresponden a un 51,6%

Objetivo principal: Caracterizar el grupo de pacientes inmigrantes que se controlaron en el policlínico de alto riesgo

obstétrico del Hospital Regional de Concepción, en cuanto a demografía, patologías prevalentes, violencia de género y tipo de parto. Material y método: Estudio descriptivo. Población de estudio: mujeres embarazadas derivadas al policlínico de ARO del HCRC entre enero de 2017 a junio de 2019. Se accedió a base de datos del policlínico. Criterios de inclusión: mujeres embarazadas inmigrantes que tuvieran al menos un control en el policlínico de ARO en el período mencionado. Resultados: De un total de 3771 pacientes controladas en el período, se obtuvo una prevalencia de inmigrantes de un 3,5 % (n=134). Edad promedio 29 años. Los países de origen más frecuentes fueron Venezuela 44,7% (n=60), Haití 17,1% (n=23) y Perú 7,5% (n=10). Las causas de derivación al policlínico fueron cesárea anterior 14,9% (n=20), diabetes 13,4% (n=18) y embarazo gemelar 8,9% (n=12). Al analizar por nacionalidad, en cuanto a las patologías que presentaron durante sus controles, en la población Venezolana (n=60) las con mayor prevalencia fueron: cesárea anterior 26,6% (n=16), restricción del crecimiento fetal 11,6% (n=7) y embarazo múltiple 11,6% (n=7). En la población Haitiana (n=23) las patologías con mayor prevalencia fueron: anemia 21,7% (n=5), diabetes 17,4 % (n=4) y cesárea anterior 13% (n=3). En cuanto a la población Peruana (n=10) la patología más prevalente fue restricción del crecimiento fetal 20 % (n=2). De 112 pacientes con seguimiento un 55,4% (n=62) tuvo cesárea y un 44,6% (n=50) parto vaginal. Se reportó violencia de género en un 2,98 %



(n=4) de las pacientes inmigrantes, todas de origen venezolano. Conclusiones: La población inmigrante ha aumentado en los últimos años, se trata en su mayoría de pacientes jóvenes menores de 30 años. La mayor inmigración en nuestro medio está dada por Venezuela, en las cuales se ve una alta prevalencia de cesárea anterior, restricción de crecimiento fetal y embarazo múltiple. En segundo lugar están las Haitianas cuyas patologías más importantes según frecuencia fueron anemia, diabetes y cesárea anterior. Respecto a Perú la patología más frecuente fue restricción del crecimiento fetal. La violencia de género se concentró en la población venezolana, pese a que fue nula en el resto de la población inmigrante.



USO DE PROGESTERONA VAGINAL COMO TERAPIA ADYUVANTE EN PACIENTES CON INCOMPETENCIA CERVICAL SOMETIDAS A CERCLAJE

Fernández C.(1) , Mönckeberg M. (2), Contreras C.(1), Muñoz J. (1), Santelices A. (1), Romero P. (1), Werner P.(1), Lambert A. (4), Yakcich J. (2), Illanes S.(2)

(1) Internos de Medicina. Universidad de Los Andes. (2) Gineco-Obstetra. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes. (4) Residente de Ginecología y Obstetricia. Departamento de Ginecología, Obstetricia y Biología de la Reproducción. Facultad de Medicina. Universidad de los Andes.

Introducción: La incompetencia cervical es la incapacidad del cuello uterino de conservar el embarazo en ausencia de contracciones y/o trabajo de parto, durante el segundo trimestre de la gestación. Afecta al 0.15-1% de todos los embarazos y se asocia con aborto recurrente, parto prematuro extremo y outcome

perinatal adverso. El tratamiento estándar es el cerclaje cervical, el cual puede ser indicado por historia clínica, por cuello corto (<25 mm) en pacientes con antecedentes de parto prematuro previo y por examen físico o de rescate. Se ha planteado el uso de progesterona micronizada vaginal como terapia adyuvante ya que existe evidencia que la asocia a la reducción de parto prematuro en poblaciones de alto riesgo.

Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectivo donde se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical, sometidas a cerclaje cervical por cualquier indicación clínica, en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Parroquial de San Bernardo (HPSB) y de la Clínica Dávila de Santiago, desde el 1 de Junio del año 2009 al 31 de Julio del año 2018. Se realizó una búsqueda en los registros electrónicos y físicos, y se realizó un análisis estadístico de los datos, buscando como outcome principal el parto sobre las 24, 28, 34 y 37 semanas.

Resultados: El total de pacientes analizados fue 126. En el 56.3% de las pacientes se utilizó progesterona vaginal como terapia adyuvante. La edad gestacional al parto fue 34 semanas en promedio. Con respecto al outcome principal, en la única edad gestacional que se observó una diferencia, fue en el parto sobre las 37 semana con un OR 1.82 (IC 95% 0.84-3.98) y un p value 0.096, a favor del uso de progesterona como terapia adyuvante. Al realizar el análisis con el modelo de regresión logística, ajustado



por las variables amniocentesis pre operatoria y tipo de cerclaje, no se observaron diferencias significativas entre progesterona vaginal versus manejo expectante post cerclaje en ninguna de las edades gestacionales.

Conclusión: Este estudio permite tener una primera aproximación, en una cohorte chilena, sobre el uso de progesterona vaginal en pacientes con incompetencia cervical sometidas a cerclaje. Los resultados sugieren ausencia de un beneficio significativo, sin embargo, está sujeto a alto riesgo de sesgo de selección y confusión, dado el tipo de estudio que se utilizó. Estos hallazgos invitan a seguir investigando del tema, idealmente con un estudio prospectivo experimental.



USO DE BALÓN DE MADURACIÓN CERVICAL PARA INDUCCIÓN DE TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON UNA CICATRIZ DE CESÁREA Y CERVIX DESFAVORABLE

Marques X.1, Rumante K.2, Saez J.I. 1Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán. 2Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

Introducción: La OMS considera que la tasa ideal de cesárea (CS) debe oscilar entre el 10% y el 15%, sin embargo, por diversos motivos, las CS son cada vez más frecuentes alrededor del mundo. Con el aumento en la tasa de CS, la CS repetida, con la correspondiente morbilidad materna y perinatal, también está en aumento. Para su reducción, el parto vaginal después de una CS es una alternativa, sin embargo, un cervix desfavorable en este contexto es un problema común, el que no puede ser abordado farmacológicamente en forma íntegra debido al riesgo aumentado de ruptura uterina. Este

estudio busca evaluar la efectividad y seguridad del balón de maduración cervical (CRB) en la inducción de trabajo de parto en pacientes con una CS y malas condiciones cervicales.

Métodos: Estudio retrospectivo, de corte transversal, en el que se analizó una base de datos generada en un programa de inducción no electiva de las pacientes con una cicatriz de CS y malas condiciones cervicales a partir de las 40 semanas o por patología concomitante, ingresadas a la unidad de alto riesgo obstétrico, del Hospital Clínico San Borja Arriarán, desde enero a diciembre de 2018. Se siguió el protocolo de inducción institucional, en el cual se indica el uso de CRB en mujeres con cervix permeable y un puntaje de Bishop < o igual a 6 durante 24 hrs. y a continuación el uso de oxitocina en infusión ev. durante 12 hrs.

Resultados: Durante el período estudiado se indujeron 78 pacientes con CRB, con un promedio de edad de 30,7 años (4,9 DS), IMC promedio 31,3 (8,2 DS) al ingreso a CPN. La indicación de inducción más frecuente fue la presencia de CCA y edad gestacional mayor o igual a 40 sem. (74%). El puntaje de Bishop al momento de iniciar la inducción fue en promedio de 3,5 (1,4 DS). Se obtuvo un parto vaginal en el 61% de los casos, incluyendo partos eutócicos (44,8%) y fórceps (16,2%). Un 44,8% de las pacientes tubo una CS repetida, sin embargo, el 45,9% de ellas alcanzó la fase activa del trabajo de parto. Las causas más frecuentes de cesárea fueron la inducción fracasada y el estado fetal no



tranquilizador con un 43 y 24% respectivamente. No hubo malos resultados perinatales, ni Apgar bajo a los 5 min en esta serie. El peso promedio fue 3389 grs. (453gr DS). Se pesquisó un 6,4% de complicaciones maternas dentro de las cuales se encuentran: 2 casos de HPP, un caso de fístula vesicovaginal, un hematoma subaponeurótico y un caso de endometritis puerperal. No se registró ningún caso de rotura uterina. Las complicaciones severas se asociaron a la CS repetida.

Conclusiones: La inducción con balón de maduración cervical, en pacientes con una CS previa, es método seguro, y una buena opción para evitar la cesárea repetida y la morbilidad relacionada. Las complicaciones descritas aquí no pueden ser atribuidas al método de inducción.



INDUCCIÓN DEL PARTO CON BALÓN CERVICAL EN EMBARAZOS CON RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO FETAL TARDÍA

Marques X1, Jiménez J3, 4.
Rumante K2,

1Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico San Borja Arriarán
2Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro. 3Facultad de medicina Universidad de Chile Campus Centro
4Clínica Alemana Santiago, Facultad de medicina Clínica Alemana Santiago Universidad del Desarrollo.

Introducción: La inducción del parto en pacientes con sospecha de restricción de crecimiento intrauterino (RCIU) es un desafío clínico importante. Los diferentes métodos de inducción disponibles pueden poner en riesgo a los fetos y a la madre de complicaciones como sufrimiento fetal agudo o a inercia uterina. Disponer de un método seguro y eficaz para la inducción del parto en estos casos podría ser utilidad para todos los servicios de obstetricia.

Métodos: Estudio retrospectivo entre

2017 y 2018 en pacientes embarazadas con diagnóstico ecográfico RCIU bajo el percentil 10 (Alarcón-Pitalluga) en las que se indujo el parto mediante la dilatación cervical con balón. Se incluyeron variables demográficas, del parto y neonatales.

Resultados: En el periodo estudiado se indujo a 32 pacientes con edad materna media de 25 años (17-38), IMC de 27.8 (18-44), paridad 0.5 (0-3), CCA en 12.5%, estimación de peso fetal (EPF) 2291 g (1909-2928). La inducción se realizó a las 37.4 semanas (37-40) con BISHOP 3.3 (1-6) al inicio de esta. El intervalo a el retiro o salida del balón fue de 17.9 horas (3-25.5). Se realizó rotura artificial de membranas en 15% de las pacientes y se utilizó oxitocina para conducción del parto en 81.3% de los casos. Se logró fase activa (definida como dilatación 5 o más cms.) en 78% de las inducciones y parto vaginal en 65.5% de las pacientes. Los recién nacidos pesaron en promedio 2531 g (1970-3340), con APGAR a los 5 minutos de 8.9 (7-10). No se registraron complicaciones maternas ni fetales durante la inducción, parto o puerperio inmediato hasta el alta.

Conclusiones: El uso del balón cervical en pacientes con sospecha de RCIU permitió obtener el parto vaginal en dos tercios de las pacientes. Esto se logró sin presentar complicaciones fetales tipo asfixia. No hubo casos de polisistolía uterina ni complicaciones maternas post parto.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS MUERTES FETALES EN LAS AUDITORIAS

Del Hospital Clínico San Borja Arriarán Acosta, P.; Jiménez, J.; Figueroa, J.; Rencoret, G.; Parra, M.

Introducción: La reducción de un 15% la mortalidad perinatal es uno de los objetivos del ciclo vital para Chile para el decenio 2011-2020. Uno de los componentes de la mortalidad perinatal, son las muertes fetales (MF), la cual se define como aquella muerte intrauterina que ocurre luego de las 22+0 semanas o con un peso del nonato mayor o igual a 500gr. El objetivo de este estudio fue evaluar y comparar la tasa y causas de MF, sus características clínicas y demográficas en la población general y según nacionalidades.

Método: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de las auditorias de MF del año 2018 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, cuyos análisis se basó en la información obtenida del control y consultas prenatales en atención primaria, secundaria y terciaria, hallazgos ecográficos, clínica al momento de la atención del parto, evaluación de neonatología del óbito, resultados de la biopsia placentaria y, algunos casos, de la necropsia del recién nacido. Las MF fueron clasificadas de acuerdo a INCODE (del

ingles: INitial Causes Of DEath) en un comité ad-hoc local que incluye Obstetras-Ginecólogos, Materno-Fetales y Anatómo-Patólogos. Se realizó análisis estadístico descriptivo y Chi cuadrado para comparar variables categóricas del estudio.

Resultados: En el periodo analizado hubo 5.864 recién nacidos vivos (RNV), de los cuales 4.139 se produjeron en embarazadas inmigrantes. En el periodo analizado hubo 51 casos de MF, lo cual dio una tasa de 8,7 por 1.000 RNV, siendo la mayoría diagnosticados antes del inicio del trabajo de parto (88%) y bajo las 37 semanas (82%). Las causas de MF fueron explicadas por Complicaciones Obstétricas (60,7%), anomalías estructurales o cromosómicas (13,7%), infección fetal o placentaria (7,8%), condiciones patológicas de la placenta (3,9), condiciones médicas maternas (3,9%), condiciones hematológicas maternas fetales (1,9%), condiciones patológicas de la placenta (3,9), y finalmente las de etiología desconocida (7,8%). Es importante destacar que la restricción de crecimiento fetal (RCF; n=10) y desprendimiento prematuro de placenta (DPPNI) asociadas a preeclampsia (PE; n=6) fueron las principales causas asociadas a Complicaciones Obstétricas. Entre los antecedentes de las embarazadas destaca que su edad promedio fue de 30 años (18-46 años), 10% refirieron consumo de alcohol y/o drogas durante embarazo y 8% tenían una MF previa. En relación a sus controles prenatales, un 28% de las pacientes no se controlaron o tuvieron solo un control de embarazo, y que solo 24% de



ellas tuvo alguna de las ecografías de cribado de riesgo en el primer o segundo trimestre. La edad gestacional promedio al diagnóstico fue 30+1 semanas y la morbilidad obstétrica más frecuente fue PE (18%). Finalmente, se determinó que la tasa de MF en las mujeres migrantes Peruanas fue significativamente más baja que la población de embarazadas Chilenas (3,9 vs 11,0 x 1.000 RNV, $p=0,03$), mientras que las embarazadas Haitianas tuvieron una tasa levemente superior a las Chilenas, pero no estadísticamente significativo (12,4 x 1.000 RNV).

Conclusión: La tasa de MF en nuestro centro asistencial no difiere de lo reportado a nivel nacional (8,6 x 1.000 RNV), sin embargo, este estudio muestra diferencias significativas entre las poblaciones de embarazadas de acuerdo a su estado de migración. La causa más común de MF, según la clasificación internacional INCODE, fueron las complicaciones obstétricas, y entre ellas las asociadas a insuficiencia útero-placentaria y DPPNI. Sin embargo, la posibilidad de detectar y/o prevenir estas condiciones fue muy escasa en nuestro sistema dado que solo 24% de estas pacientes tuvo acceso a ecografías de cribado.



INDUCCIÓN DEL PARTO CON MISOPROSTOL: EXPERIENCIA DE UN AÑO, HOSPITAL LUIS TISNÉ BROUSSE (HLT), UNIVERSIDAD DE CHILE

Tabak V1, Soto C1, Burky D2, Díaz A2, A. Catalán2, M. Acevedo2, C. Aguirre2, A. Paredes. 2

1. Médico en Formación Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile 2. Médico tratante Alto Riesgo Obstétrico Hospital Luis Tisné Brousse.

Introducción: La inducción del parto es una actividad frecuente en nuestro quehacer diario con el objetivo de apoyar la experiencia del parto de la forma más natural posible. Existen diversos métodos de inducción, siendo uno de ellos el uso de análogo de prostaglandina (E1) Misoprostol.

Materiales y métodos: Estudio de corte retrospectivo. Revisión de base de datos de la unidad de alto riesgo obstétrico HLT entre septiembre de 2018 y agosto de 2019. Se presenta el análisis de los resultados de inducción de parto con Misoprostol.

Resultados: Se realizó inducción de parto con Misoprostol en un total de 376 pacientes, previo consentimiento informado y acorde al protocolo local (BISHOP < 4, 25-50 mcg cada 4-6 hrs). 210 primíparas (55,8%) y 166 multíparas (44,2%). La EG fluctuó entre 33+5 y 41+2 semanas. Las causas principales de inducción fueron el embarazo en vías de prolongación (25,5%) y el SHE (11,2%). Las dosis total utilizada de Misoprostol varió entre 25 mcg y 600 mcg, mediana y moda de 50mcg. Un 43,4% (163) requiere más de una dosis, 8,5% (32) requieren más de tres dosis. El total de las pacientes que recibieron más de 200 mcg tuvo un parto vaginal. Se obtuvo un total de 273 partos vaginales (72,6%) y 103 cesáreas (27,4%) Las inducciones fracasadas fueron 18 (4,7 %).

En primíparas: el éxito de inducción (parto vaginal) alcanza un 73,8% (155). La principal causa de cesárea fue estado fetal no tranquilizador 43% (24), mientras que el fracaso de inducción corresponde a un 20% (11).

En multíparas: se obtuvo un 71,1% (118) de parto vaginal; de las cesáreas un 14,5% (7) fue por inducción fracasada y un 43,7 % (21) por estado fetal no tranquilizador.

No existe diferencia estadísticamente significativa en el análisis de resultados obtenidos entre primíparas y multíparas ($p < 0.05$ IC 95%).

Hubo 3 casos de APGAR bajo 7 a los 5 minutos (0,8%), uno de ellos con RCIU, un embarazo



en vías de prolongación y una edad gestacional dudosa. Uno de ellos ingresó a UTI Neonatal.

No hubo casos de mortalidad materna ni neonatal precoz. No hubo casos de ruptura uterina.

Conclusiones: La inducción del parto con Misoprostol es un método seguro tanto para la madre como para el feto en nuestro medio, con una tasa global de éxito para parto vaginal de 72,6% incluyendo parto instrumentalizado. No hay diferencias significativas entre primíparas y multíparas. Estos resultados invitan a mantener el uso protocolizado de Misoprostol, un método económico, seguro y eficaz de inducción de parto.



RESULTADOS DE INDUCCIÓN DEL PARTO CON BALÓN DE COOK. HOSPITAL LUIS TISNÉ BROUSSE, UNIVERSIDAD DE CHILE

Soto C1 Tabak V1, , Burky D2, Díaz A2. Catalán A, Aguirre C, Acevedo M, Paredes A.

1Médico en formación Obstetricia y ginecología, Universidad de Chile 2Médico tratante Alto Riesgo Obstétrico Hospital Luis Tisné Brousse.

Introducción: La inducción del parto es frecuente en obstetricia dado la necesidad de interrumpir el embarazo por patologías maternas o fetales. Existen diversos métodos de inducción; la inducción mecánica con balón de Cook está especialmente indicada si las condiciones cervicales son muy desfavorables o existe antecedente de una cesárea anterior.

Materiales y métodos: Se revisan los datos ingresados en planilla diseñada para el análisis estadístico que caracteriza a las pacientes del servicio entre Septiembre de 2018 y Agosto de 2019. Se analizan los resultados y características de aquellas en las que se indujo parto con balón de Cook.

Resultados: Durante el periodo septiembre de 2018 y agosto de 2019, se indujo un total de 143 pacientes con balón de Cook con muy malas condiciones obstétricas (promedio de BISHOP 2), previo consentimiento informado y acorde a los protocolos de inducción de trabajo de parto vigentes que considera uso de balón de Cook por 24 hrs seguido de oxitocina y en pacientes sin cesárea uso posterior de misoprostol. De ellas 54 fueron primíparas (37,7%) y 89 multíparas (62,3%). La edad gestacional al inicio de la inducción fluctúa entre las 33+6 semanas y las 41+2 semanas. El principal motivo de inducción fue el embarazo en vías de prolongación (23,1%), seguido por diabetes gestacional (22,4%) Del total de pacientes inducidas, el 23,7% (34) tenían una cesárea anterior

Se obtuvo un total de 71 partos vaginales y 72 cesáreas. La principal causa de cesárea fue inducción fracasada en un 31,94% (23). En primíparas (BISHOP <2) se obtuvo un 62,9% de parto vaginal (34) y 20 cesáreas que corresponde a un 37,1 %, cuya causa fue en un 40% (8) la inducción fracasada. En el grupo de primíparas 12 recibieron misoprostol posterior a fracaso con balón, de éstas el 50% (6) tuvo cesárea. En multíparas el parto vaginal alcanzó 50,56% (45) incluyendo el grupo de pacientes con cesárea anterior en el que se logró parto vaginal en un 41,1 % (14). En multíparas sin cesárea anterior (55) el 56,4% (31) resultó en parto vaginal. De las cesáreas (24), 6 (25%) fueron por inducción fracasada, solo 3 de ellas recibieron misoprostol



posterior al retiro del balón.

No hubo casos de APGAR bajo 7 a los 5 minutos, de mortalidad materna ni neonatal precoz.

Conclusiones: El balón de Cook es un método seguro para la maduración cervical especialmente en el grupo de cesárea anterior donde las prostaglandinas están contraindicadas. Es posible mejorar los resultados con el uso de prostaglandinas posterior a la maduración con balón de Cook en pacientes sin cesárea anterior.



HEMOGLOBINURIA PAROXÍSTICA NOCTURNA Y EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO

Herrera F.1,2, De Martini F.2,4, Mujica J.3

1. Becado Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica del Maule, Talca. 2. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Regional de Talca. 3. Servicio de Hematología, Hospital Regional de Talca. 4. Universidad Católica del Maule, Talca.

Introducción: Las gestantes con diagnóstico de Hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN), se consideran embarazadas de alto riesgo, con potenciales complicaciones que pueden afectar a la madre y al feto. La trombosis es de las complicaciones más serias durante la gestación y puerperio, cuyo riesgo aumenta debido al estado de hipercoagulabilidad inherente al embarazo. A continuación, se presenta un caso, su evolución clínica durante el embarazo y post parto.

Caso clínico: Paciente de 25 años con antecedentes de hipotiroidismo y pancitopenia, en estudio desde 2015 por servicio de hematología, a quien en marzo de 2016 se le solicita biopsia de médula ósea que informa: Médula

ósea hematopoyética hipoplásica con 30% de celularidad. Por este hallazgo se sospecha de hemoglobinuria paroxística nocturna, confirmando diagnóstico con inmunofenotipo, el cual informa: pequeño clon de hemoglobinuria paroxística nocturna en eritrocitos (50%) y granulocitos (27%). Con embarazo confirmado inicia controles en alto riesgo obstétrico. A las 24 semanas de embarazo se hospitaliza por trombocitopenia y anemia, con signos de hemólisis, que requirió transfusión. A las 28 semanas se hospitaliza para vigilancia, donde se mantuvo en controles con hemograma día por medio, profilaxis tromboembólica con heparina de bajo peso molecular (HBPM), ácido fólico y corticoterapia. A las 32 semanas se planifica maduración fetal, y a las 34 semanas se realiza cesárea electiva más esterilización quirúrgica, sin complicaciones. Se obtiene un recién nacido de sexo femenino, peso de nacimiento 2000 g, APGAR 8-9. Al sexto día es dada de alta sin complicaciones.

Discusión: La HPN es una enfermedad clonal de las células progenitoras hematopoyéticas, que se origina por la mutación adquirida del gen fosfatidil-inositol-glicano grupo A. Como consecuencia, no se sintetiza el grupo de anclaje glucosil-fosfatidil-inositol, el cual es necesario para la fijación de numerosas proteínas de membrana a la superficie celular. Algunas de las proteínas que son incapaces de adherirse a la membrana de los glóbulos rojos, funcionan como inhibidores fisiológicos de



la activación del complemento. Como consecuencia los eritrocitos son más sensibles a las acciones de este, produciendo principalmente hemólisis y activación plaquetaria. El manejo de estas pacientes es complejo, y debido a lo poco frecuente de esta patología no existen consensos internacionales en embarazadas. La terapia habitual se basa en el uso de corticoides, HBPM y soporte transfusional. El Eculizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado, que actúa en contra de las proteínas del complemento, pareciera ser efectivo como tratamiento específico en pacientes gestantes, pero debido a su alto costo, el seguimiento de nuestra paciente se basó principalmente en evitar la patología tromboembólica.

Conclusiones: Existen casos clínicos publicados donde Eculizumab aparece como una terapia segura en pacientes embarazadas, con buenos resultados materno-fetales, aunque el alto costo dificulta su uso de forma rutinaria. Independiente del fármaco, el manejo de las gestantes con HPN debe ser realizado en un centro de alta complejidad, con capacidad diagnóstica y terapéutica para poder resolver potenciales complicaciones materno-fetales.



DIABETES Y EMBARAZO: RESULTADOS TERAPEUTICOS DE NUESTRO CENTRO

Morales F1, Galarce V1,2

1Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 2Becada de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

Objetivo: Evaluar el nivel de control global y por grupo de tratamiento además de los episodios de hipoglicemia en las embarazadas con diagnóstico de diabetes gestacional controladas en el Hospital El Carmen de Maipú (HEC) y los pesos de los recién nacidos al nacer.

Método: Realizamos un estudio retrospectivo observacional entre Enero de 2018 y Diciembre de 2018, en 260 pacientes embarazadas entre 11+0 y 39+6 semanas, con diagnóstico de diabetes en el embarazo, en control en la unidad de diabetes y embarazo del HEC. A su ingreso se les proporcionó una máquina de autocontrol de glicemia capilar diaria. Las pacientes fueron manejadas en la unidad de acuerdo con el protocolo de tratamiento de diabetes en el embarazo de la unidad. Las mediciones de glicemia capilar fueron 4 veces al día para tratamiento con dieta (DT) o metformina (MTF) y 5 veces al día

para tratamiento con glibenclamida (GLB) o insulina (INS). En el día del parto la máquina era entregada. Se definió como hipoglicemia a glicemia capilar <50 mg/dL, hiperglicemia severa a > 200 mg/dL, en rango entre 60 mg/dL y 120 mg/dL, hiperglicemia leve entre 121 mg/dL y 199 mg/dL. Además, se analizaron los pesos al nacer de forma global y por grupo de tratamiento, y se clasificaron como pequeño para la edad gestacional (PEG) si $p < 10$ y grande para la edad gestacional (GEG) si $p > 90$.

Resultados: En el año 2018, hubo 2951 partos, de los cuales 260 correspondieron a pacientes con diagnóstico de diabetes en el embarazo, controladas en la unidad de diabetes y embarazo del HEC, y que entregaron su máquina, equivalentes al 8,81% de los nacimientos totales. De estas 89,23% (232/260) tuvieron diabetes gestacional, 10,00% (26/260) diabéticas tipo 2 y 0,77% (2/260) diabéticas tipo 1. En cuanto al tratamiento, 62,31% (162/260) fueron tratadas con DT, 16,92% (44/260) con GLB, 6,54% (17/260) con MTF y 14,23% (37/260) con INS. Del análisis de glicemias, se juntaron un total de 63.281 glicemias, correspondientes al 46,57% (29.468/63.281) en el grupo de DT, 9,08% (5.745/63.281) en MTF, 18,81% (11.901/63.281) en GLB y 25,55% (16.167/63.281) en INS. Del análisis global de glicemias, los episodios de hipoglicemias fueron de 0,7%, los de hiperglicemia severa 0,54% y 83,06% en rango. En el análisis por grupo de tratamiento, los episodios de hipoglicemias fueron de 0,19%, 0,21%, 0,83% y 1,54% para



tratamiento con DT, MTF, GLB e INS respectivamente. Los episodios de hiperglicemias severas fueron de 0,38%, 0,08%, 0,59% y 1,47% para DT, MTF, GLB e INS respectivamente. Episodios en rango 86,25%, 93,06%, 83,48% y 79,61% para DT, MTF, GLB e INS respectivamente. Del análisis global de los pesos, 14,23% PEG y 21,54% GEG. En el análisis por grupo de tratamiento en DT 12,35% PEG, 20,37% GEG. En MTF 11,76% PEG, 35,29% GEG. En GLB 18,18% PEG, 18,18% GEG. Finalmente, en INS 18,92% PEG, 24,32% GEG.

Conclusión: En la experiencia de nuestro centro, no hay diferencias significativas en cuanto a episodios de hipoglicemia entre los tres grupos de tratamiento farmacológico, así como tampoco hay diferencias entre estos tres grupos en cuanto a episodios de hiperglicemia severa. En relación al control de peso de los hijos de madres diabéticas, al nacer, glibenclamida logra un mejor control comparado con los otros dos fármacos. Por último, tanto glibenclamida, como metformina e insulina, son una alternativa segura y efectiva en el tratamiento de la diabetes durante el embarazo.



PROTEÍNA ALFA MICROGLOBULINA PLACENTARIA TIPO 1 PARA PREDECIR EL PARTO PRETERMINO ESPONTÁNEO EN MUJERES SINTOMÁTICAS

Morales F1, Galarce V1,2, Zambrano S1,2

1Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 2Becada de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue determinar la efectividad de la proteína alfa microglobulina placentaria tipo 1 (PAMG-1) para predecir el parto pretérmino a los 7 y 14 días desde el momento de la evaluación, en nuestro centro, el Hospital el Carmen de Maipú.

Método: Realizamos un estudio prospectivo observacional, entre abril de 2018 y agosto de 2019. La población de estudio consta de 75 mujeres embarazadas, con síntomas de parto prematuro entre las 24 + 0 y 33 + 6 semanas de gestación con embarazos únicos o gemelar, longitud cervical entre 20-30 mm y membranas intactas. PAMG-1 se realizó en el momento de

la admisión de acuerdo con las instrucciones del proveedor y se calculó el intervalo a la fecha del parto. Las pacientes con test positivo para PAMG-1 fueron manejadas en nuestra Unidad de maternidad de alto riesgo de acuerdo con nuestro protocolo de parto pretérmino.

Resultados: Se analizaron 75 pacientes. La tasa general de parto pretérmino fue del 4% dentro de los siete días y del 9% dentro de los catorce días posteriores a la prueba. El 19% (14/75) tenía PAMG-1 positivo y el 81% (61/75) tenía PAMG-1 negativo. El valor predictivo positivo (VPP) y el valor predictivo negativo (VPN) para el parto pretérmino espontáneo dentro de los 7 días fue 15% (2/11) y 98% (1/57) respectivamente. En cuanto al parto pretérmino a los 14 días, el VPP fue 21% (3/11) y VPN fue 93% (4/57).

Conclusión: El resultado negativo del test de PAMG-1 en mujeres embarazadas que presentan síntomas de trabajo de parto pretérmino y longitud cervical entre 20-30 mm indica que el parto pretérmino espontáneo dentro de los 14 días es muy poco probable. Nuestros resultados están de acuerdo con los resultados publicados. PAMG-1 es fácil de usar y su excelente desempeño para descartar un parto prematuro dará como resultado menos hospitalizaciones, uso de tocólisis, corticosteroides y, en general, un ahorro de recursos económicos y humanos.



ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE EL MANEJO ACTIVO Y EL MANEJO EXPECTANTE DEL TRABAJO DE PARTO Y SU RELACIÓN CON EL PERIODO EXPULSIVO Y EL RESULTADO PERINATAL

Revisión Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Herminda Martín, Chillán Enero-Diciembre 2018.

Torres A. (1), Ramírez C. (2), Eltit A. (2), Araya J. (2), Caballero A. (5)

(1) Médico Becado Obstetricia y Ginecología, Universidad de Concepción, Chile. (2) Interno/a de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. (3) Médico Gineco-obstetra, Medicina Materno-fetal, Docente Universidad de Concepción, Chile

Introducción: El trabajo de parto prolongado es una importante causa de mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Entre las

causas subyacentes frecuentes se incluyen las contracciones uterinas ineficientes, presentación o posición fetal anormal, pelvis ósea inadecuada o anomalías de partes blandas de la madre. Para optimizar el resultado perinatal, se puede realizar un manejo activo del trabajo de parto, que incluye conducción oxitócica, ruptura temprana de membranas, analgesia del trabajo de parto y vigilancia estricta de la paciente. El manejo activo del trabajo de parto ha demostrado diversos beneficios, como la disminución de la hemorragia postparto, el acortamiento de la duración del trabajo de parto, el alivio del dolor y la disminución de la tasa de cesáreas. Los métodos tradicionales utilizados para acelerar el trabajo de parto han sido el uso de infusión intravenosa de oxitocina y la rotura artificial de membranas (amniotomía), siendo el propósito conseguir una actividad uterina suficiente para generar cambios del cuello uterino y el descenso fetal, evitando la aparición de un estado fetal desalentador.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de 2746 pacientes, que recibieron atención del trabajo de parto en el Hospital Herminda Martín de Chillán durante el año 2018, comparando el manejo activo y el manejo expectante del trabajo de parto y su relación con el periodo expulsivo y el resultado perinatal.

Resultados: De las 2746 pacientes que recibieron atención del trabajo de parto en el



Hospital Herminda Martín de Chillán durante el año 2018, 1727 (62.9%) tuvieron parto vaginal, mientras que 1019 (37.1%) tuvieron parto por cesárea. De los partos vía vaginal, 718 (41.6%) tuvieron manejo expectante del trabajo de parto, en 575 (33.3%) se realizó rotura artificial de membranas, en 184 (10.7%) se realizó conducción del trabajo de parto y en 154 (11.5%) se administró analgesia del trabajo de parto. En sólo 79 (4.6%) de los partos, se realizó el manejo activo del trabajo de parto completo (rotura artificial de membranas, asociado a analgesia peridural y conducción del trabajo de parto). La duración media del periodo expulsivo en el manejo expectante del trabajo de parto fue de 21.5 minutos, en el manejo sólo con rotura artificial de membranas fue de 20.7 minutos, en la asociación de rotura artificial de membranas y conducción del trabajo de parto fue de 21.8 minutos y en la asociación de rotura artificial de membranas, conducción del trabajo de parto y analgesia peridural fue de 27.7 minutos. La incidencia de puntuaciones APGAR menores a 7, con el manejo expectante del trabajo de parto, fue de 10 casos, mientras que, con el manejo activo del trabajo de parto, fue de 5 casos.

Conclusiones: Los resultados obtenidos, muestran que el manejo activo del trabajo de parto, comparado con el manejo expectante, no representa un cambio significativo en cuanto al tiempo de duración del periodo expulsivo. Sin embargo, se mostró una reducción a la mitad en la incidencia de puntuaciones APGAR menores

a 7 con el manejo activo del trabajo de parto, comparado con el manejo expectante. Otro de los beneficios del manejo activo, es permitir una monitorización materno fetal más estrecha, conocer el estado del líquido amniótico al realizar rotura artificial de membranas y evitar el dolor materno con el uso de analgesia peridural.



EXPERIENCIA CLÍNICA EN DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CARDIOPATÍAS CONGÉNITAS EN FETOS DE MADRES PORTADORAS DE DIABETES PREGESTACIONAL, EN EL HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE DE CONCEPCIÓN

Ramos .V1, Inzunza .C2, Álvarez. A3.

(1) Becada de Obstetricia y Ginecología, Departamento de Ginecología y Obstetricia Facultad de Medicina Universidad de Concepción. (2) Médico Gineco-Obstetra, Unidad de Exploración Fetal Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción. (3) Médico Pediatra y Cardiólogo Infantil. Colaborador docente del Departamento de Ginecología y Obstetricia de la Facultad de Medicina Universidad de Concepción. Unidad de Exploración Fetal Hospital Guillermo Grant Benavente, Concepción.

Introducción: Diabetes Mellitus (DM) constituye la alteración metabólica que más frecuentemente se asocia al embarazo.

La diabetes pregestacional (DPG) incluye la DM tipo 1 (DM1) y 2 (DM2). La prevalencia de diabetes en el embarazo esta entre el 2-4%, y alrededor del 90% de estas pacientes son diabéticas gestacionales (DG) y el 10% restante corresponden a DPG. El riesgo de malformaciones congénitas en el hijo de madre diabética (HMD) se considera 10 veces mayor que en la población general, 4-6% de ellos tiene una o más malformaciones congénitas mayores. Dentro de las más frecuentes se encuentran las cardiacas. Los defectos cardiacos más frecuentes son comunicación interventricular (CIV), miocardiopatía hipertrófica no obstructiva, transposición de grandes arterias, coartación aortica y tabique interauricular tipo foramen oval.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de embarazadas con DPG que se realizaron ecocardiograma fetal en la Unidad de Exploración Fetal de Hospital Guillermo Grant Benavente entre el 01 de enero de 2017 y el 30 de junio de 2019. Se analizó la base de datos de la Unidad de Exploración Fetal del hospital. Los datos se analizaron con programa estadístico Excel.

Resultados: Se analizaron 154 ecocardiogramas que corresponden a embarazadas con DPG. El promedio de edad de las madres al momento de la evaluación fue de 33 años con un promedio de edad gestacional de 29 semanas. De las pacientes estudiadas 23% presentaron anomalías. Se diagnosticaron 18 Miocardiopatías Hipertrófica (MCH), 11,6% del total. La CIV muscular aisladas se diagnosticó en 11



pacientes (7,1%), CIV perimembranosa en 1 paciente (0.6%), CIV musculares múltiples en 2 pacientes(1,2%) que corresponde al 9% del total analizado. Además, se diagnosticó una vena cava izquierda persistente, un extrasistolia supraventricular sin repercusión hemodinámica, un aneurisma de la punta del ventrículo derecho y un Síndrome de Hipoplasia del Ventrículo Izquierdo.

Conclusiones: Las cardiopatías fetales más frecuentes en embarazadas con DPG sigue siendo en frecuencia la CIV y la MHC no obstructiva. La experiencia local en nuestro grupo estudiado determinó que la MCH es el defecto más frecuente seguido de la CIV.



EXPERIENCIA LOCAL EN HISTERECTOMÍAS OBSTÉTRICAS EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO (CABL): 2015- 2018

(1)Donoso D; (1)Castro I;
(2)Caro G.

(1) Médico en formación de especialista Ginecología Obstetricia U. Chile, sede Sur (2) Servicio Ginecología-Obstetricia CABL

Introducción: La histerectomía obstétrica es una intervención efectiva e infrecuente para resolver una situación de urgencia y alta morbilidad. El objetivo de esta revisión es caracterizar a la población de púerperas sometidas a este proceso y sus resultados perinatales.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de las estadísticas demográficas del CABL, con selección de los casos con histerectomía obstétrica inmediata durante las 24 horas posteriores al nacimiento, durante el período de Enero 2015 a Diciembre 2018. Revisión de fichas clínicas de los casos identificados en búsqueda de: datos demográficos, paridad, vía del parto, criterio de

urgencia, indicación de la cesárea, temporalidad de la intervención, causa de la histerectomía, tipo de histerectomía, evaluación de la pieza operatoria, duración hospitalización, necesidad de transfusión de hemoderivados, ingreso a unidad de paciente crítico(UPC), reintervención quirúrgica, resultado materno y perinatal.

Resultados: Durante Enero del 2015 a diciembre 2018 se registraron 16.172 nacimientos, los que se distribuyen en un 68% partos vaginales y un 32% cesáreas. Se identificaron 33 histerectomías postparto(2/1.000). Se analizaron 31(94%) fichas. La edad promedio de las pacientes identificadas fue de 34 años(25-42). 61% era multípara y 13% primigesta. El 58% de las pacientes era obesa. La edad gestacional promedio fue de 37 semanas. En un 13% (4/31) la vía del parto fue vaginal y en 87%(27/31) cesárea. De las cesáreas el 68% correspondió a una de urgencia y el 19% a una programada. Las principales causas de cesárea fue la placenta previa oclusiva total(8/27). 77% de las histerectomías se realizó en el mismo tiempo operatorio que la cesárea, 23% durante las 2 hrs posterior al nacimiento. Las principales causas de la indicación de la histerectomía fueron: 42%(13/31) sospecha de acretismo placentario, 32%(10/31) inercia uterina y 19%(6/31) rotura uterina. 58% fue histerectomía subtotal y un 42% total. 40% de las pacientes con inercia uterina recibieron manejo farmacológico escalonado y completo (4 fármacos). En un 30% del mismo grupo se aplicó sutura de B- Lynch previo a la histerectomía. El análisis de la pieza



operatoria demostró: 39% placenta acreta, 3% increta, y 10% Percreta. 75%(12/16) de ellas tenía antecedente de 1 o más cesáreas. Del total de pacientes un 58% requirieron transfusión de algún hemoderivado. Con un promedio por paciente de 3,7 UI de glóbulos rojos 4,6 UI de plasma fresco congelado, 5,3 UI de plaquetas y 5,6 UI de crioprecipitado. Un 23% de las pacientes requirieron cama UPC, con un promedio de estadía de 1,8 días por paciente. El tiempo de hospitalización por pacientes fue de 3,6 días post histerectomía. Una paciente presentó necesidad de reintervención por dehiscencia de cúpula. Se registró una muerte materna, descrita como complicación anestésica. De los resultados perinatales: 39% correspondió a fetos prematuros, 17% menor a 34 semanas. No se registro APGAR menor a 7 a los 5 minutos ni muertes fetales intraparto o postparto. El peso promedio de recién nacido fue 2.749 gr.

Conclusiones: El manejo multidisciplinario y oportuno puede disminuir la morbimortalidad en este grupo de pacientes.



ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE DOS MÉTODOS OPERATORIOS EN EL MANEJO DEL ABORTO RETENIDO

Aravena, L.; Gutierrez, D.; Cortes, N.; Aleuallí, C.; Guíñez, R.; Sepúlveda, A.; Parra, M. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: El manejo habitual del aborto retenido en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, incorpora un manejo expectante ambulatorio de alrededor de 2 a 3 semanas, y de fracasar esa alternativa, se hospitaliza para una inducción con misoprostol y legrado uterino instrumental bajo anestesia general. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) recomiendan como un método seguro en el manejo de abortos el método de aspiración al vacío manual (MAVM).

Objetivo: Comparar los métodos de “MAVM” y el “manejo quirúrgico convencional” (misoprostol y legrado uterino instrumental) en pacientes hospitalizadas con el diagnóstico de aborto retenido (atención cerrada).

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo en 79 pacientes, de las cuales aleatorizadamente fueron asignadas al grupo legrado convencional (n=40) y MAVM (n=39). Las pacientes ingresaron a la Unidad de pre partos para vaciamiento uterino por Aborto retenido de acuerdo a los criterios de inclusión, y allí se les informaba sobre los 2 tipos de vaciamiento (legrado o aspiración). Si aceptaba participar en el estudio, firmaba un consentimiento informado. Se midieron y compararon variables como tasa de fracaso y complicaciones de ambas técnicas, grado de metrorragia, cambios en parámetros hemodinámicos y de hematocrito/hemoglobina pre y post procedimiento, y complicaciones de ambos métodos. Se realizaron análisis de variables continuas y dicotómicas.

Resultados: Entre las variables clínicas y epidemiológicas de los grupos, destaca que la edad materna (32 años), paridad (60% nulíparas) e IMC (26 cm/m²) fueron similares. Hubo diferencias significativas en el uso de misoprostol previo al procedimiento, siendo 20,5% en el grupo de MAVM y 82,5% en el de legrado ($p < 0,05$). Además, el uso de anestesia regional fue más frecuente en el Grupo MAVM que legrado (43,5% vs 10%, $p < 0,05$), siendo los restantes casos manejados con anestesia general. En 4 procedimientos aleatorizados a MAVM (10,2%) se tuvo que complementar con un legrados por percepción de persistencia de restos ovulares en la imagen ecográfica contemporánea. Una metrorragia leve post



procedimiento se consignó en el 50% del grupo legrado y 20,5% del grupo MAVM ($p < 0,05$). Sin embargo, no hubo cambios significativos entre la hemoglobina pre y post-procedimientos en ambos grupos. Destaca que tanto el pulso ($74,6 \pm 8,4$ vs $69,5 \pm 4,7$ lpm, $p < 0,05$) como la presión arterial media (PAM) ($82,8 \pm 10,1$ vs $75,1 \pm 9,4$ mmHg, $p < 0,05$) fueron significativamente más bajos en el periodo post-procedimiento comparado con el pre-procedimiento en el grupo MAVM, lo cual no se observó en el grupo legrado. Un 5% de los casos tuvo sospecha de mola, y 6,3% de cromosomopatía en el estudio histológico de la placenta. Finalmente, hubo una perforación uterina y una laparoscopia diagnóstica por persistencia del dolor en los casos del grupo de legrado.

Conclusión: Este estudio confirma que el MAVM es un método seguro y sin complicaciones mayores al compararlo con el legrado uterino, por lo que apoya las políticas actuales del Ministerio de Salud, y de nuestro Departamento, en cuanto a incorporarlo definitivamente en el manejo hospitalario de los abortos retenidos.



REVISION DE CASOS DE ROTURA PREMATURA DE MEMBRANA PREVIABILIDAD FETAL INGRESADOS AL SERVICIO DE ALTO RIESGO OBSTETRICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA, DR. LEONARDO GUZMAN

1.- Dr. Mardones G; 2.- Cádiz J.

1.- Residente de Obstetricia y Ginecología de la U. De Antofagasta 2.- Interna de medicina de la U. De Antofagasta

Introducción: La rotura prematura de membrana previabilidad fetal < 24 semanas de gestación, es una situación que provoca gran carga emocional a los padres como a los profesionales de la salud, quienes se enfrentarán a dilemas éticos y limitaciones técnicas para entregar una atención integral y completa al paciente. Es una patología poco frecuente del embarazo con una incidencia de 0,3-0,7% y es una causa importante de morbimortalidad materna y fetal. El uso de antibióticos al ingreso, prolonga el periodo de latencia, lo que influye

directamente en el resultado perinatal. El uso de corticoides es de regla, una vez alcanzada la viabilidad fetal.

Material y método: Estudio retrospectivo que incluye pacientes con diagnóstico de ingreso a la unidad de hospitalización de alto riesgo obstétrico de rotura prematura de membrana previabilidad fetal, ocurridas en el periodo comprendido entre abril del 2014 y junio del 2019; en el Hospital regional de Antofagasta. Se obtuvo un total de 32 casos que cumplen los criterios de admisión, en un solo caso no fue posible dar con el registro completo por lo que se descarto, además fueron excluidos los embarazos gemelares y con malformación congénita. Se valoro la edad gestacional de la rotura de membrana, el tratamiento inicial al momento de ingreso, uso de antibióticos, corticoides, período de latencia, edad gestacional al momento del parto, vía del parto, manejo ambulatorio versus el manejo hospitalario y complicaciones.

Resultados: La edad gestacional (EG) de la rotura de membrana fluctúa entre las 16 + 0 y 23 + 5 EG, 19 casos ocurrieron sobre las 20 semanas de EG. Al ingreso 30 pacientes recibieron antibióticos, el esquema más utilizado fue el asociado con Ampicilina más Eritromicina. Los corticoides fueron administrados a la totalidad de los pacientes una vez alcanzada la viabilidad fetal. El periodo de latencia se destaca por ser impredecible con un rango entre 1 – 103 días con una media de 32,03 días, una mediana de



17 días. La mediana de la EG al momento del parto, de los 14 casos que superaron el límite de viabilidad fetal, es de 29 + 1 (rango: 24+1 – 35 +2). Se realizaron 10 partos, 13 cesáreas y 8 legrados uterinos. Al observar los casos con manejo ambulatorio (10) versus manejo hospitalario (21), no se evidencia una diferencia significativa en el riesgo de complicaciones maternas o fetales. Las complicaciones evidenciadas fueron mortinatos (11), corioamnionitis (9), posición distócica podálica (6), desprendimiento prematuro de placenta (3), procidencia de cordón (2). Un caso requirió histerectomía por acretismo placentario y shock séptico, manejada en UCI del Hospital. No hubo muerte materna en los casos revisados.

Conclusión: El uso de antibióticos, corticoides, vigilancia estricta de signos y síntomas de infección ovular y de otras complicaciones del embarazo son fundamentales para ofrecer el manejo conservador a estos pacientes. La morbilidad y mortalidad fetal estará directamente determinada por la EG al momento del parto.



INFECCIÓN INTRAAMNIÓTICA POR CÁNDIDA ALBICANS EN USUARIA DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO: REPORTE DE UN CASO

del Pozo F., Sarmiento A., Díaz A., Aguirre C., Catalan A., Acevedo M., Burky D., Narvaez P., Paredes A. Equipo Alto Riesgo Obstétrico Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisne Brousse. Universidad de Chile

Introducción: Una infección intraamniótica corresponde a la presencia de microorganismos en el líquido amniótico, generalmente es de origen bacteriano polimicrobiano y de transmisión ascendente. Puede ser subclínica o manifestarse como corioamnionitis clínica. A pesar de que la vulvovaginitis micótica, principalmente por *Candida Albicans* es frecuente en el embarazo, con una incidencia de 18-25%; hay muy pocos casos reportados de corioamnionitis micótica, alcanzando solo un 0.8% de los casos. Los principales factores de riesgo son: dispositivo intrauterino, cerclaje, rotura prematura de membranas y fertilización in vitro. El 30% de las IIA en usuarias de DIU son causadas por

Candida albicans, siendo su incidencia mucho mayor que en la población general. El diagnóstico puede confirmarse con amniocentesis o estudio histológico placentario. La importancia de realizar un diagnóstico oportuno radica en que la infección intraamniótica por hongos, se asocia a mayor riesgo de aborto, rotura prematura de membranas, parto prematuro, corioamnionitis y candidiasis sistémica con compromiso multiorgánico neonatal. Hay escasa literatura respecto a este tema y la mejor alternativa de tratamiento aún no está estandarizada, siendo evaluada caso a caso.

Método: Se revisa caso de paciente 26 años, cursando embarazo 24+5 semanas y su historia clínica. Previa firma de consentimiento informado, para uso de información y fotografías.

Resultados: Multipara de 1, usuaria de dispositivo intrauterino, cursando embarazo con DIU de 24+5 semanas. Consulta por cuadro de 5 horas de evolución caracterizado por contracciones uterinas dolorosas, sin sangrado ni pérdida de líquido. Especuloscopia compatible con vulvovaginitis micótica, TV: cuello posterior acortado y cerrado. Ecografía: feto único en podálica, placenta anterior alta. Estimación de peso fetal 693g. Cervicometría 26mm, 24mm con valsalva. En contexto de amenaza de parto prematuro se hospitaliza para amniocentesis, maduración pulmonar, tratamiento antibiótico con Clindamicina y Gentamicina endovenoso y antimicótico con fluconazol vía oral. Al laboratorio impresionan Leucocitos 28.950, PCR 4.0.



En estudio de líquido amniótico destaca Gram con levaduras, sin bacterias. Paciente evoluciona con contracciones uterinas dolorosas, y trabajo de parto inicial. Sin taquicardia materna ni fetal. Se confirma feto en podálica, se explica situación a paciente y se decide resolución del embarazo vía alta.

Conclusión: Es importante la sospecha diagnóstica en pacientes con factores de riesgo ya que la Infección intraamniótica por *Cándida Albicans* es infrecuente y de muy mal pronóstico neonatal. En embarazadas con DIU lo ideal es retirarlo en el 1º control prenatal. Si esto no es posible, podría considerarse tratamiento empírico durante el 1º trimestre con control estricto de flujo vaginal durante el embarazo. Faltan estudios para generar recomendaciones generales acerca del tratamiento antimicótico y vía de administración más adecuados en infección intraamniótica por *cándida* tanto a nivel internacional como en nuestro país.



HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPATICO NO ROTO EN EL PUERPERIO TARDIO: REPORTE DE UN CASO

del Pozo F., Sarmiento A., Díaz A., Aguirre C., Catalan A., Acevedo M., Burky D., Narvaez P., Paredes A. Equipo Alto Riesgo Obstétrico Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisne Brousse. Universidad de Chile

Introducción: El hematoma subcapsular hepático, es una complicación infrecuente de la gestación o del período puerperal. Generalmente asociado a preeclampsia o síndrome de HELLP. Su incidencia varía desde 1/45.000 a 1/225.000 embarazos. Muchas veces inadvertido, pero cuando es sintomático, se presenta con compromiso del estado general, dolor epigástrico, omalgia, náuseas y vómitos, asociado elevación de transaminasas y trombocitopenia. El diagnóstico debe confirmarse por tomografía axial computarizada. Su principal complicación es la ruptura, que se asocia a un 40% de mortalidad materna. El tratamiento de los hematomas subcapsulares hepáticos contenidos en pacientes hemodinamicamente estables es expectante con

reposo y hospitalización en unidad monitorizada; Por otro lado, se sugiere manejo invasivo en casos de inestabilidad hemodinámica, anemización severa, aumento del volumen, rotura o infección del hematoma.

Método: Se revisa caso clínico de paciente de 34 años cursando embarazo de 31 semanas y su historia clínica. Se cuenta con consentimiento en ficha clínica para uso de información y fotografías. Caso ocurrido en Hospital Santiago Oriente, Doctor Luis Tisne Brousse, Chile.

Resultado: Primigesta 34 años, antecedentes de hipotiroidismo e insulino resistencia, cursando embarazo de 31 semanas. Consulta en urgencia por dolor abdominal y cefalea. Al ingreso presión arterial 140/86, monitorización fetal reactiva con dinámica uterina, sin modificaciones cervicales. Se hospitaliza, inicia tocolisis y completa maduración pulmonar. Evoluciona hipertensa, con epigastralgia omalgia y reflejos exaltados bilateral, con elevación progresiva de las transaminasas, LDH, y disminución de plaquetas. En contexto de HELLP, se suspende tocolisis, se inicia sulfato de magnesio y se realiza cesárea de urgencias. Se mantiene en observación, hospitalizada en puerperio completa 7 días postparto y es dada de alta en buenas condiciones. Re-ingresa una semana después por persistencia de dolor en hipocondrio derecho y ecografía sugerente de hematoma subcapsular, TAC confirma hematoma multiloculado de 17x8cm y 13x8 cm en VI segmento hepático.



Conclusión: Conocer los factores de riesgo y manifestaciones clínicas de un hematoma subcapsular hepático en el embarazo es fundamental para realizar un diagnóstico precoz, lo cual permite brindar tratamiento multidisciplinario oportuno, disminuir el riesgo de ruptura de hematoma y morbimortalidad materna.



COMPARACIÓN EN INCIDENCIA DE TRAUMA PERINEAL ENTRE PARTO EN POSICIÓN TRADICIONAL VERSUS PARTO VERTICAL DURANTE EL AÑO 2019 EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Toro D., Hinojosa M.J., López M., Fuentes J., Briceño G., Casacuberta M.J. Unidad de Partos, Hospital San Juan De Dios, Universidad de Chile.

Introducción: A nivel mundial, la incidencia de desgarros perineales alcanza hasta un 85% del total de partos vaginales, mientras que la de OASIS hasta un 3%. La prevención del trauma perineal se ha transformado en un objetivo prioritario para el estudio y tratamiento de la patología de piso pélvico. Lesiones clasificadas dentro de los OASIS han demostrado tener una alta correlación con incontinencia fecal y prolapso, por el daño producido a los esfínteres o al músculo elevador del ano. Dentro de las medidas de prevención existen algunas que

tienen un importante rol definido, como lo son la episiotomía medio lateral, el correcto retiro de las ramas de Fórceps durante el periodo expulsivo en partos instrumentales, y una adecuada protección de periné, sin embargo, nuevas propuestas que incluyen una comunicación entre usuaria y obstetra/matrón(a), el control de la velocidad del periodo expulsivo, la mínima tracción sobre los hombros del feto y la libertad del sacro en la posición de parto, han ganado importancia dentro de la prevención de las lesiones mencionadas.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva datos de la incidencia de desgarros perineales desde primer a cuarto grado (incluyendo OASIS), comparando partos vaginales en posiciones tradicionales (Litotomía, PV 45°), con partos vaginales en posiciones que permiten libertad de sacro (PV 90°, lateral, en 4 apoyos, en cuclillas, de pie, de rodillas, genupectoral), durante el 2019 en el servicio de maternidad de HSJD.

Resultados: El total de partos vaginales analizados es de 1425, de los cuales 837 (58.7%) ocurrieron en posiciones tradicionales, mientras que 588 (41.3%) ocurrieron en posiciones no tradicionales. La incidencia global de lesiones perineales durante el periodo evaluado fue 72.77%, de las cuales, un 0.007% corresponden a OASIS (9 casos). La incidencia total de lesiones perineales en partos en posiciones tradicionales fue de 76.82% (643), desglosada de primer a cuarto grado en los siguientes porcentajes: 87% (558), 12% (76), 0.009% (6), 0.004% (3). Por otra parte, la incidencia total de lesiones perineales



en partos en posiciones no tradicionales fue de 75.5%, desglosada de primer a cuarto grado en los siguientes porcentajes: 91.6% (407), 8.3% (37), 0% (0), 0% (0).

OASIS.

Discusión: Durante el periodo estudiado es posible observar que la incidencia de partos en posiciones no tradicionales alcanzó un 41.3% del total de los partos, cifra que nos parece pionera dentro de la literatura, ya que no hay registros formales estadísticos de dicha incidencia. Dentro de este porcentaje vemos que la incidencia de OASIS muestra una disminución estadísticamente significativa comparada con partos en posiciones tradicionales. Por otro lado, se puede observar también una leve diferencia en la incidencia de lesiones perineales de primer y segundo grado, que no alcanza a ser estadísticamente significativa.

Conclusiones: La diferencia de incidencia de las lesiones perineales severas (OASIS 3-4) entre partos en posición tradicional versus en posiciones no tradicionales resultó significativamente menor en las últimas, situación que se condice con la bibliografía internacional, como el estudio STOMP, publicado en 2016. Por lo anterior se concluye que es necesario incluir esta medida dentro de la prevención formal de lesiones perineales, basado tanto en su facilidad en implementación, como en su excelente costo efectividad.

Palabras claves: Parto Vaginal, Lesiones Perineales, Posición Parto Vaginal,



NUEVO ANÁLISIS DE TASAS DE CESÁREA: EPIDEMIOLOGÍA DEL NACIMIENTO SEGÚN CLASIFICACIÓN DE ROBSON MODIFICADA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS 2019

Hinojosa M.J., Toro D., López M., Fuentes J., González D., Casacuberta M.J. Unidad de Partos, Hospital San Juan De Dios, Universidad de Chile.

Introducción: Actualmente las cesáreas en Chile representan al 40% del total de nacimientos, siendo la recomendación de la OMS un 20%. La clasificación de Robson es una herramienta diseñada para reducir la tasa de Cesárea, reconocida como la más adecuada para la categorización de nacimientos, permite la comparación de datos según distintos subgrupos de embarazadas para analizar las tasas de cesáreas y planificar intervenciones. Tanto la clasificación original como sus modificaciones incluye grupos prospectivamente identificables, mutuamente excluyentes y totalmente incluyentes.

Método: Se analizaron de forma retrospectiva datos respecto a las números de cesáreas según los 10 grupos incluidos en Robson modificada en el servicio de maternidad de HSJD desde el 01/01 al 06/09 del año 2019.

Resultados: El total de partos analizados es de 2421, de los cuales 905 (37.4%) corresponden a cesáreas. De acuerdo a la clasificación, estos se distribuyeron de la siguiente manera: en el grupo 1 hubo un total de 519 partos, siendo 99 casos cesáreas (10.9% del total de cesáreas); en el grupo 2a, 196 partos con 84 cesáreas (9.2%); en el grupo 2b, 66 partos con 62 cesáreas (6.8%); en el grupo 3, 639 partos con 60 cesáreas (6.6%); en el grupo 4a, 158 partos con 31 cesáreas (3.4%); en el grupo 4b, 53 partos con 46 cesáreas (5%); en el grupo 5, 418 partos con 306 cesáreas (33.8%); en el grupo 6, 68 partos con 67 cesáreas (7.4%); en el grupo 7, 54 partos con 41 cesáreas (4.5%) y en el grupo 8, 250 partos con 109 cesáreas (11.5%). **DISCUSIÓN:** Durante el periodo estudiado el porcentaje de cesáreas en el HSJD (37.4%) está por debajo del porcentaje nacional, sin embargo se encuentra muy por encima del recomendado por la OMS. Existe evidencia suficiente para afirmar que la cesárea no mejora significativamente los resultados perinatales en los siguientes casos: multípara con 1 cicatriz de cesárea anterior (grupo 5), presentación podálica de término (grupo 6), gestación múltiple con gemelo I en cefálica (grupo 7) y partos prematuros en cefálica (grupo 8). Destaca que un porcentaje mayoritario de las cesáreas se encontró en el grupo 5 (33.8%)



en donde se incluyen mujeres con una cicatriz de cesárea, por lo que serían susceptibles de reducir de forma segura. Asimismo, el grupo 8 también presenta alta tasa de cesárea (11,5%) convirtiéndose en un grupo para analizar posibles intervenciones. Esta clasificación incluye en el mismo grupo a todos los casos que no estén en presentación cefálica (grupo X) y a todos los embarazos múltiples (grupo 7), por lo que no es posible distinguir con esta herramienta posibilidades de intervención, lo que representa un desafío futuro.

Conclusiones: El Grupo 5 de Robson concentra la mayor cantidad de cesáreas en HSJD, en este el grupo la cesárea no necesariamente se asocia a mejores resultados perinatales. Este análisis deja en evidencia la necesidad de prevenir la cesárea primaria (ACOG, 2016) y continuar avanzando en implementación de métodos no farmacológicos de inducción en cesárea anterior. Este análisis puede generar un punto de partida para nuevas investigaciones para adecuar las tasas de cesárea a nivel mundial, identificando los grupos más susceptibles a generar los cambios en donde esta intervención contribuya a mejorar los resultados maternos y perinatales.



INCIDENCIA, EVALUACIÓN Y MANEJO DE GASTROQUISIS EN EL HOSPITAL LEONARDO GUZMÁN DE ANTOFAGASTA; PERIODO ENERO 2017- JULIO 2019

Arteaga E, Riera R, Castro E,
Rojas A.

Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Leonardo Guzmán, Antofagasta, Universidad de Antofagasta

Introducción: La gastrosquisis es un defecto de la pared abdominal anterior, usualmente paraumbilical derecha, con evisceración de asas intestinales u otros órganos abdominales, sin cubierta peritoneal. Su incidencia ha tenido un crecimiento exponencial en Chile, reflejada en la experiencia del estudio colaborativo latinoamericano de malformaciones congénitas. (ECLAMC) en Chile, donde se estudiaron en 26 hospitales, (excluido el Hospital Regional Leonardo Guzmán, de la Ciudad de Antofagasta) evidenciando una incidencia en ascenso, en las últimas décadas 1982-2014, tasa promedio 1,46/10.000 nacimientos, con una incidencia

máxima en el año 2008, con 13 casos reportados de 20.878 nacimientos, dando una estimación de 6,23/10.000 nacimientos. Comparando estos resultados nacionales, con nuestra investigación local en del Hospital Leonardo Guzmán, de la Ciudad de Antofagasta, en el periodo Enero 2017-Julio 2019, de 6.425 nacimientos, 12 casos con gastrosquisis fueron diagnosticados, dando una incidencia prospectiva de 18,6/10.000 nacimientos, lo que refleja una impactante incidencia local, posiblemente una de las incidencias más altas reportadas en Chile.

Material y metodos: Estudio observacional, retrospectivo, realizado en el Hospital Regional Leonardo Guzmán de Antofagasta. Se utilizo base de datos electrónica desde Enero, 2017-Julio 2019. Se seleccionó pacientes embarazadas con diagnósticos de fetos con gastrosquisis, se registraron edad materna, paridad, años de los diagnósticos, procedencia, vía de resolución del embarazo, sexo del recién nacido, edad gestacional al diagnóstico, peso al nacer, APGAR, complicaciones postnatales, morbimortalidad perinatal, peso al nacer, tiempo de hospitalización, tipo de resolución de gastrosquisis, tipo de evisceración.

Resultados: En el periodo comprendido enero 2017-Julio 2019, se registraron 6.425 nacimientos, con 12 casos de gastrosquisis, de los cuales 50% con madres menores de 20 años, 67% primigesta, 25% segunda gesta, 8% tercera gesta; procedencia materna: 67% pacientes de Antofagasta, 25% pacientes de



Calama, 8% paciente nacionalidad Boliviana; edad gestacional al momento de la interrupción del embarazo: edad gestacional mayor de 37 semanas 89%, menores de 37 semanas 11%; peso al nacer sobre 2.500 gr con un 60%, sexo femenino 50% recién nacidos, 25% recién nacidos sexo masculino, 25% recién nacidos con sexo aun no definidos; en cuanto a la resolución del parto, 78% cesárea, 22% parto vaginal, se hizo seguimiento postnatal a cinco pacientes con gastrosquisis, sobrevida del 80%, un solo neomortinato, el 100% amerito transfusiones de glóbulos rojos, duración hospitalaria 60% sobre 30 días; en cuanto a las evisceraciones, 56% asas de intestino delgado, 11% intestino grueso, 11% estomago, 22% con evisceración de trompas de Falopio; manejo quirúrgico: 80% por cierre primario, 20% por SILO, las complicaciones registradas fueron, dilatación intestinal por brida, comunicación interventricular, anemia, intento fallido de cierre primario, restricción de crecimiento intrauterino, sepsis neonatal, atresia intestinal, hipoalbuminemia

Conclusiones: La incidencia de gastrosquisis observada, en el Hospital Regional Leonardo Guzmán, durante los últimos años, refleja una impactante peculiaridad, cifras desproporcionadas en relación al número de nacimientos, y algunos datos específicos como sexo de los recién nacidos con dicha patología, difieren de lo descrito en distintas literaturas, lo que deja la interrogante etiológica, para posteriores investigaciones, sobre condiciones

maternas específicas dentro de la población en estudio, o contaminación medioambientales por el amplio proceso de industrialización local presente en dicha zona en estudio, que pudiese tener un impacto directo en relación a la alarmante incidencia observada.



OBESIDAD Y SOBREPESO COMO FACTOR DE RIESGO PARA INTERRUPTIÓN VÍA CESAREA EN PACIENTES NULIPARAS DE UN CESFAM DE LA COMUNA DE TOMÉ DURANTE EL AÑO ENERO 2013 Y DICIEMBRE 2018.

Figueroa M H*, Quezada C*.
Manríquez C.**

SERVICIO DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA,
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION *Médico
residente obstetricia y ginecología, Universidad
de Concepción **Colaborador docente departa-
mento obstetricia y ginecología, Universidad
de Concepción

Introducción: La obesidad durante el embarazo es un factor que influye en la mayor frecuencia de complicaciones como diabetes gestacional, síndrome hipertensivo del embarazo, preeclampsia, infecciones maternas, enfermedad tromboembólica, entre otras; varios estudios demuestran además un aumento en el número de embarazos cronológicamente prolongados, inducciones del parto, horas de dilatación,

partos instrumentales y el número de cesáreas. Este estudio tiene como objetivo evaluar la relación del sobrepeso y la obesidad materna pregestacional y el incremento del número de cesáreas en una población de gestantes nulíparas.

Método: Estudio analítico retrospectivo. Recolección de datos obtenidos de la revisión de las planillas de ingreso a control prenatal de todas las pacientes evaluadas por matrona en el Cesfam Dr. Alberto Reyes entre 2013-2018. Se realiza categorización de acuerdo a IMC al inicio del embarazo: normal: 18,5 a 24,99 kg/m², sobrepeso: 25 a 29,99 kg/m² y obesidad: > 30 kg/m². Se analizaron las siguientes variables: edad materna, paridad, IMC materno al ingreso a control, frecuencia de operación cesárea, peso RN. Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado con software Stata.

Resultado: Ingresaron a control prenatal 2108 embarazadas, siendo 864 primigestas, correspondiendo al 41% del total de ingresos. De este grupo, el 40% presenta IMC clasificado como sobrepeso u obesidad. Las pacientes de este rango se encontraban en edades entre 14 y 44 años, con edad gestacional al ingreso que varía entre 6 a 39 semanas, con un promedio de 11 semanas, el 38,6% fueron categorizadas como obesas. Dentro de estas pacientes, se registró parto vía cesárea en el 45,2%, PTVE en 53,6% y fórceps en el 1,2%. Del total de paciente primigestas que finalizaron el parto vía cesárea, el grupo de paciente obesas y con sobrepeso sin otra patología asociada corresponde el 56% ($p < 0.001$).



La frecuencia de macrosomía fetal fue mayor en pacientes del grupo de obesidad ($p = 0.001$) y la resolución del parto fue mayoritariamente vía cesárea ($p = 0.001$).

Conclusión: Diversos estudios han evaluado la relación entre obesidad y aumento en el número de cesáreas, partos instrumentales, hemorragias, infección, mayor estancia hospitalaria y necesidad de cuidados intensivos del recién nacido, por lo que, se ha considerado que la obesidad materna por si sola contribuye de manera significativa a un peor pronóstico tanto para la madre como para el recién nacido durante el parto y en el período inmediatamente posterior al parto.



INDUCCIÓN DEL PARTO CON MISOPROSTOL EN EL EMBARAZO PRETÉRMINO VERSUS POSTÉRMINO.

Sarmiento A., del Pozo F., Díaz A., Aguirre C., Catalán A., Acevedo M., Burky D., Narváez P., Paredes A. Equipo Alto Riesgo Obstétrico Hospital Santiago Oriente, Dr. Luis Tisné Brousse. Universidad de Chile

Introducción: El Misoprostol, prostaglandina E1 administrado por vía oral o vaginal ha sido ampliamente utilizado para inducir el parto. La inducción del parto con este producto es efectiva, por cuanto disminuye el índice de cesáreas sin mayor morbilidad y mortalidad del recién nacido.

Objetivo del estudio: Comparar la inducción con Misoprostol en pretérminos (< 37 semanas), y postérmino (> 41 semanas). Según edad, paridad, diagnósticos, dosis, tiempo de evolución al parto, vía de parto e impacto en el recién nacido.

Materiales y métodos: Estudio, observacional, retrospectivo, enero – diciembre del 2018. 607 casos de inducción con misoprostol.

Según protocolo local (Bishop < 6). Se analizan los grupos pretérmino y postérmino, Un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo. Análisis en programa estadístico Stata 11.0.

Resultados: 601 partos inducidos con misoprostol. 41 pretérmino: edad materna promedio 26 años (19 - 41), 28 primíparas y 13 multíparas. Dosis promedio misoprostol 88 mcg (50 - 200). Causas de inducción: RPM 66% (27), CIE severa 12% (5), RCIU 5% (2), DGIR 2% (2), PEM 10% (4), Otros 2% (2), tiempo promedio de inducción al parto de 29 horas (1- 73). Vía de parto: Eutócico 68% (28), Cesárea 27% (11) y Fórceps 5% (2). No se registraron Apgar menor a 7 a los 5 minutos.

136 postérmino: edad materna promedio 27 años (17 - 42), 78 primíparas y 60 multíparas. Dosis promedio misoprostol 89 mcg (100 - 350). Causas de inducción: RPM 0.72% (1), PE 0.72% (1), EVP 98,6% (136). Tiempo promedio de inducción al parto de 31 horas (4 - 88). Vía de parto: Eutócico 64% (89), Cesárea 24% (33) y Fórceps 11% (16). Un Apgar menor a 7 (5 minutos). La Cesárea fue más frecuente en las primíparas Pretérmino y postérmino 36% (10) y 29% (23), respectivamente.

Conclusión: la inducción con misoprostol, es segura. El mayor porcentaje de cesáreas en primíparas y los factores que influyeron en las inducciones fracasadas requieren mayores estudios.



LEY DE INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO Y OBJECCIÓN DE CONCIENCIA: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Encalada D.1, Mercado J.2, de la
Torre L. 3

- (1) Interno de medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
(2) Ginecóloga Obstetra, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
(3) Ginecólogo Obstetra, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Jefe de Departamento Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Introducción: En Chile, con la publicación de la Ley N° 21.030, se despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres situaciones: mujer en riesgo vital, embrión o feto que padezca una patología incompatible con la vida extrauterina y por último que el embarazo sea resultado de una violación. La objeción de conciencia permite al equipo de salud (profesional y personal que concurre a

pabellón), abstenerse de realizar y participar en la interrupción del embarazo cuando se ha constituido alguna de las tres causales de la Ley 21.030.

Materiales y método: Estudio transversal descriptivo. Se realizó revisión de las bases de dato de casos de mujeres que pudieron acceder a la ley de interrupción voluntaria del embarazo y de objetores de conciencia del Hospital Carlos Van Buren entre septiembre 2017 a septiembre 2019.

Resultados: Hubo 70 casos que pudieron acceder a ley IVE, de las cuales 54 pacientes se acogieron a la ley e interrumpieron su embarazo. Durante el 2018 se registraron 46 profesionales como objetores de conciencia, de los cuales 32% corresponde a obstetras, 26% anestelistas, 24% personal matronil y 18% técnicos paramédicos. El 2019 se enlistaron como objetores de conciencia 35 profesionales, de los cuales 37% corresponde a obstetras, 34% anestelistas, 20% personal matronil y los 9% restantes técnicos paramédicos. En nuestro centro hubo una disminución de objetores de conciencia desde el 2018 al 2019 de un 23%.

Conclusión: Desde la implementación de la Ley de Interrupción Voluntaria del Embarazo, en septiembre de 2017 hasta fines de marzo de 2019, a nivel nacional ingresaron a hospitales públicos y privados 944 mujeres cuyos casos constituían alguna de las tres causales, 810 optaron por no seguir su embarazo, lo que



corresponde a un 85,8%, cifra relativamente cercana a las obtenidas en nuestro hospital (77%). El hospital Carlos Van Buren contribuye al 6,6% de los términos de embarazo por esta ley en Chile. A nivel nacional existen 4.678 profesionales enlistados como objetores de conciencia durante el 2019, nuestro centro aporta el 0,75% de profesionales objetores en Chile. Creemos que la disminución de objetores de conciencia en nuestro centro se debe a la socialización de los protocolos de ley IVE con el personal de salud.



REDUCCION DEL USO DEL FORCEPS EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO

Merino E, Romero H,
De la Torre L.

Departamento de Obstetricia
y Ginecología, Universidad de
Valparaiso, Valparaiso, Chile

Introducción: El Forceps ha sido utilizado ampliamente por los obstetras con buenos resultados maternos y fetales para resolver situaciones de urgencia durante el periodo del expulsivo del trabajo de parto y en consecuencia disminuir la tasa de cesárea. Lamentablemente el uso de esta útil herramienta ha ido en disminución progresiva en los últimos años en nuestro país y en el mundo, lo cual también se ha visto reflejado en el Hospital Carlos Van Buren y aumentado de forma considerable en los últimos años.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo del total de nacimientos desde enero 2015 a diciembre del 2018 evaluando la vía de parto. Se realizó una comparación de 2 periodos:

Periodo	A	-	2015	y	2016
Periodo	B	-	2017	y	2018

Se analizaron un total de 9.693 nacimientos. Se realizó análisis estadístico con prueba de T de Student con programa STATA 12.0. Resultados: En el periodo A - 2015 y 2016 hubo un total de 5181 nacimientos, de los cuales fueron partos vaginales en un 61.51% (n=3187), cesáreas 35.71% (n=1850) y fórceps 2.77% (n=144). El en periodo B - 2017 y 2018 hubo un total de 4512 nacimientos, de lo cuales fueron partos vaginales 61.41% (n=2771), cesáreas 37.03% (n=1671) y fórceps 1.55% (n=70). Con estos datos se pudo objetivar un disminución de un 44.04% ($p < 0.01$) en la tasa de fórceps.

Conclusiones: En los periodos observados se evidencia una disminución significativa del número de fórceps, lo cual debe preocuparnos ya que es una técnica probada, segura y confiable para disminuir la tasa de cesárea, la cual ha ido en aumento en nuestro servicio en los últimos años. Además, la muy escasa aplicación, llegando a ser menos de 3 fórceps al mes, no permite llegar a la curva de aprendizaje suficiente para que las nuevas generaciones de médicos residentes alcancen la experticia necesaria al terminar su periodo de formación. Por lo tanto, es de vital importancia analizar las causas de esta disminución grave del fórceps para recuperar la confianza y la docencia en esta técnica.



USO DE LA AUDITORÍA MÉDICA CONTINUA PARA LA REDUCCIÓN SEGURA DE LA TASA DE CESÁREA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO

Merino E, Romero H, Bachmann M.

Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

Introducción: Existe un aumento progresivo de la cesárea a nivel mundial, lo cual también ha sido reflejado en el Hospital Carlos Van Buren. El mayor número de estas intervenciones quirúrgicas trae como consecuencia más exposición a las complicaciones propias de este procedimiento, siendo de gran importancia tomar medidas de gestión para evaluar la real necesidad de cada cesárea.

Métodos: Se iniciaron reuniones diarias de carácter formativo de las indicaciones de cesáreas al momento de la entrega de turno, instancia de carácter académico y clínico donde participan los especialistas y becados de turno,

la jefatura de servicio, de residencia y de alto riesgo obstétrico. Se evaluó el resultado de un total de 3220 nacimientos desde Enero del 2018 hasta Mayo 2019. Se dividieron en 3 Periodos: A - Preintervención (Enero a Septiembre 2018: n=1750), Periodo B: intervención inmediata (Octubre 2018- Enero 2019 n= 736), Periodo C: Postintervención tardía (Febrero - Mayo 2019 N= 724). Se realizó análisis estadístico con prueba de T de Student.

Resultados: La tasa de cesárea del periodo A - Preintervención fue de 39.7%, en el periodo B - intervención inmediata fue de 35.2%, disminuyendo un 11.3% ($p < 0.03$). En el periodo C - intervención tardía fue de 37.15%, sin disminución significativa con respecto a periodo preintervención. En el análisis de grupos de Robson se encontró disminución del porcentaje de cesárea en el grupo 1 de Robson - Nulíparas que inician trabajo de parto espontáneo, siendo los siguientes resultados: En el periodo A la tasa de cesárea fue de 22.98%, en el periodo B fue de 11.11%, disminuyendo un 51.65% ($p < 0.01$), en el periodo C fue de 22.14%, volviendo a ser similar al periodo preintervención. No hubo reducción significativa de la tasa de cesárea en los otros grupos de Robson. Tasa de Apgar < 3 a los 5 minutos en los distintos grupos no observó diferencias en los periodos de intervención: Periodo A fue de 21/1750 (1.2%), periodo B fue de 7/754 (0.9%), periodo C fue de 3/733 (0.3%).



Conclusiones: El uso de la auditoría médica continua ha demostrado ser una técnica efectiva para la reducción segura de la tasa de cesárea. Su principal beneficio se concentra en el grupo de las nulíparas que inician trabajo de parto de forma espontánea, ya que son las pacientes más susceptible de inter-vencción durante el trabajo parto. Su mayor efecto es al inicio de la intervención, lo cual demues-tra la importancia de mantener el énfasis en esta intervención de forma periódica y sistemática buscando estrategias para mantener un porcentaje bajo de cesárea a lo largo del tiempo. A su vez por otra parte, se deben analizar la metodología de la auditoria utilizada para aclarar las causas de por qué no hubo disminución significativa en los otros grupos de Robson modificables como lo son las pacientes con inducción y las pacientes con una cicatriz de cesárea previa.



LEY 21.030 DE INTERRUPTIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN TRES CAUSALES EN HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Del Rio M1; Figueroa C2; Storzer S2; De Martini F1; Becker J1. (1) Ginecólogo Obstetra, (2) Dupla sicosocial Ley 21.030 Institución: Hospital Regional de Talca

Introducción: En 2017 se promulgó la ley que despenaliza la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en 3 causales: riesgo vital de la mujer; feto o embrión con patología incompatible con la vida extrauterina independiente, de carácter letal; y embarazo como resultado de violación, en los plazos que la ley señala. La aplicación de ésta, exige a prestadores de salud generar protocolos locales en el actuar frente a las pacientes que acuden solicitando interrupción legal del embarazo. El Hospital Regional de Talca, Dr. César Garavagno Burotto, es un hospital público de alta complejidad, centro de referencia para la región del Maule. Cuenta con Servicio de Obstetricia y Ginecología compuesto por 36 médicos especialistas, 77,8% se declararon objetores de conciencia en las 3 causales, 8,3% se declaran no objetores por las 3 causales y

los restantes objetaron solo algunas de ellas. El objetivo de esta revisión es analizar los casos candidatos de IVE y evaluar resultados de la aplicación de la Ley.

Métodos: El presente es un estudio descriptivo. Se analizaron los casos de pacientes con constitución de causal de IVE en nuestro hospital desde el inicio de aplicación de la Ley, hasta agosto 2019. Se registró la causal, si decidió continuar o interrumpir el embarazo y si aceptó o rechazó acompañamiento. Se agruparon las pacientes candidatas a IVE por segunda causal con el fin de determinar cuales fueron la patologías consideradas letales más frecuente en nuestra región

Resultados: En el período se registraron 40 pacientes que constituían causales, 18 pacientes decidieron interrumpir la gestación (45%), 21 pacientes continuaron con el embarazo (52.5%), una paciente se resolvió en forma espontánea previo a decidir. Al clasificarlas por causales hubo 2 casos por causal 1, yendo solo una a IVE; 36 pacientes por causal 2, 15 de ellas interrumpieron (41.7%), 20 continuaron (55.5%) y una se resolvió antes de la decisión. Por tercera causal hubo 2 pacientes, mayores de edad, terminando ambas en IVE. Al analizar las pacientes de la segunda causal, las patologías más frecuentes fueron: defectos del tubo neural (10 casos) y secuencia de tallo corporal (8 casos), seguido por trisomía 18 (5 casos), secuencia de Potter (5 casos), displasias esqueléticas (4 casos) y polimarformados (4 casos). De las 15 pacientes



que interrumpieron por segunda causal, 2 fueron durante el primer año de aplicación de la ley y las restantes 13 en el segundo año. A 26 pacientes se les ofreció acompañamiento psicosocial; 22 (84,6%) pacientes accedieron a éste, 4 (15,4%) lo rechazaron y las 14 restantes constituyeron causal previo a la instauración de la dupla psicosocial por lo que no hubo opción de acompañamiento.

Conclusiones: En nuestro centro, el 45% de las pacientes que constituyeron causales para IVE, terminaron en interrupción del embarazo. La segunda causal fue la más frecuente y de ellas, el 55% decidió continuar con la gestación. La constitución de causales ha aumentado notoriamente entre el primer y segundo año de promulgada la ley. La mayoría de las pacientes aceptó acompañamiento psicosocial



TERATOMA Y EMBARAZO, REPORTE DE UN CASO

Riquelme J (1), Álvarez S (2). (1) Ginecólogo-Obstetra. Servicio de Ginecología, Hospital Clínico de Magallanes. (2) Interna Medicina. Universidad de Magallanes

Introducción: La incidencia de masas anexiales durante el embarazo varía de 0.1 a 2.4 por ciento. La mayor parte de los tumores ováricos que ocurren durante el principio del embarazo son benignos; el teratoma quístico benigno ocupa entre el 24 y 40 por ciento de los casos. La incidencia aumenta a partir de la utilización de la ultrasonografía prenatal; la mayor parte se resuelve durante el segundo trimestre del embarazo disminuyendo así el riesgo de complicaciones tales como torsión, ruptura y hemorragia. Dentro del 10-15% de las masas anexiales presentarán torsión. El tratamiento laparoscópico sirve como herramienta tanto diagnóstica como terapéutica permitiendo así la preservación ovárica. Los teratomas derivan de las células germinales primordiales del ovario, estas neoplasias comprenden aproximadamente del 20 al 25 por ciento de las neoplasias ováricas en general.

Método: Revisión de ficha clínica previo a consentimiento informado. Paciente admitida

en Unidad de Alto riesgo obstétrico del Hospital Clínico de Magallanes, durante el primer semestre del año 2019 y revisión bibliográfica del tema.

Caso clínico: Primigesta de 20 años, sin antecedentes mórbidos y quirúrgicos previos, cursando embarazo de 10+1 semanas según fecha de última regla, presenta cuadro de dolor pélvico de 2 días de evolución. Se realiza ultrasonido transvaginal obstétrico identificando feto único, vivo y acorde a edad gestacional, durante la exploración anexial se evidencia tumor heterogéneo izquierdo de 69x41x49mm con áreas quísticas, sólidas y estriaciones lineales sin flujo Doppler, con diagnóstico presuntivo de teratoma quístico izquierdo. Se decide realizar la laparoscopia exploradora durante semana 16 de gestación. Estudio preoperatorio de marcadores tumorales dentro de parámetros normales: CA125 11,68 U/ml Alfa- feto proteína 19,4 ng/ml, CEA 0,9 ng/ml. Durante la intervención quirúrgica se colocan un trocar de 12 mm de entrada con optica bajo visión directa a 15cm sobre nivel umbilical, otro de 10 mm a nivel umbilical y 2 trocres accesorios de 5mm en ambos flancos, a nivel umbilical. En intraoperatorio se observa útero gravídico acorde a edad gestacional, anexo izquierdo aumentado de tamaño al menos 6 cm de aspecto quístico, se realiza quistectomía por tracción y contracción. Con buena evolución postoperatoria. Control ambulatorio a los 14 días postoperatorio paciente asintomática, sin complicaciones postquirúrgicas, ecografía



obstétrica dentro de parámetros normales.

Discusión y conclusión: El uso generalizado de la ultrasonografía como método de diagnóstico y seguimiento temprano de la gestación ha aumentado el hallazgo de masas anexiales durante el embarazo. Es importante considerar durante el primer trimestre la posibilidad de masas anexiales funcionales, cuya resección pone en riesgo el embarazo. El tratamiento es idealmente quirúrgico durante el embarazo entre las 16 y 23 semanas de gestación. En el postoperatorio existe la posibilidad de eventos adversos, como la amenaza de aborto o parto pretérmino. El seguimiento debe ser por medio de la unidad de alto riesgo obstétrico. De no haber complicaciones inherentes al procedimiento quirúrgico y si se corrobora la causa benigna por medio de estudio histológico, el control prenatal de las pacientes deberá continuar de acuerdo con la condición obstétrica.



COMPARACIÓN DE RESULTADOS OBSTÉTRICOS ENTRE GESTANTES MIGRANTES Y CHILENAS ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DR. GUSTAVO FRICKE DE VIÑA DEL MAR, ENTRE MARZO DE 2017 Y MARZO DE 2019

Peirano S.¹, Hernández K.²,
Couve C.^{3,4}

¹Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. ²Médico EDF, Hospital de La Calera. ³Departamento de Ginecología y Obstetricia Universidad de Valparaíso. ⁴Ginecóloga Obstetra, Hospital Dr. G. Fricke, Viña del Mar.

Introducción: En el mundo, los fenómenos migratorios se han incrementado ostensiblemente en los últimos 50 años, de la mano de la globalización, la conectividad geográfica y las comunicaciones. Existe escasa evidencia que describa los resultados obstétricos de la población migratoria en relación a la población chilena. El objetivo de este estudio es comparar los resultados obstétricos entre

gestantes migrantes y chilenas atendidas en el Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar.

Materiales y método: Estudio analítico observacional de corte transversal, realizado en una muestra de 4754 pacientes. Los datos se obtuvieron del libro de partos del servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Dr. Gustavo Fricke de Viña del Mar, entre marzo de 2017 y marzo de 2019. El análisis de los datos se realizó en programa Microsoft Excel y Stata 11.1.

Resultados: Se obtuvo un total de 4254 pacientes chilenas (89,48%) y 500 migrantes (10,52%). Del grupo de migrantes, el 40% (203) corresponde a nacionalidad haitiana, 31,8% (159) venezolanas, y el 27,6% (138) agrupó otras nacionalidades. El promedio de edad fue de 27,2 años (SD 6,57) para el grupo de chilenas, y de 28,4 años (SD 5,50) para el de migrantes. El 96,39% de las pacientes migrantes tuvo control de embarazo, mientras que en el grupo de chilenas fue 94,25%, diferencia estadísticamente significativa (p value 0,047). En relación al número de gestaciones, el 33,7% de las chilenas era primigesta versus el 48,8% de las migrantes (p value <0,0001). Respecto a los resultados obstétricos, se obtuvo, con un 95% de intervalo de confianza, que existen diferencias significativas respecto a la prevalencia de prematuridad entre ambos grupos (p value 0,004), siendo 16,79% en el grupo de chilenas versus 11,8% en el de migrantes. En análisis por subgrupos de prematuridad, se obtuvo diferencias significativas



en los grupos de EG 28–34 y 34–37 semanas (p value 0,002 y < 0,0001 respectivamente). No se encontraron diferencias significativas en relación a los RN bajo peso, sin embargo sí se encontraron en relación a RN macrosómicos siendo más frecuente en hijos de madres chilenas (8,51% vs 5,4%) (p value 0,016). Por otra parte se encontró mayor porcentaje de RN normopeso en el grupo de migrantes (83% vs 78,7%) (p value 0,026). En relación a la clasificación de Apgar a los 5 minutos, no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos. En relación al tipo de parto, se obtuvo mayor porcentaje de parto operatorio en el grupo de migrantes (43% vs 37,59%) (p value 0,0184). No se encontraron diferencias significativas en la prevalencia de óbito fetal entre ambos grupos.

Conclusiones: Existiría asociación significativa entre el estatus migratorio de las gestantes y la prevalencia de prematuridad, RN con normopeso y macrosomía fetal, y el tipo de parto.



EMBARAZO EN PACIENTE CON SINDROME DE BARTTER; REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Ramirez N; Del Rio M.

Institución: Hospital Regional de Talca; Universidad Católica del Maule.

Introducción. El síndrome de Bartter es un raro desorden túbulo-renal de herencia autosómica recesiva, caracterizado por hipokalemia, alcalosis metabólica, presión arterial normal a baja y producción aumentada de prostaglandinas. Sus manifestaciones clínicas se deben principalmente a la hipokalemia. Estas se presentan típicamente en la infancia, pudiéndose manifestar en forma prenatal (polihidroamnios y parto prematuro). El efecto de la enfermedad sobre el embarazo es incierto se sugiere asociación a restricción de crecimiento fetal, parto prematuro y polihidroamnios. La mayor parte de los casos reportados se manejan con suplementación de potasio, magnesio y con amiloride. Se presenta caso de síndrome de Bartter, tratamiento, seguimiento y resultado

perinatal.

Caso Clínico: Paciente de 18 años, antecedente de nacimiento pequeña para edad gestacional de 34 semanas por polihidroamnios con rotura prematura de membranas, sepsis connatal y trastorno hidroelectrolítico. Durante primeros dos años de vida continúa controles y estudio en hospital de Talca y endocrinología de Hospital Luis Calvo Mackenna por diabetes insípida, iniciándose tratamiento empírico con Desmopresina, con buena respuesta. Diagnóstico de talla baja y déficit de hormona del crecimiento, recibió tratamiento hormonal durante infancia. A los 9 años de edad, evaluada por Nefrología infantil tras hospitalización por alteración hidroelectrolítica asociado a falla renal aguda, se diagnostica Síndrome de Bartter. Inicia tratamiento con suplementos de potasio.

En mayo de 2018 inicia controles por embarazo de 10 semanas. Se ajusta medicamentos, se mantiene Slow-K y alopurinol, se agrega ácido fólico y sulfato ferroso. Evaluada mensualmente en policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) de Hospital de Talca. En septiembre de 2018, cursando embarazo de 26 semanas, presenta hipokalemia leve que requiere hospitalización para compensación. Continúa cursando embarazo sin patologías agregadas. Seguimiento ecográfico con crecimiento fetal cercano a percentil 50, líquido amniótico normal en todas las evaluaciones. El día 21 de diciembre de 2019, con embarazo de 38 semanas, se realiza cesárea electiva por presentación transversa. Se obtiene recién nacido



femenino, de 3,330 grs, 49 cms, con Apgar 09/09. En puerperio evoluciona favorablemente, sin complicaciones, se mantiene tratamiento con Slow-K y alopurinol. Alta médica a las 72 horas post operada.

Discusión: El síndrome de Bartter es una patología infrecuente, que requiere manejo multidisciplinario. Puede complicar el embarazo, ya sea por alteraciones producidas por el mismo síndrome, o por la dificultad de realizar un manejo adecuado durante el periodo de gestación. En nuestro caso, la paciente fue diagnosticada y manejada por nefrología desde la infancia. Sin embargo durante el embarazo, los controles se hicieron más periódicos, tanto por Obstetricia como por nefrología. Se debió ajustar tratamiento a medicamentos de mayor seguridad, se utilizó Slow-K y alopurinol durante la gestación. La paciente presentó un episodio de descompensación durante el embarazo, que requirió de hospitalización. Sin embargo, el progreso del embarazo fue satisfactorio, no presentó patologías asociadas o complicaciones. La gestación llegó a término con un buen resultado perinatal. La evolución durante el puerperio fue favorable.



CARACTERIZACIÓN DE INDICACIÓN DE CESÁREA EN PRIMIGESTAS EN HOSPITAL GUILLERMO GRANT BENAVENTE ENTRE LOS AÑOS 2016-2018

Contreras C (1) y Ruiz E. (2)

(1) Becada Obstetricia y ginecología U. de Concepción. (2) Ginecologa Obstetra, docente U. de Concepción

Introducción: La cesárea es un procedimiento de cirugía mayor, cuya frecuencia sigue aumentando, la morbilidad materna asociada a la cesárea, sigue siendo tres veces superior a la de un parto vaginal. La principal dificultad para lograr una disminución significativa de las intervenciones por cesárea, es la gran cantidad de multíparas con cesárea anterior. Al aumentar el número de cesáreas después de la primera, los riesgos de morbilidad y mortalidad se elevan significativamente. Es por esta razón que consideramos a la indicación de la primera cesárea un grupo importante de mujeres a analizar

Materiales y método: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en pacientes

primigestas que fueron sometidas a cesáreas electivas y de urgencia en Servicio Obstetricia y ginecología Hospital Guillermo Grant Benavente, en un período comprendido entre el 1° de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2018. Se tabularon resultados en Excel, describiendo indicaciones de paciente objeto comparándolas con datos de literatura nacional e internacional.

Resultados y conclusiones:

Se encontraron un total 951 casos de cesáreas en primigestas en el período comprendido entre 1° de enero de 2016 y el 31 de diciembre de 2018, de los cuales 36,6% casos corresponden al año 2016, 33,1% al 2017 y 30,2% al 2018. El rango etario registrado fue de 13 a 44 años, siendo la edad promedio 24 años. Las edades gestacionales comprendidas en esta revisión varían entre 24 y 42+5 semanas (tomando en cuenta las 24 semanas de gestación como límite de viabilidad). Dentro de las principales causas de cesárea en primigesta tenemos la dilatación estacionaria (29,44%), seguida por deterioro de la UFP (20,61%), patología materna (10,83%), macrosomía (6,94%), distocia de presentación (6,83%), expulsivo detenido (6,10%), sin causa clara (5,89%), gemelar (4,21%), patología fetal (3,15%), inducción fallida (2,73%), prueba de trabajo de parto fracasada (1,58%), prociencia de cordón (0,63%), cicatriz uterina (0,42%), placenta previa y DPPNI (0,32% cada una). Lo cual coincide con las principales causas descritas por MINSAL. La ACOG recomienda no inducir partos antes



de las 39 semanas, salvo en aquellos casos que existan indicaciones médicas precisas, debido la demostrada relación entre inducción de parto temprana y cesárea. Al analizar los datos no encontramos cifras estadísticamente significativas que avalaran dichos estudios. La indicación de cesárea en primigestas por patología materna ocupa el tercer lugar en esta revisión (10,89%), destacando como principal causa la Preeclampsia/Eclampsia con un 33,6%, seguido por sd. de HELLP (9,6%) y Sd. de inmunodeficiencia humana (4,8%).



CARACTERIZACION DE EMBARAZO EN PACIENTES DE 14 AÑOS O MENOS EN HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Canario N(1), Muñoz F(1), Castiglione M(2), Diaz E(2)

Médico Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción Médico Gineco-obstetra Hospital Guillermo Grant Benavente

Introducción: El embarazo adolescente ha mostrado un descenso en nuestro país en los últimos años. Dentro de este grupo el de menores de 15 años ha destacado a nivel mundial como un grupo con mayor morbilidad y mortalidad materna y neonatal en relación con el resto. Nuestro objetivo es caracterizar este último grupo en nuestro centro para ver si está asociado a más morbilidad y mortalidad materna y fetal.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de los partos en mujeres de 14 años o menos que fueron atendidos en el Hospital Guillermo Grant Benavente entre Julio 2016 a Julio 2019. Se realizó una revisión de los libros de la unidad de partos de dicho centro, recopilando los datos obtenidos en una planilla Excel. Se realizó un análisis univariado para variables cualitativas y cuantitativas. Se

utilizó el programa Stata V.14.

Resultados: Un total de 20 mujeres menores de 15 años tuvieron su parto en el Hospital Regional de Concepción durante los tres años de revisión correspondiente al 0.2% de los nacimientos totales. El promedio de edad fue de 13.8 (0.52) años y un 75% eran primigestas. La edad gestacional promedio fue de 39+2 semanas (1.18). Dentro del grupo estudiado el 20% presentó desgarros, un 45% se le realizó episiotomía y un 5% presentó ambos. Un 85% tuvo parto vaginal y un 15% cesárea. La patología con mayor prevalencia registrada fue la restricción del crecimiento fetal en un 25% de las pacientes.

Conclusiones: Los partos en menores de 15 años representan una bajo porcentaje dentro del total de nacimientos de nuestro centro lo que se condice con la realidad de nuestro país que mostraba un descenso en los embarazos adolescentes. No se encontró una mayor tasa de cesárea o prematuridad de los recién nacidos en este grupo. La patología más prevalente fue la restricción de crecimiento fetal afectando a un cuarto de los embarazos. En nuestro centro de forma simultánea se está llevando un proyecto de prevención de segundo embarazo en adolescentes lo cual sería interesante correlacionar en un futuro. Sugerimos continuar estudiando a este grupo para tener un mayor número de pacientes y poder realizar un estudio considerando además los aspectos neonatales.



VASA PREVIA: SERIE DE CASOS

Moore P. (1,2), Millán C. (1,2),
Urzúa F (1), Marín M. (1),
Niemann F.(1), Torres G.(5), Held
C. (1), Siebald E. (1), Caro J. (1)
Ibáñez C(1,2).

1) Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital de Puerto Montt. 2) Centro Ecográfico de la Mujer Clínica Universitaria Puerto Montt, 3) Alumna Escuela de Medicina Universidad San Sebastián.

Introducción: Vasa Previa (VP) es una afección seria en la cual los vasos fetales atraviesan las membranas amnióticas por sobre el cuello uterino y bajo la presentación fetal, sin protección del tejido placentario o la gelatina de Wharton del cordón umbilical. La incidencia es de 6-11: 10 000 partos con un riesgo de mortalidad fetal de 56 %, que disminuye a 3 % cuando se pesquisa en forma prenatal al evitar la rotura de los vasos y exanguinación fetal. El diagnóstico por ultrasonido (US) es transvaginal (TV) en la mayoría de los casos mediante modo B y Doppler: vasos subamnióticos, no móviles, sin coiling, de origen fetal que cruzan el cuello o están cerca de éste. No hay una distancia máxima clara entre los vasos fetales no cubiertos y el orificio cervical interno (OCI). Se describen 3 tipos: 1) asociado a inserción velamentosa de cordón 2) asociado a lóbulo accesorio o

placenta succenturiata 3) con inserción central de cordón. 20 % de los casos se resuelven de forma espontánea a las 32 semanas

Métodos: Serie de casos con diagnóstico prenatal de VP manejados en unidad materno fetal (UMMF) de Hospital de Puerto Montt (HPM) durante el primer semestre del 2019. Las variables estudiadas son incidencia, factores de riesgo (FR), edad gestacional (EG) al diagnóstico, características ecográficas, y complicaciones perinatales.

Resultados: Se describen 3 pacientes con diagnóstico prenatal de VP. Incidencia aproximada de 10:10 000 partos para ese semestre Caso 1: 28 años, con 1 parto vaginal previo, embarazo gemelar monocorial biamniótico hospitalizada en UMMF HPM con amenaza de parto inmaduro a las 22 s con cuello 12 mm, Se pesquisa VP en US TV con Doppler. Cesárea a las 26 semanas por trabajo de parto prematuro inicial (3 cm dilatación membranas íntegras) en centro privado local por falta de cupo en UCI Neo. Se confirma VP. RN masculinos de 845 g, retinopatía de prematuro tratada con láser, a los 6 meses bien. El segundo RN 877 g, fallecido por NEC. Caso 2: 23 años, primigesta, US de rutina a las 23 semanas en centro privado: placenta anterior de inserción baja por vía transabdominal, al US TV con Doppler se pesquisa VP, placenta anterior de inserción baja. Seguimientos seriados con US TV en HPM, hospitalización en UMMF a las 35 semanas, cesárea electiva 36 semanas. Se confirma VP tipo 1, RN 2880



g, Apgar 9-10, sin complicaciones. Caso 3, 37 años, nulípara, legrado previo por aborto, US de rutina en centro privado 23 semanas: por vía transabdominal (T.A.) placenta posterior, al US TV con Doppler se pesquisa VP y placenta posterior marginal, inserción marginal de cordón umbilical. Seguimientos seriados con ultrasonido transvaginal en HPM, hospitalización a las 35 semanas, cesárea de urgencia 35 semanas + 6 días por trabajo de parto inicial, se confirma VP tipo 1. RN 3160 g, Apgar 9-10, sin complicaciones. Con respecto a otros factores de riesgo, ninguna había tenido cesárea previa, miomectomía, fertilización asistida, placenta previa o lóbulo accesorio descritos en examen transabdominal. Todos los casos recibieron corticoides.

Conclusiones: En el período estudiado se aprecia incidencia similar a lo descrito. 2/3 casos presentaban FR antes del US TV: embarazo gemelar caso 1 y placenta de inserción baja en caso 2. No hubo complicaciones perinatales secundarias a rotura de vasa previa. No hubo complicaciones neonatales secundarias a prematuridad tardía. En resumen, serie de casos pequeña pero que evidencia la importancia del conocimiento de los FR y de la pesquisa con US TV con Doppler. La falta de visualización completa por vía T.A. del borde inferior de una placenta posterior pudiera ser un FR (caso3)



CORRELACION ENTRE MEFI Y APGAR A LOS 5 MINUTOS EN PACIENTES CON ESTADO FETAL NO TRANQUILIZADOR EN EMBARAZOS DE TERMINO DE PACIENTES HAITIANAS Y CHILENAS.

Elgueta R1, Miranda J1, Delgado P1. 1 Servicio y Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital San Juan de Dios (HSJD). Universidad de Chile.

Introducción: el monitoreo electrónico fetal intraparto (MEFI) es uno de los métodos para evaluación de bienestar fetal durante el trabajo de parto más ampliamente utilizado. Pese a la evidencia contradictoria respecto a la capacidad que tiene este método para predecir hipoxia y acidosis fetal, un registro considerado como alterado es un frecuente motivo para diagnosticar un estado fetal no tranquilizador (EFNT) e indicar una intervención durante el trabajo de parto (reanimación fetal intrauterina, parto instrumental, cesárea de urgencia). Un

score de Apgar < 7 a los 5 minutos se ha asociado con hasta un aumento de 20 a 100 veces del riesgo de parálisis cerebral. No se han realizado estudios que evalúen el grado de predictibilidad de EFNT sobre el Apgar a los 5 minutos en población afrodescendiente. Dado el aumento de población haitiana que se atiende en los hospitales públicos de nuestro país, nos parece importante evaluar las posibles diferencias respecto a la correlación MEFI – Apgar entre población haitiana y chilena.

Métodos: desde la base de datos del registro clínico electrónico del HSJD, se obtuvieron datos de la paciente, motivo de la cesárea o parto instrumental e información del recién nacido. Se seleccionaron todas las pacientes haitianas y chilenas con embarazos de término que entre Enero 2019 y Agosto 2019 hubiesen sido sometidas a una cesárea de urgencia o parto instrumental por el diagnóstico de estado fetal no tranquilizador. Se consideró como Apgar < 7 a los 5 minutos un valor significativamente alterado. A continuación se estimó el porcentaje de recién nacidos que presentaron valores bajos en el score de Apgar al minuto 1 y 5 después del nacimiento y se compararon estas cifras entre ambos grupos.

Resultados: se obtuvo un total de 41 pacientes haitianas y 86 chilenas que cumplieron con los criterios de selección. De las pacientes seleccionadas, el 4,88% de los recién nacidos hijo de madre haitiana vs el 2,33% de los recién nacidos hijos de madre chilena obtuvieron un



score de Apgar < 7 a los 5 minutos del nacimiento.

Conclusión: en pacientes haitianas, el diagnóstico de EFNT mediante MEFI sería mejor predictor de un Apgar < 7 a los 5 minutos post parto.



DISMINUCIÓN DE LA TASA DE CESÁREAS EN UN HOSPITAL PROVINCIAL MEDIANTE LA IMPLEMENTACIÓN DE DECISIONES CONJUNTAS CON RELACIÓN A LA INTERRUPTIÓN ELECTIVA DEL EMBARAZO

Orostizaga A. (1) Madrid F. (1)
López-Leiva S. (2,3) Cabezas M.
(4) Vaccarezza I. (2,3) Zúñiga P.
(2,3)

(1) Estudiante de Medicina Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. (2) Especialista en Obstetricia y Ginecología, Hospital San Camilo, San Felipe (3) Docente Universidad de Valparaíso, Campus San Felipe. (4) Matrona Encargada Programa Salud de la Mujer, Servicio de Salud Aconcagua.

Introducción: La cesárea es una operación que permite el nacimiento por vía abdominal. La OMS recomienda una tasa de cesárea objetivo de 15%. A pesar de lo anterior, la incidencia ha aumentado significativamente en los últimos años con una gran variabilidad

entre países e instituciones, y la tendencia es a mantener dicho incremento. Dentro de las razones descritas se encuentran características sociales, culturales, económicas y preferenciales de las gestantes, asociadas a modelos de atención en salud y a los diferentes actores involucrados en este proceso. Según datos de la OCDE del año 2017, Chile es el tercer país con tasa más alta del grupo (46%), adjudicándose el sector privado más del 50% de estas. Conociendo este antecedente, en el Hospital San Camilo de San Felipe se implementó desde enero de 2018 el “Policlínico de Término”, el consiste en una reunión clínica donde se dan cita al menos dos médicos especialistas del servicio de Obstetricia y Ginecología y gestantes “beneficiarias” (definidas como aquellas que acceden al sistema con atención institucional, es decir, excluyendo atención FONASA PAD, FONASA libre elección e ISAPRE) que cumplan criterios de interrupción electiva del embarazo acompañadas por una persona significativa para evaluar los antecedentes, ejecutar una ecografía obstétrica y decidir de forma conjunta el momento y la vía de interrupción del embarazo. El objetivo de este estudio de cohorte retrospectivo es describir si existe una asociación entre la implementación del “Policlínico de Término” y un cambio en la tasa de cesáreas de dicho hospital provincial.

Métodos: Se recopilaron datos de los nacimientos ocurridos en el Hospital San Camilo, San Felipe de los Resúmenes Estadísticos Mensuales



del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (REM DEIS) entre los años 2013 y 2018 comparando la tasa de cesáreas en la cohorte comprendida en el quinquenio inmediatamente anterior al inicio de la intervención (2013-2017) y la cohorte del año inmediatamente posterior al inicio de la intervención “Policlínico de Termino” (2018).

Resultados: Durante el quinquenio 2013-2017 el promedio de tasa total de cesáreas del Hospital San Camilo, San Felipe fue 56.7% (rango: 55.4-57.9%). Mientras que, en el 2018, después de la implementación de la intervención, la tasa total de cesáreas fue 51.8%. Al realizar la comparación en la población “beneficiaria”, la tasa promedio de cesárea en el periodo 2013-2017 fue 39.1% (rango: 37.9-40.3%). Durante el 2018, tras de la implementación de la intervención, la tasa cesárea en población beneficiaria fue 36.9%.

Conclusiones: A un año de implementar una reunión clínica para decidir de forma conjunta el momento y la vía de interrupción electiva del embarazo en un hospital provincial, se ha logrado una reducción de 4.9 puntos porcentuales en la tasa total de cesáreas y una reducción de 2.2 puntos porcentuales en la tasa institucional de cesáreas. Es imperativo hacer notar que existen factores confundentes no identificados en este estudio, en especial sociodemográficos, que pueden influir en la variación en la tasa de cesárea. Es preciso evaluar si esta tendencia continúa en el tiempo ya que se trata de resultados preliminares y si,

de ser replicada esta iniciativa en otros centros, se obtienen resultados similares, por lo que se requieren estudios adicionales. Es necesario promover conductas activas en los hospitales públicos en dirección de mejorar los indicadores de salud poblacional y disminuir la elevada tasa de cesáreas de nuestro país.



CERCLAJE DE EMERGENCIA EN INCOMPETENCIA CERVICAL: EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Marques X1., Poblete A 1,3., Belmar F2.

1Servicio de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Clínico San Borja Arriarán

2Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Campus Centro.

3Facultad de medicina Universidad de Chile Campus Centro

Introducción: El cerclaje de emergencia (CE) es una medida de rescate de aquellos embarazos que se encuentran en inminente riesgo de parto prematuro. Este procedimiento es habitualmente realizado durante el segundo trimestre en mujeres que presentan dilatación cervical pasiva. La información actual sugiere que su uso se asocia a un mayor período de latencia al parto, resultando en mejores resultados perinatales, lo que es avalado por el Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), quienes indican que la inserción de un CE podría retrasar el parto en 5 semanas en comparación con el manejo expectante. Este estudio describe la efectividad del CE y los resultados perinatales en un centro terciario de salud.

Métodos: Análisis retrospectivo de 31 mujeres, con embarazos únicos, que fueron sometidas a un CE transvaginal entre Enero de 2015 y Abril de 2019 usando la base de datos de cerclajes del hospital san Borja Arriarán.

Resultados: En el período estudiado, se realizaron 31 cerclajes en mujeres con embarazos únicos, la edad promedio de la población fue 29,8 años (6,2 DS). En todos los casos el cerclaje fue por indicación clínica, con una dilatación cervical promedio de 2,5 (1,2 DS) cm. La edad gestacional promedio de inserción del cerclaje fue de 22,2 semanas (2DS). El intervalo de tiempo entre el cerclaje y el parto fue en promedio de 41 días o 5,9 semanas (3,7 DS). Resultados perinatales: Hubo 26 nacidos vivos, con un peso promedio de 1572 gr, y 5 abortos de segundo trimestre. La muerte neonatal precoz ocurrió en 4 casos. El parto prematuro ocurrió en 22 (70,9%) mujeres, y en 4 casos se llegó a término. Un total de 18 (58%) mujeres tuvieron un parto vaginal y la rotura prematura de membranas pretérmino ocurrió en 14 (45,1%) casos, siendo la causa más frecuente de retiro del cerclaje. La corioamnionitis fue la complicación materna más frecuente.

Conclusiones: Este estudio revela que el intervalo promedio de inserción del CE al parto en nuestro centro es de 41 días, comparable con lo reportado en la literatura. Las limitaciones incluyen la muestra pequeña y el uso de datos retrospectivos.



CERCLAJE COMO TRATAMIENTO DE INCOMPETENCIA CERVICAL: EXPERIENCIAS EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Cruz Vásquez D.(1), Leiva Mora J.(2), Arriagada Pozo M(2), González Ávila P.(3), Márquez Arellano R (5).

(1) Becada Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso (2) Interna de Medicina, Universidad de Valparaíso (3) Ginecólogo Obstetra Hospital Carlos Van Buren

Introducción: La incompetencia cervical se define como la incapacidad de lograr un embarazo de término debido a alteraciones estructurales o funcionales del cuello uterino que permiten una dilatación pasiva de éste, en ausencia de contracciones uterinas. Representa un 10% de las causas de parto prematuro espontáneo, afecta al 0,1-2% de los embarazos y está asociada a una morbilidad neonatal significativa. Se han descrito distintos factores de riesgo como defectos del tejido conectivo, gestación múltiple, conización cervical entre otros, aunque también se presenta en primíparas sin antecedentes de riesgo. Dentro de las herramientas terapéuticas existentes se encuentra

el cerclaje, el cual consiste en la sutura del cuello uterino con material no reabsorbible por vía vaginal, ya sea en forma programada o de urgencia, con distintas técnicas descritas que datan de los años cincuenta y que cuentan con evidencia que sostiene el beneficio de su uso. El siguiente trabajo busca determinar el perfil de la paciente cerclada en el Hospital Carlos Van Buren en los últimos 5 años, describiendo sus factores de riesgo, técnica de cerclaje utilizada y su desenlace obstétrico.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, retrospectivo mediante la revisión de fichas y registros clínicos existentes en el departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Carlos Van Buren desde el año 2013 hasta el año 2018 para determinar las características de las pacientes con diagnóstico de incompetencia cervical, sus factores de riesgo, la técnica de cerclaje utilizada y su outcome perinatal.

Resultados: Entre Enero 2013 y Diciembre 2018 fueron cercladas 53 pacientes, con una edad promedio de 29,5 años (18 - 44 años), 12 de ellas primigestas (22,6%). Su IMC se encontraba entre 19 y 41,7. Sobre los factores de riesgo 10 (18,8%) tenían antecedente de legrado previo a éste embarazo, 20 (37,7%) antecedente de parto prematuro previo, 6 (11,3%) con antecedente de conización o traquelectomía. Sobre las técnicas quirúrgicas utilizadas: 23 (43,39%) cerclajes fueron realizados con técnica de McDonald, 20 (37,7%) con Shirodkar modificado, 7 (13,2%) con



Shirodkar clásico, 3 pacientes sin dato registrado en protocolo. Las cervicometrías registradas se encontraban entre los 0 y los 40 mm. 25 pacientes (47,1%) con indicación de cerclaje profiláctico, 19 (35,8%) con indicación de cerclaje de urgencia y 6 de cerclaje terapéutico (11,3%). Edad gestacional al término del embarazo: 19 (35,8%) pacientes cursaron con un parto prematuro <37 semanas (34% de los cerclajes McDonald, 14% Shirodkar y 35% de los Shirodkar modificado), 23 (43,3%) pacientes con parto de término (56% McDonald, 85% Shirodkar, 50% Shirodkar modificado). 7 (13,4%) de ellas fueron interrumpidas por vía alta. 10 (18,8%) pacientes con pérdida de seguimiento por parto atendido en extrasistema.

Conclusiones: En nuestro centro en los últimos 5 años se han realizado 53 cerclajes con 3 diferentes técnicas, cuyos resultados reflejan su eficacia terapéutica en el manejo de incompetencia cervical, resultando en un 43% de partos de término y 35% de partos prematuros >26 semanas.



DISEÑO Y VALIDACIÓN DE UN MODELO DE ENTRENAMIENTO SIMULADO EN AMNIOCENTESIS

Almeida J 1, Inzunza M 2, Farías M 1.1 División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, PUC. 2 División de Cirugía, Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, PUC.

Introducción: La educación médica ha cambiado su paradigma desde el modelo tradicional hacia un modelo basado en simulación. Este cambio busca estandarizar la enseñanza y optimizar la seguridad de los pacientes. La simulación en Obstetricia y Ginecología ha demostrado beneficios en potenciar el aprendizaje y mejorar outcomes de pacientes. La amniocentesis es un procedimiento invasivo clave en el diagnóstico prenatal de aneuploidías, enfermedades genéticas, infecciones intraamnióticas y madurez pulmonar. Conlleva riesgos maternos y fetales que disminuyen en la medida que el operador esté entrenado. Instituciones internacionales como el recomiendan un entrenamiento integral en este tipo de procedimientos, involucrando modelos que potencien el desarrollo de habilidades clínicas mediante procedimientos supervisados.

Objetivos: Objetivo general: Diseñar y validar un modelo de entrenamiento simulado en amniocentesis. Objetivos específicos: 1) Desarrollar un modelo de entrenamiento bajo costo y fidelidad adecuada 2) Validar el modelo determinando su capacidad de discriminación en aspectos técnicos, tiempo total de ejecución, y porcentaje de logro entre 3 niveles de experiencia.

Metodología: Se utilizaron materiales que permitieran obtener una imagen ecográfica fidedigna. Se reclutaron especialistas en gineco-obstetricia y residentes para realizar el procedimiento en el modelo. Los participantes debieron realizar la punción bajo técnica estéril y visión ecográfica. A los residentes se les entregó previamente material docente con relación a aspectos teóricos y técnicos del procedimiento. Cada procedimiento fue evaluado de presencialmente, durante la ejecución se aplicaron pautas específicas de hitos, encuestas de percepción y tiempo. Se compararon los puntajes obtenidos entre los distintos grupos utilizando estadística no paramétrica.

Resultados: Se desarrolló un modelo de bajo costo, reutilizable, seguro, con adecuada fidelidad. Cuatro gineco-obstetras (expertos), un residente de último año (intermedio), tres de segundo año (intermedio) y cuatro residentes de primer año (novatos), realizaron la amniocentesis en el modelo. La pauta de hitos se utilizó para evaluar aspectos técnicos y de conocimiento en



relación con el procedimiento, con un puntaje máximo de 10 puntos. La mediana de puntaje obtenido en la pauta de hitos específicos fue 9,5 puntos para el grupo experto (rango 10-8 puntos), 7,5 puntos para el intermedio (rango 5-8 puntos) y 5,5 puntos para el inexperto (rango 7-5 puntos). Al aplicar el test de Kruskal Wallis se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p = 0.021$), específicamente entre expertos comparado con intermedios y novatos, sin diferencias significativas entre estos últimos. A pesar de que se observó una relación inversamente proporcional tiempo de ejecución-experiencia, no se encontraron diferencias significativas entre los distintos grupos. Al aplicar la encuesta de percepción se deduce que mientras más expuestos están los participantes a los procedimientos más confianza adquieren en su ejecución.

Conclusiones: El modelo es capaz de discriminar aspectos técnicos de ejecución del procedimiento según nivel de experiencia y podría constituir un aporte como herramienta docente para la formación de los residentes.

Financiamiento: Fondo Concurso Becarios Residentes 2018, Escuela de Medicina PUC



MEDICIÓN 3D DE LA LONGITUD DE LA COLUMNA LUMBAR FETAL (LCL) Y ESTIMACIÓN DEL PESO FETAL

Marfull, C; Yamamoto, M; Figueroa, H.

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

Introducción: La estimación del peso fetal puede presentar un 10% de error estándar asociado, lo que puede ser relevante en las decisiones clínicas. Nuestro objetivo fue introducir una nueva variable para aumentar la precisión de la predicción del peso fetal.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de imágenes de casos con evaluación ultrasonográfica 3D de columna fetal. Se midieron 5 vértebras lumbares en un corte longitudinal en el modo esqueleto 3D. Se corrigió la ganancia y posición, y la medición se realizó en el plano sagital de la imagen 2D o en la imagen 3D misma. Otros parámetros biométricos estándar se incluyeron en un análisis de regresión multivariada para estimar el peso al nacer. Sólo se seleccionaron casos con menos de 7 días para la fecha de parto.

Resultados: En 58 embarazadas, la longitud promedio de la columna fue de 55mm (rango entre 50 a 59mm). De estos, 47 fetos tuvieron menos de 7 días de intervalo entre partos. LCL se correlacionó con la longitud al nacer ($R=0.326$ $p<0.05$) y el peso al nacer ($R=0.361$ $p<0.05$). en cambio, el fémur no se correlacionó con la longitud al nacer ($R=-0.01$ $P=0.89$) ni con el peso al nacer ($R=0.003$ $P=0.9$). El análisis multivariado sólo demostró una correlación independiente entre la circunferencia craneana y el peso al nacer, pero no con la circunferencia abdominal, longitud femoral y LCL.

Conclusiones: En este estudio piloto sencillo, la LCL se correlacionó mejor que el fémur con el peso y longitud al nacer. Un ensayo más amplio podría demostrar si debe incluirse en las fórmulas estándar de peso fetal.



IMPACTO DE PREECLAMPSIA EN LA FUNCIÓN CARDÍACA EVALUADA MEDIANTE ECOCARDIOGRAFÍA CON SPECKLE TRACKING: UN ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO.

Correa P1,3, Larrea R2, Coda C1, Yacich J1,3, Monckeberg M1, Schepeler M3, Illanes SE1,3.

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, UANDES. 2. Departamento de Cardiología, Clínica Dávila. 3. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila.

Introducción: La enfermedad cardiovascular es una de las principales causas de mortalidad entre las mujeres, y la preeclampsia (PE) ha surgido como un nuevo factor de riesgo cardiovascular. Las pruebas de screening precoz buscan evaluar a las mujeres en riesgo de enfermedad cardíaca, debido a que su identificación permitirían establecer tratamientos precoces adecuados para evitar daños a largo plazo. La ecocardiografía con speckle tracking es una técnica que ha demostrado desenmascarar la

disfunción ventricular temprana antes de que disminuya la fracción de eyección.

Materiales y métodos: Se siguieron 10 mujeres sanas, 10 con PE moderada (PEm) y 10 con PE severa (PEs) un año después del parto y evaluamos el índice de Strain del ventrículo izquierdo mediante ecocardiografía speckle tracking transtorácica.

Resultados: Encontramos diferencias significativas de Strain entre mujeres sanas v/s PEm, y entre mujeres no expuestas v/s PEs, después de ajustar después de ajustar por antecedentes de hipertensión materna, edad gestacional al nacimiento, edad materna, índice de masa corporal y presión arterial media. El grupo de PEs tuvo el índice de Strain más bajo después de un año después del parto.

Conclusión: Las mujeres con embarazos afectados por PE tienen peor índice de Strain de ventrículo izquierdo que las pacientes con embarazos normales al año posparto.



CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL DE RIESGO OBSTÉTRICO DE INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN CESARIZADAS EN EL PABELLÓN OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN ENTRE ENERO DE 2016 A JUNIO DE 2019

Muñoz, F., Muñoz, B., Martínez, J. Hospital Regional de Concepción - Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Introducción: Las infecciones del sitio operatorio asociadas al cuidado de la salud ocurren después de una intervención quirúrgica, con un periodo de aparición de hasta 30 días posterior al procedimiento. En estudios de prevalencia, las infecciones de herida operatoria (IHO) son la tercera infección más frecuente en Chile, ocupando la cesárea el segundo lugar entre las IHO, siendo superada sólo por la hernioplastia inguinal en adultos. Según el Informe de Vigilancia de Infecciones

Asociadas a la Atención en Salud del Minsal 2016, 2017 y 2018, los agentes etiológicos causales de la mayor proporción de IHO en cesárea son las cocáceas Gram (+) como *Staphylococcus aureus* y epidermidis.

Objetivo: caracterizar los casos de infección de herida operatoria de cesárea en las mujeres operadas en el pabellón del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Regional de Concepción, durante el periodo comprendido entre enero de 2016 a junio de 2019.

Material y métodos: diseño observacional, descriptivo, de tipo transversal, efectuándose una revisión sistemática de las historias clínicas y protocolos quirúrgicos de las pacientes cesarizadas diagnosticadas con infección de herida operatoria durante el período señalado. Se analizó variables tales como edad materna y gestacional, paridad, tiempo quirúrgico, cesárea electiva o de urgencia, trabajo de parto, profilaxis antimicrobiana utilizada y comorbilidad: Obesidad, Diabetes Mellitus o Gestacional, Síndrome Hipertensivo del embarazo, Rotura prematura ovular y Diagnóstico de infección ovular.

Resultados: el total de cesáreas durante el período revisado fue de 4109, de las cuales se notificó con IHO el 1.21% (50). De éstas, 37 correspondieron a cesáreas de urgencia y en trabajo de parto, el 38% (19) a cirugías practicadas a gestantes obesas, 24% a gestantes con diagnóstico de rotura prematura de membranas



y el 18% (9 cesáreas) a gestantes portadoras de diabetes mellitus (pregestacional) y gestacional. No se encontró asociación constante entre infección y tiempo quirúrgico (media 42.84 min, DE 17.67, min 20 y máx 119 min) ni tampoco con la edad de la paciente ni la edad gestacional, la profilaxis antimicrobiana utilizada (Cefazolina, Clindamicina u otra), ni la paridad.

Conclusión: podemos concluir la existencia de una relación categórica entre la infección de herida operatoria y factores tales como cesárea de urgencia y durante el trabajo de parto, y la presencia de diagnósticos tales como obesidad, diabetes mellitus y gestacional y rotura prematura ovular, no habiendo asociación constante entre infección y las otras variables analizadas.



INDUCCIÓN MECÁNICA DEL TRABAJO DE PARTO EN MUJERES CON CICATRIZ DE CESÁREA: EXPERIENCIA HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

Quiroz MJ1. Salas CI. Moreno N1. Rojas A2. Vega A2

1. Interno de medicina. Universidad de Antofagasta 2. Unidad de alto riesgo obstétrico. Hospital Regional Antofagasta

Introducción: La presencia de cicatriz de cesárea es una de las principales causas de cesárea en nuestro país. La inducción mecánica del trabajo de parto con balones intrauterinos es un método seguro y eficaz para la obtención de un parto vaginal en este grupo de pacientes. El uso de sonda Foley como alternativa al doble balón de Cook ha demostrado ser igual de eficiente, obteniendo tasas similares de partos vaginales.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de pacientes con antecedente de una cesárea, cursando embarazo único mayor o igual a 39 semanas de edad gestacional que fueron sometidas a protocolo de inducción mecánica del trabajo de parto con sonda Foley

durante Enero a Agosto del 2019 en el Servicio de ginecología y obstetricia del hospital Regional Antofagasta. Se obtuvieron datos de un total de 31 pacientes en dicho periodo. Los datos se tabularon y analizaron en tabla Excel.

Resultados: De los 31 casos recolectados que se sometieron al protocolo de inducción mecánica el promedio de edad fue de 29 años con un índice de masa corporal promedio de 32,6 kg/m². 20 pacientes (64,5%) no tenían partos vaginales previos. La inducción con sonda Foley se inicio con un puntaje Bishop promedio de 4. Todos los balones se pudieron instalar con éxito, presentando en 1 solo caso metrorragia de cuantía moderada. El tiempo desde la instalación del balón a su expulsión fue en promedio de 15 horas; y el parto ocurrió 17 horas en promedio luego de la expulsión del balón. El protocolo se continuo con RAM en el 71% de los casos y con conducción oxitócica en el 90%. La tasa de partos vaginales obtenidos fue de 51,6%. La principal causa de no obtener un parto vaginal fue la prueba de trabajo de parto fracasada (63,6%). No se registraron complicaciones.

Conclusiones: El uso de la inducción mecánica del trabajo de parto en mujeres con cicatriz de cesárea es seguro, respaldado por la evidencia científica actual. En nuestra experiencia tiene resultados similares a los reportados en la literatura internacional, estableciendo un método razonable para reducir las altas de cesáreas que afectan a nuestra institución.



DIAGNÓSTICO DE MALFORMACIONES FETALES EN EL SERVICIO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO DEL HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA EN EL PERIODO ENERO DE 2018 A JULIO DE 2019

Riera R1, Guerrero C2, Quiroz M2, Bueno F1, Castro E1, Vega A1, Guerra J1.

1.-Servicio de alto Riesgo Obstétrico, Hospital Regional de Antofagasta. 2.- Facultad de Medicina, Universidad de Antofagasta.

Introducción: Las malformaciones congénitas son alteraciones estructurales y/o funcionales que ocurren durante la vida intrauterina y pueden identificarse en la etapa prenatal, al nacimiento o en la vida tardía. Según la OMS, cada año cerca de 3 millones de fetos e infantes nacen con alguna malformación congénita mayor, lo cual genera alrededor de 500.000 muertes en todo el mundo.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo, mediante la

revisión de historias clínicas. Se incluyeron en el estudio a todas las gestantes que acudieron a nuestro centro en el período antes señalado, a quienes se les realizó diagnóstico o constatación ecográfica de malformación fetal mayor o menor. Para el procesamiento estadístico se calculó el promedio y desviación estándar de las variables continuas, y en el caso de las variables nominales se calculó frecuencia y porcentajes.

Resultados: La muestra total fue de 214 pacientes, de las cuales se excluyeron 72, debido a que no fue posible realizar seguimiento, por lo que el total de pacientes estudiadas fueron 141 gestantes. De ellas, 96 presentaban edades entre 19-34 años (68,09%), 15 \leq 19 años (10,64%), y 30 tenían edades \geq 35 años (21,27%). Respecto a la nacionalidad, 103 de las gestantes eran Chilenas (73,05%) y 38 eran extranjeras (26,95%). Con respecto a las malformaciones detectadas, encontramos que las alteraciones más frecuentes fueron las del tracto urinario (26,95%), seguidas del sistema nervioso central (21,96%), sistema digestivo (9,21%), aparato cardiovascular (8,51%), sistema esquelético (7,08%) y otras malformaciones (26,29%). Con respecto a la edad gestacional al parto, 94 fueron de término (66,67%), 38 de pretérmino (26,95%), y 9 presentaron aborto (6,38%). Con respecto a la vía de resolución 72 de las pacientes tuvieron parto vaginal (51,06%) y 69 pacientes se resolvieron por vía cesárea (48,94%). Del total de los partos vaginales 9 fueron por causa IVE (10,76%) y del total de las cesáreas 3 fueron



por ley IVE (4,54%). Según el peso al nacer, 16 pacientes fueron macrosómicos (11,34%), 87 adecuados para edad gestacional (61,70%), los Bajo peso al nacer fueron 15 (10,63%), muy bajo peso al nacer fueron 7 (4,96), extremadamente bajo peso al nacer 7 (4,96) y fetos no viables (<500 grs) fueron 9 casos (6,41%).

Conclusiones: Las malformaciones fetales constituyen una de las principales causas de mortalidad infantil. En nuestro estudio encontramos que las malformaciones mas frecuentes fueron las del tracto urinario, del sistema nervioso central, del sistema digestivo y del aparato cardiovascular, lo cual coincide con la mayoría de las revisiones publicadas en Latinoamérica.



UTILIDAD DE LA DETERMINACIÓN DE PAMG-1 EN EL MANEJO DE SÍNTOMAS DE PARTO PREMATURO: EXPERIENCIA EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

Boldrini P1, Barría M1, Oyarce M1, Morales F1, Cornejo M1,2, Sobarzo M1,2

1Hospital El Carmen de Maipú, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.
2Becada de Ginecología y Obstetricia, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

Introducción: El parto pretérmino ocurre 8,2 por cada 100 nacidos vivos en Chile y en Maipú la tasa alcanza a 11 por cada 100 nacidos vivos. Adicionalmente, el parto pretérmino es la principal causa de muerte neonatal en Chile y el mundo, causando morbilidad y secuelas en aquellos que sobreviven. Dentro de las estrategias de manejo del síntoma de parto pretérmino (SPP) se encuentra la terapia corticoidal, tocolisis, etc. Lamentablemente, el diagnóstico de SPP implica la hospitalización y el uso de tratamientos

de alto costo además de ser potencialmente dañinas tanto para la madre como para el feto. En la actualidad, el principal predictor de parto pretérmino utilizado es la cervicometría y le sigue la fibronectina fetal, aunque esta última no está disponible en nuestro Hospital. De acuerdo con lo anterior, en nuestra experiencia y usando solamente la cervicometría como predictor, el 85% de las pacientes con diagnóstico de SPP no tiene un parto a los 7 días y el 50% tiene un parto de término. A raíz de lo anterior es que surge la necesidad de buscar herramientas para detectar aquellas pacientes que no requerirán manejo puesto que no tendrán el parto dentro de los primeros 7 días. PartoSureR es un test sencillo que determina PAMG-1 y que la evidencia científica pone por sobre la fibronectina fetal en cuanto a sensibilidad, especificidad y valores predictivos. Con el fin de mejorar la pertinencia de hospitalizaciones y tratamientos, el hospital incorporó el Partosure en sus protocolos.

Métodos: Se analiza como tasa la tendencia de hospitalizaciones por SPP entre los años 2017 y 2019. El Partosure se comenzó a utilizar en el Hospital El Carmen a partir de abril del 2018, en aquellas pacientes cursando embarazo entre 24 y 34 semanas, con cervicometría entre 20 y 25 mm más 4 contracciones en 20 minutos u 8 contracciones en 60 minutos.

Resultados: Con los datos obtenidos desde el inicio del uso del PAMG-1 en nuestro servicio, obtuvimos un VPP 18% y VPN 96% en parto antes de los 7 días, lo cual nos permite



validarlo como una herramienta confiable. Durante el 2017 se hospitalizaron 99 pacientes con diagnóstico de APP, equivalentes a 3.84 por cada 100 nacidos vivos, durante el 2018 se hospitalizaron 94 pacientes, equivalentes a 3.19 por cada 100 nacidos vivos y durante el 2019, hasta el 31 de Agosto, se han hospitalizado 50 pacientes con diagnóstico de APP equivalentes a 2.5 por cada 100 nacidos vivos.

Conclusiones: La cervicometría asociado a PAMG-1 es una estrategia eficaz y segura para disminuir las hospitalizaciones y tratamientos innecesarios en pacientes con SPP.



PREVALENCIA DE GESTANTES TARDÍAS EN EL HOSPITAL CLÍNICO UC

Guerrero C.¹, Díaz P.¹, Poblete J. A.^{1,2}

¹Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Servicio Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico UC.

Introducción: Es un hecho reconocido que la edad de las mujeres al momento del parto es un factor de riesgo que tiene relación directa con la morbimortalidad materno-perinatal (1). Al grupo de mujeres mayores de 35 años se les denomina gestantes tardías, y existe evidencia reportada que evidencia un mayor riesgo progresivo, tanto para la madre como para su hijo (2). Esta premisa probablemente modifica el manejo de estas pacientes. Dado que en nuestra Maternidad desconocíamos los datos actualizados, realizamos un análisis descriptivo de la edad materna de nuestros últimos 19 meses de actividad.

Métodos: Se tuvo acceso a la base de datos de la Maternidad en el periodo comprendido entre enero del 2018 y julio del 2019. Se realizó el análisis utilizando el programa Excel. Además, se analizó la Base de datos en Excel disponible en la página WEB del DEIS, en los años 2000

y 2017 (3).

Resultados: El promedio de edad de las madres en ese periodo fue de 31,5 años. Encontramos 630 mujeres entre 35-40 años, 165 entre 40-45 años y 13 mayores de 45 años, que representan respectivamente un 24%, 6% y 0,5% del total de partos. El grupo 35-40 años tuvo una tasa de cesárea de 59% y 2% de embarazo múltiple. El grupo 40-45 tuvo una tasa de cesárea de 61% y 2% de embarazo múltiple. El Grupo mayor de 45 años tiene 77% de cesáreas y ningún embarazo múltiple. La tasa global de cesárea de los embarazos múltiples comprendiendo el grupo de 35-40 y 40-45 fue de 87%.

Conclusiones: La edad promedio de las mujeres que tuvieron su parto en nuestra maternidad en este periodo fue de 31,5 años, lo cual es mayor que el promedio nacional del año 2000 de 26,8 años y del año 2017 que fue de 28,6 años (3). En nuestra maternidad las gestantes mayores de 35 años representan el 30,5% del total de partos, que es más del doble de lo reportado en la literatura nacional (2). La tasa de cesárea de los grupos de 35-40 años y 40-45 años exceden en 11% y 13% respectivamente la tasa de cesárea del Servicio. Los embarazos múltiples no se presentan en mayores de 45 años, representan un 2% del total de cada grupo, y poseen una tasa de cesárea superior al 75%. Aun cuando no se establece el perfil de morbilidad de estas pacientes, el análisis descriptivo de los datos nos hacen pensar en una maternidad de mayor riesgo materno perinatal por la edad de



las pacientes que atiende y probablemente ese sesgo se traduzca en una utilización mayor de la cesárea como vía de parto en mujeres mayores de 35 años.

Referencias:

1. Donoso E., Carvajal J.A., Vera C., Poblete J.A. La edad de la mujer como factor de riesgo de mortalidad materna, fetal, neonatal e infantil. Rev Med Chile. 2014; 142: 168-174.
2. Chamy V., Cardemil F., Betancour P., Ríos M., Leighton V. Riesgo obstétrico y perinatal en embarazadas mayores de 35 años. Rev Chil Obstet Ginecol. 2009; 74(6): 331-338.
3. Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), años 2000 y 2017.



DIAGNÓSTICO DE NEUROSIFILIS EN EL EMBARAZO: REPORTE DE DOS CASOS CLÍNICOS

Herrera D, Jara D. Cayazzo D.
Hospital Padre Hurtado.

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual causada por la bacteria *Treponema pallidum*. La incidencia el año 2010 fue de 19.7x100.000 habitantes y la tasa en embarazadas fue de 7x100.000 mujeres el mismo año. Desde el año 2001 se presentan aprox. 50 casos de sífilis congénita. El riesgo de transmisión de sífilis durante la gestación depende de la etapa clínica de la enfermedad: primaria, secundaria y latente precoz 75-95% y en etapa tardía y terciaria 10-35%. La neurosífilis se puede manifestar en cualquier etapa de la enfermedad. Consiste en el compromiso del sistema nervioso central y puede manifestarse como neurosífilis asintomática, sífilis meningovascular, tabes dorsal o parálisis general progresiva, entre otras manifestaciones menos frecuentes.

Caso 1: Paciente femenina, 41 años, multípara de 2, cursando embarazo de 23+0 semanas, con antecedente de DPG NR, hipotiroidismo y sífilis tratada con esquema de 2 dosis de penicilina (PNC) benzatina (VDRL reactivo 1:32). En contexto de control tardío del embarazo, se

hospitaliza por DPG descompensada. Al ingreso destaca al examen físico diplopia monocular, sin otras alteraciones y al laboratorio se pesquiza VDRL reactivo 1:132 a pesar de tratamiento. Se realiza estudio para descartar neurosífilis por títulos altos VDRL 1:128 y posible focalidad neurológica secundaria. TAC cerebral con contraste descarta hipertensión endocraneana, fondo de ojo sin alteraciones y VDRL de LCR reactivo 1:4, confirmándose sospecha diagnóstica y manejada con esquema PNC sódica x 14 días exitosamente revirtiendo los síntomas mencionados.

Caso 2: Paciente femenina 25 años, multípara de 1, antecedentes de condilomatosis vulvar 2014, con embarazo de 7 semanas. Es derivada desde APS por VDRL reactivo 1:32, asintomática. Recibe esquema estándar de dos dosis de PNC Benzatina en 3 ocasiones debido a VDRL mensuales persistentemente reactivos posterior a cada tratamiento, 1:16, 1:8 y 1:8 respectivamente. Por persistencia se títulos elevados en ausencia de clínica y según norma Minsal se realiza punción lumbar, diagnosticándose neurosífilis con títulos de VDRL 1:8 en LCR. Se trata con esquema de PNC sódica por 14 días con buena respuesta.

Conclusión: La sífilis es una enfermedad de alta morbimortalidad tanto para la madre como para el recién nacido. Su incidencia se ha disminuido desde la incorporación del tratamiento antibiótico, no obstante, aun es una enfermedad relevante en nuestro país. Asimismo, la neurosífilis tiene una incidencia aun más baja, siendo más frecuente en pacientes



VIH (+). La sospecha diagnóstica de sífilis puede surgir tanto por síntomas sugerentes o en pacientes asintomáticas con exámenes de laboratorio alterados, no obstante, la sospecha de neurosífilis puede pasar desapercibida debido a la amplia forma de presentación, por lo cual uno de los objetivos del control prenatal es realizar un diagnóstico precoz y un tratamiento efectivo de sífilis y evitar la complicación hacia neurosífilis u otras formas más severas de la enfermedad. La evidencia ha demostrado que los esquemas de tratamiento con penicilina, tanto para la paciente como para la pareja sexual, son eficaces para tratar la enfermedad materna, prevenir la transmisión al feto y tratar la posible enfermedad fetal ya establecida, siendo la estrategia más costo-efectiva para evitar la transmisión a los recién nacidos.



EDAD MATERNA Y PARIDAD EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO, ¿SE AJUSTA A LA REALIDAD NACIONAL?

Honorato M, von Bischhoffshausen S, Hartmann M, Tagle I, Latorre R

Introducción: Durante los últimos años en Chile y en el mundo con la entrada de la mujer al mundo laboral, ha disminuido la tasa de natalidad y ha aumentado la edad materna al parto, esto último se asocia a mayor riesgo materno y perinatal. En el año 1960 en Chile, la tasa de natalidad era 5.10 hijos por mujer, el año 1980 ésta ya había disminuido a 2.78 hijos por mujer, el año 2000 era 2.11 hijos y el año 2016 la tasa de natalidad en Chile sólo alcanza 1.77 hijos por mujer¹. El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la edad materna y paridad de la población del Hospital Padre Hurtado entre los años 2013 y 2019 y ver si existe correlación entre nuestros datos y la realidad nacional.

Métodos: Se analizó la base de datos perinatal del Hospital Padre Hurtado entre los años 2013 y 2019. Los datos obtenidos fueron edad y paridad materna al momento del parto. Se incluyeron los embarazos y partos ocurridos entre estas fechas con edad gestacional > 24

semanas o mayor a 500 gramos y embarazos únicos y múltiples. Se excluyeron aquellos que no se contaban con la información que se requería para el análisis.

Resultados: Entre Enero del 2013 y Julio 2019 hubo un total de 28.998 embarazos, de los cuales 28.678 que cumplían los criterios de inclusión antes descritos, lo que corresponde al 98.9% de los embarazos y partos. El promedio de edad durante los años analizados fue 27 ± 7 años y la paridad fue 1 ± 1 hijo por madre. La madre con mayor edad corresponde a una paciente de 50 años y la de menor edad fue 11 años. Al analizar todos los años por separado, la paridad promedio fue 1 ± 1 hijo por madre. El año 2013 hubo 5.329 partos, donde el promedio de edad materna fue 25 ± 7 años; el año 2014 y el año 2015 hubieron 5.011 y 4.576 partos respectivamente, donde en ambos el promedio de edad materna fue 26 años. Los años 2016, 2017 y 2018; el promedio de edad materna fue 27 años, con un total de 4.107 partos el primer año, 3.753 partos el segundo año y 3.786 partos el último año. Hasta Julio del año 2019, se registraron 2.116 partos con un promedio de edad materna en lo que va del año de 28 ± 6 años.

Conclusión: La postergación de la maternidad es la principal causa de aumento de edad materna y de disminución de la natalidad en nuestro país y en el mundo. Podemos concluir que en nuestro hospital, a pesar de presentar casos de pacientes con alta natalidad, el promedio de paridad es 1 hijo por mujer; lo



que es concordante con los datos de la población nacional. A pesar de que la edad materna promedio en nuestra población de estudio es 27 años, podemos concluir la edad materna ha ido aumentando entre los años 2013 y 2019, siendo 25 años el año 2013 y alcanzando los 28 años durante este año.

1 Instituto Nacional de Estadísticas (INE)



VÍA DEL PARTO EN EMBARAZO GEMELAR: HOSPITAL PADRE HURTADO 2013-2019

Hartmann M.1, von Bischhoffshausen S.1, Honorato M. 2, Tagle I. 3, Leiva D. 4, Latorre R. 5

1Becada de Obstetricia y Ginecología, Hospital Padre Hurtado – Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. 2Becada Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad Alto Riesgo Obstetrico, Hospital Padre Hurtado. 3Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad Alto Riesgo Obstetrico, Hospital Padre Hurtado. 4 Matrón Ecografista, Unidad Alto Riesgo Obstetrico, Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Durante los últimos años la tasa de embarazo múltiple ha aumentado en los países desarrollados. Se estima que de 1 por 100 nacidos vivos son embarazos múltiples. El aumento del número se atribuye a distintas variables como son la utilización de técnicas de reproducción asistida, aumento en la edad materna y tasa de gestaciones múltiples concebida espontáneamente (1,2). La tasa de cesárea en los embarazos gemelares es mayor que en embarazos únicos, esto se debe en parte a que los embarazos gemelares presentan mayor riesgo

de complicaciones en comparación con los fetos de un embarazo con feto único. En embarazo gemelar en el cual el primer feto nace por vía vaginal, el segundo gemelo en nacer presenta un mayor riesgo de resultado perinatal deficiente comparado con el primero, por lo anterior se podrían evitar cierto número de complicaciones indicando la cesárea como vía del parto (3). El objetivo de nuestra revisión fue evaluar la vía del parto de los embarazos gemelares nacidos en nuestro hospital entre los años 2013 a 2019.

Material y método: Realizamos una búsqueda en las bases de datos la maternidad del Hospital Padre Hurtado entre los años 2013 al 2019, evaluando el número de embarazos gemelares, su corionicidad y su vía del parto.

Resultados: Se recolectaron los datos de 284 embarazos gemelares. Se excluyeron 11 pacientes por falta de diagnóstico de corionicidad. Se diagnosticaron 185 embarazos Bicoriales biamnióticos de los cuales 75 de los recién nacidos lo hicieron por parto vaginal eutócicos (PVE), 3 por fórceps (F), 67 por cesárea electiva (CE), 219 cesárea urgencia (CU) y 7 por cesárea de emergencias (CEM). 83 embarazos fueron Monocoriales biamnióticos, de los cuales 44 recién nacidos lo hicieron PVE, 3 F, 16 CE, 95 CU, 7 CEM. De los 5 embarazos Monocoriales monoamnióticos todos fueron por vía cesárea, 3 CE y 2 CU.

Conclusiones: Según las vías del parto descritas en la literatura, nuestras tasas de partos



vaginales son más altas (21,79% vs 11.7%) y la tasa cesáreas encuentran en valores similares a las tasas reportadas en países como México y Estados Unidos (76,55%) (4,5).

Referencias:

1. Jewell SE : Increasing trends in plural births in the United States. *Obstet Gynecol*, 1995.
2. Russell RB et al: The changing epidemiology of multiple births in the US. *ObsT Gyn* 2003.
3. Hofmeyr GJ, Barrett JF, Crowther CA: Cochrane Database of Systematic Reviews Planned caesarean section for women with a twin pregnancy (Review), 2015.
4. Quesnel C, Martínez O, Mendoza D. Parto gemelar ¿es una opción segura? *Ginecol ObstetMex* 2011. 5. Lee H, Gould J, et al: Trends in Cesarean Delivery for Twin Births in the United States: 1995 to 2008. *Obstet Gynecol*. 2011 Nov; 118(5): 1095–1101.



COMPARACION DE TASA CESAREAS EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO AÑO 2008 VERSUS AÑO 2018 USANDO LA CLASIFICACION DE ROBSON

Paredes A¹, Regonesi I, Chavez C², Tagle M³, Alvarez J³, Latorre R³, Troncoso F³.

¹ Médico Residente en Obstetricia y Ginecología Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo
² Interno de Medicina Facultad de Medicina Clínica Alemana de Santiago – Universidad del Desarrollo
³ Médico Ginecólogo Obstetra Hospital Padre Hurtado

Introducción: Chile es el segundo país de la OCDE en mayor número de partos por cesárea con un 47%, muy por sobre de la recomendación de la OMS de un 15%. La OMS en un esfuerzo por disminuir la tasa de éstas, ha recomendado el uso de la clasificación de Robson para la tabulación de las indicaciones de cesáreas y como una forma práctica de reducción de estas. Nuestro objetivo es mostrar con una simple comparación del año 2008 versus el año 2018 según la clasificación de Robson, si nuestras políticas de reducción de tasa de cesáreas han producido alguna disminución significativa

de la tasa de cesáreas. (Definición de distocia, entrenamiento en monitoreos, definición de prueba de trabajo de parto, inducción fracasada con rotura de membranas y conducción oxitócica, entre otras)

Métodos: Estudio retrospectivo observacional, se usó la base de datos de partos del hospital padre hurtado, la cual tiene todos los elementos necesarios para hacer la clasificación retrospectiva de Robson. Se compararon ambas poblaciones para eliminar sesgo poblacional (se ingresaron variables como IMC, paridad, edad, edad gestacional), posteriormente se evaluó tasa global de cesárea por años y se subdividió según porcentaje de clasificación de Robson, cada uno de estos se comparó con el porcentaje de su año en espejo para determinar significancia estadística.

Resultados: El año 2008 hubo un total de 5990 partos de los cuales, 1549 (25,8%) correspondió a cesáreas, en cambio el año 2018; 3833 partos de los cuales, 996 (26%) correspondió a cesáreas, sin diferencia significativa. Dentro de la comparación poblacional de ambos grupos, el único factor con relevancia estadística fue la edad materna (25 v/s 29 años). Dentro de la comparación según clasificación de Robson, no hubo ninguna diferencia significativa dentro de los grupos estudiados a excepción de las clasificaciones 1 y 2 (16,4% v/s 13,2% y 20,55 v/s 17,3%).



Conclusiones: La categoría 1 y 2 de la clasificación de Robson son las que se refieren a embarazos de término, en presentación cefálica en nuligestas y son las que pudimos demostrar con significancia estadística reducción en el decenio estudiado. Lo que nos confirma que un Hospital Docente con normas estrictas, capacitación al personal, auditoria de cesáreas y con estrategias de prevención de primo-cesáreas puede reducir la tasa de cesáreas del grupo 1 y 2 que son los que clásicamente se han asociado a las estrategias, ya que el antecedente de la cesárea anterior es un factor de riesgo conocido en la recurrencia de cesáreas.



EFICACIA Y SEGURIDAD DEL USO DE UN BALÓN CERVICAL PARA LA MADURACIÓN E INDUCCIÓN DEL CUELLO UTERINO EN PACIENTES CON UNA CICATRIZ DE CESAREA PREVIA

Latorre R, Pais F, Gárate M, Tagle I, Insunza A. 1,2

1.- Unidad de Gestión Clínica de la Mujer y el Recién Nacido, Hospital Padre Hurtado, Santiago Chile. 2.- Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo

Introducción: La inducción del trabajo de parto es un procedimiento frecuentemente realizado en la práctica obstétrica actual. La presencia de una o más cesáreas anteriores ha sido una de las causas principales del aumento gradual de la tasas de cesáreas electivas en pacientes multíparas. Cabe destacar que las pacientes portadoras de una cicatriz de cesárea anterior y sin contraindicación de parto vaginal, que iniciaron el trabajo de parto en forma espontánea en el Hospital Padre Hurtado finalizan en un 62 a 69% en un parto vaginal.

Una forma de disminuir la tasa de cesárea es el desafío de inducción del trabajo de parto en pacientes con una cicatriz de cesárea. Uno de los métodos propuestos en estas circunstancias con cuellos inmaduros es el Balón Cervical de Cook (cervical ripening balloon).

Objetivos: El objetivo principal de este trabajo es evaluar el porcentaje de pacientes con cicatriz de cesárea que iniciaron trabajo de parto de parto luego de la inserción de balón cervical de cook y evaluar la vía de finalización del parto en éstas pacientes.

Métodos: Estudio prospectivo que incluyó 16 pacientes, todas con consentimiento informado, cursando embarazo único con edad gestacional entre 38 a 41 semanas y estimación de peso fetal ecográfica menor a 4.000 gramos con una cicatriz de cesárea sin contraindicación de parto vaginal que usaron para la inducción de trabajo de parto un Balón Cervical de Cook en el Hospital Padre Hurtado. Todas las pacientes utilizaron antibiótico profilaxis y manejo del trabajo del parto según las guías del gobierno del parto de nuestro servicio. El tiempo de inducción con el balón cervical fue máximo 12 horas, tiempo similar al utilizado con la inducción con prostaglandinas.

Resultados: De las 16 pacientes incluídas, la edad gestacional promedio de inducción fue de 40 semanas, con un promedio de 9,7 horas de inducción con el balón cervical, 14/16 (87,5%) lograron alcanzar el trabajo de parto en fase



activa de las cuales 11/14 (78,6%) logró finalizar su embarazo por vía vaginal. El promedio de horas en trabajo de parto en fase activa fue de 5,4 horas. Sin resultados adversos neonatales en este grupo de pacientes.

Conclusiones: A pesar de ser un número bajo de pacientes que pudieron ser evaluadas, con los resultados obtenidos en nuestro hospital y lo descrito en la literatura, la inducción del trabajo de parto con balón cervical de Cook, en pacientes con antecedente de cicatriz de cesárea anterior y condiciones desfavorables cervicales a la evaluación, es un procedimiento seguro que logra el objetivo de iniciar el trabajo de parto y en un porcentaje importante finalizar su embarazo en un parto vía vaginal.



PARTO NATURAL VERSUS PARTO PRAGMÁTICO

von Bischoffshausen S1, Álvarez J2,3, Arellano M2, Rondini C2

1 Becada Obstetricia y Ginecología, Hospital Padre Hurtado-Clinica Alemana Universidad del Desarrollo; 2 Gineco-obstetra Clinica Santa María; 3 Unidad Uroginecología Hospital Padre Hurtado

Introducción: Actualmente existe en las embarazadas el deseo de tener un parto con la menor intervención posible; es decir, sin anestesia; conducción occitócica; episiotomía y evitando el parto instrumental. Este estilo de parto es frecuentemente denominado “Parto Natural” (PN). Las razones a favor del PN suelen ser la baja tasa de cesárea, alta satisfacción de la madre, menor tiempo del trabajo de parto y menor tasa de desgarros y episiotomía. El objetivo de nuestro estudio es comparar características demográficas y resultados perinatales entre pacientes de parto natural versus aquellas con atención del parto pragmático (PP).

Métodos: Estudio retrospectivo de casos y controles entre Junio a Diciembre del 2018. Se tomó una relación 2:1 de pacientes controles a pacientes que solicitaron un PN. Para poder realizar una comparación real, el grupo de PN fue contrastado contra pacientes de PP que

ingresaron a la Sala de Atención Integral del Parto (SAIP). Los datos fueron obtenidos del libro de partos y de la ficha electrónica. Los datos demográficos a analizar fueron edad materna, semanas de embarazo, índice de masa corporal (IMC) y paridad y dentro de las características del proceso del parto se analizaron dilatación al ingreso, dilatación al momento de la anestesia, porcentaje de pacientes con anestesia, tasa de fórceps y cesárea, peso del recién nacido (RN), Apgar, desgarros, episiotomía y tiempo en trabajo de parto.

Resultados: Se analizaron 86 pacientes que solicitaron un PN y 171 controles con PP. De los datos demográficos, no hubo diferencias significativas en la edad materna, semanas de embarazo e IMC. Hubo diferencias significativas en la paridad ($p=0.079$). Dentro de las características del proceso del parto, las pacientes con PN ingresaron al SAIP con 6 cms de dilatación y solicitaron anestesia a los 7 cms, mientras las con PP con 4 cms y 5 cms respectivamente; ambos valores con un $p=0.001$. El número de pacientes con anestesia también fue estadísticamente significativo, siendo un 96.5% del grupo control, mientras que un 36% en el grupo de PN, con un $p=0.001$. La tasa de fórceps y cesárea fue 16.3% y 9.9%, respectivamente, en el grupo control versus 3.5% y 5.9%, respectivamente en el grupo de PN ($p=0.002$ y $p=0.3$ respectivamente). En relación a la episiotomía, también fueron significativas las diferencias; un 28.8% en el grupo control y un 1.1% en el grupo de PN. No hubo diferencias



significativas en relación al peso de nacimiento, Apgar al minuto y a los 5 minutos, desgarros y tiempo en trabajo de parto en ambos grupos.

Conclusión: Las pacientes que solicitan parto natural tienen una menor tasa de episiotomía y parto operatorio a expensas de un parto más prolongado manteniendo los mismo buenos resultados del recién nacido.



IMPLEMENTACIÓN DE LOS CRITERIOS DE ROBSON EN CLÍNICA DÁVILA

Urrutia C1, Díaz P2, Schepeler M3, Soldati A3 Caradeux J3,

1Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de los Andes; 2 Becada Medicina Materno fetal, PUC; 3 Departamento Ginecología y Obstetricia, Clínica Dávila.

Introducción: La tasa de cesárea (TC) es uno de los indicadores que evalúa la calidad de la atención obstétrica a nivel mundial. La tasa recomendada por la OMS bordea el 15%, no obstante durante los últimos 25 años las cesáreas son cada vez más frecuentes. Chile se posiciona dentro de los países con tasas más elevadas dentro de la “Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos”, bordeando el 45% de partos atendidos por cesárea. El año 2011 la OMS y 2012 la Sociedad de Obstetricia y Ginecología Canadiense (SOGC) recomendó la utilización de los criterios de Robson como método estandarizado para evaluar la TC.

Materiales y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en un centro un centro de salud privado, de nivel terciario, en Santiago de Chile por un período de 6 meses,

desde Enero 2019 a julio 2019. Se incluyeron todas las pacientes que ingresaron a sala de pre-parto/pabellón atendidas por médicos titulares de la clínica. Los datos se ingresaron en un formulario web y se clasificó y analizó a las pacientes en distintos grupos acorde a los criterios de Robson.

Resultados: Durante el periodo de estudio se registró un total de 2901 pacientes y un total de 2925 nacimientos. La tasa global de cesáreas fue de 41.7%. Mediante el análisis de los criterios de Robson cada subgrupo se evaluó de forma individual. La tabla 1, resume la distribución y tasa de cesarea para cada grupo. El grupo 1 represento un 29% de la muestra, siendo el más grande. Del total de mujeres embarazadas, los grupos 1 y 2 fueron 43.6%. Dentro del grupo 1 el porcentaje de cesáreas fue de 22.7%. y para el grupo 2a se observó un 60.9% de cesáreas. El grupo 6,7 y 9, suman el 9.2% de cesáreas, las cuales se podrían considerar como inevitables teniendo en cuenta la practica obstétrica habitual. El grupo 5, principal contribuyente al total de cesáreas, 37% del total de la poblacion.

Conclusiones: Existe una gran contribución de las pacientes con 1 cca y de las cesáreas inevitables (podálicas y 2 cca) en el alza de las tasas. Además, se puede trabajar en el grupo de pacientes nulíparas sometidas a inducción, ya un 15.2% termina en cesárea. En nuestra población, un 14.5% va a cesárea de manera fija dado por las podálicas y la 2 cca. Dado que existe una tasa fija



de cesárea no modificable, planteamos que la OMS debería considerar excluir a estos grupos de la tasa sugerida del 15% de cesáreas.



Ginecología General



DESCRIPCIÓN DE PERICIAS POR RESPONSABILIDAD MÉDICA EFECTUADAS EN EL SERVICIO MÉDICO LEGAL CON ENFOQUE EN GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA: ANÁLISIS ENTRE LOS AÑOS 2002-2016

Cortés P. (1), Moscoso K. (2), Flores M. (3), Piñats C. (4), Cortes R(1).

(1) Interno de Medicina Universidad Mayor (2) Cirujano-Dentista Servicio Médico Legal.(3) Cirujano-Dentista. Facultad de Odontología, sede Patagonia. (4) Ginecólogo-Obstetra Hospital de Carabineros.

Introducción: Las demandas hacia los profesionales de la salud se han vuelto parte inherente de la práctica profesional. En los años 60's en Estados Unidos se acuñó el término de “mala praxis” médica para referirse a la responsabilidad profesional de los médicos por acciones de efectuadas de manera imprudente, negligente o con impericia La literatura indica que una de las especialidades más demandadas

es la de Ginecología y Obstetricia. En Chile representa el 25,0% del total de las pericias efectuadas por el Servicio Médico Legal de Chile (SML) a profesionales de la salud.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de las pericias realizadas en SML a profesionales de la salud entre el 2002 y 2016 (5772 pericias). Datos solicitados vía Ley de Transparencia n° 20.385 durante el 2017, luego sistematizados en formato Excel.

Resultados: Gineco obstetricia fue la especialidad más periciada con 24,8% (1.432) del total, promedio de 102 pericias al año, destacando la disminución sostenida del número de pericas al año desde el 2008 en adelante. El grupo etario que concentró la mayor cantidad de pericias fue de 26 a 65 años (51,4%). Del total de pericias 3,1% concluyó con falta a lex artis 37,1% sin falta a lex artis y el resto 59,3% no es posible concluir.

Conclusión: La especialidad de gineco obstetricia es especialmente vulnerable a enfrentar denuncias por mala praxis, pese a lo cual excepcionalmente se demuestra mala praxis. Una probable manera de prevenir situaciones de judicialización es el acompañamiento por parte del equipo, la entrega de información de las complicaciones y riesgos del embarazo, entre otras acciones preventivas.



MALFORMACIONES MÜLLERIANAS: RESULTADOS OBSTÉTRICOS Y COMPLICACIONES, REPORTE DE CASO

Cortés. P (1), Enero. V (1), Enríquez. S (2), Ilabaca. J (2)

(1) Internas de medicina Universidad Mayor (2) Ginecólogo-Obstetra Hospital de Carabineros.

Las malformaciones genitales femeninas derivan del desarrollo Mülleriano, con una prevalencia de 5.5% en la población general, 8% en pacientes con infertilidad y 12.3% en aborto a repetición.

La clínica y edad de presentación dependerá del tipo de malformación y si se trata de una obstructiva o no obstructiva, presentando síntomas como amenorrea, dismenorrea y dispareunia, o malos resultados obstétricos.

Caso clínico: Paciente de 37 años, múltipara de 2, un parto vaginal y una cesárea, con antecedentes de 5 abortos a distintas edades gestacionales (3 de primer trimestre y 2 de segundo trimestre) y 1 óbito fetal.

En última cesárea (año 2018) se realizó diagnóstico intraoperatorio de malformación uterina, describiéndose embarazo en hemiútero derecho normal, hemi útero izquierdo rudimentario

conectado por banda fibrosa y anexos normales, recién nacido presenta dismorfias posicionales y plagiocefalia. Se realizó esterilización con salpingectomía bilateral. Un año después presenta dismenorrea y dispareunia de intensidad progresiva.

Ecografía transvaginal informó hemicuerpo uterino derecho de parénquima homogéneo de 63x36x43 mm y hemicuerpo rudimentario izquierdo de 47x34x36 mm con imagen sugerente de hematómetra, ovarios normotópicos sanos, TAC de abdomen y pelvis demostró ausencia de riñón izquierdo.

Se realizó histerectomía total de ambos hemicuerpos uterinos con conservación de ovarios por laparotomía. Posteriormente evoluciona favorablemente.

Discusión: Las malformaciones müllerianas son muchas veces asintomáticas durante la infancia y adolescencia; posteriormente se diagnostican en la vida fértil por malos resultados obstétricos, siendo lo más frecuente abortos de primer y segundo trimestre, parto de pretérmino, RCIU y presentaciones distócicas. Cuando se asocia a obstrucción del flujo menstrual, como en el caso presentado, secundaria a esterilización tubaria puede presentarse como hematómetra.

El diagnóstico precoz es fundamental para la consejería reproductiva, tratamiento oportuno y prevención de complicaciones.



EFECTIVIDAD DEL MANEJO MÉDICO CON MISOPROSTOL EN ABORTOS DE PRIMER TRIMESTRE EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.

Espinosa M., Carvajal V., Zamora M., Valdés F. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile. Campus Occidente, Universidad de Chile.

Introducción: El aborto de primer trimestre tiene una incidencia aproximada del 10% de los embarazos clínicamente reconocidos. El tratamiento puede ser expectante, médico o quirúrgico, dependiendo de las condiciones clínicas de la paciente. El misoprostol es el medicamento elegido para el tratamiento médico. El 2017 la Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología publicó recomendaciones del uso de misoprostol en distintas patologías gineco-obstétricas, incluyendo el aborto de primer trimestre. El objetivo del siguiente trabajo es evaluar la efectividad del manejo médico de abortos de primer trimestre con misoprostol, en paciente ingresadas con dicho diagnóstico al Hospital San Juan de Dios.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo. Se seleccionaron las pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto incompleto o retenido de primer trimestre que recibieron tratamiento médico inicial con misoprostol entre Junio de 2018 y Abril de 2019. Se utilizó la base de datos de la Unidad de Ginecología del Hospital San Juan de Dios, analizándose las epicrisis de las pacientes seleccionadas. Se tabuló: tipo de presentación clínica, dosis de misoprostol utilizadas, necesidad de tratamiento quirúrgico por falla de tratamiento médico y tipo de tratamiento quirúrgico. Se consideró como tratamiento efectivo endometrio evaluado por ecografía transvaginal menor 15 mm posterior a esquema de misoprostol de 800 µmg cada 3 horas, con un máximo de 3 dosis.

Resultados: De las 366 pacientes ingresadas con diagnóstico de aborto incompleto o retenido del primer trimestre, fueron analizadas 297 pacientes que presentaban epicrisis completa en la base de datos. Un 73,06% (217) ingresó con diagnóstico de aborto incompleto y 24,24% (72) de aborto retenido. Posterior al manejo con misoprostol, en las pacientes con aborto incompleto, 34,56% (75) logró manejo efectivo, en comparación al 27,77% (20) de las pacientes con aborto retenido. Del total de pacientes evaluadas, un 31,98% (95) logró tratamiento efectivo; 21,5% (20) con una dosis de misoprostol, 54,7% (52) con dos y 16,8% (16) con 3. En 68,02% (202) del total de pacientes se realizó manejo quirúrgico posterior al manejo médico por



falla de éste. En el 50,99% (103) de estas se realizó aspiración manual endouterina y en el 49,01% (99) restante, raspado uterino. En el análisis del éxito del tratamiento según la dosis de misoprostol recibida, en las pacientes que recibieron una dosis (36), el 55,55% logró aborto completo, en las que recibieron dos dosis (179), el 29,95% y en las que recibieron 3 dosis (64), el 25% tuvo un tratamiento médico efectivo.

Conclusiones: La Federación Internacional de Obstetricia y Ginecología recomienda para el tratamiento médico del aborto de primer trimestre dosis altas y continuas de misoprostol. En nuestro centro, la efectividad con este método es baja, tanto en abortos incompletos como abortos retenidos, sin superar el 35%. La literatura describe hasta un 74% de efectividad al tercer día del uso de 800 µmg misoprostol en monodosis, aumentando hasta 84% al administrar una segunda dosis. En base a los resultados expuestos, el tratamiento médico del aborto de primer trimestre en el Hospital San Juan de Dios debe modificarse para aumentar la efectividad de éste, siendo necesario la realización de estudios prospectivos para definir la mejor conducta para estas pacientes.



COMPLICACIONES ASOCIADAS A HISTERECTOMIA TOTAL LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON CICATRIZ DE CESÁREA ANTERIOR: EXPERIENCIA DE 13 AÑOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Coronado P^{2.}, Pomés C^{1.}, Cuello M^{1.}, Zamboni M^{1.}, Naveas R^{2.}, Soto R^{3.}, Celle C^{1.}

¹Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Residente Especialidad Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La histerectomía total laparoscópica (HTL) en pacientes con cicatriz de cesárea anterior (CC) se ha asociado a mayor número de complicaciones siendo la lesión de vía urinaria la más frecuente, cercana al 2%. Con

el constante recambio que existe en los equipos, sobre todo en centros de formación, se podría esperar un aumento en la tasa de complicaciones atribuibles a la menor experiencia quirúrgica. Para evitar esto, el año 2015 se estableció una técnica estandarizada demostrando la seguridad y baja tasa de complicaciones asociadas al procedimiento, técnica que se mantiene y que incluye al equipo que forma parte del recambio. El objetivo de este trabajo es establecer una comparación de las complicaciones pacientes con CC sometidas a HTL en el Hospital Clínico de la Universidad Católica entre los periodos 2006-2014 y 2014-2019.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de todas las HTL operadas entre mayo 2014 y junio 2019 en nuestro centro. Se analizó además la base de datos utilizada para nuestro estudio previamente publicado, la que incluye pacientes operadas entre enero 2006 y abril 2014. La comparación entre los grupos se realizó mediante Chi cuadrado y T-Test. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$. Dentro de las complicaciones mayores incluimos las lesiones ureterales, vesicales, fistulas vesicovaginales, lesiones intestinales, hematoma de cúpula, absceso de cúpula y hemorragia significativa.

Resultados: Entre el periodo 2006 a 2014 se operaron 459 HTL y entre el periodo 2014 y 2019 se operaron 516 pacientes, sumando un total de 975 HTL en 13 años. Se logró rescatar el dato de la paridad en 515 pacientes del último



periodo. De éstas, 237 tenían al menos una CC (46%) versus 40% en el primer periodo (P=NS). La edad promedio fue de 48.3 ± 8.73 (rango 29-85) (P=NS respecto a período 2014-2019). El tiempo operatorio para el Grupo 2006-2014 fue de: 131.3 ± 50.6 minutos (rango 50-360) y para el Grupo 2014-2019: 134.2 ± 53.5 minutos (rango 35-420) (P=NS). Al comparar todas las complicaciones, sin estratificar por mayores o menores, hay un aumento comparativo entre un periodo y el otro. Ello obedece a mejor registro en el período más reciente. Al analizar específicamente las complicaciones mayores, no hay diferencias significativas entre periodos, 3.1% (n=14) versus 3.9% (n=20) en periodo 2006-2014 y 2014-2019 respectivamente (p=NS, Chi Cuadrado). La complicación mayor más frecuente fue la lesión de la vía urinaria, 1,5% y 0,9%, en el primer y segundo periodo respectivamente. No hay diferencias significativas en términos de complicaciones intraoperatorias según número de cesáreas entre períodos, en la cohorte completa y en cada período. 2,7% (n=14) de las pacientes requirieron transfusión, aumento significativo en comparación al periodo anterior (P<0.0001, Chi Cuadrado).

Conclusiones: No existe diferencia en ambos periodos analizados en términos de complicaciones mayores, específicamente de vías urinarias en pacientes con cicatriz de cesárea anterior. Efectivamente la implementación de esta técnica, que se enseña periódicamente, ha permitido mantener la tasa de complicaciones, a

pesar de realizar cirugías de mayor complejidad y la incorporación de egresados del mismo programa al equipo, sin afectar los resultados.



TROMBOSIS SEPTICA DE LA VENA OVÁRICA: CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO EN EL PUERPERIO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Oyaneder M1, Chong E2

1. Becada de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile. Campus centro. 2. Gineco-Obstetra Servicio Puerperio, Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La trombosis de la vena ovárica es una complicación infrecuente del puerperio, caracterizada por dolor hipogástrico, fiebre y masa palpable. Su fisiopatología, se basa en la tríada de Virchow (hipercoagulabilidad, estasis venosa y daño endotelial), que ocurre más frecuentemente durante el embarazo y puerperio. Esta complicación, es más frecuente en el lado derecho debido al drenaje anterógrado de la vena ovárica derecha, además de la dextrorrotación del útero grávido que favorece la estasis venosa. Para el manejo, se debe iniciar tratamiento anticoagulante.

Caso clínico: Paciente de 33 años, múltipara de una cesárea, cursando embarazo de 34+5 semanas, consulta en servicio de urgencias

por dinámica uterina y dolor abdominal. Al ingreso, hipertensa hasta 180/110 mm Hg y afebril. Al examen físico, con hipertonia uterina, metrorragia y monitoreo fetal patológico. Por sospecha de desprendimiento prematuro de placenta normoinserta se realiza cesárea de urgencia. Durante intraoperatorio, destaca síndrome adherencial severo y desprendimiento placentario del 50%, resto sin incidentes. Durante primeras 72 hrs evoluciona hemodinámicamente estable. Al tercer día, subfebril hasta 37.8° asociada a herida operatoria eritematosa y abdomen sensible en fosa iliaca derecha, leucocitosis de 13.790, PCR 15,3 y ecografía abdominal sin colecciones. Se inicia empíricamente penicilina sódica más metronidazol EV. Tras 48 hrs, persiste febril con parámetros inflamatorios en alza. Herida operatoria con dehiscencia lateral y salida de secreción serohemática. Se toma cultivo de secreción resultando (+) para estafilococo epidermidis y hemocultivos negativos. Infectología cambia terapia antibiótica a ceftriaxona 2 gr ev día más clindamicina 900 mg cada 8 hrs ev. Se solicita TAC abdomen y pelvis con contraste que muestra extensa colección hidroaérea pélvica y prevesical con extensión a pared abdominal anterior, escaso líquido libre y lesión sugerente de trombosis parcial de vena ovárica derecha. Se realiza laparotomía exploradora tras 11 días de la cesárea, con histerotomía dehiscente infiltrada con coágulos, hemoperitoneo de 300 cc, se realiza lavado con suero fisiológico y resutura de histerorrafia. Paciente evoluciona tórpidamente, persistiendo con peak febriles



intermitentes. TAC de control con disminución de colección descrita y persistencia de trombosis de vena ovárica derecha. Se inicia manejo con enoxaparina 1 mg/kg cada 12 hrs sc, evolucionando satisfactoriamente, afebril, con parámetros inflamatorios en descenso, completa 7 días antibiótico EV y se decide alta con terapia anticoagulante y control con hematología.

Conclusiones: La trombosis de la vena ovárica al ser una patología infrecuente, es importante tener un alto índice de sospecha para poder diagnosticarla, ya que su sintomatología, puede ser confundida con otros cuadros agudos como endometritis, apendicitis aguda, pielonefritis, absceso tubo-ovárico, torsión anexial, hematoma del ligamento ancho o tumor ovárico complicado, por lo que los métodos diagnósticos no invasivos (ecografía, TAC o RNM) son fundamentales para establecer su diagnóstico e iniciar manejo anticoagulante precozmente y así evitar complicaciones.



DESEO QUIRÚRGICO DE PERSONAS TRANSGÉNERO USUARIAS DEL PROGRAMA DE IDENTIDAD DE GÉNERO DEL COMPLEJO ASISTENCIAL DR. SÓTERO DEL RÍO

Barros J.1, Vallejo B.2, Cifuentes M. 1,2, Bernal J. 1, Toledo L. D.1

1. Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Región Metropolitana 2. Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Región de Valparaíso

Introducción y objetivo:

En febrero del 2018 se inició formalmente el Programa de Identidad de Género en el Hospital Sótero del Río, Santiago. Este programa busca aunar criterios de manejo y objetivar la demanda quirúrgica, farmacológica, entre otras. Actualmente el programa ofrece atenciones de asistente social, fonoaudióloga, salud mental con psicólogo y psiquiatra, endocrinología, cirugía plástica, ginecología y urología. En noviembre del 2018 se forma un equipo uroginecológico para realizar genitoplastías. El objetivo de este trabajo es caracterizar el deseo de cirugías de adecuación corporal (CAC) por parte de las

personas Trans.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo. Muestra universal. Universo obtenido a partir de registro de personas al momento de ingreso al programa realizado por la asistente social en planilla excel desde el inicio hasta junio 2019. Se obtienen datos utilizando el sistema de registro electrónico de atenciones del hospital: PULSO. Resultados: 378 pacientes ingresaron al programa identidad de género entre febrero 2018 y junio 2019, 83% mayores de edad. 42% Trans femeninas (TF), 56,3% Trans masculinos (TM), 1% no binarias (NB), 0,5% aún en evaluación, 0,3% género masculino. Se buscó el deseo de: genitoplastía feminizante o masculinizante, incluyendo orquiectomía o histerectomía (HTT) y salpingooforectomía bilateral (SOB) según caso, mastectomía o implante mamario según caso, orquiectomía o HTT + SOB (cuando el paciente sólo desea la ectomía sin genitoplastía) y “otras cirugías” (cuerdas vocales, plastía facial, entre otras). El 80% (304) de los participantes manifiestan deseo de alguna CAC. 194 TM, 109 TF, 1 NB. 66 pacientes desean más de una CAC. De los 304 pacientes, sólo un 14% efectivamente se ha realizado 1 o más CAC, incluyendo aquellas personas que se habían realizado la cirugía antes de entrar al programa (10) (algunas de forma particular). 15 pacientes han sido operadas en el Hospital Sótero del Río en contexto del programa de identidad de género: 10 genitoplastías feminizantes, 2 genitoplastías masculinizantes,



2 mastectomías y 1 orquiectomía.

La mastectomía es la cirugía más solicitada (189), seguida por la genitoplastia (145), de las cuales 98 son solicitadas por personas TF y 47 por TM. 3 pacientes solicitan orquiectomía, 2 TF y 1 NB, 8 Pacientes sin consignar. 10 pacientes solicitan HTT + SOB, todas personas TM y 10 pacientes sin consignar. 16 personas solicitan implante mamario, todas TF, pero hay 71 sin consignar. 5 pacientes solicitan “otra cirugía” (1 paciente NB y 4 TF) pero 299 pacientes sin consignar.

Conclusiones: El Hospital Sótero del Río se ha convertido en uno de los centros de referencia más grandes a nivel país para personas transgénero, sin embargo, este estudio evidencia una alta demanda de CACs no resuelta, incluso subestimada, dado el alto número de pacientes sin consignar en el caso de implantes mamarios y “otras cirugías”. Sabemos que actualmente existen pocos centros públicos con oferta quirúrgica de CACs que no da abasto para cubrir la demanda quirúrgica, probablemente acumulada durante muchos años a lo largo del país. Problema de salud que debe visibilizarse y solucionarse a partir de políticas públicas.



ENFRENTAMIENTO DE UN PACIENTE TRANSGÉNERO EN UN ESCENARIO DE URGENCIA. REPORTE DE UN CASO

Bombin M.L. (1); De la Torre L.I. (1) (2)

(1) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. (2) Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: El enfrentamiento de los pacientes transgénero es aún controversial en muchos escenarios de la salud, debido principalmente a desconocimiento por parte del personal respecto a la definición y conceptos de diversidad sexual. Esto impacta negativamente en los aspectos social y emocional del paciente, además de generar posibles focos de mal praxis. La difusión de este conocimiento se ha convertido en una prioridad dado el aumento progresivo de casos transgénero que requieren atención en salud, cuya prevalencia es aún desconocida dada la heterogeneidad de los reportes.

Métodos: Reporte de caso. Presentamos el caso de un paciente transgénero masculino de 27 años sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos, en control y seguimiento en el policlínico de

diversidad sexual del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, que consultó por un cuadro de abdomen agudo en la Unidad de Emergencia Adultos, donde se le realizó una anamnesis y examen físico que no lograron identificar su condición de transgénero. Se solicitaron exámenes de laboratorio que demostraron parámetros inflamatorios elevados y una tomografía computarizada de abdomen y pelvis que evidenció abundante líquido libre y apéndice engrosado. Sin hacer mención sobre útero y anexos.

Resultados: Dado estos hallazgos, se planteó peritonitis apendicular, por lo que se efectuó una laparotomía exploradora supra e infraumbilical. Durante la anestesia, se verificó la condición de transgénero del paciente. En la cirugía se consignó el hallazgo de un absceso tuboovárico bilateral roto, requiriendo la participación del equipo de ginecólogos de turno en pabellón, quienes llevaron a cabo una salpingectomía bilateral. Posterior a su recuperación tuvo su post operatorio en el Servicio de Ginecología en salas habilitadas para pacientes transgénero. Evolucionó con complicaciones de su herida quirúrgica (dehiscencia de planos superficiales y profundos), por lo que requirió 2 cirugías para lograr el cierre de la pared abdominal. Durante cada una de las 3 cirugías del paciente, el personal de pabellón se mostró en desconocimiento del concepto de transgénero y dudosos sobre cómo aproximarse a él. Esto motivó al Servicio de Ginecología y



Obstetricia a informarse e instruirse sobre este tema, por lo que se han generado instancias educativas transversales a todo estamento, con el objetivo de mejorar el proceso de atención de estos pacientes.

Conclusiones: El paciente transgénero que consulta a urgencias es un desafío en la atención. El aspecto fenotípico y los datos de identificación pueden ser insuficientes para conocer la condición de transgénero del usuario, por lo que el profesional de salud debe estar debidamente entrenado para minimizar los errores.



TRATAMIENTO DE HERIDA OPERATORIA ABDOMINAL POR SISTEMA DE CIERRE ASISTIDO AL VACÍO (VAC) PORTÁTIL. REPORTE DE UN CASO

Bombin M.L. (1); De la Torre L.I. (1) (2)

(1) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. (2) Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: El manejo de las heridas operatorias complicadas representa un desafío para la ginecología ya que se asocia a estadías prolongadas e impacta negativamente en los aspectos físico, social, emocional y económico del paciente. El tratamiento de estas heridas con sistemas de presión negativa es una de las soluciones disponibles en la actualidad, pero su uso en Ginecología y Obstetricia es limitado, pese a que se encuentra aprobada por la Food and Drugs Administration (FDA) desde 1990. Su uso se recomienda para un amplio rango de lesiones, tanto de manera profiláctica como terapéutica. Su modalidad de uso suele ser intrahospitalaria, relacionándose a estadías

prolongadas, aumento de los costos e impacto emocional en el paciente, pero existen sistemas portátiles que permiten su uso ambulatorio representando una ventaja significativa para el paciente.

Método: Reporte de caso. Presentamos el caso de un paciente de 27 años sin antecedentes mórbidos que fue intervenido mediante una laparotomía media por una pelviperitonitis secundaria a un absceso tuboovárico roto el 02 de abril de 2019 en el Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Evolucionó bien del punto de vista infeccioso, pero con dehiscencia profunda de la herida operatoria y evisceración por lo que requirió 2 cirugías para lograr el cierre de la pared abdominal profunda. Presentó una dehiscencia e infección de pared abdominal supraponeurótica por lo que se decidió manejo con VAC, permaneciendo hospitalizado por un total de 44 días. Se evidenció a los 21 días posterior al cierre aponeurótico la cicatrización de la porción profunda del tejido celular subcutáneo, lo que motivó su alta y control ambulatorio para recambio semanal del sistema de aspiración al vacío y curación de la herida.

Resultados: Al cabo de 3 controles ambulatorios se logra el cierre total de la pared abdominal de manera satisfactoria. El paciente se encuentra en buenas condiciones.

Conclusiones: El sistema de aspiración al vacío es una buena alternativa para la curación de heridas operatorias complicadas, lo cual está



apoyado por la literatura. El sistema portátil tiene como ventaja permitir la ambulatorización del paciente y una buena adherencia a su uso, dado que favorece su autonomía, lo que es pieza clave en su recuperación. Este caso ofrece una opción para considerar en pacientes con heridas ginecológicas complejas.

Palabras clave: herida operatoria, infección de herida operatoria, sistema de cierre asistido al vacío.



ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU): REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

Bombin M. (1); Mercado J. (1)
(2); Zúñiga J. (1); Encalada D. (1);
Ávila J. (1).

(1) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

(2) Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: El aborto es la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal y es la complicación más frecuente del embarazo. La elección del manejo está basada principalmente en la edad gestacional, estado clínico y preferencias de la paciente luego de recibir una consejería adecuada. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) fue recientemente incorporada como una alternativa a nuestro país. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar los resultados iniciales y a mediano plazo del manejo del aborto en el primer trimestre con AMEU.

Métodos: Análisis estadístico de serie de casos de 53 pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso desde noviembre 2017 a junio 2018 por aborto del primer

trimestre. El diagnóstico fue clínico y mediante ultrasonografía. Se efectuó un cuestionario de satisfacción pre y post procedimiento.

Resultados: Se analizaron 53 pacientes, cuya edad promedio es de 29 años, 19 nulíparas, 34 multíparas, con edad gestacional promedio de 8 semanas. El estudio histológico de contenido intrauterino arrojó 39 abortos retenidos y 14 incompletos. Se registró un 3% de complicaciones, correspondiendo a un caso de perforación uterina y un caso de evacuación incompleta. El primero requirió sólo manejo conservador y el segundo un nuevo AMEU sin incidentes. El cuestionario reveló alivio de los síntomas y satisfacción en relación al procedimiento en un 80%.

Conclusiones: La AMEU es una buena alternativa en el manejo del aborto debido a su alta eficacia, baja tasa de complicaciones y menores costos asociados, además de presentar una baja curva de aprendizaje. Los centros que disponen de diversas alternativas para el manejo del aborto deben asegurarse de que la paciente participe activamente en la elección en cuanto a su resolución.



INSUFICIENCIA VENOSA PELVIANA. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LAS VÁRICES GENITALES

Vargas JF, Drazic O, Zárata C, Yáñez H, Bergoeing M, Mertens R, Valdés F, Kramer A, Mariné L
Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Cirugía, Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular

Introducción: El síndrome de congestión venosa pelviana se manifiesta desde dolores pelvianos inespecíficos hasta várices sintomáticas provenientes del territorio pelviano y ubicadas en la región vulvar (VVV).

Objetivos: Evaluar el tratamiento de las VVV mediante embolización selectiva de las venas ováricas y su impacto en la calidad de vida de estas pacientes.

Metodología: Revisión retrospectiva, incluyendo pacientes operadas por insuficiencia venosa pelviana entre septiembre de 2007 y abril de 2017 en nuestro servicio. Se evaluaron aspectos demográficos, variables preoperatorias, detalles intraoperatorios y resultados a 30

días y a largo plazo. Los resultados primarios a evaluar fueron morbilidad perioperatoria y resolución de síntomas. Se realiza análisis en base a estadística descriptiva.

Resultados: Diecisiete pacientes, edad promedio 41 años (32-53). Todas ellas habían tenido al menos un embarazo (mediana 3, rango 1 a 8). Se clasificó a las pacientes según CEAP, siendo quince pacientes C2EpAsPr (88%) y dos C2EpApPr (12%). Todas fueron tratadas mediante embolización selectiva de una o más venas ováricas y/o pelvianas. El éxito técnico fue 100%. No se registró morbimortalidad postoperatoria. Cinco pacientes acusaron dolor en la región pelviana por aproximadamente 5 días post embolización, tratado exitosamente con analgesia habitual. Ninguna ha presentado recidiva varicosa vulvar ni han presentado síntomas sugerentes de insuficiencia venosa pelviana. Una de las pacientes cursó un nuevo embarazo sin recurrencia. Ninguna paciente ha requerido reintervención.

Conclusiones: La embolización de venas ováricas es un procedimiento seguro que permite el tratamiento de la insuficiencia venosa pelviana logrando excelentes resultados a largo plazo.



TRATAMIENTO ENDOVASCULAR EN PACIENTES CON SÍNDROME DE MAY-THURNER

Vargas JF, Drazic O, Zárate C, Yáñez H, Bergoeing M, Mertens R, Valdés F, Kramer A, Mariné L
Pontificia Universidad Católica de Chile, División de Cirugía, Departamento de Cirugía Vascular y Endovascular

Introducción: El Síndrome de May-Thurner se produce por la compresión de la vena iliaca izquierda en su cruce entre la arteria iliaca derecha y la columna lumbosacra, afectando mayoritariamente a mujeres en edad fértil. Puede presentarse como trombosis extensa de extremidad inferior izquierda o en base a síntomas congestivos venosos.

Objetivos: Reportar nuestra experiencia en el manejo endovascular de pacientes con síndrome de MayThurner.

Metodología: Serie retrospectiva entre Mayo de 2011 y Diciembre de 2018. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de síndrome de May Thurner. Se excluyeron pacientes no manejados con terapia Endovascular. Se consideraron variables demográficas, clínica de debut, requerimiento de transfusión, éxito

técnico, permeabilidad primaria, permeabilidad primaria asistida y permeabilidad secundaria. Se realizó análisis estadístico descriptivo.

Resultados: La edad promedio fue de 37.3 años (20-62 años), 15 pacientes fueron mujeres (83.3%). Siete pacientes (38.8%) tenían antecedentes de trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral izquierda en el pasado, uno de ellos se presentó con nueva TVP, otros 6 pacientes debutaron con TVP iliofemoral. 4 pacientes (22.2%) presentaron TEP agudo. Se instaló stent en 17/18 pacientes, todos exitosos. Además, se instaló filtro de vena cava en 8 pacientes (44.4%). Dentro de las complicaciones postoperatorias destaca un paciente que requirió transfusión de 2 U de glóbulos rojos y dos que presentaron hemoglobinuria aislada. 5 pacientes (27.8%) presentaban signos o síntomas de insuficiencia venosa durante el seguimiento. Se obtuvo seguimiento imagenológico en 15 pacientes, el promedio de seguimiento fue 18.4 meses (0.5-60 meses) posterior a la cirugía, de los cuales 13 (86.7%) mantenían stent permeable. A los 18 meses de seguimiento la permeabilidad primaria fue 88,2%, primaria asistida 5.9% y secundaria 5.9%.

Conclusiones: El manejo endovascular del Síndrome de May-Thurner es seguro y permite una mejoría sintomática significativa en las pacientes. Debe sospecharse en mujeres en edad fértil con trombosis izquierda extensa o síntomas congestivos venosos.



EMBARAZO EN LA CICATRIZ DE LA CESÁREA: REPORTE DE 3 CASOS

Tona V.1 Witker D.2. Caro M.2
Rubio G.2

1. Programa de formación de especialidad de Ginecología y Obstetricia Universidad de Santiago de Chile. 2. Unidad de Salud Sexual y Reproductiva del Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile.

Introducción: El embarazo ectópico implantado en la cicatriz de cesárea (EECC) ocurre en aproximadamente 1 de cada 2000 embarazos. La implantación se produce por la migración del embrión a través de un defecto en cuña en el segmento uterino inferior o por presencia de fístula microscópica dentro de la cicatriz. Se caracteriza por estar rodeado de miometrio y tejido conectivo. Debido a la baja incidencia de este evento, existe poca información acerca del diagnóstico, tratamiento y pronóstico, presentando una gran heterogeneidad en tratamientos reportados en la literatura, sin existir un gold standard para ello.

Objetivos: El objetivo del trabajo es describir 3 casos clínicos de la maternidad del Hospital San José (CHSJ) presentados durante los años 2018-2019, los manejos realizados y

su resolución.

Resultados: Caso 1: Paciente de 36 años, múltipara de 3, triple cicatriz de cesárea. BHCG de 25533 mUI/ml. Ecografía: Saco gestacional ístmico cervical (SGIC) de 22 mm LCN de 2,5mm y latidos cardiacos fetales (LCF) (-). Se realizó tratamiento con metotrexato (MTX) en dosis de 50 mg/m² IM dosis única y fue seguida por la Unidad de Salud Sexual y Reproductiva de forma ambulatoria hasta la negativización de la BHCG en 30 días. Caso 2: Paciente de 33 años, múltipara de 2, doble cicatriz de cesárea. BHCG de 45830 mUI/ml. Ecografía: SGIC de 39mm, LCN de 8mm y LCF (+). Se realiza tratamiento con mifepristona y misoprostol hospitalizada. En control ecográfico se confirma la persistencia del trofoblasto, catalogándose como tratamiento fallido, por lo que se realiza histeroscopia quirúrgica más metotrexato 50 mg/m² IM dosis única. Se siguió en forma ambulatoria hasta la negativización de la BHCG en 40 días. Caso 3: Paciente de 31 años múltipara de 1, una cicatriz de cesárea. BHCG: 19455 mUI/ml. Ecografía: SGIC: 19mm sin visualización de embrión. Se realiza histeroscopia quirúrgica con resección con asa recta de la lesión encontrada en la cicatriz de la cesárea. Se siguió en forma ambulatoria hasta la negativización de la BHCG en 15 días.

Conclusiones: El diagnóstico de EECC debe considerarse en toda mujer con historia de cesárea previa. No existe relación con el número de cesáreas según los casos



presentados. El manejo puede ser médico o quirúrgico, dependiendo de las características de cada paciente. El uso de MTX se relaciona con una alta tasa de resolución del EECC, tiene como ventaja que posee pocas complicaciones, cumple con los criterios de fertilidad futura en las pacientes que así lo deseen y se puede manejar con una sola dosis. Entre las desventajas esta la lenta resolución. La histeroscopia quirúrgica permite observar la lesión y actuar a nivel localizado con una rápida resolución, sin embargo tiene como desventajas que requiere anestesia, operador entrenado y los riesgos de eventuales complicaciones propias de los procedimientos quirúrgicos.



MANEJO MÉDICO DE ABORTO RETENIDO E INCOMPLETO EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ: JUNIO 2018- AGOSTO 2019

WITKER D1, DOMINGUEZ C2, URBINA R2, TAPIA M2, CARO M1, RUBIO G1

1. Unidad Salud Sexual y Reproductiva Complejo Hospitalario San José 2. Interno Facultad de Medicina Universidad de Santiago, Región Metropolitana, Chile

Introducción: A partir del año 2018 se introdujo en el Hospital San José (HSJ) el manejo médico ambulatorio del aborto retenido e incompleto menor a 10 semanas de edad gestacional. Los beneficios son evitar la cirugía, ser autoadministrado, niveles de satisfacción usuaria más elevados, su realización de forma ambulatoria y la consiguiente disminución de los costos de atención, hospitalización y sobrecarga asistencial. Según el protocolo institucional la paciente -cumplidos criterios de inclusión previamente establecidos- decide entre manejo médico o quirúrgico, este último correspondiente a aspiración manual endouterina (AMEU). El manejo ambulatorio se realiza con misoprostol y

se realiza un control clínico y ecográfico dentro de 1 semana, de no haberse completado el aborto, se podrá optar entre un segundo intento u hospitalización para realizar una AMEU. Las complicaciones graves documentadas, tales como legrado de urgencia por un sangrado excesivo o sepsis con shock tóxico, representan menos del 1%, cifra comparable con las de un aborto espontáneo o instrumentalizado.

Objetivos: Conocer la tasa de éxito del manejo médico ambulatorio de pacientes cursando un aborto retenido o incompleto en el HSJ y sus eventuales complicaciones.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo. Se utilizó la base de datos de las pacientes en que se realizó manejo médico, de acuerdo al “Protocolo de Manejo Ambulatorio del Aborto con Medicamentos del Complejo Hospitalario San José”, durante junio 2018 y agosto 2019. Se obtuvo un total de 119 registros de mujeres con una gestación <10 semanas manejadas con misoprostol 600 ug vía oral en caso de aborto incompleto y 800 ug de misoprostol en aborto retenido. Se registró el cumplimiento del control, necesidad de consultar en servicio de urgencia por causa de aborto y el diagnóstico de egreso posterior al procedimiento. Se reportaron los casos de aborto frustrado en los que las pacientes requirieron segunda dosis de misoprostol o bien AMEU. Se excluyeron los casos en que hubo pérdida de seguimiento, que correspondieron a un 21% del total de registros.



Resultados: El diagnóstico de ingreso correspondió a aborto retenido en un 75,6% y a aborto incompleto en 23,4% . El porcentaje de éxito de manejo médico, entendido como un aborto completo al control 7 días posterior al tratamiento, fue de 70,2% y se requirió AMEU o 2ª administración de misoprostol en un 29,8% de las pacientes. No se presentaron complicaciones, ni consultas en servicio de urgencias por causa de aborto. Conclusiones: En la población estudiada, la eficacia del manejo del aborto con misoprostol es similar a la descrita en guías internacionales. No se evidenciaron complicaciones ni hospitalizaciones secundarias a esto. Por lo tanto, el manejo médico del aborto menor a 10 semanas, se presentó como un método seguro y eficaz en la población estudiada.



CASO CLÍNICO: DESORDEN DEL DESARROLLO SEXUAL, DISGENESIA GONADAL 46 XY

Rosales P 1,2, Herrera F 1,2,
Doren A1,2, Godoy R 3, Diaz L4

1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca 2 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Maule 3 Servicio de Pediatría, Hospital San Juan de Dios de Curicó 4 Servicio Endocrinología, Hospital San Juan de Dios de Curicó

Introducción: Los desórdenes del desarrollo sexual (DDS) se definen como alteraciones congénitas en la formación de las gónadas, asociadas a discordancia entre el sexo genético, gonadal y fenotípico. La incidencia global de los DDS se estima en 1/5500 nacidos vivos, y se caracterizan por cuadros clínicos diversos, como desarrollo de genitales externos atípicos durante la infancia, desarrollo puberal alterado durante la adolescencia o problemas de fertilidad en la edad adulta. Las pacientes con DDS poseen riesgo aumentado de desarrollar cáncer de origen germinal, como gonadoblastoma, disgerminoma y seminoma. La prevalencia de disgenesia gonadal XY es de 1.5 por 100.000 nacidos vivos, con una edad media al diagnóstico de 17 años. El riesgo de

tumor gonadal en estos casos de DDS puede llegar a un 40%.

Caso clínico: Paciente de género femenino de 19 años, con retardo cognitivo leve, estudiada en Hospital de Curicó por amenorrea primaria. Al examen físico destaca fenotipo ginecoide, constitución longilínea, fascie tosca con mandíbula ancha. Talla de 1,64 mts e IMC de 19. Sin hirsutismo ni acné. Se observa mamas Tanner 1, vello púbico Tanner 2, genitales de aspecto femenino e hipertrofia de clítoris. Dentro de los exámenes de laboratorio destaca estradiol: 5 pg/ml, testosterona total: < 2.5 ng/ml, FSH: 55.11 mU/ml, LH: 21.36 mU/ml, 17-OH-progesterona: 0.15 ng/ml, SHBG: 20.2 nmol/L. DHEAS, androstenodiona, TSH, IGF-1 y cortisol normales. Cariograma informa 46 XY, sin alteraciones numéricas ni estructurales,. FISH informa cromosoma X y regiones SRY en todas las metafases. Estudio Ecográfico informa ausencia de órganos genitales internos. Resonancia nuclear magnética reporta útero de aspecto hipotrófico y ovarios no visualizados. Derivada a Hospital regional de Talca para laparoscopia diagnóstica, en la que se observa útero de aspecto infantil, y gónadas presentes a nivel de entrada abdominal a canal inguinal. Se realiza gonadectomía sin incidentes, cuya biopsia diferida informa en ambas gónadas: conducto deferente, túbulos seminíferos atróficos con presencia de espermetagonias, células de Leydig, rete testi, fibrosis del estroma y pared de trompa uterina; correspondiéndose los



hallazgos histológicos con el diagnóstico clínico de disgenesia gonadal. Actualmente paciente en inicio de tratamiento hormonal sustitutivo.

Discusión: El abordaje de los DDS, como la disgenesia XY, es complejo y se debe realizar por un equipo multidisciplinario, incluyendo examen físico acucioso, estudio de laboratorio completo y apoyo imagenológico. En algunos casos se requiere de laparoscopia diagnóstica para confirmar la presencia intraabdominal de gónadas, procediendo a la subsecuente gonadectomía. Es importante educar a la paciente y su familia respecto a la necesidad de terapia hormonal, ofrecer apoyo psicosexual, y plantear la posibilidad de fertilidad futura mediante ovodonación.



EXPERIENCIA DE HISTEROSCOPIA QUIRURGICA EN EL HOSPITAL

Regional De Talca Rosales P1,2, Doren A1,2, Ramirez N1,2, Mondaca A2.

1 Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad Católica del Maule 2 Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca

Introducción: La histeroscopia es un procedimiento ginecológico que permite la exploración directa del canal cervical y la cavidad uterina con fines diagnósticos y/o terapéuticos. La histeroscopia quirúrgica (HQ) tiene indicación en sangrado uterino anormal, pólipos endometriales, miomas submucosos y malformaciones uterinas.

Las complicaciones relacionadas a HQ son de baja frecuencia, siendo las más comunes la perforación uterina o las relacionadas al medio de distensión usado.

El objetivo de este trabajo es describir las HQ realizadas en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las pacientes a las que se indicó HQ entre octubre 2016 y abril 2019 en el Hospital Regional de Talca. Todas las HQ se realizaron en

pabellón bajo anestesia, con paciente en posición ginecológica y vaciamiento vesical con sonda Nelaton previo. Se usó histeroscopia rígida Karl Storz de 9 mm con óptica de 12°, distendiendo la cavidad endometrial con solución fisiológica a caída libre y conexión a la aspiración central. Para resecciones se usó asa bipolar.

Resultados: Se analizaron 76 HQ indicadas entre octubre 2016 y abril 2019. Las indicaciones más frecuentes fueron: pólipos endometriales (80,3%), miomas submucosos (11,4%) y sangrado uterino anormal (3,9%). El 88,2% de los diagnósticos preoperatorios se realizaron por histeronografía, y el 11,9% sólo con ecografía transvaginal. El 61% de las pacientes tenía entre 40 y 59 años. En el 95,6% se utilizó misoprostol previo al procedimiento con una dosis entre 200 y 400 mcg. En el 82,9% se utilizó anestesia espinal y el tiempo promedio de cirugía fue 37,3 minutos. De las 76 pacientes con indicación de HQ, a 3 de ellas no se les pudo realizar el procedimiento quirúrgico por las condiciones del orificio cervical (2 con dilatación excesiva y 1 infranqueable). En el 88% se envió muestra a estudio anatomopatológico (96% de concordancia con diagnóstico histeroscópico). La tasa de complicaciones fue de 9,6% (6 perforaciones y 1 desgarro cervical; la mayoría al momento de la dilatación). La estancia hospitalaria promedio fue de 19,8 horas (14,4 hrs en las pacientes sin complicaciones).

Conclusiones: La HQ es un procedimiento rápido y efectivo en el manejo de la



patología uterina intracavitaria, con corta estadía hospitalaria y excelente correlación anatomopatológica. La tasa reportada de complicaciones es bastante baja; sin embargo, es proporcional a la experiencia del operador, observándose una incidencia mayor en hospitales docentes como el nuestro.



MANEJO DE PROCESO INFLAMATORIO PELVIANO Y ABSCESO TUBO OVÁRICO EN HOSPITAL SÓTERO DEL RÍO AÑO 2018

Soto, MJ.(1), Pertossi, E.(1), Merino, C.(1), Coronado, P.(2), Rivera, C.(2), Soto, R.(5)

(1) Gineco-obstetras servicio ginecología Hospital Sótero del Río , (2) Residente Programa Obstetricia y Ginecología PUC e (3) interno Medicina PUC

Introducción: El proceso inflamatorio pelviano (PIP), es un síndrome frecuente que corresponde al compromiso inflamatorio-infeccioso del tracto genital superior. Existen múltiples factores que aumentan el riesgo de PIP, que son identificables y corregibles, así como una serie de complicaciones leves y graves que se deben conocer para un adecuado manejo. Se analizaron los casos de PIP durante el año 2018 en HSR.

Metodología: Revisión retrospectiva de pacientes de servicio de ginecología, entre el primero de enero del año 2018 y el 31 de diciembre del 2018 con diagnóstico de egreso

de PIP.

Resultados: Se recopilaron 49 pacientes con diagnóstico de PIP durante el año 2018. La edad promedio de las pacientes fue de 40 años y la duración promedio de la hospitalización es de 6,7 días. El uso de método anticonceptivo se divide de la siguiente manera: 26,5% sin método anticonceptivo, 53,1% usuarios de DIU, 8,1% DIU retirado con anterioridad de la hospitalización, 2,1% anticonceptivos y 2,1% preservativo. De las pacientes usuarias de DIU, el tiempo promedio de uso es 10,6 años. Al analizar los síntomas según los criterios mayores de CDC el 97,9% consultó por dolor hipogástrico, el 64,4% presentó dolor a la movilización cervical y el 13,7% dolor a palpación uterina. Del total, 73,5% (36 pacientes) presentaron lesión ecográfica anexial y de estas, el diámetro mayor medible tuvo una media de 63,9 mm. El 61,2% de las pacientes requirió una imagen complementaria siendo esta TAC abdomen y pelvis. Los diagnósticos de egreso fueron endometritis/salpingitis 18,3% (9), piosalpinx 16,3% (9), Absceso tuboovárico 53,1% (26), pelviperitonitis 4,1% (2) y actinomicosis 4,1% (2). Hubo una correlación diagnóstica ingreso - egreso del 71,4%. Respecto al manejo el 73,5% de ellos se optó por manejo médico al ingreso y el 26,5% por manejo quirúrgico. En el manejo médico el esquema antibiótico fue: clindamicina/gentamicina endovenosa (EV) en 12 pacientes (33,3%), ceftriaxona/metronidazol EV en 19 pacientes (52,8%) y otros esquemas en 5 pacientes (13,9%). La duración promedio



de días de tratamiento EV fue 6,8 días. De las pacientes que ingresaron para manejo médico, el 25% (9) tuvo que manejarse quirúrgicamente a causa abdomen agudo 22,2% , ATO persistente 22,2%, duda diagnóstica 22,2%, error diagnóstico 22,2% y piometra 11,2%. Las pacientes con manejo quirúrgico al ingreso fueron 13 (26,5%) siendo por fue abdomen agudo 38,5%, tamaño de la lesión 23,1%, duda diagnóstica 15,4%, deseos de fertilidad 15,4%. No hubo complicaciones descritas durante la hospitalización ni al seguimiento a la fecha.

Conclusión: El PIP es frecuente en edad fértil y dentro de los factores de riesgo para sospecharlo se debe considerar el uso de DIU. La historia clínica adecuada y examen físico siguen siendo fundamentales en la toma de decisiones . La mayoría de las pacientes recibió manejo médico endovenoso con buenas resultados, dejando así al manejo quirúrgico inmediato reservado para situaciones específicas. Nuestros hallazgos coinciden con los descritos en literatura internacional.



CORRELACIÓN ENTRE HALLAZGOS HISTEROSCÓPICOS Y CITOLOGÍA BIÓPSICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE PÓLIPO ENDOMETRIAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE ENDOMETRIO ENGROSADO

Rodríguez V1., Díaz E.2, Glaus Pa

1 Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción, Hospital Regional Guillermo Grant Benavente 2 Jefe Servicio Obstetricia y Ginecología Hospital Regional Guillermo Grant Benavente a Interna de Medicina Universidad de Concepción

Introducción: Los pólipos endometriales son protrusiones nodulares benignas de la superficie endometrial con características clínico-patológicas propias y de origen desconocido. Su prevalencia es alta, especialmente en pacientes con sangrado uterino anormal, se asocia a infertilidad y a cáncer de endometrio, lo que se traduce en que se trata de una patología muy importante en el quehacer ginecológico

habitual. El Gold estándar para su estudio dirigido y manejo es la resección mediante histeroscopia.

Objetivo: Determinar la correlación entre hallazgos histeroscópicos y citología biopsica en pacientes con diagnóstico ecográfico de endometrio engrosado intervenidas en el Hospital Guillermo Grant Benavente (HGGB) de Concepción entre los años 2016 y 2017.

Método: Estudio descriptivo de corte transversal. Se analiza muestra de 240 pacientes con diagnóstico ecográfico de endometrio engrosado, con o sin sospecha de pólipo endometrial cuyas edades fluctúan entre 20 y 78 años que fueron sometidas a histeroscopia y biopsia dirigida en el servicio de ginecología del HGGB entre los años 2016 y 2017. La muestra correspondió a la población de estudio, mediante muestreo no probabilístico, casual o fortuito. Se realizó análisis univariado para variables cualitativas y cuantitativas. Se calcularon estadísticas para pruebas diagnósticas. Los análisis se realizaron con Stata V.14, con un nivel de significancia de 0,05.

Resultados: La edad promedio fue de 49 ±10,8 años. El 55% de las pacientes tenían sospecha ecográfica de pólipo endometrial al momento de la intervención, 29% endometrio engrosado, 5% mioma uterino y 11% otros diagnósticos. Del total de pacientes el 59% tenía lesión compatible con pólipo endometrial a la histeroscopia, un 50% biopsia positiva



para pólipo endometrial y en un 44% existió correlación entre hallazgo histeroscópico y citología biopsica. La prevalencia de pólipo endometrial en la muestra estudiada fue de un 50% (biopsia positiva para pólipo endometrial). La concordancia entre hallazgo histeroscópico y anatomía patológica para pólipo endometrial tuvo una sensibilidad y especificidad de 87.4% (95% IC 80.1- 92.8) y 70.0% (95% IC 61.0 -78.0) respectivamente y un valor predictivo positivo y negativo de 74.3% (95% IC 66.2- 81.3) y 84.8% (95% IC 76.2- 91.3) respectivamente. El LR (+) y (-) fue de 2,91 y 0,18 respectivamente.

Conclusión: Existe concordancia entre visualización de lesión compatible con pólipo endometrial a la histeroscopia y el hallazgo anatomopatológico, no obstante, no es recomendable omitir el estudio citológico, ya que éste sigue siendo imprescindible para descartar malignidad u otras lesiones premalignas no evidenciables en la visión directa mediante histeroscopia.



NEUROMODULACIÓN TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTÁNEA EN ADOLESCENTES CON DISMENORREA PRIMARIA

(Proyecto FONIS SA13I20354)

Troncoso P 2 , Pastene C 2 ,
Castro D 1, Naser M 1, Castro A
3, Manríquez V 1.

1 Unidad de Piso Pélvico Femenino, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA), Facultad de Medicina, Universidad de Chile. 3 Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica, Hospital Clínico Universidad de Chile. (OAIIC)

Objetivo: Evaluar la efectividad clínica de la neuromodulación tibial posterior transcutánea (NMTP TC) en el manejo de la dismenorrea primaria en adolescentes

Diseño: Ensayo clínico controlado aleatorizado, doble ciego, aprobado por Comité de ética del Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Lugar: Hospital Clínico Universidad de Chile, Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral de la Adolescencia (CEMERA).

Financiamiento: Proyecto FONIS SA13I20354.

Participantes: Adolescentes entre 12 y 19 años que referían dolor menstrual. Se excluyeron pacientes con dismenorrea secundaria (evaluadas clínicamente y con ultrasonido pélvico), usuarias de anticoncepción hormonal o dispositivo intrauterino, embarazadas o que solicitaran anticoncepción, aquellas con contraindicación de uso de antiinflamatorios no esteroidales (AINEs) y pacientes con discapacidad intelectual.

Intervención: se reclutaron 87 adolescentes que fueron aleatoriamente distribuidas en 2 grupos: el grupo 1 recibió ácido mefenámico 500 mg cada 8 horas los primeros 3 días del ciclo menstrual y simulación de NMTP TC. El grupo 2 recibió NMTP TC en 2 sesiones semanales durante 8 semanas y placebo oral de ácido mefenámico. Se realizó un primer control a las 4 semanas y un segundo control a las 8 semanas.

Evaluación principal: Disminución del dolor menstrual evaluado con escala visual análoga (EVA).

Resultados: Ambos grupos demostraron disminución del dolor medido con EVA, clínicamente significativas, sin diferencias entre las usuarias de AINE versus NMTP TC ($p < 0,05$). A pesar de no existir una diferencia estadísticamente significativa, si se observa una



tendencia hacia una mayor mejoría en el grupo NMTP TC, con persistencia de la misma una vez suspendida la intervención.

Conclusiones: El tratamiento con NMTP TC produce disminución significativa del dolor menstrual en adolescentes, comparable a la disminución lograda con ácido mefenámico, siendo una alternativa terapéutica libre de los efectos adversos de los AINEs, y autoaplicable.



QUISTE HIDATÍDICO PARAUTERINO EN PACIENTE PREMENARQUICA DIAGNOSTICADO INICIALMENTE COMO UTERINO. REPORTE DE UN CASO

Burgos A Paz a, Figueroa F
Sergio b

Médico Gineco-Obstetra, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles
b Alumno Interno de Medicina, Universidad San Sebastián Sede Concepción

Introducción: La hidatidosis humana es una enfermedad producida por el parásito “Echinococcus granulosus”. En órganos del espectro ginecológico es muy poco común, con una localización del 0,3% respecto al resto de los órganos. Es una enfermedad con una incidencia global de aproximadamente 2,3 / 100.000 casos por habitantes, con cifras aún mayores hacia el sur de nuestro país, destacando la región del Bio-Bio y Aysén con cifras de hasta 80/100.000 habitantes.

Caso clínico: Paciente de 12 años, premenárquica. De extrema ruralidad, de origen Pehuenche, procedente de Ralco Lepoy región

cordillerana de Santa Barbara VIII región del Bío-Bio, con antecedentes de Hidatidosis hepática y retro vesical tratada en el año 2017 por Cirugía Infantil. Hallazgo intraoperatorio un gran quiste hidatídico intrauterino que ocupa toda la pelvis. Debido a la alta probabilidad de histerectomía total, se decide solo realizar punción y aspiración del quiste. Se controla en ginecología, (OMS recomienda cirugía en quistes de 5 cms, pero deseamos disminuir riesgo de histerectomía). Con ciclos de albendazol, TAC cada 3 meses, hemograma y función hepática mensual. Inicialmente se informa como quiste intrauterino. Después de 1 año de control se mantiene tamaño de quiste de ubicación intramiometrial de 5,4 x 5,1 x 4,9 cm sin comunicación con cav endometrial. RNM precisa quiste de 6 cms En reunión médica y con los padres de la paciente se decide la intervención quirúrgica. En laparotomía no se observa quiste, pelvis de aspecto normal. Después de palpar los órganos se descubre masa para uterina muy blanda, hacia lig ancho izq de 7 cm, se realizó aspiración de secreción, infiltración de solución de cloruro de sodio al 20% y retiro de múltiples vesículas hijas, seguido de quistectomía y control del lecho. Utero y anexos indemnes.

Biopsia: Quistes con membrana quitinosa (20), de 1 a 7 cms de diámetro y escolices de quiste hidatídico. Evoluciona muy bien, se mantiene Albendazol durante 1 mes y actualmente continua con controles en CDT servicio de Ginecología y Obstetricia del CAVRR. Sin



imágenes de Quiste hidatídico.

Conclusión: paciente fue manejada con seguimiento cercano sorteando las dificultades de su extrema ruralidad, su manejo fue estudiado y concensuado para hacer posible mantener la integridad de su utero y fertilidad futura. Después de un año de tratamiento se llegó a un consenso de la necesidad de cirugía. En el intraoperatorio la pelvis apareció de aspecto completamente sano, se insistió en buscar lo que las imágenes mostraban. Esta situación nos muestra la importancia de que el médico que inicia el tratamiento, sea también el responsable del seguimiento y la resolución quirúrgica definitiva, con pleno conocimiento del caso y de su evolución en el tiempo; aún más en casos de este tipo, en que la localización concreta del quiste es poco clara y la fertilidad futura de la paciente está en juego. Así logramos una familia feliz del manejo completo y eficiente de su hija en Hospital de Los Angeles



ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ABSCESO TUBO - OVARICO EN HOSPITAL EL CARMEN MAIPÚ, EXPERIENCIA DE 2 AÑOS

Salvo H., Avilés R1., Vallejos G1., Barrios P2., Norambuena C1., Von Hoveling A1., Jimenez M1., Roncone E1., Castillo N1., Boldrini P1., Alvarez V3

1 Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital El Carmen Maipú - Universidad Finis Terrae
2Ginecobstetra Clínica Bupa 3 Interna Medicina Universidad Finis Terrae

Introducción: En EE.UU se diagnostican aproximadamente 780.000 casos de Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) al año. De éstos 200.000 casos se hospitalizan y 100.000 casos son sometidos a cirugía siendo la principal causa el Absceso Tubo - Ovárico (ATO). En Chile la incidencia de ATO reportada por el Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS) es de 1,5 casos por mes al año promedio. En la literatura internacional, la asociación EIP y DIU se menciona con una

frecuencia muy baja (1% a 10% mujeres año uso) y esta guardaría relación con salpingitis y no ATO. Su manejo requiere hospitalización prolongada y costosa. Las complicaciones luego del tratamiento quirúrgico (infección de herida operatoria, reintervención quirúrgica, lesión intestinal, sepsis, lesión vesical) son frecuentes y pueden ser causa de muerte de la paciente.

Objetivo: Analizar el perfil de pacientes hospitalizadas en el servicio de ginecología del Hospital El Carmen de Maipú que se sometieron a cirugía por el diagnóstico de ATO entre el año 2015 y el 2017. Describir factores de riesgo, días promedio de hospitalización, vía de abordaje quirúrgico, complicaciones y tratamiento antibiótico empleado.

Método: Se estudió de forma retrospectiva consecutiva a 57 pacientes con diagnóstico de ATO que fueron sometidas a cirugía en nuestro hospital entre los años 2015 y 2017. En cada paciente se identificaron factores de riesgo, antecedentes mórbidos, edad, tipo de cirugía, tratamiento antibiótico y complicaciones asociadas.

Resultados: En nuestra cohorte de 57 pacientes, la mediana de edad fue 45 años con un rango de edad entre los 26 y los 60 años. Un 92,85% ocurrió en multíparas v/s 7,25% en nulíparas. Un 64,28% eran usuarias de Dispositivo Intrauterino (DIU) tipo T de Cobre. De las usuarias de DIU, 44,5% de las pacientes llevaba entre 5 y 10 años de uso del dispositivo



y un 55,5% más de 10 años. Un 70,17% de las pacientes se presentaron con ATO unilateral v/s un 29,83% que fue bilateral. El 82,45% de los casos tuvo un abordaje quirúrgico por laparotomía abierta y un 17,55% vía laparoscopia. Del total de pacientes, el 70,17% fueron tratadas con esquema de Clindamicina + Gentamicina endovenosas. La mediana de días de hospitalización fue de 6 días con un rango de 4 a 40 días. Se reportó un 12,28% de complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente infección de herida operatoria y otras en menor porcentaje como recidiva de ATO, evisceración y otras alteraciones cutáneas asociadas. Todas las complicaciones reportadas ocurrieron en la vía de abordaje por laparotomía.

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes se encontró una relación importante entre las usuarias de DIU >5 años y ATO, lo cual no guarda relación con lo descrito en la literatura internacional. Además, el tratamiento antibiótico con Clindamicina y Gentamicina asociado a cirugía demostró un adecuado resultado en el 92,5% de las pacientes. En nuestra experiencia, el abordaje laparoscópico podría ser una vía adecuada para disminuir el riesgo de complicaciones.



ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU): REVISIÓN DE LA LITERATURA Y ESTUDIO DE SERIE DE CASOS

Bombin M. (1); Mercado J. (1)
(2); Zúñiga J. (1); Encalada D. (1);
Ávila J. (1).

(1) Universidad de Valparaíso, Valparaíso, Chile

(2) Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile

Introducción: El aborto es la pérdida del producto de la concepción antes de la viabilidad fetal y es la complicación más frecuente del embarazo. La elección del manejo está basada principalmente en la edad gestacional, estado clínico y preferencias de la paciente luego de recibir una consejería adecuada. La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) fue recientemente incorporada como una alternativa a nuestro país. El objetivo de nuestro trabajo es evaluar los resultados iniciales y a mediano plazo del manejo del aborto en el primer trimestre con AMEU.

Métodos: Análisis estadístico de serie de casos de 53 pacientes sometidas a AMEU en el Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso desde noviembre 2017 a junio 2018 por aborto del primer

trimestre. El diagnóstico fue clínico y mediante ultrasonografía. Se efectuó un cuestionario de satisfacción pre y post procedimiento.

Resultados: Se analizaron 53 pacientes, cuya edad promedio es de 29 años, 19 nulíparas, 34 multíparas, con edad gestacional promedio de 8 semanas. El estudio histológico de contenido intrauterino arrojó 39 abortos retenidos y 14 incompletos. Se registró un 3% de complicaciones, correspondiendo a un caso de perforación uterina y un caso de evacuación incompleta. El primero requirió sólo manejo conservador y el segundo un nuevo AMEU sin incidentes. El cuestionario reveló alivio de los síntomas y satisfacción en relación al procedimiento en un 80%.

Conclusiones: La AMEU es una buena alternativa en el manejo del aborto debido a su alta eficacia, baja tasa de complicaciones y menores costos asociados, además de presentar una baja curva de aprendizaje. Los centros que disponen de diversas alternativas para el manejo del aborto deben asegurarse de que la paciente participe activamente en la elección en cuanto a su resolución.



CIRUGÍA GINECOLÓGICA MÍNIMAMENTE INVASIVA. EXPERIENCIA EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE EL PERÍODO 2018-2019

Toro D., Espinosa F., Fuentes J., Díaz de Valdés C, Valdés F.
Servicio Obstetricia y Ginecología, Hospital San Juan de Dios, Santiago, Chile. Universidad de Chile

Introducción: Actualmente la cirugía laparoscópica es una técnica fundamental en el abordaje de la patología ginecológica. En comparación a la laparotomía, presenta menor dolor postoperatorio, menor tiempo de recuperación y menos días hospitalarios. Es por esto que la laparoscopia debe estar presente en todo servicio de Ginecología. Por lo anterior a inicios del 2019 se creó la Unidad de Cirugía Mínimamente Invasiva del Hospital San Juan de Dios para potenciar el desarrollo de esta técnica. Presentamos la experiencia previa y posterior a la creación de esta unidad.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizaron los datos de todas las cirugías laparoscópicas realizadas desde el año 2018 hasta Julio 2019 en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital San Juan de Dios. Se utilizó la base de datos de protocolos operatorios. Se tabularon los siguientes datos de las pacientes: edad, diagnóstico, técnica de entrada, cirugía realizada, nivel de complejidad según la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica, tiempo operatorio, necesidad de conversión y complicaciones.

Resultados: Durante el período analizado se realizaron 225 laparoscopías (115 en 2018 y 110 hasta el 08 de julio de 2019). La edad promedio de las pacientes fue de 36 años. En el año 2018; 46 fueron nivel I de complejidad (40%), 64 fueron nivel II (55.6%), y 5 fueron nivel III (4.4%). En cuanto a la técnica de ingreso, 1 fue con verres mediante punto palmer (0.86%), 13 mediante técnica abierta (Hasson) (11.3%) y 101 con verres umbilical (87.84%). Según la cirugía practicada, 39 correspondieron a esterilización quirúrgica, 20 anexectomías, 11 diagnósticas, 2 extracciones de DIU, 3 histerectomía total, 2 plastias tubarias, 14 ooforectomías parciales o quistectomías, 22 salpingectomías y 2 transposiciones ováricas. Dos laparoscopías fueron convertidas a laparotomía (por ser frustrado el neumoperitoneo). En el año 2019; 64 fueron nivel I de complejidad (58.2%), 37 fueron nivel II (33.6%), y 9 fueron nivel III (8.2%). En cuanto a la técnica de ingreso, 4 fue con verres mediante punto palmer (3.63%), 11



mediante técnica abierta (Hasson) (10%) y 95 con verres umbilical (86.4%). Según la cirugía practicada, 62 correspondieron a esterilización quirúrgica, 1 a adhesiolisis, 9 anexectomías, 5 diagnósticas, 2 extracciones de DIU, 1 Histerectomía total, 1 plastia tubaria, 9 ooforectomías parciales o quistectomías y 20 salpingectomías. 3 laparoscopías fueron convertidas a laparotomía.

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva ginecológica es un procedimiento terapéutico seguro, siendo la opción de elección al momento de definir el abordaje de diversas patologías. En el análisis de datos destaca el aumento de los procedimientos y de su complejidad durante el 2019 hasta la fecha, sin aumento de la tasa de complicaciones. Creemos que la formación de un equipo de cirugía mínimamente invasiva ha sido fundamental para el desarrollo de la técnica, el aumento de pabellones y resultados quirúrgicos. Es fundamental el aprendizaje y capacitación continua del equipo médico para seguir desarrollando esta técnica.

Palabras claves: Laparoscopia ginecológica, cirugía mínimamente invasiva, cirugía laparoscópica.



HÁGALO USTED MISMO. ENFRENTAMIENTO DE SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN GINECOLÓGICO. IMPORTANCIA DEL RECONOCIMIENTO PRECOZ

Toro D., Torretti M., Delgado P.,
Fuentes J., Carvajal V.
Unidad de Ginecología, Hospital
San Juan De Dios, Universidad
de Chile.

Introducción: La sepsis y el shock séptico representan una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial. En Chile corresponden a la primera causa de muerte no coronaria en pacientes de UCI, y su incidencia alcanza hasta un 40% en estos pacientes. La detección y tratamiento precoz ha logrado disminuir la mortalidad de forma global. Si bien el manejo de estas patologías es en unidad de paciente crítico (UPC), es importante que el ginecólogo pueda reconocerlas y manejarlas de forma inicial, ya que esto resulta fundamental para el outcome final de dichos pacientes.

Método: A partir de la revisión de la última evidencia disponible, se propone un algoritmo de sospecha y manejo, basado en parámetros clínicos, examen ginecológico y laboratorio, aplicable en la totalidad de los servicios de ginecología.

Resultados: Se propone el siguiente esquema; frente a la sospecha clínica de sepsis en una paciente ginecológica, especialmente postoperadas (flujo genital de mal olor, eritema mamario, inadecuada retracción uterina, fiebre, dolor abdominal intenso que no cede a analgesia habitual, taquicardia, hipoxia, confusión), realizar q-SOFA (quick-Sequential Organ Failure Assessment). Con puntaje ≥ 2 , aplicar SOFA. Si ≥ 2 puntos, diagnosticar sepsis, iniciar medidas de reanimación inmediata (oxígeno, fluidoterapia, cultivos y búsqueda de foco/desfocar, antibiótico empírico de amplio espectro endovenoso) y solicitar traslado a UPC.

Discusión: Sepsis se define como disfunción orgánica causada por una respuesta anómala del huésped a la infección que supone una amenaza para la supervivencia. Shock Séptico es el subconjunto de sepsis en el que las anomalías circulatorias y del metabolismo celular son lo suficiente -mente profundas para aumentar sustancialmente la mortalidad ($\geq 40\%$), con hipotensión arterial persistente pese a fluidoterapia y lactatemia ≥ 18 mg/dL. La evidencia muestra que la detección precoz de sepsis ha disminuido la mortalidad global. El



diagnóstico precoz se ha facilitado gracias al alto índice de sospecha entregado por q-SOFA, que tiene mayor validez predictiva para mortalidad hospitalaria que SIRS y SOFA en pacientes fuera de UPC. El diagnóstico es inicialmente clínico, asociado a laboratorio general, que incluye: hemograma, pruebas hepáticas y función renal. La recomendación actual es evaluar con q-SOFA al sospecharse sepsis, con puntaje ≥ 2 , se justifica la búsqueda de disfunción orgánica con score SOFA, lo que permite iniciar el manejo específico, ya que el manejo en la primera hora es el principal determinante del outcome final, pues un SOFA >2 implica mortalidad de 10%. Se desconoce la incidencia del origen ginecológico dentro de las causas de sepsis, lo que hace imprescindible para el ginecólogo la sospecha, diagnóstico y manejo precoz, por lo que nos parece sustancial presentar un esquema de reconocimiento y enfrentamiento estandarizado y sencillo para sepsis y shock séptico.

Conclusión: La sospecha, diagnóstico y manejo inicial precoz son cruciales en el pronóstico de una sepsis de origen ginecológico. Si bien la incidencia de esta causa no está bien definida dentro de la literatura, la utilización de un instrumento simple, metódico y aplicable como el presentado, permitirá por un lado mejorar el pronóstico de las pacientes, específicamente durante la primera hora de manejo y, por otro lado, contribuir al reconocimiento estandarizado de esta patología y así, a la elaboración de una estadística de incidencia formal, que contribuya

al estudio epidemiológico general de la sepsis y el shock séptico.



INSUFICIENCIA OVÁRICA PRECOZ: A PROPÓSITO DE UN CASO

Encalada D1, Mercado J.2, Zúñiga J.5

- (1) Interno de medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
- (2) Ginecóloga Obstetra, Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso. Docente Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.
- (3) Residente primer año, Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Universidad de Valparaíso, Viña del Mar, Chile.

Introducción: La insuficiencia ovárica precoz (IOP) se define como aquella condición en la cual una mujer menor de 40 años cursa con un cese de la función ovárica. Los criterios diagnósticos son: Hipogonadismo hipergonadotropo, con 2 valores de hormona foliculo estimulante (FSH) >25 UI/L separadas por 4 a 6 semanas y asociado a oligomenorrea o amenorrea por al menos 4 meses. Afecta a un 0.01% de las mujeres menores de 20 años, 0.1% bajo los 30 y 1% bajo 40 años. Aproximadamente entre un 5-10% de estas mujeres presentan embarazos en forma espontánea. Las etiologías son múltiples: anomalías cromosómicas hasta en un 10-12%, daño por quimioterapia o radioterapia o cirugía, síndrome de X Frágil y endocrinopatías tales

como hipoparatiroidismo e hipoadrenalismo, sin embargo en la mayoría de los casos la causa es incierta. El estudio inicial debe incluir cariotipo, permutación gen FMR1, anticuerpos anti adrenales y ecografía ginecológica. El tratamiento se basa principalmente en terapia de reposición hormonal, protección ósea y apoyo emocional.

Presentación del caso: Mujer de 25 años derivada por amenorrea, sin antecedentes mórbidos ni quirúrgicos previos ni familiares. Paciente sin actividad sexual, refiere uso de anticonceptivos orales años previos en otro centro con lo cual presentó genitorragia. Al examen físico, destacaba talla de 1.70 m, peso 75 kg, desarrollo mamario Tanner III y pubiano: Tanner V, al examen ginecológico himen indemne rojizo y 1/3 inferior de la vagina desarrollado, mucosa normal. En los exámenes endocrinos destacaba FSH >90mlU/ml en 2 tomas separadas por lo que dado diagnóstico de IOP se realizó estudio etiológico. Dentro de los resultados: cariograma XX, Gen FMR1, estudio genético-molecular del síndrome X frágil y FXPOI y FXTAS (Tremor/Ataxia) con patrón normal de amplificación, anticuerpos anti tiroideos, anti transglutaminasa y anti adrenales normales. La ecografía transvaginal muestra útero de aspecto pre puberal y ovarios no visualizados. Pendiente: densitometría ósea. Se inició tratamiento con Valerato de estradiol oral (2-3mg) asociado a Progestina continua. Paciente en la actualidad se encuentra sexualmente inactiva y sin deseo de paridad.



Discusión: La IOP es un cuadro clínico infrecuente, con etiologías variadas que conllevan a una disfunción o depleción de la reserva ovárica. Muchas veces no es posible establecer la causa, como en el caso clínico expuesto donde se descartaron las patologías más frecuentes. El objetivo del tratamiento hormonal en dosis y vías óptimas pretende mejorar la sintomatología, desarrollo mineral óseo, sistema cardiovascular y sexualidad. En caso de deseo de embarazo, es crucial la consejería y derivación oportuna.



EMBARAZO EN CICATRIZ DE CESÁREA. SERIE DE CASOS

Maritchu Bombin(1); Javiera Zúñiga (1); Javiera Mercado(1) (2); Verónica Chamy(1)(2) Ángela Carrasco(1).

(1) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Valparaíso. (2) Hospital Carlos Van Buren, Valparaíso, Chile.

Introducción: El embarazo en cicatriz de cesárea corresponde a la implantación de un saco gestacional incluyendo el trofoblasto o placenta en el nicho uterino o en la cicatriz de cesárea hacia la cavidad uterina. Es una consecuencia, de una o más cesáreas previas y su incidencia ha ido en aumento debido a la disminución de las tasas de partos vaginales, siendo esta de 1/1800 a 1/2500 del total de cesáreas realizadas. La detección precoz es fundamental para prevenir complicaciones asociadas a una alta tasa de morbilidad y mortalidad materna, tales como ruptura uterina. Se han descrito más de 30 opciones de manejo, hasta el momento se desconoce cuál es la modalidad más óptima describen la dilatación y curetaje, histerectomía, histeroscopia y tratamientos menos invasivos como el tratamiento con Metotrexato, en inyección local en saco gestacional sola o en combinación con inyección sistémica.

Metodología: Presentamos el reporte de 2 casos de pacientes con embarazo en cicatriz de cesárea anterior, diagnosticadas y en el Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre marzo y julio del 2019, que fueron tratadas con Metotrexato en distintas modalidades.

Presentación de caso clínico: Caso 1: Paciente de 36 años con cicatriz de cesárea previa corporal. Se diagnostica embarazo en cicatriz de cesárea de 8 semanas con latidos cardiorfetales presentes. Los niveles séricos de b-HCG al eran 79.836 mUI/ml. Se lleva a cabo tratamiento con inyección de metotrexato combinada: intra saco gestacional bajo guía ecográfica, con dosis de 25 mg intra saco, 25 mg en trofoblasto y 50 mg sistémico vía intramuscular. El procedimiento se lleva a cabo sin incidentes y paciente evoluciona favorablemente. Al día 4 la b-HCG fue 34.226 y se negativizó a los 90 días. A los 11 días, se realiza ecografía en que se se visualiza embrión sin latidos cardiorfetales y a los 90 días no se visualiza imagen de saco gestacional.

Caso 2: Paciente de 38 años múltipara de tres, con tres cicatrices de cesárea anterior. Se diagnostica embarazo de 6 semanas en cicatriz de cesárea anterior con latidos cardiorfetales presentes. Los niveles séricos de b-HCG al eran 25.206 mUI/ml. Se lleva a cabo protocolo con inyección de Metotrexato intramuscular con esquema de doble dosis, 75 mg IM día 1 y 4. Al día 4 la b-HCG fue 33.181 mUI/ml, a la tercera



semana de 9.497 mUI/ml y a los 3 meses aún sin negativizarse con valores <100 mUI/ml. A los 15 días, se realiza ecografía en que se se visualiza embrión sin latidos cardiorfetales y hasta fecha actual de control (día 71) persiste imagen de saco gestacional irregular en regresión.

Discusión: El tratamiento con Metotrexato intrasaco mostró un descenso más rápido en los niveles de b-HCG, descendiendo en un 50% al 4º día versus el esquema sistémico en que eso se alcanzó al día 18. En ambos casos el manejo médico con Metotrexato fue exitoso en cuanto a evolución clínica, descenso de b-HCG, ausencia de latidos cardiorfetales y saco gestacional a la ecografía. En ambos casos se logró preservar fertilidad y a ambas pacientes se les realizará una intervención quirúrgica diagnóstica y de corrección de la cicatriz.



LIPOMA VULVAR. PRESENTACION DE DOS CASOS EN EL HOSPITAL BASE DE VALDIVIA Y REVISION DE LA LITERATURA

Figuroa, F.1,2; Elgueta, M.1;
Leiva, N.3

1 Hospital Base Valdivia; 2 Instituto de Obstetricia y Ginecología Universidad Austral de Chile.
3 CESFAM Jorge Sabat, Valdivia.

Introducción: Los tumores benignos de la vulva se clasifican de acuerdo a su origen en epiteliales o mesenquimáticos. Los lipomas son los tumores de tejidos blandos de origen mesenquimático más frecuentes y su distribución en el cuerpo es amplia siendo la vulva un lugar poco frecuente para su aparición, encontrándose en la literatura mundial no más de 100 casos descritos.

Pacientes y métodos: Se describen dos casos de lipoma vulvar diagnosticados y tratados en el hospital base de Valdivia durante los últimos cinco años. Además, se realiza revisión de la literatura actual (Pubmed, LILACS, UPTODATE) sobre el tema para actualizar conceptos de diagnóstico y tratamiento.

Resultados: Caso 1: Paciente de 37 años de origen rural, con historia de masa vulvar derecha de crecimiento progresivo de tres años de evolución, que luego se acompaña de úlceras en la parte distal esta. Caso 2: Paciente de 69 años, multipara de dos partos vaginales, refiere historia de tumor vulvar de casi 30 años de evolución. Ambas pacientes fueron operadas en el hospital base de Valdivia, realizándose tumorectomía amplia con losanjo cutáneo y posterior cierre del defecto en 2 planos. Ambas fueron dadas de alta al segundo día post operatorio sin complicaciones quirúrgicas inmediatas. Al mes se controlan con biopsia confirmado el diagnóstico de lipoma vulvar. En seguimiento hasta por 3 años sin complicaciones ni sospecha de recidiva de la lesión.

Conclusión: El diagnóstico de un lipoma vulvar es habitualmente por sospecha clínica. La ecografía de partes blandas puede ser un examen para el diagnóstico diferencial con otros tumores benignos. El tratamiento consiste en la extracción completa de la lesión, que incluye los nidos de células grasas junto a la capsula fibrosa que los rodea. La recurrencia posterior a una escisión técnicamente correcta es muy poco frecuente. Los efectos secundarios de la cirugía incluyen seromas, hematomas y dehiscencia de las suturas. En caso de pacientes que no quieran ser operados por inquietudes estéticas se puede realizar una liposucción mínimamente invasiva pero con mayor riesgo de recurrencia del lipoma.



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO, QUE REQUIEREN INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA, QUE PRESENTAN COMPLICACIONES VERSUS UN GRUPO SIN COMPLICACIONES EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN

Valenzuela F 1, Durán M 1, Bugueño M 2, Rumante K 1, Solar F 3.

(1) Becado Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile. Hospital San Borja Arriarán (2) Interna medicina, Universidad de Chile (3) Equipo de Ginecología. Universidad de Chile. Hospital San Borja Arriarán

Introducción: En Chile, los egresos terminados en aborto corresponden a un 10,5% de los embarazos. A pesar de que el aborto un problema de salud pública en Chile, la población migrante ha generado un cambio

en las características de las pacientes. Este estudio busca caracterizar y comparar a las pacientes en situación de aborto que presentan complicaciones al ingreso con un grupo control.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo transversal comparativo entre un grupo de pacientes en situación de aborto (<14 semanas) que requirieron de intervención quirúrgica que presentaron una complicación (casos) y pacientes seleccionadas al azar sin complicaciones (controles) en el Hospital San Borja Arriarán entre Agosto 2017 y Julio 2019.

Resultados: Total de 146 pacientes, 73 complicadas y 73 grupo control. Promedio de edad fue de 29,6 años, educación secundaria completa 90%, sin patología 95% y edad gestacional promedio de 8,4 semanas al ingreso. Sin diferencias significativas entre ambos grupos, incluyendo nacionalidad. Del grupo de pacientes complicadas, un 40% fue por hemorragia excesiva, 30% por sepsis, 22% por infección pelviana y 8% shock hipovolémico. El embarazo fue planeado en un 8% del grupo de casos y un 20% grupo control, sin diferencias significativas. Un 20% del grupo de complicadas usaba método anticonceptivo, mientras que en el grupo control 80% ($p=0,06$). Con respecto al método de evacuación, se realizó aspiración manual endouterina en un 46% del grupo de casos y un 86% en el grupo control ($p=0,001$).

Conclusión: En cuanto a las variables demográficas no hubo diferencias entre los



grupos. Con respecto a las variables clínicas, el uso de método anticonceptivo previo se asocia a menor tasa de complicaciones. Con respecto al método de evacuación, la aspiración manual endouterina se asocia a menor tasa de complicaciones. Son necesario más estudios para asegurar causalidad. Sin embargo este estudio es útil para conocer el perfil de complicaciones de nuestra población y así poder determinar estrategias de prevención de las mismas.



INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO EN ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, A 2 AÑOS DE SU DESPENALIZACIÓN

Hernandez, O., Ribbeck, D., Casacuberta M.J., Von Maares, L., Reyes, D., Cannoni, G. Unidad de Ginecología Infantojuvenil Hospital San Juan de Dios – Universidad de Chile.

Introducción: En septiembre de 2017 entró en vigencia la Ley 21.030 que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo (IVE) en tres causales. Según los datos del MINSAL desde la promulgación de la ley hasta marzo del 2019 se han realizado 634 IVE, de ellas, 43 corresponden a pacientes menores de 19 años. Este estudio da a conocer los casos de interrupción de embarazos adolescentes que se acogieron a la ley en un hospital público de nivel terciario en Santiago de Chile.

Material y método: Estudio de diseño retrospectivo, transversal y descriptivo, realizado mediante revisión y análisis de fichas clínicas de usuarias adolescentes que ingresaron

para IVE en el Hospital San Juan de Dios, desde septiembre de 2017 a septiembre 2019. Las variables estudiadas fueron personales, familiares, relacionadas con la agresión, médicas y psicosociales.

Resultados: De un total de 301 embarazos adolescentes, 6 ingresaron solicitando acogerse a la ley IVE, todos los casos, por tercera causal: embarazo resultado de una violación. 2 de ellas fueron rechazados por no constituir causal y en 4 casos, se interrumpió el embarazo, lo que representa un 9% del total nacional para este grupo etario. Las 4 usuarias analizadas eran chilenas, tenían entre 14 y 17 años, una era madre adolescente y había abandonado los estudios, el resto eran nulíparas y asistían al colegio. En el 100% de casos el agresor era conocido y en la mitad de los casos era pareja estable. La mitad de las adolescentes no había iniciado actividad sexual penetrativa y no usaban métodos anticonceptivos, mientras que otras dos, usaban ACO. Una refirió consumo de sustancias ilícitas. Dos adolescentes vivían con ambos padres, una sólo con la madre (madre adolescente) y una con una tía paterna y no tenía relación con sus padres. La interrupción de los embarazos se realizó según los protocolos de la ley, hospitalizadas, mediante la administración de Misoprostol y posterior aspiración manual endouterina (AMEU) en pabellón bajo anestesia o sedación, en un caso se administró Mifepristona previo al ingreso hospitalario, según la Norma Técnica Nacional. Todas las usuarias recibieron acompañamiento



y seguimiento por la dupla psicosocial.

Conclusiones: De los casos analizados, destaca que todos correspondan a la tercera causal y que el agresor sea conocido y/o pareja. Ninguna utilizaba métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, método de elección en este grupo etario. Estos hallazgos cuestionan si la educación sexual recibida por nuestros adolescentes les permite tomar decisiones informadas y desarrollarse en su vida sexual en forma segura y satisfactoria, evidenciando la necesidad de avanzar en el desarrollo de políticas públicas en materia de derechos sexuales y reproductivos de las niñas y adolescentes. Es necesario continuar el estudio por un período de tiempo mayor para obtener más conclusiones y obtener un perfil de estas adolescentes.

Palabras claves: interrupción voluntaria del embarazo, embarazo producto de violación, violencia sexual en adolescentes, aborto en adolescentes.



EFECTIVIDAD DEL DISPOSITIVO INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL EN PACIENTES OBESAS EN UN HOSPITAL PÚBLICO

Gonzalez F., Gutiérrez D., Altamirano R., Barros J. Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: El sangrado uterino anormal (SUA) es una consulta frecuente en ginecología. La obesidad es un factor de riesgo cada vez más prevalente en nuestro medio (sobrepeso 60% y obesidad 35%), el que a su vez perpetúa los síntomas y altera la respuesta a los tratamientos de primera línea (antiinflamatorios no esteroideos, ácido tranexámico y hormonoterapia), llevando en muchas oportunidades a una histerectomía. La paciente obesa tiene mayor riesgo de complicaciones intraoperatorias, en relación a las comorbilidades y las dificultades anestésicas, y postoperatorias como cicatrización e infecciones. En este grupo de pacientes el dispositivo intrauterino liberador de Levonorgestrel (DIU-LNG) es una alternativa terapéutica, con escasas contraindicaciones, y que, como tratamiento de segunda línea podría evitar el riesgo quirúrgico.

Métodos: Estudio retrospectivo que utilizó la base de datos del Hospital San Borja Arriarán de 2013 a 2018. Se seleccionó a las pacientes con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/m², que se les indicó DIU-LNG por SUA con falla de tratamiento de primera línea o con contraindicación de este. Se consideró como éxito del tratamiento la disminución de la cantidad y/o volumen del sangrado uterino al año post inserción y la recuperación de anemia en caso de haber existido. Se excluyó a pacientes con IMC menor a 30 kg/m² o con datos incompletos en base de datos.

Resultados: Veintiocho mujeres cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 45.3 años y la paridad promedio fue de 2.2 hijos. El 18% de las pacientes estaban en la etapa de la postmenopausia. El IMC promedio fue de 39 kg/m², con un rango entre 30 y 63 kg/m². Las causas de SUA en este grupo de usuarias, en orden decreciente, son: hiperplasia endometrial simple sin atipias (28.5%), hiperplasia endometrial simple con atipias (17.9%), adenomiosis (14.5%), idiopática (14.2%), leiomioma submucoso (10.7%), neoplasia (7.1%), iatrogénica por uso de anticoagulantes (3.5%) y disfunción ovulatoria (3.5%). Al momento de inserción de DIU-LNG, el 25% de las pacientes presentaba anemia leve a moderada, de las cuales el 100% recuperó tras la inserción del dispositivo. El tiempo de uso promedio del DIU-LNG fue de 30.9 meses, con una tasa de expulsión de 14.2%. Se evitó realizar una histerectomía como



tratamiento último del SUA en el 82,2% de las pacientes. Dentro del grupo de pacientes en el que se realizó manejo quirúrgico (5), el 40% de ellas (2) fue por expulsión del dispositivo, la que ocurrió en ambos casos dentro de los primeros 3 meses de uso.

Conclusiones: El dispositivo liberador de Levonorgestrel constituye una alternativa eficaz y segura para el tratamiento del sangrado uterino anormal en pacientes con obesidad, disminuyendo las histerectomías en pacientes refractarias a tratamiento médico y los riesgos quirúrgicos asociados a ella.



EXPERIENCIA DE USO DE DIU-LNG EN SANGRADO UTERINO ANORMAL EN HCSBA

Gutiérrez D., González F., Altamirano R., Barros J. Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán (HSBA)

Introducción: El sangrado uterino anormal (SUA) es un motivo de consulta frecuente en ginecología, que en ocasiones puede afectar la calidad de vida y presentar un tratamiento de alto costo. Como tratamiento de primera línea existen los antiinflamatorios no esteroideos, el ácido tranexámico y la hormonoterapia. Dentro del manejo de segunda línea, el dispositivo liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) ha demostrado utilidad en el tratamiento del SUA, siendo un método anticonceptivo de larga acción con pocas contraindicaciones. Éste provoca una disminución del sangrado e incluso amenorrea en el 20% de las usuarias al año de uso, evitando así los riesgos y costos de la histerectomía.

Métodos: Estudio retrospectivo que utilizó la base de datos del Hospital San Borja Arriarán de 2013 a 2018. Se seleccionó a pacientes que se les indicó DIU-LNG por SUA, pre y postmenopáusicas, con falla o contraindicación de primera línea. Se consideró éxito de tratamiento a los

casos en donde no se realizó una histerectomía, ya sea por la disminución de la cantidad, volumen y/o duración del sangrado, y a la recuperación de anemia en caso de haber existido, al año post-inserción. Se excluyó a pacientes con indicación DIU-LNG por anticoncepción, o con datos incompletos en base de datos.

Resultados: Noventa y cuatro pacientes cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio es de 44.1 años y la paridad promedio es de 2.1 hijos. El 87.2% (82 pacientes) fue premenopáusica al ingresar al estudio. Los diagnósticos etiológicos por los que se indicó DIU-LNG, en orden decreciente, son: Adeniosis (37.2%), usuaria de tratamiento de anticoagulante (16%), hiperplasia endometrial simple sin atipias (14.9%), leiomioma submucoso (11%), no clasificable (9.6%), hiperplasia endometrial simple con atipias (7.4%), pólipo endometrial (4.3%), malignidad (4.3%) y coagulopatía (2.1%).

En cuanto a comorbilidades, el 19,1% presentó DM tipo 1 o 2, el 16% antecedente de trombosis y 10,6% hipotiroidismo. Se realizó biopsia endometrial en el 58%, siendo el 65% normal, el 18% hiperplasia simple sin atipias, el 9% hiperplasia simple con atipias y cáncer de endometrio (8%). Al momento de indicación de DIU-LNG, 31 pacientes (33%) presentó anemia leve a moderada, de las cuales el 68% recuperó tras la inserción del dispositivo.

El tiempo de uso promedio del DIU-LNG es de 34.5 meses, con una tasa de expulsión de



14.9%. El 10,6% cumplió los 5 años de uso y se procedió a recambio. Se realizó histerectomía en 14 pacientes (15%), de las cuales 2 fueron por solicitud de la usuaria, por lo que el éxito del DIU-LNG fue de un 85%.

Conclusiones: Según la experiencia descrita en este estudio, DIU-LNG es un tratamiento efectivo en pacientes con SUA con falla de tratamiento de primera línea, disminuyendo la indicación de histerectomías en este grupo. Este estudio respalda la evidencia internacional para la incorporación de este fármaco dentro de los protocolos de manejo del SUA a nivel local.



CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE MUJERES EN SITUACIÓN DE ABORTO CON INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN EL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN DESDE JULIO 2016 A JULIO 2019

Durán M.1, Valenzuela F 1.,
Bugueño M 2., Rumante K. 1,
Solar F 3

(1) Becado Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile. Hospital San Borja Arriarán (2) Interna medicina, Universidad de Chile (3) Equipo de Ginecología. Universidad de Chile. Hospital San Borja Arriarán

Introducción: En Chile, los egresos terminados en aborto corresponden aproximadamente a un 10,5% de los embarazos. A pesar de que el aborto y sus complicaciones, no son un problema de salud pública en Chile, la población migrante ha generado un cambio en las características de las pacientes en situación de aborto. El objetivo es describir las

características demográficas y clínicas de las mujeres en situación de aborto en el Hospital San Borja Arriarán entre Julio 2016 a Julio 2019.

Materiales y métodos: Estudio Descriptivo Transversal. Se incluyeron todas las mujeres atendidas por aborto en este período de estudio, que fueron sometidas a intervención quirúrgica como método de evacuación, ya sea aspiración manual endouterina (AMEU) legrado y que estén ingresadas al sistema SIP/CLAP.

Resultados: El estudio incluyó 554 mujeres, de un universo total de 1900 pacientes atendidas por aborto en nuestro centro. De las características demográficas, la mayoría estaban en el rango etario de 20-35 años (62%, N=342), un 35% (N=195) fueron mayores de 35 años y un 3% (N=17) menores de 20 años. En escolaridad, un 2% (N=3) tuvieron ninguno, un 8% (N=17) primaria, un 45% (N=197) secundaria y universitaria. El 64% (N=186) fueron extranjeras. De las características clínicas, 71% (N=359) no tuvieron comorbilidades y un 29% (N=142) tuvieron al menos una comorbilidad. De las gestaciones previas, un 25% (N=139) fueron primigestas y un 75% (N=415) tuvieron al menos una gestación previa. Un 52% (N=289) tuvo antecedentes de al menos un aborto previo. Un 90% (N=459) ocurrió en el primer trimestre del embarazo. De los motivos de consulta, la mayoría fue por metrorragia 69% (N=380), 42% (N=231) dolor y un 7% (N=36) fiebre. De los diagnósticos de ingreso, 40% (N=99) fueron abortos incompletos, 54% (N=131) abortos retenidos y



5% (N=12) por otros diagnósticos. De los tipos de evacuación, un 72% (N=401) fue AMEU y un 28% (N=153) legrado. Un 35% (N=116) usó método anticonceptivo en esta gestación. De los métodos anticonceptivos post evacuación, la mayoría de las pacientes se fue con método anticonceptivo al egreso 63% (N=300).

Conclusión: En cuanto a las variables demográficas, destaca que la mayoría de las pacientes fueron extranjeras, lo cual es un elemento a considerar para establecer estrategias de manejo del aborto seguro. Con respecto a las variables clínicas, la mayoría tuvo al menos una gestación previa y/o un aborto anterior, lo cual es un factor de riesgo documentado en la literatura. El manejo predominante en la evacuación fue AMEU, lo cual es positivo considerando la evidencia que sustenta su uso versus legrado, sin embargo, existe un sesgo dado la cantidad de fichas ingresadas al sistema. La mayoría de las pacientes con aborto no usó método anticonceptivo previo, pero se administró al alta post atención del aborto, lo que traduce una mejora en la atención de las pacientes en situación de aborto.



PREVALENCIA Y ENFRENTAMIENTO DIAGNÓSTICO/ TERAPEÚTICO OPORTUNO DE LA ENDOMETRIOSIS EN MUJERES MENORES DE 25 AÑOS: EXPERIENCIA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE

Passalacqua I²., Pomés C¹., Cuello M¹., Zamboni M¹., Celle C¹.

¹Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Residente Especialidad Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La endometriosis es la principal causa de dismenorrea secundaria en adolescentes (mujeres menores de 25 años), alcanzando una prevalencia de 25 a 38% entre las que consultan por algia pélvica crónica (APC). Tanto nacional como internacionalmente existe un retraso en su diagnóstico, entre 4 a 11 años, lo que genera consecuencias negativas importantes tanto en calidad de vida como fertilidad futura. Guías internacionales recientes incluyen algoritmos que permiten anticipar su

diagnóstico y ofrecer un tratamiento oportuno. El objetivo de este trabajo fue establecer la prevalencia de dicha condición y revisar si su enfrentamiento diagnóstico y terapéutico se ajusta a dichos estándares en nuestra institución.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de fichas electrónicas de todas las mujeres <25 años operadas por la sospecha o con hallazgo intraoperatorio de endometriosis en la red de salud UC-Christus entre los años 2015 y 2019. Se construyó base de datos que incluyó variables tales como edad, motivo de consulta, síntomas, número de consultas previas, imágenes, manejo preoperatorio, hallazgos quirúrgicos y manejo médico postoperatorio. La construcción de la base de datos y el análisis estadístico descriptivo se realizaron mediante software JMP 14.

Resultados: Se identificaron 26 pacientes de un total de 435 con diagnóstico de endometriosis y/o dolor pélvico crónico operadas en nuestra institución durante el período de estudio (prevalencia 6%). La edad al diagnóstico fue de 21.8 ± 2.3 años (Mediana 22,5) y la edad de inicio de los síntomas $20.3 \pm 3,4$ (rango: 13-24). El 100% de las pacientes era nuligesta y un 61.5% (n=16) había iniciado actividad sexual. El promedio de consultas previo a la cirugía fue de $1,9 \pm 1,2$ (Mediana 1,5). Sólo 2 pacientes (8.3%) consultaron además a otra especialidad. Con relación al tiempo sintomáticas, la mayoría experimentó un intervalo menor a 1 año (promedio $1,4 \pm 2,4$; mediana=



< 1 año). El principal motivo de consulta fue APC en un 38.5% (n=10) de los casos. De la anamnesis, los síntomas más comunes fueron dismenorrea (61.5%; n=16) disquexia (23.1%; n=6) y dispareunia profunda (37.5%; 6/16 casos). Respecto del examen físico, en 7 de 14 pacientes hubo algún hallazgo sugerente del diagnóstico. En relación con el estudio por imágenes, los exámenes más solicitados fueron RM de pelvis (68%), ecografía ginecológica (48%), ambos exámenes (24%) y TAC de abdomen y pelvis (8%). Previa a indicar cirugía, un 48% recibió tratamiento médico consistiendo en su mayoría en el uso de antiinflamatorios no esteroideos (83.3%). Basado en la historia, examen, estudio realizados y respuesta al tratamiento indicado hubo sospecha preoperatoria de endometriosis en 61.5% de los casos. Los hallazgos intraoperatorios más comunes fueron endometriosis peritoneal (69.2%), y endometriosis profunda (34.6%). Sólo en 1 caso (3.8%) no se demostró forma alguna de endometriosis. La indicación terapéutica postoperatoria más común fue la anticoncepción (61.5%, 16 casos).

Conclusiones: Basado en nuestra casuística, concluimos que 1) la endometriosis es causa de dolor pélvico crónico y resistente a manejo médico en pacientes menores de 25 años, 2) que el manejo de esta condición en un centro universitario se aproxima bastante a lo recomendado por las guías internacionales (una sospecha razonable y tratamiento oportuno) y que 3) dada la prevalencia de esta condición

resulta necesario el implementar guías de manejo de dolor pélvico crónico en mujeres jóvenes a fin de ofrecer un diagnóstico y tratamiento oportunos.



IMPACTO DE LA RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA LAPAROSCOPICA PRECOZ DEL ABSCESO TUBO-OVÁRICO. EXPERIENCIA EN DOS CENTROS CLÍNICOS

Álvarez J. Arellano M. Jara D.
Clínica Santa María. Hospital Padre Hurtado.

Introducción: Los procesos inflamatorios pelvianos (PIP) corresponde a infecciones agudas subclínicas que involucran el tracto genital superior, siendo el absceso tubo-ovárico (ATO) una de las presentaciones clínicas que involucra útero, trompas uterinas, ovarios y ocasionalmente órganos pélvicos adyacentes, afectando a 1/3 de las mujeres hospitalizadas por PIP. La edad reproductiva es la edad de presentación más frecuente. La mortalidad es muy baja actualmente, resultado del manejo médico con antibióticos y/o de la resolución quirúrgica precoz, prefiriéndose el uso de la laparoscopia por los beneficios asociados.

Objetivo: Realizar un análisis comparativo de características clínicas de pacientes operadas por ATO en dos centros clínicos y analizar el

impacto en su resultado clínico, principalmente en los días operatorios y el tiempo quirúrgico.

Método: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de mujeres con diagnóstico de ATO que fueron sometidas a cirugía resolutoria entre enero de 2015 hasta diciembre de 2017 en Clínica Santa María (CSM) y Hospital Padre Hurtado (HPH), con un total de 87 pacientes. La base de datos se obtuvo a partir de la historia clínica, protocolos operatorios y epicrisis de las pacientes en ambos centros clínicos. El diagnóstico de ATO se estableció conforme a los criterios clínicos clásicos asociados a resultado de exámenes de laboratorio alterados (PCR, glóbulos blancos [GB] elevados) y hallazgos en imágenes compatibles con ATO (ecografía transvaginal y/o scanner abdomen y pelvis). Se obtuvo información de los datos demográficos, diagnósticos, manejo médico y protocolos operatorios de las pacientes. Todos los datos fueron ordenados en tablas para realizar el análisis comparativo entre ambos centros de las variables edad (años), nivel de PCR de ingreso, nivel de glóbulos blancos de ingreso, tiempo quirúrgico (min), días de hospitalización, porcentaje de laparoscopia, sin incluir datos sensibles de los pacientes. El análisis estadístico se realizó para las variables continuas con T de student y Chi cuadrado para las variables cualitativas.

Resultados: La edad de presentación del cuadro es similar, en CSM promedio de 40.8 años y en HPH promedio de 39.8 años (p 0.55) sin diferencia significativa. Los valores de PCR y GB



fueron en promedio 159 y 14.876 en CSM y 199 y 16.084 en HPH (p 0.06 y p 0.3 respectivamente). En cuanto a la vía de abordaje de la cirugía, en CSM fue 100% laparoscópica mientras que en HPH solo fue laparoscópica un 10.2% (p 0.001). Respecto al tiempo quirúrgico y días de hospitalización, en CSM fue en promedio 99.1 min y 4.2 días, mientras que en HPH en ambos casos fue significativamente mayor, 120.1 min y 6.1 días respectivamente (p 0.03 y p 0.005), lo que puede explicarse por el menor número de laparoscopia en el HPH.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico comparado con el abordaje abierto muestra ventajas en el apoyo diagnóstico y en el tratamiento de las pacientes con ATO, impactando directamente en un menor tiempo operatorio y en la disminución de los días de hospitalización, además de otros beneficios descritos en la literatura como menor dolor postoperatorio y reintegración a actividades habituales precozmente.



ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE HISTEROSCOPIAS DEL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE, EN EL PERIODO 2015 - 2019

Viveros G 1., Ausset N 1., Ulloa D2., Bruna S2 ., Paredes H2 ., Cortes, N2., Herane E3.

1 Becadas Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Interno (a) Medicina Universidad de Chile. 3 Jefe Unidad Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La evaluación histeroscópica de la cavidad endometrial corresponde a un procedimiento frecuente en ginecología, con diversas indicaciones, destacando entre ellas el sangrado uterino anormal (SUA), Infertilidad, Metrorragia de la post menopausia (MPM), entre otras con menor aprobación, como usuarias de tamoxifeno u hallazgo ecográfico en pacientes asintomática. Debido a esto se plantea el análisis de las histeroscopías realizadas en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH) para evaluar la incidencia de distintas patologías endometriales y la correlación

anatomopatológica de la indicación quirúrgica de histeroscopia.

Métodos: Se realizó evaluación retrospectiva de las histeroscopías quirúrgicas realizadas en HCUCH, entre enero de 2015 y Julio de 2019. Mediante análisis de ficha electrónica se evaluó a 230 pacientes sometidas a histeroscopia en el periodo señalado, identificando antecedentes personales, indicación quirúrgica, duración de estadía hospitalaria, complicaciones, transfusión de hemoderivados y anatomía patológica.

Resultados: Se subdividió a las pacientes sometidas a histeroscopia en 5 grupos según la patología quirúrgica de base: Infertilidad (17%), SUA (47%), MPM (17%), Usuarias de tamoxifeno (3%) y Hallazgo ecográfico en Post menopáusicas (16%), siendo estas últimas dos asintomáticas. No hubo complicaciones mayores, estadías hospitalarias superiores a 3 días ni transfusión de hemoderivados. Se identificaron 4 casos de Neoplasias Malignas, Adenocarcinoma Endometroide G2 y G3 en el grupo de MPM, un caso de Adenocarcinoma Endometroide G1 y Carcinoma Mixto Villoglandular con Áreas de Seroso Papilar en el grupo de Hallazgo US en la Post Menopausia, que en conjunto corresponden a 5% de las histeroscopías realizadas en ambos grupos. En las usuarias de tamoxifeno el hallazgo anatomopatológico encontrado en el 100% de los casos fue Pólipo Endometrial, sin áreas de hiperplasia ni atípicas. Los hallazgos más heterogéneos fueron identificados en las pacientes con indicación quirúrgica



debido a SUA, siendo los más prevalentes Pólipo Endometrial, Pólipo Endocervical, Hiperplasia Endometrial Simple, Endometrio Secretor Polipoide y Endometritis Crónica en 77%, 4%, 3%, 2% y 2%, respectivamente.

Conclusiones: En la literatura se describe una prevalencia de hallazgo histoscópico neoplásico de 3%, levemente menor a los encontrados en el análisis de casos de HCUCH. Los principales factores de riesgo asociados son el estado menopáusico y la presencia de sangrado vaginal, sin embargo, destaca el incremento de casos sospechados por US en pacientes asintomáticas, que se podría explicar, en parte, a que HCUCH es un centro de referencia Ultrasonográfica y Ultrasonográfica.



EXCLUSIÓN RENAL POR ENDOMETRIOSIS URETERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Mergudich T³., Pomés C¹.,
Zamboni M¹., San Francisco I².,
Celle C¹.

¹Departamento de Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ²Departamento de Urología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. ³Interna de Medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La endometriosis del tracto urinario puede comprometer vejiga, uréteres, uretra o riñones. Es una entidad rara que afecta al 1% de las pacientes portadoras de endometriosis, siendo la vejiga el lugar más frecuente (84-90%) y en segundo lugar los uréteres (10-15%). Dentro de la endometriosis ureteral se diferencian 2 tipos: extrínseca cuando compromete la adventicia del uréter e intrínseca cuando afecta al uroepitelio y submucosa. Esta última puede llevar a la obstrucción ureteral y eventualmente a pérdida de la función renal. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con endometriosis profunda y compromiso renal secundario severo asintomático.

Caso clínico: Mujer de 35 años, G2P1A con diagnóstico conocido de endometriosis. Consultó con historia de dismenorrea severa desde la menarquia que evolucionó a dolor pélvico constante e invalidante posterior a la suspensión de anticonceptivos orales; asociado además a dispareunia profunda, disquexia catamenial y disuria. En resonancia magnética se constató endometriosis pélvica profunda extensa con compromiso del fondo de saco de Douglas, parametrios y ligamentos útero-sacos. Además, compromiso endometriósico intrínseco del uréter distal derecho, provocando una acentuada hidroureteronefrosis (HUN). Se instaló catéter Doble J y se realizó un cintigrama renal que determinó un acentuado compromiso de la función renal derecha, con una función relativa de 7%. Se realizó una intervención quirúrgica conjunta entre urología y ginecología vía laparoscópica. En un primer tiempo quirúrgico se realizó una nefrectomía total derecha, seccionando el uréter ipsilateral proximal al punto estenosado. Luego se procedió a realizar una histerectomía total y salpingectomía bilateral. Procedimiento dificultoso debido a extenso síndrome adherencial secundario a endometriosis profunda, sin embargo, se logra completar cirugía extrayendo útero, trompas y riñón derecho por vagina. La paciente completó 3 días de postoperatorio y es dada de alta en buenas condiciones sin complicaciones.

Discusión: La endometriosis ureteral presenta un desafío tanto en su diagnóstico como



en su tratamiento. El 50% de las pacientes son asintomáticas, pudiendo llevar a una obstrucción ureteral silente y eventual falla renal en un 11,5% de los casos. En pacientes con HUN, se deben solicitar estudios radiológicos adicionales para evaluar la función del riñón afectado. Cuando ésta es menor a 14%, existe mayor riesgo de pielonefritis e hipertensión renovascular, por lo que se recomienda la nefrectomía. La endometriosis ureteral es una entidad rara e infrecuente, sin embargo, en casos severos puede llevar a complicaciones graves. El manejo multidisciplinario conjunto entre radiólogos, ginecólogos y urólogos, mediante el diseño de una estrategia quirúrgica individualizada, es imprescindible para definir el tratamiento óptimo de estas pacientes.



REPORTE DE CASO: FÍSTULA COLO- VAGINAL COMO COMPLICACIÓN DE ABSCESO TUBO-OVÁRICO

Vargas C1., Salvo I2., Avilés R3.,
Morales F3., Vallejos G3., Castillo
N3., Boldrini P3.

1Interna de medicina Universidad Finis Terrae;
2Becario Universidad Finis Terrae; 3Ginecobs-
tetra Hospital El Carmen Maipú – Universidad
Finis Terrae

Introducción: La Enfermedad Inflama-
toria Pélvica (EIP) es una enfermedad infecciosa
que por lo general se presenta en pacientes
en edad fértil entre los 22 y 44 años con una
incidencia aproximada de 1,5 casos por mes al
año, siendo lo más frecuente que se presente
de una forma subclínica o leve. El Absceso
tuboovárico (ATO) es una forma de presentación
severa que requiere un manejo hospitalizado.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino
de 48 años, usuaria de dispositivo intrauterino
(DIU) hace 8 años sin control ginecológico.
Consulta en urgencia maternidad por dolor tipo
cólico en flanco izquierdo e hipogastrio de 12
horas de evolución sin flujo genital patológico.
Ingresa taquicárdica, febril hasta 38,5°C. Al

examen físico destaca dolor a la palpación de
hipogastrio y fosa iliaca izquierda, sin signos
de irritación peritoneal. Especuloscopia con
guías del dispositivo visibles sin flujo genital
patológico. Al tacto vaginal destaca dolor a la
palpación anexial izquierda, sin otro hallazgo
específico. Se realiza ecografía transvaginal que
informa DIU in situ, imagen unilocular con
contenido mixto en región anexial izquierda,
sin vascularización al doppler, que mide 59
x 49 x 46 mm. Los exámenes de laboratorio
muestran marcado patrón infeccioso PCR de
268 y Leucocitos 21700. Se realiza el diagnóstico
de ATO por lo que se hospitaliza para inicio de
tratamiento antibiótico endovenoso asociado
(Clindamicina – Gentamicina). Durante la
hospitalización paciente persiste febril, con
aumento de dolor abdominal y parámetros
inflamatorios, por lo que se decide resolución
quirúrgica al cuarto día de hospitalización.
Se realiza laparotomía exploradora donde se
observa pelvis sellada en fondo de saco de
douglass y gran síndrome adherencial en relación
a anexo izquierdo. Se realiza adherenciólisis
dando salida a secreción purulenta en moderada
cantidad y se realiza anexectomía izquierda con
salpingectomía derecha. Debido a hemostasia
difícil en región cornual izquierda, se
decide histerectomía total y se realiza aseo
con abundante suero fisiológico. Al cuarto día
post operatorio, paciente continúa con peaks
febriles y dolor abdominal. Es evaluada por
infectólogo quien decide cambio de esquema
antibiótico a Tigeciclina. Se indica scanner de



abdomen y pelvis en el que se informa colección líquida en excavación pelviana de 9 x 3 cms en íntimo contacto con engrosamiento parietal de colon sigmoides. Al día siguiente, se pesquisa secreción fecaloidea por vagina, confirmada a la especuloscopia, por lo que se solicita scanner de control que muestra persistencia de colección con gas de 10 cm en relación a cúpula vaginal. Tras evaluación por cirugía, se decide laparotomía exploradora de urgencia por alta sospecha de fístula colo-vaginal describiéndose como hallazgos: absceso pélvico en relación a recto y cúpula vaginal, colon sigmoides aplastronado con fístula colo-vaginal y deserosamientos hacia distal. Se realiza operación tipo Hartmann con colostomía correspondiente posterior. Paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta al 4to día posterior a reparación.

Conclusiones: El ATO puede dejar secuelas importantes si no se maneja adecuadamente y a tiempo. Dentro de las complicaciones más frecuentemente descritas, se encuentra el dolor pélvico crónico, la EIP recurrente, infertilidad y el aumento del riesgo de embarazo ectópico. La formación de fístulas intraabdominales son complicaciones raras, de las cuales sólo hay descritas reportes de caso en la literatura. En cuanto al manejo, el reconocimiento oportuno de la falla al tratamiento médico y la decisión de una intervención quirúrgica precoz, sin descartar el abordaje multidisciplinario, son fundamentales, ya que el tiempo de inflamación y fibrosis local dificultan enormemente

el correcto reconocimiento de la anatomía normal, aumentando el riesgo de complicaciones de la propia cirugía, agregando morbilidad y mortalidad a la patología.



Medicina Materno Fetal



CÁNCER DE COLON Y EMBARAZO: REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Contreras F1, Fuentes F2, De Martini F3, Becker J3, Araneda M3, Paredes C3.

1. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Maule, Talca. 2. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios, Curicó. 3. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Regional de Talca, Talca.

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es un tumor maligno que se origina dentro de las paredes del intestino grueso, la mayoría son esporádicos (90%), sin ningún antecedente familiar ni personal conocido. Su incidencia se ha estimado en 1 en 130.000 partos. Los síntomas y signos más comunes del CCR son atribuidos al embarazo normal, lo que determina un diagnóstico tardío y peor pronóstico. Su tratamiento se basa en la cirugía, quimioterapia y radioterapia. Se debe tener en consideración la etapificación, compromiso ganglionar y la edad gestacional al momento del diagnóstico para seleccionar la mejor terapia. Debido a su baja incidencia durante la gestación, existe limitada evidencia para guiar su manejo.

Método: Se describe el caso de una paciente de 31 años, primigesta, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1, sin antecedentes familiares de importancia. Cursando embarazo de 11+4 semanas es derivada al Policlínico de Alto Riesgo Obstétrico (ARO) del Hospital Regional de Talca, por síndrome anémico e historia de 3 meses de evolución de deposiciones líquidas sanguinolentas y cambio en el hábito intestinal, sin baja de peso ni dolor abdominal, con apetito conservado. Se solicita evaluación por equipo de Gastroenterología y Coloproctología, y se realiza colonoscopia corta que informa masa mamelonada exofítica y friable en región rectosigmoidea, cuya biopsia informa adenoma vellosa de recto con displasia epitelial de alto grado, en la que no se puede descartar lesión invasora. Se solicita antígeno carcinoembrionario que resulta en 3.98 ng/ml (normal). Por persistencia de sintomatología se solicita nueva colonoscopia que describe lesión mamelonada, exofítica a 30 cm de margen anal, la cual ocupa 80% del lumen colónico, con biopsia que informa proliferación vellosa con extensa displasia epitelial glandular de alto grado, adenocarcinoma in situ y focos sospechosos de infiltración estromal. La resonancia magnética (RM) de abdomen y pelvis sin contraste, describe imagen endoluminal de 3,5 cm a nivel de recto medio, sin compromiso de grasa perirrectal e hígado, y ausencia de adenopatías locorregionales. Se discute caso en conjunto (equipo de Coloproctología y ARO) teniendo en consideración los riesgos y beneficios de una conducta expectante versus manejo quirúrgico



durante el embarazo. Se conversa y educa a paciente, se explican riesgos y beneficios de terapia quirúrgica durante el embarazo y previo consentimiento de ésta, se decide resección de segmento afectado.

Resultados: Cursando embarazo de 18+6 semanas la paciente es sometida a operación de Hartmann vía laparoscópica, dejando colostomía paraumbilical izquierda. Biopsia diferida informa diagnóstico de cáncer de colon sigmoides exofítico, tipo histológico adenocarcinoma moderadamente diferenciado con extensión tumoral hasta la capa muscular propia, sin permeación tumoral vascular ni linfática, y sin infiltración tumoral perineural. Bordes quirúrgicos negativos y linfonodos (n=27) sin evidencias de neoplasia. Paciente evoluciona en buenas condiciones con controles ambulatorios alternados entre Unidad de ARO y Coloproctología. Se vuelve a hospitalizar con 37 semanas de embarazo para interrupción. Dado ausencia de contraindicaciones de parto vaginal, se procede a inducción del parto. Se obtiene mediante parto vaginal un recién nacido sexo femenino, de 2910g (acorde a edad gestacional), APGAR 9/9 (al minuto y 5 minutos). Cursa posteriormente con puerperio en condiciones fisiológicas, sin complicaciones obstétricas ni derivadas de la cirugía propiamente tal. Paciente continuó controles en Policlínico de Coloproctología, y luego de 9 meses post operatorio, se realiza cirugía de reconstitución de tránsito vía laparoscópica (anastomosis término-terminal).

Actualmente se mantiene en buenas condiciones generales, con seguimiento habitual con TAC de abdomen, CEA y colonoscopia por equipo de Coloproctología.

Conclusión: El CCR en la paciente embarazada constituye un desafío diagnóstico y terapéutico. Un alto índice de sospecha y una detallada evaluación de la embarazada con síntomas abdominales y/o rectorragia es la clave para un diagnóstico precoz y un mejor pronóstico. Dado que no existen trabajos controlados sobre el manejo del CCR en el embarazo y la mejor evidencia proviene de series retrospectivas y reportes de casos, creemos que el manejo de estas pacientes debe ser caso a caso y por un equipo multidisciplinario. Pese a los avances en la medicina, aún faltan muchos estudios para conocer la patogénesis del CCR, el rol del embarazo y hormonas en su génesis, y su tratamiento durante el embarazo.



ENFERMEDAD TIROÍDEA AUTOINMUNE EN EL EMBARAZO E HIPERTIROIDISMO NEONATAL. REPORTE DE UN CASO

Salamanca M. (1), Serra R. (1),
Álvarez S. (2), Carmona C. (3).

(1) Ginecólogo-Obstetra, Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico de Magallanes. (2) Interna Medicina, Universidad de Magallanes. (3) Endocrinóloga, Hospital Clínico de Magallanes.

Introducción: La enfermedad tiroídea autoinmune se caracteriza por la presencia de anticuerpos antiperoxidasa tiroídea (anti-TPO), anti tiroglobulina y/o anti receptor de hormona tiroestimulante (TRAb). La enfermedad de Graves (EG) es la principal causa de hipertiroidismo, presentando ésta anticuerpos TRAb positivos, los que son relevantes en el seguimiento y control de embarazos, debido a que valores >5 UI/L o 3 veces sobre el límite superior del laboratorio, aumentan el riesgo de hipertiroidismo fetal y neonatal. Por otra parte, la presencia de anticuerpos anti-TPO se asocian a actividad inflamatoria de la glándula tiroides y a mayor riesgo de hipotiroidismo materno en el embarazo. Estos anticuerpos pueden coexistir en ciertos pacientes, presentando éstos períodos

de hiper e hipotiroidismo. Método: Se revisa ficha clínica de paciente en controles en alto riesgo obstétrico y de recién nacida, previo consentimiento informado de ambos padres.

Presentación del caso: Paciente primigesta, con antecedente de hipertiroidismo pregestacional secundario a EG, con niveles altos de anticuerpos TRAb y anti-TPO, tratada con fármacos anti tiroídeos y posterior remisión. En exámenes de control de primer trimestre del embarazo, se pesquisó hormona tiroestimulante (TSH) de 4.44 uUI/mL y T₄ libre de 1.08 ng/dL. Por lo anterior, se inició tratamiento con Levotiroxina acorde a guías de la Asociación Americana de Tiroides (ATA 2017). Además, con anticuerpos TRAb de 300 U/mL (valor normal de referencia <15 U/mL). Ingresó a controles en Hospital Clínico de Magallanes a la semana 24 por traslado, destacando la presencia de taquicardia materna asintomática y laboratorio que mostró tiroides suprimida (TSH 0,05 uUI/mL). A la semana 28, se observó taquicardia fetal, por lo cual se realizó reducción progresiva de dosis de Levotiroxina y se solicitaron exámenes, destacando TRAb >40 UI/L y anticuerpo tiroestimulante de tiroides (TSI) en 39,8 UI/L (valor normal $<0,10$ UI/L). Debido al alto riesgo de hipertiroidismo fetal, se realizó ecografía obstétrica observándose tiroides mayor al percentil 95 para la edad gestacional. Se confirmó el diagnóstico y se inició manejo con Metimazol, Propanolol y se suspendió Levotiroxina, lográndose eutiroidismo



materno y normalización de la frecuencia cardíaca fetal. Paciente evolucionó con rotura de membranas a las 34+3 semanas, asistiéndose parto vaginal de recién nacida de sexo femenino, peso 2445 gramos, APGAR 9/10, con exoftalmo leve bilateral, evolucionando con taquicardia, hipertermia y temblor, descartándose sepsis y con laboratorio compatible con hipertiroidismo neonatal (TSH 0,01 uUI/mL y T4 libre > a 7,7 ng/dL). Se inició manejo con metimazol y propranolol, con evolución satisfactoria clínica y de laboratorio, con recuperación del estado eutiroideo de la recién nacida, decidiéndose la suspensión de los fármacos.

Discusión y conclusión: La EG es una patología poco frecuente en el embarazo (0,1-2,7%), teniendo un riesgo bajo de hipertiroidismo neonatal (1-5%). El caso clínico presentado corresponde a paciente con patología tiroidea autoinmune pregestacional con títulos de TRAb altos, cuyo embarazo presentó fluctuación entre hipo e hipertiroidismo, evolucionando con hipertiroidismo fetal y neonatal. Por lo tanto, en pacientes con antecedente de EG previa actual, es importante conocer la presencia y títulos de anticuerpos, para poder predecir patologías maternas y fetales, siendo de suma importancia el manejo y seguimiento por un equipo multidisciplinario, debido al mayor riesgo de evolución negativa en el embarazo y de resultados perinatales adversos.



RESULTADO PERINATAL ADVERSO EN RECIÉN NACIDOS DE PRETÉRMINO: COHORTE RETROSPECTIVA HOSPITAL CLÍNICO MAGALLANES 2017 A 2019

Serra R. (1), Salamanca M. (1),
Álvarez S. (2)

(1) Ginecólogo-Obstetra, Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico de Magallanes. (2) Interna Medicina, Universidad de Magallanes.

Introducción: El parto prematuro es aquel que se produce antes de las 37 semanas, siendo responsable del 75% de todas las muertes perinatales. En nuestro país la incidencia es de un 7%. Identificar las principales variables asociadas a resultados peritales adversos en este grupo de pacientes podría mejorar su sobrevida.

Objetivo: Generar modelos predictivos de muerte neonatal y complicaciones neonatales en recién nacidos (RN) de pretérmino en el Hospital Clínico Magallanes (HCM).

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo en la Unidad de Alto Riesgo

Obstétrico del HCM entre Enero de 2017 y Enero de 2019. Se incluyeron todos los recién nacidos con edad gestacional (EG) entre 22 y 36 semanas con 6 días. La mortalidad neonatal se definió como la muerte del recién nacido dentro de los primeros 28 días de vida. Las complicaciones neonatales se definieron como un outcome compuesto que incluyó las siguientes variables: muerte neonatal antes de 60 días post parto, síndrome de distrés respiratorio, enfermedad de membrana hialina, hemorragia intraventricular, enterocolitis necrotizante, sepsis neonatal, necesidad de hospitalización en unidad de cuidados intensivos neonatal o ventilación mecánica. Las variables analizadas incluyeron características maternas (edad, índice de masa corporal, tabaquismo, antecedentes de parto prematuro, cervicometría menor de 25 mm, fecundación in vitro, entre otras) y fetales (embarazo gemelar, restricción de crecimiento intrauterino [RCIU], rotura prematura de membranas, EG al momento del parto, el peso del recién nacido y el uso de corticoides, entre otras). Se probaron diferentes modelos de regresión logística para predecir los outcome. Los cuales fueron comparados utilizando curvas ROC y el área bajo dicha curva. Los datos fueron analizados con el programa STATA SE 14.0.

Resultados: Se incluyeron 250 prematuros. La EG y peso promedio al momento del parto fue de 34+1 semanas (DS 2.9 semanas) y de 2306 gramos (DS 688 gramos). La tasa de mortalidad neonatal fue de 4.1%, el 80% de



las muertes ocurren antes de 30 semanas de gestación y en RN con peso fetal menor a 1350 gramos. La tasa de complicaciones neonatales fue de 41% y el 75% se producen en RN con EG menor a 34 semanas y en RN con peso menor a 2195 gramos. El modelo que mejor predice la mortalidad neonatal sólo incluye como variable predictora el peso del RN, este permite identificar al 80% de los RN que morirán dentro de los primeros 30 días de vida con una tasa de falsos positivos de un 10%. Para complicaciones neonatales el modelo que mejor predice este resultado incluye la EG y la presencia de RCIU, éste permite identificar el 70% de los RN que presentarán complicaciones neonatales dentro de los primeros 60 días de vida con una tasa de falsos positivos de 10%. De acuerdo a la prueba de Hosmer y Lemeshow ambos modelos ajustan los datos ($p=0.9$) y explican en más de un 88% de la variación de los datos.

Conclusión: La tasa de mortalidad y complicaciones neonatales fue de 4.1% y 41% respectivamente. La mayoría de las muertes se producen en RN con EG menor a 30 semanas y las complicaciones neonatales se presentan principalmente en RN con EG menor a 34 semanas. De acuerdo a nuestro estudio el mejor predictor de mortalidad neonatal es el peso fetal. Respecto a las complicaciones neonatales los mejores predictores están dados por la EG al parto y la presencia de RCIU.



UTILIDAD DEL ÍNDICE DE PULSATILIDAD DE ARTERIAS UTERINAS (UTAPI) Y EL RATIO SOLUBLE FMS-LIKE TYROSINE KINASA-1 (SFLT-1) Y PLACENTAL GROWTH FACTOR (PLGF) EN LA PREDICCIÓN DE PREECLAMPSIA DE INICIO PRECOZ (EPE) EN EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Serra R.¹, Salamanca M.¹,
Mansilla P.², Schepeler M.⁴,
Monckeberg M.³, Illanes S.^{3,4}.

(1) Alto Riesgo Obstétrico, Hospital Clínico Magallanes. (2) Interna Medicina, Universidad de Magallanes. (3) Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. (4) Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Dávila.

Introducción: Durante los últimos años, se ha estudiado un gran número de marcadores individuales y diferentes modelos

predictivos para el diagnóstico de ePE antes de las 34 semanas. Los marcadores más relevantes incluyen el UtAPI y diferentes factores angiogénicos y anti angiogénicos como sFlt-1 y PlGF. Generar un modelo predictivo de ePE en el primer trimestre del embarazo utilizando el UtAPI, el ratio sFlt-1/PlGF y otras variables clínicas y biométricas.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de caso control anidado. La muestra fue obtenida a partir de una cohorte prospectiva multicéntrica de 627 mujeres chilenas con embarazo único reclutadas entre las 11 y 14 semanas. Al momento de ser reclutadas, a cada una de las pacientes se le tomó una muestra de plasma la cual fue congelada. Además, se evaluaron y registraron diferentes variables clínicas, biométricas y UtAPI. Se consideró como casos aquellas pacientes que desarrollaron ePE, la cual fue definida de acuerdo a los criterios del ACOG y que se diagnostica antes de las 34 semanas de gestación. Los controles fueron obtenidos del grupo de pacientes sanas, seleccionando aproximadamente 16 controles por cada caso. Una vez seleccionados los casos y controles, las muestras de plasma fueron descongeladas y se midieron las concentraciones de sFlt-1 y PlGF. Las variables estudiadas en cada grupo incluyeron historia personal y familiar [edad, peso, talla, raza, tabaquismo, paridad, antecedente de preeclampsia (PE), hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DM), y antecedente de PE en la madre de la paciente], además, se



evaluaron variables biofísicas [presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD), UtAPI] y el ratio sFlt-1/PlGF. Las características basales entre los grupos fueron comparadas utilizando t-Test y Ch2 de Pearson dependiendo del tipo de variable. Finalmente, para predecir ePE, se probaron diferentes modelos usando regresión logística

Resultados: Se incluyeron los 10 casos con ePE de la cohorte y 167 controles. El análisis univariado demostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en las siguientes variables: la edad materna, peso materno, IMC, PAS y ratio sFlt-1/PlGF. El modelo que mejor predice ePE incluye las siguientes variables: PAS, UtAPI y ratio sFlt-1/PlGF. Este modelo permite identificar el 77% de las ePE con una tasa de falsos positivos de 10%. De acuerdo a la prueba de Hosmer y Lemeshow el modelo ajusta los datos ($p=0.9$) y explica el 88% de la variación de ellos.

Conclusión: En nuestro estudio los principales predictores de ePE son la PAS, el UtAPI y ratio sFlt-1/PlGF. Estos hallazgos son similares a lo descrito en la literatura actual.



IMPLEMENTACIÓN DE LAS ORIENTACIONES DE LA OMS/OPS PARA LA ELIMINACIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNO - INFANTIL DE VIH, SÍFILIS, HEPATITIS B Y ENFERMEDAD DE CHAGAS EN LOS PAÍSES INDEPENDIENTES DEL CONTINENTE AMERICANO

Vargas, I1; Silva, A1; Arancibia, C2; Astudillo, C2; Gonzalez, B2; Silva, G2; Piñones, D2

1 Docente Escuela Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso 2 Estudiante Carrera Obstetricia y Puericultura Universidad de Valparaíso

Resumen: La OMS/OPS define orientaciones para la ETMI de VIH, Sífilis, Chagas y Hepatitis B en el continente, por lo que surge la necesidad de conocer las distintas medidas implementadas por los países independientes del continente.

Material y Método: Estudio Cuantitativo, de tipo descriptivo. Población: normativas vigentes de los países para la ETMI de las 4 patologías. Resultados: Los países que han logrado la ETMI de VIH tienen intervenciones similares a aquellos países que están en vías de ser validados. Realidad distinta se observa para Sífilis. Las medidas adoptadas para prevenir la TMI de Chagas es diversa en los países del continente, no así las intervenciones adoptadas para ETMI de Hepatitis B

Introducción: La OMS/OPS definió una serie de orientaciones para alcanzar la meta de eliminación de la transmisión materno infantil (ETMI) para VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas en el continente. Los países han alcanzados distintos estados de avance respecto a este logro, ante esto, surge la necesidad de conocer en profundidad las intervenciones adoptadas por los países. El objetivo general de la investigación es analizar las intervenciones adoptadas por los países de la región para la ETMI de VIH, Sífilis, Hepatitis B y Chagas, dirigidas al periodo pre concepcional, perinatal, post parto materno y post parto del lactante

Material y método: El estudio es de tipo cuantitativo, de alcance descriptivo. La Unidad de análisis, población y muestra: la unidad de análisis es el documento escrito, referido a normas y protocolos nacionales para la prevención de la TMI. La población



serán las normativas y protocolos de los países independientes del continente americano. Los Criterios de inclusión: normativas y protocolos vigentes de los países de la región, cuyos Estados son independientes, rescatados en sitios web oficiales o remitidos por referentes de las instituciones gubernamentales. Criterios de exclusión: normativas y protocolos que no fue posible obtener durante el periodo de recolección de datos; o aquellos obtenidos de sitios no oficiales. Plan de análisis: para el análisis de los datos, se utilizará el programa estadístico “R”. Se aplicará análisis univariado de frecuencias absolutas y relativas de los resultados.

Resultados: Se pudo acceder a las normativas de 22 de los 30 países independientes del continente americano. En relación al VIH, se puede aquellos países que la OMS/OPS clasifica como validados para la ETMI (Cuba, Antigua y Barbuda, San Cristobal y Nieves), cuentan con campañas de prevención, ingreso precoz a control prenatal, al menos 2 screening durante la gestación y tratamiento al RN de la madre portadora. Similar realidad tienen países que están en vías de alcanzar la validación de la ETMI de VIH. En el caso de Sífilis, los países validados para la ETMI (San Cristobal y Nieves, Antigua y Barbuda, Cuba) tienen screening serológico prenatal y tratamiento para la gestante positiva, así como tratamiento para el RN, realidad distinta se observa en los países que están por alcanzar la ETMI de sífilis (Canadá, Chile y Estados Unidos). En cuanto a Chagas, no todos los

países consideran el screening durante periodo prenatal. En cuanto a la Hepatitis B, la mayoría de los países del continente han incorporado la vacunación al RN, o bien a los 2, 4 6 meses del lactante.

Conclusiones: Se podría sugerir que la implementación de las orientaciones de la OMS/OPS en el continente americano para alcanzar la meta de ETMI para VIH, Sífilis, Hepatitis B y Enfermedad de Chagas pueda responder más que a su realidad económica, a elementos sociales, culturales o propios de sus sistemas de sanitario, sin existir evidencia actual al respecto.



MALFORMACIÓN DE DANDY WALKER (MDW). SERIE DE CASOS ENTRE LOS AÑOS 2011 A 2016 EN EL DEPARTAMENTO DE EXPLORACIÓN FETAL (DEF) VÍCTOR QUIROZ, HOSPITAL CLÍNICO REGIONAL DE CONCEPCIÓN

(HCRC) Ramos F. (1,3) Inzunza C. (2,3)

1.- Becario Ginecología y Obstetricia, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción 2.- Colaborador Docente Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Obstetricia y Ginecología 3.- Hospital Clínico Regional de Concepción Guillermo Grant Benavente

Introducción: La MDW, es una anomalía congénita que se caracteriza principalmente por la presencia de hidrocefalia, alteraciones en el desarrollo del vermis cerebeloso y dilatación quística del cuarto ventrículo. Hay pocos estudios respecto a esta patología, debido a su baja incidencia que se estima entre 1 cada 25.000 y 1 cada 30.000. De ahí la importancia de una

revisión del tema para conocer sus características y hacer un diagnóstico precoz ecográfico para un eventual manejo.

Objetivo principal: Caracterizar el grupo de pacientes en las cuales se realizó el diagnóstico ecográfico de MDW en el DEF del HCRC.

Material y método: Estudio descriptivo, transversal, observacional, tipo serie de casos. Población de estudio: mujeres embarazadas en control prenatal y parto en el HCRC entre los años 2011 a 2016. Se accedió a base de datos del DEF, ficha electrónica Galileo y registro de recién nacidos. Criterios de inclusión: mujeres embarazadas con diagnóstico fetal de MDW hecho por ecografista del DEF, entre los años 2011 al 2016. Se incluyó un total de 8 casos. No hubo exclusiones. Se tabularon los datos en Microsoft Excel ® según: indicación de la ecografía, edad materna, paridad, número de fetos, vitalidad, características del líquido amniótico, placentación, edad gestacional (EG) al momento del examen, estimación de peso fetal (EPF) y percentil de crecimiento, diagnósticos de egreso, realización de amniocentesis y cariograma.

Resultados: Se encontraron 8 casos. Promedio de edad de 27,8 años (15-42). Un 37,5% tenía 18 años o menos y un 37,5% mayor o igual a 35 años. Multíparas 62,5% y Nulíparas 37,5%. Sólo 1 paciente tenía patología materna (diabetes gestacional). La edad gestacional promedio al momento del estudio fue de



31,8 semanas. Todos los fetos al momento del examen se encontraban vivos, con imagen ecográfica de hipoplasia o agenesia del vermis cerebeloso y megacisterna magna, además todos los casos sin alteraciones respecto a la inserción placentaria. Hubo un 25% de oligoamnios y el mismo porcentaje de polihidroamnios. Un 62,5% EPF con percentil menor a 10. Un 62,5% de los casos tenía malformaciones fuera del sistema nervioso central. Las malformaciones asociadas más frecuentes fueron las cardíacas 37,5%; Canal AV 25% (n=2), no especificada 12,5% (n=1). Riñones hiperecogénicos (n=1), pie bot (n=1), fémur corto (n=1), agenesia radio-cúbito (n=1), hernia diafragmática (n=1), hiperlordosis (n=1). Se realizó un total de 3 amniocentesis para estudio cromosómico, de las cuales hubo 1 caso de trisomía 18, los otros 2 cariógrama normal.

Conclusiones: Se encontraron distintas malformaciones fetales asociadas a la MDW, siendo las más frecuentes las cardíacas. La restricción del crecimiento fetal así como las alteraciones en el líquido amniótico también fueron un hallazgo frecuente. Es difícil llegar a conclusiones certeras por la baja prevalencia de la MDW. La EG al momento del examen en DEF es tardía, por lo cual es importante revisar los criterios de derivación.



SÍNDROME DE HIPOPLASIA VENTRICULAR IZQUIERDA: RESULTADO PERINATAL EN RECIÉN NACIDOS CON DIAGNÓSTICO PRENATAL EN HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

Huenchullán, K; Acosta, P; Parra, M; Soto, B; Rencoret, G; Figueroa, J. Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: El síndrome de hipoplasia de ventrículo izquierdo (SHVI) representa al 2-3% de las malformaciones cardíacas y tiene una letalidad de 95% sin tratamiento quirúrgico. Se caracteriza por presentar un ventrículo izquierdo hipo-desarrollado con estructuras del lado izquierdo incapaces de soportar la circulación sistémica, por lo que la sobrevida depende de la eyección del ventrículo derecho y la persistencia del ductus arterioso. El diagnóstico prenatal ha aumentado considerablemente en el último tiempo, alcanzando cifras cercanas al 97%, con una tasa de interrupción voluntaria del embarazo que fluctúa entre 18-48%. En la literatura internacional, los tratamientos médicos y quirúrgicos

han reportado una mejoría en los resultados, reportando sobrevida a 5 años de más del 60%.

Objetivo: Determinar la sobrevida de alta de los recién nacidos afectados por SHVI, cuyo diagnóstico prenatal se realizó o confirmó en el Hospital Clínico San Borja Arriarán (HCSBA), que nos permita realizar una asesoría prenatal acorde con los resultados locales. Método: Estudio de cohorte retrospectivo de los casos de SHVI con diagnóstico prenatal entre 2012 al 2019, en la unidad de ecografía obstétrica del HCSBA.

Resultados: En el período estudiado hubo 10 casos con diagnóstico prenatal de SHVI, lo que representa un 0,02 % de los partos del período. Entre las características de la embarazada, destacan una edad materna promedio de 33 años (18-45 años) y la edad gestacional promedio de la primera ecografía en la unidad fue 28 semanas +2 días. Un 30% de los casos eran aneuploides, dos de ellos con un Síndrome de Patau y uno con Síndrome Edwards. La edad gestacional promedio al parto de los 7 recién nacidos euploides fue 38 semanas +3 días y su peso promedio fue de 3.349 +/- 569 gramos. El 80% de los recién nacidos eran de sexo masculino (relación hombre/mujer 4:1). Se ofreció la posibilidad de cirugía paliativa a sólo 3 de los 7 casos (43%), pero sólo uno de ellos sobrevivió al alta (14,3%). Por lo tanto, la sobrevida global luego del diagnóstico prenatal de SHVI es solo un 10%.



Conclusión: Las tasas de SHVI son similares a las descritas internacionalmente. Este análisis descriptivo de las tasas de sobrevida del SHVI con diagnóstico prenatal en el HCSBA señala dos aspectos relevantes a destacar, por un lado, un tercio de los casos de SHVI se asocian a aneuploidías consideradas de carácter letal (trisomía 13 y 18) y, por otro lado, sólo un 14% de los fetos euploides sobrevive luego de una cirugía postnatal paliativa.



ROL DE LA ECOGRAFÍA PARA DETERMINAR RESTRICCIÓN DE CRECIMIENTO INTRAUTERINO EN EMBARAZOS DE PACIENTES DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS DE TALCAHUANO

Zapata, N.1; Romo, J.2; Sáez, F.2; Sáez, C.2; Samur, G.2

1 Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2 Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Introducción: La Restricción de Crecimiento Intrauterino (RCIU) se define como la incapacidad de lograr un crecimiento óptimo dado el potencial genético. Para evaluar el crecimiento fetal se utilizan elementos como la medición de altura uterina y estimación del peso fetal (PEF), complementado con biometría fetal ecográfica y medición de flujos sanguíneos de territorios vasculares fetales específicos. El PEF ecográfico utilizando biometría fetal es el mejor predictor de crecimiento fetal y es el gold standard para el diagnóstico de RCIU;

con una especificidad de 91%, sensibilidad de 80%, valor predictivo positivo (VPP) de 83% y el valor predictivo negativo (VPN) de 90%. La RCIU se asocia a complicaciones a corto y largo plazo, como asfisia intraparto, prematuridad, trastornos del comportamiento, coeficientes intelectuales menores que aquellos infantes con peso adecuado, entre otras. Allí radica la importancia de un buen diagnóstico, para orientar el manejo. El objetivo de este trabajo es valorar capacidad diagnóstica ecográfica de la ecografía para RCIU en pacientes gestantes del Hospital Las Higueras de Talcahuano.

Métodos: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Se accedió a base de datos del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Las Higueras, obteniendo el total de partos entre julio 2015 y diciembre 2018, seleccionando aquellas pacientes que tuviesen un embarazo único con una ecografía en los últimos 7 días previos al parto. Se evaluó la edad materna, edad gestacional (EG) al momento del parto, PEF ecográfico por método de Hadlock, tipo de parto y peso de recién nacido; se consideró como RCIU al PEF \leq al percentil 10 según la tabla de Alarcón y Pittaluga. Se analizaron los datos mediante estadística básica, con Microsoft Excel.

Resultados: La edad materna promedio fue de 28 ± 6.4 años. La EG promedio de nacimiento fue de 38.2 ± 2.3 semanas. Del total de 1579 partos, el 7.4% ($n=117$) tenía un diagnóstico ecográfico antenatal de RCIU, con una sensibilidad de 59.7%, especificidad de 98.5%,



VPP de 59.7% y VPN de 95.6%; sin embargo, el 10.1% (n=159) presentaron peso de nacimiento menor a percentil 10. Para aquellos embarazos menores a 34 semanas la S = 85.7% y E = 100.0%, en cambio para ≥ 34 semanas la S = 56.6% y E = 98.4%. La mayoría de los partos de RCIU fueron por vía cesárea de urgencia con un 48.7% (n=57), luego por parto vaginal en 35.0% (n=41), cesárea electiva en 15.4% (n=18) y por fórceps en 0.9% (n=1).

Conclusiones: Se observó una especificidad ecográfica mayor a la presentada en la bibliografía para el diagnóstico de RCIU (98.5% vs 91%) y sensibilidad mayor sólo en embarazos menores a 34 semanas (85,7% vs 80%). Se observó un VPP menor, por ello, considerando que el PEF ecográfico es el gold standard, aún es un examen que se debe mejorar para así tomar decisiones adecuadas en base a él.

Palabras clave: Restricción del crecimiento intrauterino, Ecografía, Estimación del peso fetal



RESULTADO PERINATAL EN FETOS CON DIAGNÓSTICO PRENATAL DE HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS CONGÉNITAS EN LOS HOSPITALES CLÍNICO UNIVERSIDAD DE CHILE Y CLÍNICO SAN BORJA ARRIARAN

Acosta, P.; Elicer, B.; Pantoja, M.; Figueroa, J.; Rencoret, G.; Muñoz, H.; Parra, M.

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) es una malformación que afecta aproximadamente 1 de cada 4.000 recién nacidos y está frecuentemente asociada a alteraciones cromosómicas/genéticas y malformaciones en otros sistemas. El diagnóstico antenatal ha incrementado de forma considerable con las ecografías de cribado, lo que permite planificar la interrupción del embarazo en centros que cuenten con las condiciones necesarias para la reanimación y manejo postnatal. En la evaluación prenatal, tras descartar la presencia de anomalías asociadas, es importante determinar los factores

pronósticos, principalmente el tamaño pulmonar y herniación hepática. Esto permite entregar información a los padres respecto a la posibilidad de sobrevivencia del recién nacido, basado en estudios internacionales. En la actualidad, aún se considera una malformación con alta mortalidad perinatal, alrededor de un 40%, y si bien la terapia intrauterina ha logrado disminuir la mortalidad en las condiciones severas, ésta no ha sido rutinariamente implementada en nuestro país.

Objetivo: Evaluar las características clínicas y ecográficas de las HDC con diagnóstico prenatal y sus resultados perinatales de acuerdo a ella en 2 centros con unidades de Medicina Materno Fetal. **Método:** Estudio de cohorte retrospectivo de los casos de HDC cuyo diagnóstico prenatal se realizó o confirmó en las unidades de medicina fetal del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH) entre el periodo de enero del 2007 y julio del 2019, y del Hospital Clínico San Borja Arriaran (HCSBA) entre el periodo de enero del 2012 y julio del 2019. **Resultados:** Se diagnosticó un total de 90 casos de HDC durante el periodo estudiado (1:1000 pacientes). De ellas, 53 casos (58,8%) fueron aislados, mientras que los restantes 37 pacientes se asociaron a aneuploidías, destacando mayoritariamente las trisomías 13 y 18, y otras anomalías estructurales. Las aneuploidías estuvieron presentes en un 33% del total de las HDC. Del grupo de pacientes con HDC aisladas, se obtuvo información en 49 casos del índice Observado/Esperado de la relación



pulmón/cabeza (O/E de RPC). Un 71,4% fue de localización izquierda, y las restantes derechas. De acuerdo al índice O/E de RPC, un 51% de las HDC izquierdas aisladas fueron catalogadas de leves (O/E > 40%), 31% de moderadas (O/E 26-40%) y 17% severas (O/E <25%). En relación a los resultados perinatales en los casos en que se obtuvo información neonatal completa, destaca que la sobrevida de la HDC izquierdas está directamente relacionada con el grado de severidad de ella de acuerdo al índice O/E de RPC, siendo 51% en las leves, 31% en las moderadas y sin sobrevida en las severas. En los casos con resultado perinatal completo de las HDC derechas tampoco hubo neonatos sobrevivientes.

Conclusión: El resultado de este estudio descriptivo en una cohorte de fetos con diagnóstico prenatal de HDC confirma en primer lugar que un tercio de las HDC se asocian a aneuploidías, especialmente las condiciones letales como trisomía 13 y 18. En segundo lugar, que solo uno de cada cuatro HDC aisladas con diagnóstico prenatal sobrevive el periodo neonatal, y esta sobrevida está directamente relacionada con la localización y el grado de hipoplasia pulmonar.



HEMORRAGIA INTRACRANIANA EN UN FETO CON TRISOMIA 21 Y RABDOMIOMAS CARDIACOS. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESCLEROSIS TUBEROSA. ESTUDIO ANTENATAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Rivera C – Vargas P, Centro de Investigación Materno Fetal (CI-MAF) - Hospital Sotero del Rio, Facultad de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El Síndrome de Down (SD) es una de las aneuploidías más frecuentes. En Chile la incidencia es de 2.2 por 1000 nv. La esclerosis tuberosa (ET) es una enfermedad genética autosómica dominante con una prevalencia de 1:10.000 nacidos vivos(nv). Se sospecha prenatalmente por la presencia de rabdomiomas cardiacos. Los tumores cardiacos fetales tienen una prevalencia de 1:10000 nv, los más prevalentes son los Rabdomiomas. El hallazgo de tumores intracraneanos son infrecuentes,

dentro del diagnóstico diferencial es necesario descartar la Hemorragia Intraventricular (HIV).

Caso clínico: Paciente de 29 años, M2. Derivada a nuestro centro a las 27+4 semanas para evaluación ecográfica. Hallazgos de tumores intracardiacos en ventrículo derecho y marcadores blandos para alto riesgo de aneuploidía presentes, por lo que se realiza cariotipo (amniocentesis genética: 47, XX+21). A las 32+0 semanas nueva evaluación presenta imagen hiperecogénica sugerente de tumor intracerebral. Se solicita Resonancia magnética fetal que informa Hemorragia intraventricular (HIV). Interrupción a término. Recién Nacido, con fenotipo concordante con Trisomía 21, ecocardiograma confirma dos tumores intracardiacos (Rabdomiomas), ecografía cerebral confirma el diagnóstico de HIV Grado III derecha. Ante el diagnóstico diferencial de ET, se realiza ANGIO-TAC que resulta negativo para ET.

Discusión: La presencia de tumores intracardiacos asociados a tumor cerebral en la evaluación ecográfica antenatal hacen plantear el diagnóstico prenatal de una ET. El diagnóstico antenatal de tumores cerebrales vs HIV por ultrasonido es difícil, la resonancia es un examen complementario de gran ayuda, permitiendo un diagnóstico de certeza. La HIV fetal es un diagnóstico poco frecuente de diagnóstico prenatal asociado a feto con trisomía 21.



VALORES DE LONGITUD CERVICAL EN EMBARAZOS GEMELARES: DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD GESTACIONAL

Rivera C – Vargas P – Kusanovic P., Centro de Investigación Materno Fetal (CIMAF) - Hospital Sotero del Río, Facultad de Medicina - Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: El parto prematuro (PP) es la principal causa de morbi-mortalidad neonatal en el mundo, en Chile la incidencia es del 5-6%. En embarazos gemelares la tasa de PP es mayor, cercana al 50%. En los embarazos gemelares, la medición de la LC proporciona una predicción útil del riesgo de Parto Prematuro espontáneo. La medición ultrasonográfica del canal cervical (cervicometría) es el método de elección para evaluar el riesgo de PP idiopático, que va a depender de la LC y la edad gestacional. El objetivo de este estudio es evaluar la distribución de las mediciones de cuello de una población de embarazos gemelares representativa de nuestra población chilena y su asociación a parto prematuro.

Método: Se realizó seguimiento con cervicometrias a las pacientes que cursaban con embarazos gemelares que consultan en nuestro Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) del Hospital Sótero del Río (HSR), Santiago de Chile, desde el año 2014 hasta 2017. Esta medición se realizó desde las 12 hasta las 34 semanas. La edad gestacional fue confirmada con ecografía precoz. Se utilizó la técnica estandarizada para medición cervical transvaginal. El diseño del estudio propuesto es un estudio transversal observacional descriptivo.

Resultados: Se realizaron 1077 cervicometrias desde la semana 12 hasta la 34. De estas logramos obtener los resultados del embarazo en 201 pacientes (871 mediciones de cuello). La mediana de cervicometrias (realizadas entre las 22-24 semanas) fue de 39mm. Un 4% de las pacientes presentaban una medida de cérvix <25mm, La edad gestacional promedio al parto fue de: 35+2 semanas. El peso promedio Gemelo A: 2.392gr. del Gemelo B: 2.228gr. Del total de pacientes, iniciaron trabajo de parto espontáneo n=82/202 (40,7% de nuestra población), de los cuales n=115/201 (57,2% de la población) fueron parto prematuro, iniciando espontáneamente n=51/115 (43,3% de los PP).

Conclusión: Este estudio es el primer nomograma de cervicometrias en Embarazo Gemelar por edad gestacional en población latinoamericana. No existen nomogramas de



embarazos gemelares descritos en la literatura. El percentil 50 de nuestra población entre las 20-24 semanas (screening de rutina para predicción de PP) es de: 39mm. En nuestra población sólo un 4% de las pacientes presenta una medida de cérvix <25mm en la ecografía 20-24 semanas (valor considerado de alto riesgo de PP en embarazos gemelares), por lo que es necesario evaluar cuál es el punto de corte en nuestra población para predicción de parto prematuro. Así que vale la pena preguntarse ¿Sería el seguimiento seriado de cervicometrías mejor que una medición única (20-24sem) para predecir riesgo de PP?, ¿A qué edad gestacional es mejor la predicción?. ¿Cómo sería la curva de normalidad seleccionando sólo aquellas pacientes que no partieron con trabajo de parto prematuro espontáneo?



UTILIZACIÓN DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL Y LA ECOGRAFÍA TRIDIMENSIONAL EN EL EXAMEN RUTINARIO DEL CEREBRO FETAL EFECTUADO POR PERSONAL DE APOYO MÉDICO

Vogt S, Rojas T, Valdivia A, Díaz C, García-Huidobro T, Correa M, Espinel A y Guerra F, Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile.

Introducción: La inteligencia artificial (IA) se ha incorporado en todas las áreas de la medicina incluida la ecografía obstétrica, la cual mediante algoritmos matemáticos permite el reconocimiento de estructuras y mediciones automáticas desde volúmenes obtenidos de ecografía tridimensional (ECO 3D). Objetivo: evaluar la confiabilidad de la utilización de la IA y la ECO 3D en el examen rutinario del cerebro fetal efectuado por personal de apoyo médico.

Materiales y método: Capturas de volumen ECO 3D de la cabeza fetal desde el plano transtalámico fueron efectuados por

matronas capacitadas en ecografía durante exámenes rutinarios en gestantes de segundo trimestre. Obtenido el volumen, se activó un programa basado en algoritmos matemáticos que individualiza y despliega los diferentes planos del cerebro fetal basado en las guías ISUOG: Plano transtalámico, transventricular, transcerebeloso, y el medio sagital, para luego efectuar automáticamente distintas mediciones biométricas: diámetro biparietal (DBP), diámetro fronto-occipital (DFO), circunferencia craneana (CC), diámetro cerebeloso transverso (DCT), cisterna magna (CM) y ancho del ventrículo lateral (VL). La calidad de las imágenes fueron analizadas por médicos especialistas.

Resultados: Se analizaron 82 determinaciones, obtenidas en gestaciones de segundo trimestre. En el 62% de ellas se pudo establecer con claridad los diferentes planos y mediciones y en el 36% se debieron efectuar ajustes en algunas de los planos para obtener correctamente las medidas, logrando finalmente un 98% de imágenes satisfactorias. Las mediciones del DBP fueron obtenidas correctamente en la primera adquisición en un 94% y se debieron efectuar ajustes en el 4%, para el DFO y la CC en el 87% y 11%, para el DCT en el 89% y el 9%, la CM en el 78% y 20%, y el VL en un 84% y 14%. Las imágenes obtenidas fueron mejorando en la medida que el personal mejoro la técnica de adquisición 3D. El tiempo utilizado para cada uno de estos estudios no fue mayor de 17 segundos.



Conclusiones: La combinación de la IA y la ECO 3D permiten a personal de apoyo médico obtener los planos de análisis y mediciones del cerebro fetal en forma automática, fácil y rápida. La supervisión por médicos especialistas aumenta la precisión y confiabilidad final de las mediciones, potenciando el trabajo en equipo. En un futuro no muy lejano, la mejor calidad de las imágenes, la mayor velocidad de procesamiento de la información, la mayor velocidad del envío de datos (5G), y algoritmos matemáticos (Random Forest), permitirían que la información capturada en forma remota por personal no médico sea analizada en primera instancia mediante IA, más tarde por médicos especialistas, estableciendo nuevos algoritmos de manejo y toma de decisiones.



DESARROLLO Y UTILIZACIÓN DE UN SIMULADOR DE DOPPLER OBSTETRICO

Vogt S, Rojas T, Espinel A, García-Huidobro T, Correa M, Valdivia A, Díaz C y Guerra F.,
Unidad de Medicina Materno Fetal, Instituto de Obstetricia y Ginecología, Universidad Austral de Chile

Introducción: La incorporación de la técnica del Doppler ha sido fundamental en la evaluación del embarazo normal y patológico. Muchas veces el Doppler es efectuado por operarios que no comprende la física del sonido, ni el uso de los comandos disponibles para optimizar las imágenes y llegar a conclusiones apropiadas. Además, para enseñar esta técnica, se debe trabajar con pacientes gestantes que pueden no cooperar, por lo que los modelos simulados de enseñanza son una opción en el aprendizaje esta técnica. Objetivo: desarrollar un simulador de Doppler obstétrico que permita practicar diferentes abordajes de vasos sanguíneos fetales y maternos, que simulen condiciones normales y patológicas, y probar su efecto al ser usado en procesos de enseñanza.

Métodos: Utilizamos el programa UNITY, una plataforma para la construcción de videos

juegos (UNITY Technologies SF), y fórmulas matemáticas (transformación de Fourier), para desarrollar una interfase de usuario que imita el modo-B y el modo-color. Si se posiciona el cursor del Doppler pulsado sobre la señal del color se genera una onda espectral, la cual puede ser modificada con una serie de comandos que simulan la ganancia, potencia, frecuencia de repetición de pulso, línea cero, velocidad, posición arriba/abajo, reinicio, etc. y pasar de un estado de normalidad a estados patológicos. La eficacia de este programa fue probada en personal médico en capacitación en ecografía obstétrica. A ellos se les entregó primero toda la información teórica de la técnica del Doppler (clases presenciales y on line). Luego se les aplicó una encuesta con 16 preguntas, la que fue seguida por trabajo con el simulador, y al cabo de una semana se les efectuó la misma encuesta. Los puntajes obtenidos fueron analizados mediante el T-test de datos pareados.

Resultados: Desarrollamos un Simulador de Doppler Obstétrico que pudo ser utilizado en computadoras y que permitió simular el estudio de diferentes vasos fetales como la arteria umbilical, arteria cerebral media, ductus venoso y de la arteria uterina en el lado materno. Al posicionar el cursor del Doppler en diferentes sitios del vaso sanguíneo se obtuvieron señales similares a los cambios de posición fetal. Usando los comandos, la señal espectral pudo ser ajustada y simular condiciones de normalidad o patológica en cada uno de los vasos. Las señales



simuladas fueron evaluadas por especialistas en términos de realismo y dinámica de los cambios normales y patológicos. Al ser utilizado en 30 estudiantes que se capacitaban en la técnica del Doppler, los resultados mostraron una mejoría desde $3.8 + 1.4$ puntos ($X+DS$) previo al uso del simulador a $12.6 + 2.5$ puntos posterior al uso del simulador ($p < 0.05$).

Conclusiones: El simulador de Doppler obstétrico cumple con el realismo de un modelo integral anatómico, fisiológico y fisiopatológico de circulación fetal y materna para practicar diferentes abordajes en condiciones normales y patológicas. La utilización del simulador mejora en forma significativa el aprendizaje de esta técnica, al practicar los conceptos teóricos en forma práctica, hecho que fue valorado positivamente por los estudiantes. Además, proporciona un entorno libre de riesgos y controlable para la enseñanza.



QUISTE DE CORDÓN UMBILICAL: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

Azevedo M1, Galarce V1,2,
Morales F1

1Hospital El Carmen de Maipú. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile. 2Becada de Ginecología y Obstetricia. Escuela de Medicina. Universidad Finis Terrae. Santiago. Chile.

Introducción: Los quistes de cordón corresponden a restos de los conductos alantoides u onfalomesentéricos, y se localizan típicamente en la inserción fetal del cordón umbilical. Con frecuencia suelen detectarse en el 1er trimestre, con una incidencia entre 1-3% entre las 7 y las 13 semanas. La mayoría suelen resolverse espontáneamente al final del 1er trimestre. Se pueden asociar a otras anomalías como onfalocele y alteraciones cromosómicas, especialmente a las Trisomías 13 y 18, sobre todo si es que persiste más allá del 1er trimestre, por tanto, se debe realizar una exploración morfológica detallada. La realización de cariotipo está indicada si se encuentran otras alteraciones o ante la persistencia del quiste en el 2do trimestre. En los casos en que no hay asociación con otras anomalías, el pronóstico fetal suele ser bueno, pero se recomienda realizar control del crecimiento fetal, ya que el quiste

puede comprimir los vasos umbilicales y causar compromiso vascular.

Casos clínicos: N°1. Paciente de 34 años, multípara de 1, derivada desde atención primaria (APS) a las 29 semanas por embarazo gemelar bicorial-biamniótico (bi-bi) con quiste del cordón umbilical en gemelo 1 (G1), diagnosticado a las 13 semanas. Se realiza ecografía obstétrica por el equipo de medicina materno fetal y se constata gestación gemelar bi-bi de 29 + 4 semanas con G1 creciendo en p 29 y presencia de quiste en la inserción del cordón umbilical y G2 creciendo en p 24 (F. Medicine), ambos, sin otras alteraciones anatómicas. Paciente rechaza amniocentesis genética. En ecografías de seguimiento no se pesquisan otras alteraciones ni caída en el carril de crecimiento. Los padres reciben asesoría durante todo el seguimiento. Se interrumpe a las 37 semanas.

N°2. Paciente de 34 años, multípara de 2, derivada desde APS a las 22 semanas por antecedente de preeclampsia severa en embarazo anterior. Se realiza ecografía del servicio en poli integral que diagnostica gestación de 23 + 0 semanas, creciendo en p 61 (F. Medicine) con quiste en la inserción del cordón umbilical, sin diagnóstico ecográfico previo. Se realiza amniocentesis genética con resultado pendiente. Paciente aún en seguimiento en comité de medicina materno-fetal.

N°3: Paciente 32 años, con antecedente de eco 11-14 de bajo riesgo de trisomía, se realiza eco



de las 24 semanas y se diagnostica restricción del crecimiento fetal, más polihidroamnios, pie both unilateral y quiste en la inserción del cordón umbilical. Se realiza amniocentesis genética, con cariograma informado como 47 XY+18. Se interrumpe a las 34 semanas.

Conclusión: Se trata de una alteración del cordón umbilical, poco frecuente en el 2do trimestre que, en nuestros casos, se asociaron a otras malformaciones y a restricción del crecimiento fetal, lo que recalca la importancia de realizar una exhaustiva exploración en busca de otras alteraciones y el seguimiento de la curva de crecimiento. Por otra parte, la presencia de otros hallazgos nos hace buscar la unidad diagnóstica con el objetivo de dar el mejor asesoramiento a los padres con respecto al pronóstico y enseñar la importancia del estudio genético en los casos de persistencia del quiste, más allá del 2do trimestre, ya que permiten diagnosticar alteraciones cromosómicas no compatibles con la vida y con esto el planteamiento de interrupción voluntaria o la continuación de la gestación a término. Es importante destacar, que los casos aislado no tienen mayor riesgo de recurrencia y en los casos asociados a Trisomías 13 o 18, el riesgo es de 1% aproximadamente, con una letalidad del 100% a causa de la trisomía y no de la presencia del quiste de cordón.



ROL DEL ÁCIDO ACETILSALICÍLICO EN LA EVOLUCIÓN DE LA FLUJOMETRÍA DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE EN EMBARAZOS ÚNICOS Y SU CORRELACIÓN CON PATOLOGÍA PERINATAL

Prieto JF^{1,2}, Vargas P^{1,2}, Kusanovic JP^{1,2}, Silva P^{1,2}, Luna D^{1,2}, Córdova V², Valdés R², Martinovic C², Rosas A², Silva K², Soto R¹, Ramírez J.

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 uso de ácido acetilsalicílico (AAS) en casos de alteración de fDAU ha mostrado reducir incidencia de patología. El objetivo del presente trabajo es evaluar el patrón de cambio de la fDAU a lo largo de la primera mitad del embarazo en pacientes con y sin uso de AAS 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 2018. 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 (I), IP normal 1T- IP alterado 2T (II), IP alterado 1T- IP normal 2T (III), e IP alterado 1T- IP alterado 2T (IV). Fueron eventos de interés el peso de nacimiento, EG al parto, incidencia de hipertensión gestacional (HTG), preeclampsia sin criterios de severidad (PEM),



preeclampsia 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 833 pacientes en la cohorte, de las cuales 807 (96,87%) se obtuvieron datos del parto y recién nacido, 281 de ellas usuarias de AAS (34,82%). 712 (88,22%) pertenecieron al I, 52 (6,44%) al II, 23 (2,85%) al III y 20 (2,48%) al IV. Al comparar los resultados de las pacientes, las del grupo IV tuvieron recién nacidos (RN) de menor peso (-621 g, $p < 0,005$), menor EG (-7 d, $p < 0,05$) y mayor incidencia de SHE ($p < 0,05$) y RCIU (p NS) en relación al grupo I. Las pacientes del grupo II tuvieron comportamiento similar a las del grupo IV y las del grupo III perinatales similar a las del grupo I. Al comparar en cada grupo las pacientes usuarias de AAS versus las no usuarias no se encontraron diferencias.

Conclusiones: La alteración de la fDAU tanto en el primer como segundo trimestre se relaciona con peores resultados perinatales. 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. En ninguno de los grupos el uso de AAS produjo beneficios. 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.



IMPACTO DE LA INDICACIÓN DE BETAMETASONA PROFILÁCTICA EN EMBARAZOS DE 38 SEMANAS PREVIA A OPERACIÓN CESÁREA ELECTIVA EN EL RESULTADO NEONATAL

Autores Valdés RE1-2, Sepúlveda A1, Socías P3, Urquieta J3, Valdés ME4

1Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Clínico Universidad de Chile 2 Universidad Andrés Bello 3Alumnas del Programa de Especialización en Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile 4 Alumno Medicina. Universidad Andrés Bello

Introducción y objetivos:

Existe controversia si la indicación de corticosteroides en embarazos de término temprano que resuelven su parto por operación cesárea electiva disminuye el riesgo de complicaciones respiratorias neonatales. El presente estudio pretende evaluar si el uso de betametasona prenatal en embarazos de 38 semanas de quienes fueron sometidas a operación cesárea

electiva disminuye el riesgo de complicaciones respiratorias y las hace comparables a aquellas gestantes que fueron operadas a las 39 semanas.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo caso control donde se estudiaron variables neonatológicas relacionadas con morbilidad respiratoria e ingreso a UCIN por dicha etiología entre aquellas pacientes que cursaban embarazos de 38 semanas que fueron sometidas a operación cesárea electiva con profilaxis con betametasona antenatal (73) versus a aquellas que interrumpieron sus embarazos a las 39 semanas sin dicha indicación (75)

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones respiratorias e ingreso a UCIN entre ambos grupos estudiados

Conclusión: La indicación profiláctica de betametasona en embarazos de 38 semanas quienes fueron sometidas a operación cesárea electiva hace que presenten el mismo riesgo de presentar complicaciones respiratorias neonatales que aquellas pacientes interrumpidas a las 39 semanas por esta misma vía sin esta indicación.



UTILIDAD DE LA RESONANCIA NUCLEAR MAGNETICA PRENATAL EN LA PREDICCIÓN DEL RESULTADO NEONATAL DEL PACIENTE CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA AISLADA

Ferrer F1, Rivera C2, Muñoz A2, Arce C2, Luco M3, De Barbieri4, 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. 3Departamento de Neonatología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 4Departamento de Radiología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: Evaluar el potencial de calcular el volumen pulmonar total fetal (VPTF) por medio de la resonancia nuclear magnética (RNM) en la predicción de la sobrevida postnatal en

los fetos con hernia diafragmática congénita (HDC) aislada.

Método: Se realizó un análisis retrospectivo de 42 fetos con HDC aislada con estudio de RNM realizada en el período antenatal entre las 27 y 38 semanas de gestación en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile. La RNM se utilizó para medir el volumen pulmonar total fetal observado/esperado (VPTF o/e), lateralidad, herniación intratorácica de vísceras abdominales además de la presencia de otras malformaciones fetales.

Resultados: Fueron analizados 42 fetos con diagnóstico antenatal de HDC aislada y RNM realizada en el tercer trimestre del embarazo. La sobrevida global fue de un 55% (23/42). El 92% (39/42) de las HDC fueron izquierdas. La mortalidad neonatal fue de un 18% (3/16) en las pacientes con un VPTF o/e \geq a 25% y 61% (16/26) cuando el VPTF o/e es $<$ 25%, [diferencia estadísticamente significativa (p:0,031)]. La mortalidad según la lateralidad fue de un 41% (16/39) para las HDC izquierdas y de un 42% (3/7) para las derechas (p:0,89). De las pacientes con VPTF o/e \geq 25%, la necesidad de ECMO fue de un 18% (3/16) mientras que un VPTF o/e $<$ 25% fue de un 50% (13/26), [diferencia estadísticamente significativa (p:0,045)].

Conclusión: La obtención antenatal de un VPTF o/e \geq 25% calculado por RNM en el tercer trimestre de gestación, es un buen predictor de sobrevida neonatal.



DIAGNÓSTICO ANTENATAL DE ESTÓMAGO INTRATORÁCICO SECUNDARIO A HERNIA HIATAL CONGÉNITA: REPORTE DE UN CASO

Ferrer F1, Schulze C3, Valenzuela G3, Pertossi E2, Muñoz A2, 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. 3Interno de medicina, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La Hernia Hiatal Congénita (HHC), consiste en una herniación de órganos abdominales a través del hiato esofágico. Su diagnóstico prenatal es inusual y no suele ser considerada dentro de los diagnósticos diferenciales de quiste torácico. Con un diagnóstico antenatal adecuado, complicaciones como la incarceration gástrica, vólvulo, infarto gástrico isquémico o perforación secundarias pueden ser evitadas. En este trabajo se reporta el caso de una HHC con vólvulo gástrico, pesquisado a

las 37 semanas de gestación en un paciente con diagnóstico post natal de cutis laxa.

Caso clínico: Paciente de 21 años, multípara de 1 parto vaginal espontáneo, sin antecedentes mórbidos relevantes, cursa embarazo controlado con primera ecografía a las 13 semanas. En una ecografía realizada a las 36 semanas destacan 2 imágenes intratorácicas econegativas, bien delimitadas, encapsuladas, con flujo ausente al Doppler. Por sospecha de hernia diafragmática izquierda es trasladada a centro de mayor complejidad. Ingresa al Hospital Clínico de la Universidad Católica en donde se realiza una ecografía que muestra imagen quística retro mediastínica central de 32 x 29 mm, sin desplazamiento de este. Por sospecha diagnóstica de hernia hiatal se solicita RNM fetal que descarta hernia diafragmática e informa lesión quística en mediastino posterior que impresiona cámara gástrica volvulada y probablemente duodeno proximal, en contexto de HCC. La paciente evoluciona con trabajo de parto espontáneo a las 37+4 semanas, obteniéndose por parto vaginal eutócico. Recién nacido sexo femenino, peso de 3.280 gr, Apgar 8-9. A los 4 minutos de vida presenta desaturación, por lo que se administra oxígeno a flujo libre con recuperación adecuada. Finalmente se suspende oxígeno a las 9 horas de vida. Dentro de la evaluación preoperatoria, se realiza estudio contrastado que apoya el diagnóstico antenatal de HHC. Al 3^a día de vida, se realiza reducción de estómago, hiatoplastía y Nissen. Al examen físico destaca piel redundante



en región cervical posterior, suave y aterciopelada además de hiperlaxitud de tobillos. Se solicita evaluación por genética, quien sugiere estudio de Síndrome de Ehlers-Danlos y Cutis Laxa. Se solicita biopsia de piel que informa; dermis con haces colágenos maduros y fibras elásticas desestructuradas con ausencia de matriz amorfa y filamentos finos visibles. Macrófagos con signos de fagocitosis de restos filamentosos. Alteraciones sugerentes de Cutis Laxa.

Discusión: Una adecuada sospecha y diagnóstico antenatal, permite la derivación oportuna a centros de alta complejidad, prevención de complicaciones, estabilización preoperatoria y resolución quirúrgica precoz.



CORRELACION Y CONCORDANCIA ENTRE PROTEINURIA DE 24 HORAS Y RAZON PROTEINURIA / CREATINURIA (IPC), EN PACIENTES CON SINDROME HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO

Ferrer F.1,2,3, Luna D.1,2,3, Vargas P.1,2,3, Valdés R.1,2, Martinovic C.1,2, Prieto F.1,2, Silva P.1,2,3, Rosas A.1,2, Silva K.2, Córdova V.1,2, Kusanovic J.P.1,2,3.

1Unidad de Alto riesgo Obstétrico Hospital Doctor Sótero del Río. 2Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno Fetal (CIMAF). 3Unidad Medicina Materno Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue comparar de manera retrospectiva la recolección de proteinuria por 24hrs con el índice de proteinuria/creatinuria (IPC) aislada en mujeres ingresadas con diagnóstico de Síndrome Hipertensivo del Embarazo (SHE).

Diseño: Estudio de corte transversal

retrospectivo longitudinal de 148 pacientes embarazadas que fueron hospitalizadas en la unidad de alto riesgo obstétrico con el diagnóstico de SHE, entre los años 2016-2018 en el Hospital Doctor Sótero del Río. A todas las pacientes se les realizó un IPC y recolección de proteinuria de 24hrs al ingreso (gold standard). Se calculó la correlación y la concordancia entre el IPC y la proteinuria de 24hrs. Se contruyeron curvas de ROC para determinar el mejor punto de corte del IPC para una proteinuria de 300mg, 1000mg, 3000mg y 5000mg en 24 horas. Para evaluar correlación y concordancia se utilizó correlación de Pearson y Bland-Altman respectivamente.

Resultados: El valor del IPC tiene una buena correlación con la proteinuria 24hrs (r de Pearson 0,76). Los puntos de corte óptimos del IPC fueron 0,25 para 300mg, 0,45 para 1000mg, 1,75 para 3000mg y 3,6 para 5000mg de proteinuria en 24hrs. Cuando el IPC es superior a 0,25 (300mg en 24hrs), su sensibilidad y especificidad es de un 84%, 87% respectivamente con un likelihood ratio (LR) positivo de 6,57. Al tener un IPC menor a 0,25 (300mg en 24hrs), el valor predictivo negativo (VPN) fue de 87% con un LR negativo de 0,18. Es posible observar que existe una excelente concordancia de ambos test cuando la proteinuria de 24hrs es menor a 1,6grs.

Conclusión: En pacientes embarazadas de nuestra población con sospecha de SHE, el IPC presenta una alta correlación y concordancia con nuestro gold standard que es la recolección de proteinuria en 24hrs sin ser capaz de sustituirla.



RESULTADOS ADVERSOS NEONATALES EN DIABETES GESTACIONAL Y SU ASOCIACIÓN CON EL IMC PREGESTACIONAL Y GANACIA DE PESO GESTACIONAL: RESULTADOS DE ESTUDIO PILOTO EN MUJERES EMBARAZADAS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN

Cid M1, Castillo MF1, Sáez K2, Ceballos K3, González M3,4

1Departamento de Obstetricia y Puericultura, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2Departamento de Estadística, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, Universidad de Concepción. 3Laboratorio de Fisiología Vascular. 4Laboratorio de Investigación Materno Fetal (LIMaF), Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 4Group of Research and Innovation in Vascular Health (GRIVAS), Chillán, Chile.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) es un problema relevante para los servicios de salud pública debido a la mayor prevalencia global asociada con una mayor edad materna, obesidad y estilo de vida sedentario. La DG y la ganancia de peso gestacional (GPG) están relacionados con los resultados adversos del embarazo, incluida la macrosomía y la necesidad de una cesárea. Sin embargo, todavía no está claro si GPG por sobre las recomendaciones en condición de DG es relevante para los resultados adversos en la patología.

Objetivo: Determinar la correlación entre el IMC pregestacional y la GPG con los resultados perinatales en mujeres con DG atendidas en el Hospital Regional de Concepción.

Métodos: Investigación retrospectiva observacional, tipo caso-control con mujeres embarazadas con diagnóstico de DG o tolerancia normal a la glucosa (N). En este estudio se recolectó la información de 90 mujeres con DG y 170 N. A partir de los datos se calcularon el índice de masa corporal antes del embarazo, la GPG, el índice de adecuación de GPG y el índice ponderal neonatal (NPI). Se determinó la significación estadística entre los parámetros y las correlaciones de IMC y GPG con los resultados del embarazo.

Resultados: La GPG fue menor en DG pero el índice de adecuación de la GPG fue similar tanto en ambos grupos. Los recién nacidos grandes para la edad gestacional



aumentaron en el grupo DG, lo que se asocia con una correlación positiva ($r = 0.3126$) entre el índice ponderal neonatal y el IMC previo al embarazo. Al correlacionar el índice ponderal neonatal con el índice de adecuación de GPG, resultó ser positiva ($r = 0.2223$) en los embarazos sin patología, sin significancia estadística en el grupo DG. La cesárea fue el modo de parto en el 73,9% del grupo DG en comparación con el 40,5% en los embarazos de sin patología.

Conclusiones: En DG, el parámetro más relevante asociado con el índice ponderal neonatal es el IMC previo al embarazo, sin correlación con la GPG. La prevalencia de cesárea en el grupo DG no se correlaciona con alteraciones en macrosomía ni con el índice de adecuación de GPG.



MODULACIÓN DE CANALES DE POTASIO Y DE LA SÍNTESIS DE ÓXIDO NÍTRICO EN PLACENTA DE TÉRMINO EN DIABETES GESTACIONAL

González M, Neira N, Neira F, Basualto E, Rojas S.

Laboratorio de Investigación Materno-Fetal (LIMaF), Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: La diabetes gestacional (DG) se caracteriza por disfunción endotelial asociada con estrés oxidativo y resistencia vascular. Los vasos placentarios carecen de inervación autónoma, por lo tanto, el tono vascular depende de la síntesis y biodisponibilidad de mecanismos moleculares locales, propios de las células que constituyen el tejido placentario. Entre estos mecanismos, destacan el del óxido nítrico y los canales de potasio activados por calcio (KCa), que se constituyen como reguladores fisiológicos del potencial de la membrana en células endoteliales y del tono vascular placentario.

Objetivo: Determinar los cambios moleculares en los mecanismos de óxido nítrico y de expresión de KCa en placenta de diabetes gestacional.

Métodos: Desde placenta humanas de embarazos diagnosticados con DG o sin patologías (grupo control) se aislaron células endoteliales de vena umbilical humana y células endoteliales de vena coriónica humana. A su vez, se aislaron trozos de tejidos de vasos placentarios para aislamiento de ARN y ensayos de reactividad vascular. Células y tejidos fueron tratados con insulina en ausencia o combinación con tetraetilamonio (TEA, inhibidor de KCa), Tram-34 (inhibidor de IKCa), iberiotoxina (IBTX, inhibidor de BKCa) o L-NAME (inhibidor de NOS). La expresión de KCa se determine por RT-PCR, western blot o inmunofluorescencia. Se determinó la captación de L-arginina, los niveles de óxido nítrico (sonda DAF) y la polaridad de membrana plasmática (sonda DiBAC43). Los protocolos fueron aprobados por Comité de Ética Científica del Servicio de Salud Concepción y placentas se recolectaron previa firma de consentimiento informado por parte de las pacientes.

Resultados: La producción de óxido nítrico se vio aumentada por estímulo de insulina en células endoteliales, lo cual fue bloqueado por la inhibición de la actividad de canales KCa. Este efecto no se observó en células de DG, en las cuales la insulina aumentó la síntesis de óxido nítrico en un mecanismo independiente



de KCa y dependiente de NOS. La expresión de IKCa está aumentada en vena coriónica y microvellosidad de placenta en DG, mientras que la expresión de BKCa de detecta y se incrementa por insulina en células endoteliales de vena umbilical en DG. Además, en células DG se detectó hiperpolarización de membrana plasmática que se correlaciona con aumento en la síntesis de NO.

Conclusiones: En la diabetes gestacional existe una alteración molecular en placentas de término que se relaciona con un desbalance en la vía del óxido nítrico y en la actividad de canales de potasio. El aumento en la expresión de canales IKCa y BKCa, junto al aumento en la síntesis de NO, podría darse como un mecanismo compensatorio ante el estrés oxidativo reportado en la patología.



CORRELACIÓN DE INDICE PROTEÍNA/ CREATININA EN MUESTRA AISLADA CON PROTEINURIA DE 24 HORAS PARA DIAGNOSTICO DE PREECLAMPSIA EN MUJERES EMBARAZADAS DE HOSPITAL LAS HIGUERAS ENTRE AÑOS 2018 Y 2019

Contreras P1, Romo J1,
González M2.

1Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital Las Higueras, Talcahuano, Chile. 2Laboratorio de Investigación Materno-Fetal (LIMaF), Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción, Concepción, Chile.

Introducción: La Preeclampsia se caracteriza por la elevación de la presión arterial y la presencia de proteínas en la orina. Aparece en la segunda mitad del embarazo (después de las 20 semanas) y desaparece después del parto, es una de las complicaciones médicas más frecuentes del embarazo, su prevalencia varía entre el 7 y 10% de la población gestante y ha compartido, junto a causas indirectas,

el primer lugar de las causas de mortalidad materna en nuestro país (51.1% de las muertes). Dentro del proceso diagnóstico se encuentra estandarizada la medición de proteinuria 24 horas como prueba gold standard, que tiene como desventaja la demora en recolección de orina para procesamiento. Por este motivo es que la correlación de este examen con índice de proteína/creatinina (IPC) en una muestra aislada pasa a tomar relevancia. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad y correlación de la muestra aislada de IPC para diagnóstico y manejo precoz.

Método: Se analizó la información clínica de 302 pacientes embarazadas con edad gestacional mayor a 20 semanas hospitalizadas en Servicio de Ginecología y Obstetricia de Hospital Las Higueras Talcahuano entre agosto del 2018 y agosto del 2019 con sospecha clínica de preeclampsia, a las cuales se realizaron al ingreso el índice proteína/creatinina (IPC), posteriormente proteinuria de 24 horas y su correlación para predicción diagnóstica de preeclampsia a través de un estudio retrospectivo transversal.

Resultados: Se detectó una proteinuria significativa en 71 orinas de 302 pacientes embarazadas. La correlación entre el IPC y la excreción en orina de 24 horas fue significativa para valores entre 300-3499 mg, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,6901 [$p < 0,0001$], mientras que para valores de proteinuria menores de 300 mg el coeficiente de correlación de Pearson fue de 0,1714 [$p < 0,005$].



En el total de la muestra, la correlación de Pearson entre IPC y proteinuria 24 horas fue de 0,8300 [$p < 0.0001$]. Valores de IPC mayor 300 mg/g tiene sensibilidad de 80% y especificidad de 87%, la cual aumenta a 95% con valores de IPC mayor a 400 mg/g y 99% con valor de 600 mg/g

Conclusiones: En mujeres embarazadas, el índice proteína/creatinina (IPC) presenta una buena correlación con valores de proteinuria/24 horas entre 300-3499 mg. Dicha correlación se mantiene, pero con menor intensidad, en valores de proteinuria/24 horas menores de 300 mg. De acuerdo a esta correlación, el IPC se podría considerar como un elemento en el diagnóstico certero de trastornos hipertensivos del embarazo



EMBARAZO EN ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: EXPERIENCIA A PARTIR DE UNA COHORTE HISTÓRICA

Sepúlveda E.1-2, Núñez P.3-4, Simian D.2-5, Quera R.2-5, Figueroa C.2-5, Flores L.2-5, Ibáñez P.2-5, Kronberg U.2-6, Lubascher J.2-5, Pizarro G.2-5

1Departamento de Ginecología y Obstetricia, Clínica Las Condes; 2Programa Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Clínica Las Condes 3Gastroenterología, Hospital San Juan de Dios, Facultad de Medicina Occidente Universidad de Chile; 4Estada de perfeccionamiento en Enfermedad Inflamatoria Intestinal, Departamento Gastroenterología, Clínica Las Condes; 5Departamento de Gastroenterología, Clínica Las Condes; 6Unidad de Coloproctología, Departamento de Cirugía, Clínica Las Condes.

Introducción: En enfermedad inflamatoria intestinal (EII) un alto porcentaje de mujeres se encuentra en edad fértil. La EII en remisión es el escenario ideal al momento de planificar un embarazo.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas y propias del embarazo/parto ocurridos en pacientes con EII atendidas en un centro entre 2017 y 2019.

Método: Estudio descriptivo, retrospectivo observacional, de mujeres con diagnóstico de EII, embarazadas o con un parto en el período de estudio. Se obtuvieron datos demográficos, clínicos y del control obstétrico y parto. Estadística descriptiva y asociación (2, $p < 0,05$).

Resultados: Se incluyeron 46 mujeres con EII, edad mediana 32 años (24-41), 33 pacientes con colitis ulcerosa (72%), 12 con enfermedad de Crohn (26%) y una EII no clasificable con una mediana de años de enfermedad de 6 (1-19). Al momento del embarazo 22 en tratamiento con 5-ASA (48%), 15 con Azatioprina (33%) y 9 en Terapia Biológica (19%). Recibieron consejería preconcepcional 17 de ellas (37%). Al momento del embarazo, 19 (41%) estaban con EII activa y 27 (59%) en remisión. De aquellas activas, el 79% se mantuvo en esta condición y el 100% de los abortos se observaron en este grupo. De aquellas que se embarazaron en remisión, el 74% se mantuvo en esta condición. Las mujeres que recibieron consejería preconcepcional, se mantuvieron en mayor % en remisión durante embarazo (69% vs 25%, $p = 0,006$). Seis pacientes (13%) suspendieron tratamiento (2 por decisión propia y 4 por sugerencia de un médico externo al Programa de EII). La vía de parto fue 30% vaginal y 70% cesárea. Del total de partos, 6



fueron de pretérmino (15%). El peso de los recién nacidos del grupo que alguna vez presentó actividad inflamatoria fue significativamente menor al grupo que se mantuvo siempre en remisión (2,945 vs 3,323 g; $p=0,007$).

Conclusiones: En esta cohorte se observó que el embarazo en remisión presenta mejores resultados y que la consejería preconcepcional permitiría una mejor evolución de la EII.



CARACTERÍSTICAS POBLACIÓN HAITIANA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL DE CURICÓ

Esparza Aedo M.(1,3), Zuloaga
Rebolledo A. (2), Segura Yañez
C. (3), Díaz Verdugo D. (4)

1 Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción. 2 Interno(a) Medicina, Universidad de Talca. 3 Médico Cirujano, Universidad de Talca. 4 Médico Gineco Obstetra, Unidad Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de Curicó.

Introducción: En los últimos años ha habido un incremento de inmigrantes haitianos a nuestro país. Dicha población proviene de una realidad sanitaria distinta a la nuestra, lo que la convierte en un desafío sanitario. El objetivo de este estudio es describir las características de dicha población en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital de Curicó durante el período de enero del 2017 a diciembre del 2018.

Métodos: Estudio descriptivo de las características de la población migrante haitiana que se realiza a partir de la revisión de fichas clínicas, incluyendo el total de pacientes de esta población que tuvo partos en el hospital

de Curicó durante enero del 2017 a diciembre del 2018; revisión del registro de ingresos al policlínico de alto riesgo obstétrico (ARO) y de ingresos a atención primaria de salud (APS) de la comuna de Curicó. Se consideraron las variables: Edad materna, paridad, patologías materno-fetales, edad gestacional (EG) de ingreso a control perinatal, existencia de control en el policlínico ARO, vía de parto, peso, talla y APGAR del recién nacido (RN) y características del puerperio.

Resultados: Hubo un incremento anual de un 650% entre el 2017 y 2018 con relación al ingreso al policlínico ARO, y de un 435% con respecto al ingreso a APS. Con respecto a las co-morbilidades maternas, el 2017 la más frecuente correspondió a la edad gestacional dudosa (EGD) con un 53%, mientras que en el 2018 ocurre un descenso categórico de ésta, mientras que patologías como el síndrome hipertensivo del embarazo (11%) y la diabetes gestacional (7%) presentaron un incremento. Con respecto al VIH, su incidencia aumentó de un 3% el 2017 a un 5% el año 2018. No se registraron embarazos adolescentes en los años analizados. En comparación con el 2017, en el 2018 las pacientes haitianas ingresaron al control del embarazo y se realizan la primera ecografía a una menor EG. El 2017 la mayoría de los partos fueron cesáreas (56%), mientras que el 2018 fueron vaginales (71%). Sin cambios categóricos con relación al RN ni al puerperio.



Conclusiones: A partir de este estudio establecemos una pauta general de características de la población haitiana en el Hospital de Curicó, la cual sirve como base para establecer nuevas estrategias de manejo obstétrico en estas pacientes, la que del mismo modo pudiese ser útil en otros centros hospitalarios nacionales de similares características.



EL ANTECEDENTE DE HIPERTENSIÓN DEL EMBARAZO ES UN DETERMINANTE DE LOS NIVELES DE PRESIÓN ARTERIAL MEDIA EN MUJERES CHILENAS QUE PARTICIPARON EN LA ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2009-2010

Zuazagoitía, P.; Gálvez, C.; Elicer, B.; Gutiérrez, D.; Sepúlveda, A.; Parra, M. Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile

Introducción: La principal causa de muerte en Chile es isquemia miocárdica y accidente cerebrovascular, siendo la hipertensión arterial (HTA) el principal factor de riesgo de ambas. La prevalencia de HTA en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010 fue de 26,4% en la población chilena, y en particular, un 25,3% en las mujeres. El antecedente de hipertensión en el embarazo, a su vez, se ha establecido como un factor de riesgo de desarrollo de HTA.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar el papel que juega el antecedente de hipertensión del embarazo en los niveles

de presión arterial media en la población de mujeres que participó en la Encuesta Nacional de Salud 2009-2010.

Métodos: Esta investigación empleó información de las Encuestas de Salud 2009-2010 para vigilancia epidemiológica de la Subsecretaría de Salud Pública. Los autores agradecen al Ministerio de Salud de Chile, haberle permitido disponer de la base de datos. Todos los resultados obtenidos del estudio o investigación son de responsabilidad del autor y en nada comprometen a dicha institución. Se entrevistaron y tomaron mediciones biofísicas a 5.146 personas en las 16 regiones del país. Del grupo anterior, se seleccionaron para este análisis a 2.476 mujeres mayores de 15 años, sin terapia antihipertensiva al momento de la entrevista. Además, en 1.440 mujeres se tomó un test de laboratorio. Las variables independientes fue la presión arterial media (PAM) calculada según la fórmula: $PAM = (PAS + 2PAD) / 3$. Las variables dependientes obtenidos de la encuesta se clasificaron en base a los determinantes sociales de salud: estructura social, conductuales, biológicos – entre ellas el antecedente de HTA en el embarazo –, psicosociales y recursos materiales. Se realizó análisis de regresión lineal uni y multivariado para determinar los determinantes de HTA en población de mujeres de Chile.

Resultados: La PAM promedio de la población analizada fue $89,3 \pm 12,8$ mmHg, con una distribución no gaussiana con una leve asimetría



hacia los valores extremos superiores. En el análisis univariado se identificaron 17 variables dependientes predictoras del nivel de PAM, pero al realizar la regresión lineal multivariada se construyó un modelo con una $r=0,56$ donde se seleccionaron 6 variables dependientes: edad, zona de la vivienda (urbana o rural), ratio Sodio/creatinina, IMC, y antecedente de HTA en el embarazo. La correlación de los valores observados y esperados según el modelo fueron altamente significativos.

Conclusión. Este análisis de información secundaria obtenida de la ENS 2009-2010 viene a confirmar la relevancia que tiene el antecedente de HTA en el embarazo (preeclampsia) en los niveles de presión arterial media de la población de mujeres en Chile.



RATIO IP UTERINO COMO NUEVO MARCADOR DE RESPUESTA A ASPIRINA EN PACIENTES CON RIESGO ALTO DE PREECLAMPSIA PREMATURA A LAS 11 - 14 SEMANAS

Gálvez C., Sepúlveda-Martínez A., Elicer B., Valdés E., Guíñez R., Muñoz H., Parra-Cordero M.

Unidad de Medicina Materno Fetal Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: La preeclampsia es una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal. El cribado de primer trimestre ha permitido la incorporación de estrategias de prevención de preeclampsia prematura con el uso de aspirina. Sin embargo, no existe evidencia clínica del mecanismo de acción de la aspirina que se asocia a una mejoría en la implantación trofoblástica. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es evaluar el impacto del uso de aspirina en la resistencia de las arterias uterinas (AUt) entre el primer y segundo trimestre de embarazo.

Metodología: estudio prospectivo de cohorte histórica de pacientes controladas en

la Unidad de Medicina Fetal desde enero 2018 hasta mayo 2019. Pacientes expuestas se consideran aquellas con riesgo alto de preeclampsia prematura ($>1/100$ e IP-AUt sobre p50) según algoritmo de la FMF, que iniciaron aspirina antes de las 16 semanas. Pacientes no expuestas se consideran aquellas con riesgo bajo ($<1/1000$ e IP-AUt bajo p50) sin uso de aspirina. El IP-AUt derecho e izquierdo a las 11 - 14 semanas (AUt-1T) y 20 - 24 semanas (AUt-2T) fue evaluado por vía transvaginal, considerando el IP promedio para el análisis. Se calcula el ratio IP uterino (AUt-1T/AUt-2T) como marcador de invasión trofoblástica, considerando un ratio mayor como marcador indirecto de mejor remodelado de las arterias espiraladas. Se compara el ratio en pacientes de bajo y alto riesgo con el test Mann-Whitney U.

Resultados: Durante el período evaluado, 32 pacientes fueron catalogadas de riesgo alto y 69 de riesgo bajo. No hubo diferencias en la edad gestacional a la ecografía entre ambos grupos en el primer trimestre ($p=0,6$) ni en el segundo trimestre ($p=0,8$). En el primer trimestre, el IP-AUt fue de 2,13 (1,85 - 2,69) vs 1,26 (1,12 - 1,48); $p<0,0001$ mientras que en el segundo trimestre fue de 1,29 (1,00 - 1,59) vs 0,87 (0,76 - 1,03); $p<0,0001$, para pacientes con y sin aspirina, respectivamente. El ratio fue de 1,70 (1,44 - 1,99) para pacientes con aspirina y de 1,45 (1,25 - 1,68); $p=0,003$, en pacientes sin aspirina.



Conclusión: La disminución de la resistencia de las AUt entre el primer y segundo trimestre es significativamente más marcado en el grupo de embarazadas que usaron aspirina al compararlo con un control sano. Estos resultados vienen a reforzar la utilidad de la aspirina en el manejo de pacientes con riesgo alto de preeclampsia y además que su efecto estaría relacionado con el proceso de placentación que es producido en la primera mitad de la gestación.



¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE PROGESTERONA SALIVAL EN EL PRIMER Y SEGUNDO SEMESTRE Y PARTO PREMATURO ESPONTÁNEO?

Parra, M.1; Haye, M.T.2, Sepúlveda, A.1; Aleuallí, C.1; Cortes, N.; Gutiérrez, D.1

Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile¹; Unidad Medicina Materno-Fetal, Hospital San José²

Introducción: el parto prematuro espontáneo (PPE) es el principal componente de muerte perinatal en nuestro país. La progesterona administrada a embarazadas en riesgo de prematuridad es capaz de reducir el riesgo en alrededor de 50%. Sin embargo, el cribado de parto prematuro de segundo trimestre basado en historia clínica y cervicometría ecográfica, tiene solo una tasa de detección de 40%.

Objetivo: el objetivo de este estudio fue evaluar las concentraciones de progesterona

salival (PS) en primer trimestre de la gestación, y determinar, junto a marcadores clínicos y biofísicos, su capacidad predictiva de PPE.

Métodos: Este fue un estudio anidado caso-control que incluyó muestras de saliva obtenidas entre 11-14 semanas en embarazadas que posteriormente desarrollaron PPE y sus controles. Los casos y controles en el primer trimestre fueron 31 y 57, respectivamente. La muestra de saliva fue obtenida al momento de la ecografía por medio de un algodón bucal, el cual posteriormente fue centrifugado y almacenado en freezer -80°C hasta su análisis. La concentración de PS fue determinada a través de un kit de ELISA.

Además, a todas las pacientes se les realizó, como parte del cribado universal, una entrevista sobre su historia clínica y características obstétricas, y medición de la longitud cervical (LC) por vía transvaginal.

El análisis estadístico de este estudio fue el siguiente: 1) Análisis de normalidad de las variables continuas, expresándolas por medias o medianas según corresponda, y realizando las pruebas estadísticas entre los dos grupos dependientes e independientes de acuerdo a dicho resultado. 2) Regresión logística uni y multivariada para determinar la asociación de las variables clínicas, ecográficas y bioquímicas con PPE. 3) Uso de curva ROC para determinar la capacidad predictiva del modelo obtenido



Resultados: Se observó una disminución significativa de PS en aquellas embarazadas que posteriormente tuvieron un PPE comparado con los controles ($426,3 \pm 24,7$ pg/mL vs $512,3 \pm 26,3$ pg/mL, $p=0,037$), y especialmente en aquellas que tuvieron un PPE < 34 semanas ($387,0 \pm 41,0$ pg/mL vs $511,8 \pm 25,8$ pg/mL, $p=0,050$). En los grupos de estudios no hubo diferencias significativas en la longitud cervical ni Doppler de arterias uterinas. Un análisis logístico multivariado demostró que con una tasa de falsos positivos de 10%, la combinación de historia clínica y niveles de PS dio una tasa de detección de 45% y 20% de PPE < 34 y < 37 semanas, respectivamente.

Conclusión: Este estudio demuestra por un lado que los niveles bajos de PS en embarazos de primer trimestre se asocian a la aparición de PPE, y por otro, que combinándolo con factores de riesgo clínico, detecta a prácticamente la mitad de las embarazadas que tendrán un parto antes de las 34 semanas de gestación.



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

Acosta, P.2.; Rencoret, G.2.; Figueroa, J.2.; Sepúlveda, A.1; Jiménez, J.2; Sepúlveda, E.2; Parra, M.1,2

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

Introducción: La transfusión feto-fetal (TFF) se presenta en alrededor de un 15% de los embarazos gemelares monocoriales, y en casos severos, su sobrevida no es superior al 5%. El año 2004 un consorcio Europeo publicó que la coagulación láser endoscópica era superior al amniodrenaje seriado en cuanto a sobrevida y secuelas neurológicas. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obstétricos y perinatales luego de 10 años de haber incorporado esta herramienta terapéutica en un Hospital Universitario y uno Público del país.

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

Resultados: Se analizaron 79 casos de TFF severa que tuvieron indicación de coagulación láser. La mediana de la edad gestacional al momento del diagnóstico fue 19+6 semanas (rango de 16+0 a 26+4 sem), asociándose en 62,0% a restricción de crecimiento fetal selectiva (RCFs) y 62,0% se clasificó en Estadio III/IV de Quinteros. La mediana de la edad gestacional al parto fue 31+0 semanas (rango 17+1-39+0 sem) con 55,0% de RCFs al nacimiento. La sobrevida global al mes de vida para los 78 casos con TFF con terapia láser fue 62,2% (97/156 de los fetos). La sobrevida de ambos gemelos fue de 49,4% (39/79 embarazos) y con un solo gemelo sobreviviente el 26,5% de los embarazos (21/79). La sobrevida de al menos un gemelo al mes de vida fue de 76,0% (60/78). Al analizar la sobrevida global de acuerdo a presencia o no de RCFs o Estadios de Quinteros, se observó un aumento significativo de la sobrevida global en las TFF con Estadio II de Quinteros al compararlo con los estadios III o IV (81,5% vs 52,9%; $p < 0,05$). La presencia de RCFs no influyó en las tasas de sobrevida global luego del láser.



Conclusiones: Este estudio confirma que la coagulación láser de los vasos comunicantes en TFF severa se asocia con un resultado de al menos un feto vivo en 76% de los embarazos, y sobrevivieron aproximadamente un 63% del total de fetos de estos embarazos, lo cual tuvo una directa relación con el Estadio de Quinteros al momento de la cirugía.



TAQUIARRITMIA FETAL EN EMBARAZO GEMELAR. REPORTE DE UN CASO EN HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Carreño L.(1), Ribbeck D.(1), Bustos J.(2), Martín D.(2), Herrera A.(2), Carreño K. (3)

(1) Becado/a Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios.

(2) Unidad de Perinatología. Hospital San Juan de Dios. (3) Alumna de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: Las Arritmias fetales se presentan hasta en el 2% de las gestaciones, el 90% son benignas y un 10% potencialmente severas. Pueden asociarse a enfermedades sistémicas maternas o malformaciones cardíacas fetales, capaces de comprometer la hemodinamia fetal y evolucionar a insuficiencia cardíaca, hidrops fetal y muerte fetal (1%), además de presentar secuelas neurológicas postnatales. Las Taquiarritmias representan el 8% de las arritmias fetales, dentro de las cuales se distinguen la Taquicardia Supraventricular (TSV) y el Flutter Auricular, que requieren un manejo activo (cardioversión o parto). No existe un protocolo

de tratamiento definido, se han utilizado diversos antiarrítmicos como Digoxina, Flecainida y Sotalol. Las arritmias en embarazo gemelar están descritas en series de casos y existe escasa evidencia respecto al manejo de elección e implicancias tanto sobre la madre como en el gemelo sano. (Gesute. 2019). Se reporta un caso de embarazo gemelar complicado con una Taquiarritmia, en tratamiento con Digoxina.

Caso clínico: Paciente múltipara de 1 (parto vaginal), 31 años, cursando embarazo gemelar Bicornal Biamniótico de 23+1 semanas (sem), por FUR y ecografía 11 sem, sin otros antecedentes ginecoobstétricos relevantes, en control en Alto Riesgo Obstétrico de Hospital San Juan de Dios. A las 22 semanas se pesquiza en la ecografía de rutina Gemelo I con latidos cardíacos (LCF) 157 lpm, Gemelo II presenta una taquiarritmia con frecuencias auriculares hasta 250 lpm con conducción 1:1 AV, corazón estructuralmente normal, sin insuficiencia cardíaca ni signos de hidrops, Se decide hospitalizar, realizar maduración pulmonar y se inicia cardioversión farmacológica con Digoxina en las dosis mínimas reportadas en la literatura, 1 mg cada 24 hrs, sin embargo el Gemelo II evoluciona con episodios de bradicardia hasta 80 lpm intercalados con episodios de taquiarritmia hasta 250 lpm. Al quinto día se logra ajuste con digoxina 0.125 mg am y 0,25 mg pm. El gemelo II mantiene frecuencias entre 75 y 85 lpm sin signos de hidrops. La madre es controlada con electrocardiograma seriado y los fetos con



de FCF bisemanal sin presentar deterioro de unidad feto placentaria. Al alta con 26+3 sem, mantiene controles ambulatorios semanales, clínicos y con Ecocardiografía fetal, continua dosis de antiarrítmico.

Resultados: El último control de 11/09/19 cursa Embarazo de 32+3 sem, clínicamente asintomática, Gemelo I con FCF 157 lpm y Gemelo II BAV y FCF 77 lpm, ambos fetos en percentil 10-25 sin evidencia de hidrops.

Conclusiones: En la actualidad no existe un consenso respecto a la cardioversión farmacológica de taquicardias en el embarazo gemelar, y se debe considerar efectos secundarios sobre la madre y el feto sano. En nuestro caso, la cardioversión farmacológica con Digoxina ajustando dosis de forma progresiva hasta 0.125 mg am y 0.25 mg pm, mantiene la paciente asintomática y convirtió la taquiarritmia en un Bloqueo AV pero sin signos de hidrops ni otro deterioro de la unidad feto placentaria.



CERCLAJE DE RESCATE EN EMBARAZO GEMELAR. DESCRIPCIÓN DE UN CASO, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Carreño L.(1), Ribbeck D.(1), Bustos J.(2), Martín D.(2), Herrera A.(2), Carreño K. (3)

(1)Becado/a Ginecología y Obstetricia. Universidad de Chile. Hospital San Juan de Dios.

(2)Unidad de Perinatología. Hospital San Juan de Dios. (3)Alumna de Medicina. Universidad de Chile.

Introducción: El Embarazo Gemelar (EG) representa el 1% del total de embarazos en la población chilena con el Parto Prematuro (PP) como la principal complicación (50%). La evidencia actual respecto a la prevención de PP en EG es controversial, de especial debate es el uso de cerclaje, pero recientes estudios han planteado el cerclaje terciario en caso de incompetencia cervical. En estos casos se ha reportado un tiempo de latencia promedio de 3,9 semanas (Chumbo Li, MD. 2018). Se reporta el caso clínico de un embarazo gemelar con cerclaje de rescate y latencia al parto de más de 8 semanas

Caso clínico: Paciente de 41 años, multípara de 2 partos vaginales, con antecedente de aborto espontáneo de embarazo gemelar a las 20 semanas en 2014, sin otros antecedentes de relevancia. Es derivada a Hospital San Juan de Dios cursando Embarazo Gemelar Biorial Biamniótico de 25 semanas, controlado en Hospital de Melipilla donde se ingresó por cérvix corto y se indicó hospitalización, reposo, maduración pulmonar y progesterona micronizada vía vaginal por 7 días, a pesar de este manejo la paciente presenta acortamiento cervical progresivo. Al ingreso a nuestro servicio: paciente sin dinámica uterina, cuello borrado 100%, dilatado 2 cm, membranas expuestas, íntegras, sin flujo patológico. PBF 8/8 ambos gemelos. Se realiza amniocentesis que descarta infección intraamniótica, con diagnóstico de incompetencia se decide cerclaje de rescate con técnica de Mac Donald de moderada dificultad y resultado quirúrgico satisfactorio. Se mantiene hospitalizada con reposo, progesterona 400 mg/día vo, antibióticos triasociados de amplio espectro por 21 días, fluconazol 150 mg vo semanal. Evoluciona favorablemente, con parámetros infecciosos y cultivos -vaginales normales cada 2 semanas. A las 28 semanas se diagnostica diabetes gestacional tratada con dieta. Se mantiene con manejo expectante hasta las 32+5 semanas; con un tiempo de latencia de 57 días en que se realiza cesárea de emergencia y retiro de cerclaje por trabajo de parto prematuro y presentación distócica (cefálica-podálica), bajo neuroprotección fetal con sulfato de magnesio.



Resultados: El peso de los recién nacidos fueron: gemelo 1 1905 g, Apgar 9-9 y Gemelo 2 2025 g, Apgar 9-9 con buena evolución neonatal hasta los 2 meses actuales. Tiempo de latencia de 8+1 semanas.

Conclusiones: El resultado perinatal fue favorable y mejor al reportado en la literatura (tiempo de latencia de 3.89 vs. 8 semanas). A pesar de que existe consenso respecto a que el cerclaje 1^a y 2^a no está indicado en EG, nuestro caso y la literatura reciente indica que si hay indicación de cerclaje terciario en EG con Incompetencia cervical. Se necesitan más y mejores estudios que promulguen un manejo estandarizado en estos casos.

Palabras claves: Embarazo Gemelar, Cerclaje Cervical, Tiempo de Latencia, Parto Prematuro.



DIAGNOSTICO PRENATAL DE MALFORMACIONES CONGÉNITAS Y ALTERACIONES CROMOSÓMICAS: RESULTADOS DE EXPERIENCIA CIMAF-HOSPITAL SOTERO DEL RIO

Vargas P 1,2, Mergudich T³, Martinovic C1, Cordova V1, Valdes R1, Luna D1, Prieto J1, Silva P1,2, Silva K1, Kusanovic JP1,2.

1 CIMAF- Centro de Investigación e Innovación Materno Fetal. Hospital Sotero del Rio. 2 División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica. 3 Interna de Medicina, Pontificia Universidad Católica.

Introducción: La prevalencia de malformaciones mayores corresponde a un 2 a 4%, variando según la edad de la población evaluada. El diagnóstico prenatal de las anomalías congénitas tiene como objetivo ofrecer asesoría apropiada, identificar aquellas patologías que se benefician de terapia fetal y coordinar la derivación de estas pacientes a centros terciarios para un óptimo manejo postnatal. Para el diagnóstico y manejo de las anomalías congénitas, se requiere de un equipo

multidisciplinario que incluya gineco-obstétricas especialistas en medicina materno-fetal, neonatólogos, genetistas y psicólogos. El objetivo de este estudio es describir la Experiencia de un centro de referencia de la zona Sur Oriente de Santiago en relación al diagnóstico prenatal de malformaciones congénitas, estudio genético prenatal y outcomes perinatales.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyó a las pacientes registradas en las bases de datos ecográficas (registro computacional entre los años 2010 a 2014 y Viewpoint desde el 2014 al 2019). Las pacientes fueron evaluadas en “Distocia Ecográfica” (reunión multidisciplinaria junto a distintos especialistas: Materno fetales, Neonatología, Genética y según la patología, Cirugía infantil, Urología infantil, Neurocirugía y Psicología) derivadas al Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF) del Hospital Sotero del Rio con hallazgos ecográficos sugerentes de malformaciones congénitas o aneuploidías entre diciembre del 2010 y marzo del 2019. Además se revisó la base de datos de los resultados de estudio genético (Laboratorio de CitoGenética) de nuestro hospital, en el mismo periodo. Se revisaron las fichas clínicas de las pacientes para la obtención de los resultados del parto.

Resultados: Durante el periodo descrito se evaluaron 404 pacientes con diagnóstico de malformaciones congénitas y/o marcadores de aneuploidia. Características de la población: la



edad materna de nuestras pacientes es de 30 años (14-48 años) La edad gestacional media en que fue realizada la evaluación fue a las 29 semanas (14-38 semanas). La edad gestacional media al parto fue 37.6 semanas (20-41 sem). Peso al nacer 2885g (318-5430g). Vía de parto, vaginal 48%, cesárea 52%. Resultado perinatal: Recién nacidos vivos 78%, óbito fetal 12%, mortineonato 10%. Las Malformaciones ordenadas por frecuencia son: cardiovasculares, SNC, higroma quístico, extremidades, abdomen y genitourinario. Se acepto el estudio genético (cariotipo) en 240 pacientes (amniocentesis, cordocentesis) de los cuales 61% resultado fue normal, de los alterados (12.5% T21, 8% T18, 4% T13, 4% XO, 4% otras alteraciones como Sd. Di George, triploidia, traslocaciones) No hubo crecimiento en un 12% de las muestras.

Discusión: Importancia de derivación a centros de referencia de pacientes con sospecha de malformaciones congénitas para un adecuado diagnostico prenatal ya que permite ofrecer el manejo con equipo multidisciplinario en una reunión donde se explica a la paciente sobre posibilidades de evolución neonatal, consejo genético e implicancias genética para futuros embarazos, visita al servicio de neonatología previo al parto y acompañamiento psicológico durante el proceso.



CORRECCION ANTENATAL DE MIELOMENINGOCELE FETAL CON TECNICA ABIERTA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO

González P.1, Márquez R.1, Corvalán R.1, Horlacher A.2, Bennett C.2, Torres F.4, Astele F.3, Bachmann M.1, Rodríguez M.1, Egaña G.1, Blanco A.1, Soto A.1.

1.- Unidad de Medicina materno-fetal, Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso. 2.- Servicio de Neurocirugía, Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso. 3.- Servicio de Anestesiología, Hospital Carlos Van Buern, Valparaíso. 4.- Servicio de Neurorradiología, Hospital Carlos Van Büren, Valparaíso.

Introducción: Los defectos del tubo neural corresponden a la malformación del sistema nervioso central más frecuente, se asocian en la mayoría de los casos a malformación de Arnold-Chiari II, (herniación del cerebelo hacia el canal medular), esto conlleva frecuentemente el desarrollo de hidrocefalia secundaria. El estudio MOMS demostró que la cirugía de reparación prenatal de mielomeningocele reduce la hidrocefalia y la necesidad de derivación

ventrículo-peritoneal, disminuye la herniación de la fosa posterior, la morbilidad y mortalidad de los niños operados in útero en comparación con los operados en etapa de recién nacido.

El objetivo de este estudio es mostrar la experiencia del equipo médico del HCVB en corrección antenatal de mielomeningocele fetal con técnica abierta.

Método: Se expone la Casuística de cirugía antenatal de mielomeningocele del equipo médico del Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso entre Diciembre de 2014 y Julio 2019. En este período se han operado 19 pacientes. 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.

Resultados: La cirugía prenatal se realizó entre las semanas 24 + 4 y 27 + 0. La mediana de la edad gestacional al parto fue de 35,7 semanas, las últimas 10 pacientes operadas amentaron la edad gestacional al parto, con una mediana de 37 semanas. 1 paciente presentó separación corioamniótica, lo que no se tradujo en parto prematuro. No hubo casos de dehiscencia de la histerorrafia, ni rotura uterina, 1 paciente se complicó con edema agudo de pulmón en el postoperatorio inmediato.

Hubo una muerte neonatal a las 28 semanas, producto de una corioamnionitis y shock séptico



secundario. La Prematuridad se debió en 5 casos a rotura prematura de membranas y 6 iniciaron trabajo de parto. El estudio imagenológico post quirúrgico mostró recuperación del A. Chiari II y del IV ventrículo en 17 de los 19 fetos, la ventriculomegalia se mantuvo estable en 17 pacientes. En 1 caso fue necesario utilizar un parche de duramadre por dificultad técnica para el cierre con tejido fetal, este paciente requirió reoperación a los 3 días de recién nacido. Hasta la fecha sólo 1 paciente ha requerido derivación ventriculoperitoneal.

Conclusión: Presentamos una serie de casos que demuestran mejoría del Arnold Chiari II, disminución de la necesidad de derivación ventriculoperitoneal, lo que se traduciría en una mejor calidad de vida y menor morbimortalidad para los pacientes operados in útero, en concordancia con lo que concluyó el estudio MOMS.



UN CASO DE DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ATÍPICO DE HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DERECHA

Díaz P.¹, Solari C.¹, Parrao G.²,
De Barbieri F.³, Theodor M.²,
Ferrer F.², Carvajal J.², Urbano
N.²

¹ Residente Medicina Materno Fetal, Pontificia Universidad Católica de Chile ² Medicina Materno Fetal, Pontificia Universidad Católica de Chile ³ Radiología, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La hernia diafragmática congénita (HDC) tiene una incidencia de 1/5000 recién nacidos vivos. Su etiología parece ser multifactorial, llevando finalmente a una disfunción de mesénquima muscular del diafragma. El diagnóstico de HDC se efectúa mediante ecografía, aunque en los últimos años se ha demostrado mayor sensibilidad diagnóstica mediante el uso de la resonancia magnética (RM). La mayoría de las HDC son izquierdas; solo el 13% de las hernias son derechas. El diagnóstico de la hernia derecha es más difícil dado que el ascenso hepático puede confundirse con parénquima

pulmonar. Esta dificultad diagnóstica hace que en general el diagnóstico de la HDC derecha es tardío a través de la visualización de signos ecográficos indirectos como alteración de eje cardíaco y distensión de asas intestinales.

Caso clínico: Multípara de 1, 36 años, obesidad mórbida (índice de masa corporal 46). Derivada a nuestro centro a las 33+6 semanas de edad gestacional por sospecha ecográfica de HDC con obstrucción intestinal secundaria. La ecografía realizada en nuestro centro muestra hígado ascendido con mediastino desplazado a izquierda, dilatación de asas intestinales hasta 22 mm, anatomía cardíaca normal, LHR O/E 17%, arterias pulmonares de buen calibre, se concluye HDC derecha. Se realiza una RM a las 35 semanas que muestra indemnidad del diafragma y posible obstrucción intestinal baja, con ascenso del diafragma especialmente a derecha y consiguiente reducción de campos pulmonares, parénquima pulmonar normal. Paciente inicia trabajo de parto prematuro a las 36 semanas, se efectuó una cesárea por circunferencia abdominal aumentada; se obtuvo un recién nacido masculino de 3248 g peso, apgar 9-10. La radiografía del RN muestra importante dilatación de asas intestinales con indemnidad diafragmática y desplazamiento mediastínico. El RN es operado a las 24 horas, en la laparotomía exploradora se encuentra asa de íleon amputada y conglomerado de asas volvuladas a distal, se resecan los segmentos desvitalizados, y se efectúa una anastomosis termino-terminal.



Discusión: Este caso muestra una patología atípica de diagnóstico diferencial de hernia diafragmática congénita derecha, en que la resonancia magnética cumplió un rol importante al momento del diagnóstico. En pacientes diagnosticadas en tercer trimestre la visualización de diafragma puede ser dificultosa. Pese a la dificultad, es fundamental el adecuado diagnóstico antenatal ya que condiciona la información que se debe entregar a los padres respecto al pronóstico neonatal y planificación de manejo de acuerdo con este, que incluye interrupción del embarazo en centro con ECMO neonatal disponible si se sospecha HDC de mal pronóstico.



LA INDUCCIÓN DE PARTO Y SU RIESGO ASOCIADO DE CESAREA EN EL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN DE VALPARAISO

Merino E, Romero H, De la Torre L. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Valparaiso, Valparaiso, Chile

Introducción: La inducción de parto es una indicación médica ampliamente utilizada para el manejo de la interrupción de los embarazos de alto riesgo obstétrico, la cual ha ido en aumento de forma proporcional con la complejidad y patologías del embarazo. Se asocia a distintos riesgos, dentro de los cuales se encuentra el aumentado riesgo de cesárea. Por lo tanto, se hace fundamental conocer con mayor exactitud cuanto es este riesgo en nuestra población local para analizar los riesgos y beneficios de la inducción en cada paciente.

Métodos: Se comparó el porcentaje de cesáreas entre los grupos de nulíparas y multíparas de término que inician trabajo de parto de forma espontánea versus las nulíparas y multíparas inducidas respectivamente. Para

lo cual se analizó la base de datos de partos del Hospital Carlos Van Buren entre enero y septiembre del año 2018, clasificando cada nacimiento según grupo de Robson. Dentro de los partos vaginales se incluyó a los forceps. Para el análisis estadístico se utilizó el programa STATA versión 12.0 y se aplicó la prueba T de Student para comparación de medias.

Resultados: Se analizaron un total de 1750 nacimientos. De estos, un 60.23% (n=1054) fueron partos vaginales y un 39.77% (n=696) fueron cesáreas. Un 18.11% (n=311) fueron sometidas a inducción. El porcentaje de cesáreas en el grupo de nulíparas que inicia trabajo de parto espontáneo fue de 22.98% (n=77/335) y en el grupo nulíparas inducidas de 46.71% (n=78/167). En el grupo de multíparas que inician trabajo de parto espontáneo fue de 8.37% (n=34/406) y en el grupo multíparas inducidas fue de 16% (n=24/150). La diferencia en el porcentaje de cesáreas entre los grupos de nulíparas espontáneas comparada con inducidas fue de un 49.19% (p<0.01). Por su parte, la diferencia en el porcentaje de cesáreas entre los grupos de multíparas comparadas con inducidas fue de 52.31% (p<0.01).

Conclusiones: La inducción es un factor de riesgo importante para cesárea, ya que duplica la posibilidad de cesárea tanto en el grupo de pacientes nulíparas, como en multíparas. Esta información es de vital importancia del impacto que tiene la inducción en nuestra población estudiada, independiente de la paridad de la



paciente, del motivo y del tipo de inducción. Por lo tanto, debe tenerse en consideración para establecer políticas de contención de la inducción para reducir la tasa de cesárea.



FENESTRACION PERCUTANEA RETROGRADA CON GUIA Y DILATACION CON BALON DE ANGIOPLASTIA PARA LA RESOLUCION DE MEGAVEJIGA POR VALVAS URETRALES POSTERIORES A LAS 16 SEMANAS DE EMBARAZO

Rencoret G, Parra M, Figueroa J, Acosta P, Sepúlveda E, Jimenez J. Hospital Clínico San Borja Arriarán, Universidad de Chile.

Introducción: La uropatía obstructiva baja se presenta en 2,2 de cada 10,000 embarazos y su diagnóstico se sospecha cuando la vejiga mide más de 7 mm. Si esta está entre 7 y 15 mm, el 25% tendrá cariograma anormal y solo el 10 % de los con cariograma normal persistirá con una uropatía obstructiva. Sobre 15 mm, 90% de los fetos portará una uropatía obstructiva cuya etiología puede ser valvas uretrales posteriores o atresia uretral/ hipoplasia uretral o síndromes genéticos raros. En el caso de la uropatía obstructiva se trata de un defecto de mal pronóstico ya sea por asociación con

hipoplasia pulmonar o daño renal crónico. Entre el 2009 y 2019 hemos evaluado 14 megavejigas obstructivas en el HCSBA. Cuatro pacientes optaron por shunt, todos con mal resultado dado el desplazamiento de este fuera de su posición, 10 declinaron la opción terapéutica resultando en 8 con mal resultado y 2 con fistulas perineales sin hipoplasia pulmonar y una paciente opto por vesicocentesis seriadas resultando un feto vivo con IRC. Recientemente se publicó la dilatación percutánea con balón de angioplastia y decidimos reproducirla la técnica.

Método. En un embarazo de 16 semanas con vejiga de 45 mm y anhidramnios, bajo anestesia espinal materna se punciono vía transabdominal la vejiga fetal con aguja de 18 G en dirección hacia la uretra. Posicionando la punta de la aguja lo más cercano a la uretra dilatada se introdujo una guía metálica semirrígida de 1 mm con la punta angulada. Bajo visión ecográfica permanente se introdujo la guía metálica hasta lograr que la punta angulada perfore la valva uretral. Posterior a esto, se retira la guía metálica y se introduce por la misma aguja la guía flexible (punta del catéter 0.014”) de un catéter de dilatación coronaria (diámetro desinflado 1 mm , inflado 2 mm diámetro por 9 mm largo) el que instalado en la uretra se infla con 1 cc de suero fisiológico y se retira por tracción, intentando romper las valvas uretrales.

Resultados: El embarazo se ha seguido por 10 semanas, actualmente con 28 semanas. En la evaluación inmediata al procedimiento,



la vejiga no se observó vacía. En la evaluación 1 semana post procedimiento, la vejiga se observó de 10 x 7 mm y el ILA fue de 12. La última evaluación a las 28 semanas muestra un feto con biometría acorde, ILA de 17, circunferencia torácica en percentil 50 para la edad gestacional, vejiga de aspecto normal, genitales masculinos normales. En la evaluación del sistema renal, los riñones se encuentran en percentil 60 (volumen) para la edad gestacional y hay una dilatación de ambos uréteres (8 mm).

Conclusión: Este es el primer caso descrito de resolución de valvas uretrales posteriores en un feto de 17 semanas con una técnica combinada de fenestración retrograda percutánea más dilatación con balón de angioplastia. Eso abre nuevas posibilidades en el tratamiento de valvas uretrales fetales.



ABLACION PERCUTANEA CON LASER DE LESIONES CONGENITAS DE LA VIA AEREA DEL TIPO MALFORMACION ADENOMATOSA QUISTICA ASOCIADAS A HIDROPS

Rencoret G, Parra M, Figueroa Jorge, Sepúlveda E. Hospital Clínico San Borja Arrián , Universidad de Chile

Las malformaciones congénitas de la vía aérea (MCVA) constituyen defectos raros del pulmón y se presentan en 0,8 por 10,000 embarazos . Este defecto puede presentarse como lesiones macroquísticas o multiquísticas con lesiones de hasta 10 cm (25%), mixtas (25%) o microquísticas con quistes de menos de 5mm que se observa como una masa ecogénica torácica (50%). El tratamiento prenatal involucra el uso de corticoides maternos para disminuir el tamaño de la lesión, escleroterapia percutánea, shunt toracoamniótico en caso de una lesión quística única o el uso de ablación con láser vía percutánea. El pronóstico depende principalmente de su asociación con hidrops

ya en estos casos la mortalidad es del 100%. Se presenta el resultado de 3 fetos con lesión mixta pulmonar asociada a hidrops mediante ablación percutánea con laser diodo.

Método: Se analizó la base de dato ASTRIA en busca de todas las MCVA desde el 2011 a la fecha. Los resultados perinatales se obtuvieron de la base de dato de parto, neonatología o llamado a las pacientes. El tratamiento de las lesiones asociadas a hidrops se realizó bajo anestesia regional materna y fetal (pancuronio/ fentanil / atropina) intramuscular. Bajo visión ecográfica permanente se puncionó con aguja de 18 G vía transabdominal el tórax fetal en el área de la lesión. Se introdujo por esta una fibra laser diodo y se fulguró con una potencia de 35W hasta visualizar ecográficamente la hiperrefringencia resultante de la fulguración. En caso de lesiones mixtas, si existe un quiste, esta se aspiró completamente y luego fulguró con láser.

Resultados: Encontramos 22 lesiones pulmonares del tipo Malformación adenomatosa quística, de éstas 10 (45%) fueron microquísticas, 10 (45%) mixtas y 2 (10) macroquísticas. Cuatro malformaciones se asociaron a hidrops fetal, una macroquística a la cual se le inserto un shunt toracoamniótico y 3 fueron tratadas con ablación laser. De estas pacientes la edad promedio de diagnóstico del hidrops fue 24 semanas (23-25 sem). En dos casos la fulguración se realizó una vez (25 sem) y un caso ésta se realizó en 2 oportunidades (26-28 semanas) por ausencia de reducción de la lesión. En los



casos realizados en una ocasión, se observó a la semana del procedimiento reducción de la lesión y del hidrops. na resultó en una RPO a las 27 semanas con parto pretérmino vivo y la otra un parto a término vivo. El caso con 2 fulguraciones se consideró la terapia fracasada tras 2 fulguraciones dado la progresión del hidrops y crecimiento de la masa pulmonar, resultando en un óbito fetal a las 32 semanas.

Conclusión. La terapia fetal para el tratamiento de las MCVA tiene indicación cuando se asocian a hidrops fetal. La fulguración con láser es una terapia que se asocia a RPO pretérmino ($1/3$) y a una disminución del volumen de lesión y resolución del hidrops en $2/3$ de los casos. Solo en $1/3$ de los casos el tratamiento resultó en un RN sano a término.



DIAGNÓSTICO PRENATAL DE MALFORMACIÓN ANEURISMÁTICA DE LA VENA DE GALENO: REPORTE DE UN CASO

Muñoz A., Jofré M., Vargas P.
CIMAF Hospital Sotero del Río,
Universidad Católica de Chile

Introducción: Las malformaciones aneurismáticas de la vena de Galeno (MAVG) son poco frecuentes (1:25.000 recién nacidos). Es una malformación vascular arteriovenosa del sistema arterial carotideo y vertebrobasilar en el cerebro medio. Presentan un elevado flujo sanguíneo y pueden generar insuficiencia cardíaca. El pronóstico depende de la gravedad y la sintomatología cardiovascular. Alcanza una mortalidad del 90% sin tratamiento y 52% con tratamiento. El diagnóstico prenatal es fundamental para el adecuado estudio post natal, compensación hemodinámica y manejo oportuno por neurocirugía.

Caso clínico: Paciente de 41 años, embarazo gemelar bicorial-biamniótico de 34 + 3 semanas. Con ecografía precoz, ecografía 11-14 y ecografía 22-24 normales. Screening infeccioso: negativo. Ecografía fetal control

en CIMAF HSR: en corte transversal transtá-lamico de gemelo 1, se observa una dilatación intracerebral de 9mm, con flujo turbulento al Doppler Color. Ecografía 3D de polígono de Willis, revela dilatación aneurismática de vena de Galeno. Sin cardiomegalia, sin signos de hidrops fetal. Doppler fetal arteria umbilical normal, ACM vasodilatación cerebral, ductus venoso normal, sin insuficiencia tricúspide. Sin signos de insuficiencia cardíaca.

Cesárea de urgencia por preclampsia severa a las 34 + 3 semanas. Gemelo I, masculino, vivo, Apgar 8-9, peso 2405 gr (p25-50), talla 45 cm (p50-90) y cc 34 cm (p90). Se hospitaliza UTIM Neonatal por diagnóstico prenatal de MAVG. Es evaluado por neurocirugía, se realiza ecografía cerebral: imagen hipoecogénica en línea media de 15x6 mm con flujo positivo, turbulento, compatible con MAV de vena de Galeno. AngioRNM de Cerebro confirma la MAVG. Se descarta presencia de infartos u otras alteraciones. A los 8 días comienza con signos de insuficiencia cardíaca. Radiografía de Tórax con congestión pulmonar, se inicia tratamiento con Furosemida 2 mg/kg/día, con buena respuesta. Alta los 15 días de vida, con control ambulatorio en cardiología y neurocirugía para programar embolización endovascular cuando el paciente alcance un peso mayor a 6 kg.

Discusión: La MAVG tiene una frecuencia de 1% de todas las malformaciones arteriovenosas. La incidencia es difícil de determinar por el subdiagnóstico de la enfermedad. Existen



solo reportes de casos individuales en literatura internacional y un reporte de caso nacional. La mortalidad reportada es elevada, alcanzando hasta un 50% de los casos. El diagnóstico prenatal se puede realizar por ultrasonido en el 29% de los casos durante el tercer trimestre. La RNM fetal ha superado a la ecografía Doppler en cuanto al diagnóstico y caracterización de la anatomía cerebral fetal. El diagnóstico prenatal fue fundamental para el estudio postnatal, estabilización hemodinámica de la ICC y evaluación oportuna por neurocirugía. El tratamiento quirúrgico es la embolización endovascular. Sin embargo, tiene una mortalidad significativa. A pesar del mal pronóstico, la sobrevida incrementa si se realiza a los 6 meses de vida.

Conclusión: El control prenatal es fundamental para disminuir la morbimortalidad materno- fetal. La ecografía obstétrica cumple un rol crucial para identificar malformaciones arteriovenosas, como las MAVG. Permitiendo un adecuado estudio postnatal, manejo interdisciplinario, compensación cardiovascular y programación de la corrección neuroquirúrgica. Es importante familiarizar a los profesionales con esta patología, que es poco frecuente, pero con elevada mortalidad sin tratamiento adecuado y oportuno.



VESÍCULAS EXTRACELULARES COMO PREDICTORES TEMPRANOS DE DIABETES GESTACIONAL

Arias M1, Monteiro L1, Acuña-Gallardo S1, Quezada B2, Correa P2, Yacich J2, Monckeborg M2, Illanes SE1,2

1. Laboratorio de Biología de la Reproducción, Centro de Investigaciones Biomédicas, Facultad de Medicina, UANDES 2. Departamento de Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina, UANDES

Objetivo: Aislar y caracterizar vesículas extracelulares a partir de muestras de sangre extraídas en los tres trimestres del embarazo y evaluar su capacidad para identificar pacientes en riesgo de desarrollar Diabetes Gestacional.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte prospectiva de 50 pacientes, con muestras de plasma en los tres trimestres del embarazo. De esta cohorte, se identificaron todas las pacientes en que se diagnosticó Diabetes Gestacional (n=6) y se seleccionaron tres embarazos por cada caso sin complicaciones como controles (n=19). Se registraron todas las características clínicas de

las pacientes al momento del reclutamiento en el primer trimestre y se recolectaron muestras de plasma en los tres trimestres. Las vesículas extracelulares se aislaron del plasma materno a partir de un kit comercial ExoQuick™. Para caracterizar las vesículas recolectadas se utilizó el método de análisis de seguimiento de nanopartículas, Nanosight.

Resultados: La concentración total de partículas extracelulares (aisladas a partir de plasma mediante ExoQuick) incrementó proporcionalmente con respecto a la edad estacional. La distribución del tamaño de las partículas extracelulares de muestras obtenidas en el primer trimestre de embarazo fue muy similar entre los grupos estudiados (144 ± 37 nm para los controles y 143 ± 34 nm para pacientes con Diabetes Gestacional). La concentración de vesículas extracelulares en el primer trimestre fue significativamente mayor en pacientes que desarrollaron Diabetes Gestacional en comparación con mujeres con un embarazo normoglicémico (5.15×10^8 vs 7.94×10^8 , p-value = 0.0302).

Conclusiones: Nuestros resultados muestran el potencial uso de vesículas extracelulares como biomarcadores para la predicción precoz de pacientes en riesgo de desarrollar Diabetes Gestacional.



HISTORIA NATURAL DE FETOS CON TRANSLUCIDEZ NUCAL > P99 A LAS 11+0 - 13+6 SEMANAS DE GESTACIÓN

Zuazagoitia P, Madariaga A, Valdés E, Silva MC, Pedraza D, Tobar H, Guíñez R, Muñoz H, Sepúlveda-Martínez A, Parrera-Cordero M.

Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago de Chile.

Introducción: la translucidez nucal (TN) es uno de los marcadores con mejor rendimiento en la identificación de fetos con aneuploidías. Su alteración también se asocia a defectos estructurales y mal resultado perinatal. El objetivo del presente estudio es evaluar la historia natural de fetos con TN >3,5mm a las 11+0-13+6 semanas.

Métodos: estudio retrospectivo de pacientes con embarazos únicos y ecografía realizada a las 11+0 - 13+6 semanas en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile entre 2000 y 2016. Se identifican embarazos con una TN >3,5mm con

resultado de estudio cromosómico antenatal o postnatal. Los resultados perinatales se obtienen de la ficha clínica, o por llamado telefónico a las pacientes, en caso de parto en otro centro. Se estratifican los resultados perinatales según intervalos de TN. Se excluyen pacientes con resultado perinatal desconocido y embarazos múltiples.

Resultados: durante el período estudiado, se evalúan 6520 embarazos únicos con resultado perinatal disponible. De éstos, 6312 fueron evaluados con TN. Se observan 98 fetos aneuploides (T21 48%, T13-18 27%, monosomía X 19% y otros 4%). Un total de 132 fetos (2,1%) presentan una TN >p99. La tasa de aneuploidía aumenta de manera consistente según el intervalo de TN, desde 0,7% en fetos con TN <p99, 30,6% con TN 3,5-5mm, 33,3% entre 5-6,5mm hasta 54,2% en fetos con TN ≥6,5mm. En fetos euploides, a mayor intervalo de TN, hay un aumento progresivo de malformaciones mayores y abortos. La tasa de recién nacido sano y vivo disminuye desde un 97,1% en fetos con una TN <p99 hasta un 7,4% con valores de TN ≥6,5mm.

Conclusiones: la determinación de TN a las 11-14 semanas es un marcador potente de aneuploidías y de mal resultado perinatal en fetos cromosómicamente normales.



EVALUACIÓN DE RESULTADOS PERINATALES SEGÚN INDICACIÓN DE CERCLAJE EN EMBARAZOS ÚNICOS EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE LA UNIVERSIDAD DE CHILE

Gálvez C, Zuazagoitia P, Guíñez R, Juárez G, Sepúlveda-Martínez A, Parra-Cordero M, Tobar H.
Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile

Introducción: El uso de cerclaje ha demostrado utilidad en disminuir la tasa de partos prematuros en pacientes de riesgo. La evidencia actual ha validado su uso en tres indicaciones: por historia, por ecografía y por examen físico. El objetivo del estudio es comparar los resultados perinatales según la indicación de cerclaje.

Métodos: Se recopilaron todos los cerclajes realizados entre los años 2015-2019 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile, extrayendo datos de la ficha clínica electrónica. De un total de 42 cerclajes, se excluyeron 9 por no tener

resultados obstétricos y perinatales y 5 por corresponder a embarazos múltiples. Se comparan las variables demográficas y perinatales con test de Kruskal-Wallis y Mann-Whitney para variables continuas y t-student y Fisher exacto para variables categóricas. Se realiza una regresión logística univariada para determinar los factores de riesgo más significativos de parto < 28 y < 34 semanas.

Resultados: De un total de 28 cerclajes evaluados, 5 se realizaron por historia, 17 por ecografía y 6 por examen físico. Las pacientes con cerclaje por examen físico eran más obesas ($p=0,03$), con mayor proporción de nulíparas ($p=0,04$) y con cervicometría al segundo trimestre menor que los otros grupos (3 (1 - 6) mm vs 35 (26,5 - 37,5) mm y 20 (12 - 25) mm para cerclaje por examen físico, por historia y por ecografía, respectivamente ($p=0,006$)). La edad gestacional al momento del cerclaje y al parto presentó una mediana de 14,4 (14,1-14,6) y 37,6 (35,1-37,7) semanas en cerclaje por historia; 22,7 (18,0-24,0) y 37,4 (33,6-38,6) semanas en cerclaje por ecografía; 21,0 (18,6-22,1) y 21,6 (19,0-26,6) semanas en cerclaje por examen físico, respectivamente ($p=0,007$). No hubo diferencias significativas en la edad gestacional al cerclaje entre el grupo por ecografía y por examen físico. El período de intervalo entre cerclaje y parto fue de 160 (147-161) días en el indicado por historia, 104 (77-115) días en el indicado por ultrasonido y 15 (3-31) días en la indicación de examen físico, $p=0,0006$. Para parto menor a



28 semanas, los principales factores de riesgo fueron el cerclaje por examen físico (OR=105 [5,56 - 1982,97], LHR(+)=18, $p < 0,002$), IMC > 30 (OR=8,8 [0,86 - 88,69], $p = 0,07$) y la distancia cerclaje-OCI < 10 mm (OR=3,8 [0,54 - 26,19], $p = 0,2$). Para parto menor a 34 semanas, los mejores predictores fueron la cervicometría < 15 mm en el segundo trimestre (OR=14 [1,84-106,5], $p < 0,01$) y el cerclaje realizado por examen físico (OR=13,3 [1,28-138,8], $p < 0,03$).

Conclusión: El cerclaje por examen físico se asocia a mayores complicaciones perinatales y a un riesgo elevado de parto < 28 y 34 semanas de gestación. Las pacientes con cerclaje por historia y por ecografía tienen un comportamiento similar en edad gestacional al parto, APGAR bajo y tasas de cesárea.



CONCENTRACIÓN DE FOSFATASA ALCALINA PLACENTARIA (PLAP) EN FLUIDO GINGIVO CREVICULAR (FGC) PRECOZMENTE EN EMBARAZO PUEDE PREDECIR PREECLAMPSIA (PE)

Chaparro A1, Realini O1, Saavedra F1, Param F1, Ramírez V1, Kusanovic JP³, Albers D4, Lambert A2, Monckeberg M2, Illanes SE2

1. Unidad Periodontología, Facultad de Odontología UANDES
2. Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Medicina UANDES
3. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
4. Departamento de Estadística, Facultad de Odontología, Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Introducción: Se evaluó la capacidad de predicción de las concentraciones de PLAP en FGC a las 11-14 semanas de gestación y el desarrollo PE. Además, se evaluó la relación entre

la inflamación periodontal y desarrollo de PE.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo. Se reclutaron mujeres embarazadas asintomáticas a las 11-14 semanas de gestación. Se recogieron muestras de FGC y se obtuvo historia materna / obstétrica y periodontal completa. Se realizaron ELISAs para medir concentraciones de PLAP en FGC. Utilizamos modelos de regresión logística múltiple para evaluar la asociación entre la concentración de FGC-PLAP y las variables maternas. La precisión diagnóstica de PLAP se estableció mediante regresión logística múltiple y análisis de curva ROC.

Resultados: Se reclutaron 409 paciente. De éstas, 15 mujeres (4.71%) desarrolló PE. Las concentraciones de FGC-PLAP fueron significativamente mayores ($p=0.0150$) en mujeres que posteriormente desarrollaron PE que en aquellas que tuvieron embarazos normotensos. La media fue de 42.43 (IQR 52.07) pg / ml y 84.02 (IQR: 39.2) pg / ml en los grupos control y PE, respectivamente. El análisis de regresión logística múltiple identificó una asociación entre la presión arterial sistólica del primer trimestre (OR: 1,06, valor $p = 0,004$, IC 95% 1,02 - 1.11) y FGC-PLAP (OR: 1,008, valor $p = 0,034$, IC 95% 1.00 - 1.01). El área bajo la ROC fue de 0,78 para todas las PE y 0.94 para las pretérmino (Parto antes de las 37 semanas).



Conclusiones: Los datos obtenidos en este estudio establecen que la medición de las concentraciones de PLAP en FGC durante el primer trimestre del embarazo pueden ser de utilidad para identificar a las mujeres en riesgo de desarrollar PE.



CARACTERIZACIÓN DE EMBARAZOS GEMELARES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE ENTRE LOS AÑOS 2010 Y 2018

Figueroa, M. 1; Flores, X.2

1 Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. 2 Médico staff de Obstetricia y Ginecología, Jefa de la Unidad de Medicina Perinatal, Hospital Las Higueras, Talcahuano

Introducción: El embarazo gemelar es considerado de alto riesgo, ya que se asocia a tasas más altas de la mayoría de las potenciales complicaciones del embarazo. Está asociado a mayor tasa de restricción del crecimiento fetal y de anomalías congénitas. El riesgo más grave es el de parto prematuro. A su vez es importante determinar la corioamnionicidad puesto que embarazos monocoriónicos presentan complicaciones exclusivas. Gemelos bicoriales son más comunes que gemelos monocoriales, con distribución de un 70% y 30% respectivamente a nivel mundial. La ecografía del primer trimestre tiene una sensibilidad de 98% para determinar corioamnionicidad.

Objetivo: Describir la características clínicas de las pacientes que cursaron embarazo múltiple y que fueron atendidas en el Hospital las Higueras de Talcahuano (HHT) entre el año 2010 y 2018 y comparar sus características epidemiológicas con la literatura actual.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, retrospectivo. Se analizó base de datos del policlínico de la Unidad de Medicina Perinatal (UMP) del HHT y se determinaron las pacientes que cursaron embarazos gemelares entre febrero del año 2010 y mayo del año 2018. Se trabajó con toda la población a excepción de aquellas pacientes que contenían datos insuficientes. Se analizaron los datos con Microsoft Excel.

Resultados: De un total de 298 pacientes que contenían datos completos, se obtuvo edad materna promedio al momento del parto de $28 \pm 6,3$ años. Edad gestacional (EG) al ingreso al policlínico de UMP de $18,3 \pm 6,4$ semanas donde se realizaron un promedio de $5,6 \pm 3,3$ ecografías por cada paciente. Con respecto a la corioamnionicidad se observó que el 67% (n=199) correspondió a embarazo bicorial biamniótico (BC-BA), el 30% (n=89) a embarazo monocorial biamniótico (MC-BA), un 1% (n=2) a monocorial monoamniótico (MC-MA), un 1% (n=4) a embarazo triple y un 1% (n=4) de corioamnionicidad desconocida. Con respecto a la EG al momento parto se observó un promedio de $35,3 \pm 3,5$ semanas. Un



36% (n=108) se produjo sobre las 37 semanas, un 51% (n=152) entre las 32-37 semanas y un 13% (n=38) en menores de 32 semanas. Respecto a la vía del parto un 60% (n=178) se produjo vía cesárea de urgencia, un 24% (n=73) por cesárea electiva, un 14% (n=42) vía vaginal y un 2% (n=5) por vía mixta (vaginal-cesárea). Respecto al lugar del parto un 88% (n=261) fue en el HHT.

Conclusiones: Se observa una distribución entre gestación monocorial y bicorial similar a la población general a nivel mundial de acuerdo a la literatura actual. La mayoría de los partos se produjo entre las 32-37 semanas lo cual concuerda con la mayor tasa de prematuros en los embarazos gemelares y además el 99% de la población estudiada se diagnosticó de forma precoz su corioamnionicidad.



DIAGNOSTICO PRENATAL DE SINDROME DE CIMITARRA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Garlaschi V, Vargas P, Luna D, Kusanovic P, Córdova V, Martinovic C, Valdés R, Rosas A, Prieto J, Silva P.

Resumen: El Síndrome de la Cimitarra es una enfermedad congénita de origen aún desconocido, que consiste en una combinación de anomalías cardiopulmonares que incluyen un retorno venoso pulmonar anómalo parcial (DAVPP) del pulmón derecho, principalmente a la vena cava inferior, provocando un cortocircuito de izquierda a derecha, asociado a arteria pulmonar derecha, pulmón derecho hipoplásicos y en la mayoría de los casos a dextrocardia (1). Constituye el 0.5-1% de las cardiopatías congénitas y el 3-5% de los casos de retorno anómalo de venas pulmonares. Presentamos el caso de un recién nacido con sospecha de síndrome de cimitarra en diagnóstico prenatal.

Caso clínico: Pareja sana, sin antecedentes mórbidos personales ni familiares de relevancia, cursando su primer embarazo, donde en el tercer trimestre se pesquisa dextrocardia fetal con situs normal, y una observación de drenaje venoso pulmonar anómalo parcial,

posible síndrome de Cimitarra (SC), asociado a marcadores blandos de aneuploidías como arteria umbilical única y otros hallazgos como colecistomegalia y microcolon. Se realiza estudio de cariograma fetal se describe 46XY, con translocación 5,18, que se repite en período postnatal resultando normal.

Conclusiones: El diagnóstico prenatal del Síndrome de Cimitarra es de vital importancia para efectuar un manejo multidisciplinario del mismo, con el objetivo de facilitar una monitorización fetal estrecha durante el embarazo que incluya tanto control ecográfico y ecocardiográfico y estudios complementarios, y de esta manera, disponer de las medidas neonatales de soporte necesarias y de tratamiento y efectuar así, el mejor enfrentamiento evitando las complicaciones en el período postnatal inmediato del recién nacido, disminuyendo la morbimortalidad asociada al Síndrome.

Palabras claves: Scimitarra Syndrome, prenatal diagnosis, ultrasonography



SINDROME DE EVANS Y EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Duguet S1, Ormeño O 1, Vásquez M 1, Ortega V 1, Muñoz F 2, De Martini F 3.

1. Interno de Medicina Universidad Católica del Maule. 2. Médico cirujano, Becada Ginecología y obstetricia, Universidad Católica del Maule. 3. Médico Ginecólogo Alto Riesgo Obstétrico, Servicio de Ginecología Hospital Regional de Talca, Talca.

Introducción: El síndrome de Evans (SE) es una entidad de difícil tratamiento y alta mortalidad, que se caracteriza por el desarrollo simultáneo de Púrpura Trombocitopénica Inmune (PTI) y anemia hemolítica (AH) autoinmune. El SE asociado a Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es raro y a menudo precede a su diagnóstico. La incidencia del SE no ha sido descrita en embarazadas, y en la población general no se conoce bien, pero se estima que afecta entre 1.8-10% de los pacientes con PTI.

Caso clínico: Mujer de 30 años sin antecedentes mórbidos, multípara de 2, con embarazo gemelar bicorial biamniótico, quien en exámenes de ingreso a control prenatal (9 semanas) presenta trombocitopenia severa

aislada, por lo que es derivada a alto riesgo obstétrico (ARO), donde fue evaluada y manejada de forma interdisciplinaria por servicios de Ginecología, Hematología y Reumatología. La paciente desarrolló AH por lo que se planteó SE como diagnóstico, presentando luego criterios de LES. Inicialmente se trató con corticoides e inmunosupresión (azatriopina), sin respuesta clínica, por lo que se decide añadir un anticuerpo monoclonal (rituximab), sin embargo, permaneció refractaria a tratamiento, iniciando un agonista de receptores de trombopoyetina (eltrombopag), respondiendo parcialmente. Durante la gestación presentó epistaxis, otorragia, gingivorragia, petequias y equimosis, asociados a recuentos plaquetarios (RP) bajos, llegando a ser reportadas menos de 1000 plaquetas, momentos en los que se indicó transfusión plaquetaria e inmunoglobulina G. Se realizó cesárea por rotura prematura de membranas a las 30 semanas de gestación. Postparto continuó tratamiento inmunosupresor, pero frente a fracaso se realiza esplenectomía durante puerperio tardío. Evolucionó con RP en ascenso, se decide alta y control ambulatorio. Presentó disminución de RP aproximadamente un mes posterior a esplenectomía, que mejoró con prednisona y azatriopina. Actualmente con recuento plaquetario normal, recibiendo tratamiento de mantención.

Discusión: La terapia de primera línea de PTI y SE son corticosteroides y/o inmunoglobulina, a la que la mayoría de los pacientes



sin embarazo responde, sin embargo, no existen protocolos de tratamiento para embarazadas con SE. La segunda línea incluye inmunosupresores, rituximab, agonistas del receptor de trombopoyetina y esplenectomía. Si bien la esplenectomía a menudo produce una mejoría inmediata o incluso normalización del RP, es con frecuencia transitoria y la recaída, en este y la mayoría de los casos, ocurre 1 a 2 meses después de la esplenectomía.

Conclusión: El SE se caracteriza por tener un curso crónico y ser resistente al tratamiento estándar para PTI, lo que dificulta el manejo terapéutico, aún más si se presenta en pacientes gestantes, por lo que consideramos necesario establecer lineamientos para enfrentar a la paciente embarazada con esta patología.



PRIMER CASO DE RECAMBIO DE HEMATÍES EN GESTANTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES EN HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Muñoz F1; De Martini F1,2;
Milanés M3; Del Rio M2.

1. Universidad Católica del Maule, Talca. 2. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Regional de Talca 3. Servicio de Hematología, Hospital Regional de Talca.

Introducción: La anemia de células falciformes (ACF) es una enfermedad autosómica recesiva causada por una mutación puntual de la hemoglobina (Hb). La clínica principalmente son las crisis vaso-oclusivas, estas aumentan el riesgo de complicaciones materno-fetales. En el tratamiento se usa la hidroxiurea, contraindicada en el embarazo. Otras alternativas incluyen la transfusión de glóbulos rojos (GR) y el Recambio de Hematíes (RH). Caso Clínico: Paciente de 33 años, múltipara de 1, con diagnóstico de ACF, en tratamiento previo a la concepción con hidroxiurea, ácido fólico y sulfato ferroso. Al

inicio del embarazo (7 semanas) hematología, suspende hidroxiurea (categoría D FDA) y sulfato ferroso por sobrecarga de hierro (ferritina 1551 ng/mL). En ese momento presentaba, Hb de 7.4gr/dL y hematocrito (Hto) 21.2%, se transfunde con GR. En control a las 24 semanas presenta: Hb 7.5 gr/dL, Hct 20.7%, ferritina 853.5 ng/mL, con Hb S 99,2% y Hb A 0%. En vista de anemia severa con sobrecarga de fierro y estar contraindicados los quelantes de hierro en el embarazo, se decide realizar RH automatizado; procedimiento que se repitió a las 33 semanas. El embarazo transcurre sin complicaciones. La paciente es hospitalizada a las 36 semanas por cuadro de dolor abdominal, se pesquisa líquido amniótico disminuido, decidiendo inducción de trabajo de parto a las 37 semanas, previo RH. La inducción se realizó garantizando hidratación materna, monitorización de la saturación de oxígeno y manejo del dolor, sin embargo, por condiciones cervicales se consideró fracasada, obteniendo por cesárea recién nacido de 3250 gr, Apgar 8-8. Cursó puerperio sin complicaciones, es dada de alta con heparina de bajo peso molecular (HBPM) por 6 semanas.

Discusión: La ACF se produce por un cambio del ácido glutámico por valina en el cromosoma 11, que altera la cadena beta de la Hb, resultando la Hb S, esta se polimeriza en ausencia de oxígeno, produciendo deshidratación del GR, que adopta forma de hoz, causando oclusión de la microcirculación y hemólisis, provocando isquemia e infartos tisulares. La



clínica corresponde a crisis dolorosas, síndrome torácico agudo y accidente cerebrovascular, estas son gatilladas por deshidratación, hipoxia, hipotermia. En el embarazo estas crisis aumentan en frecuencia e intensidad. Las principales complicaciones materno-fetales son preeclampsia, restricción del crecimiento intrauterino, parto prematuro, aborto espontáneo, aumento del riesgo de infecciones y episodios tromboembólicos. El manejo actual de ACF se realiza con hidroxiurea (contraindicado en el embarazo) y transfusión simple de GR, pero en embarazadas con anemia severa y ferritina muy elevada una opción de tratamiento es el RH. A la paciente se le evaluaron periódicamente los niveles de hierro y hemoglobina S. En presencia de anemia moderada o severa, ferritina elevada y Hb S elevada, se programó de manera preventiva el RH, para alcanzar una meta de Hb 9 g/dL y Hb S menor al 15%.

Conclusión: Debido a la migración, la ACF será cada vez más frecuente en Chile, por lo que es importante conocer su manejo. Las embarazadas con ACF tienen pocas alternativas de tratamiento. En los casos de anemia severa y ferritina elevada el RH automatizado es una buena opción terapéutica, esta se llevó a cabo por primera vez en la región del Maule en esta paciente, con un control estricto multidisciplinario durante el embarazo, el parto y el puerperio para prevenir complicaciones materno-fetales.



INCIDENCIA DE MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS EN UN CENTRO DE ATENCIÓN TERCIARIA DE SALUD EN EL PERÍODO 2009-2018

Fernández N (1), Gutiérrez P (1), Urbano N (2)

(1) Programa de Especialidad en Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile. (2) Unidad de Medicina Materno-Fetal, División de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: Las malformaciones pulmonares congénitas (MPC) corresponden a alteraciones en la embriogénesis del pulmón y vías respiratorias. La incidencia es de aproximadamente 1/10.000 nacido vivos. Su presentación clínica y gravedad dependen del grado de afectación pulmonar, lo que estaría determinado por el nivel del árbol traqueobronquial que se vea afectado y la edad gestacional (EG) en la que ocurra el insulto embriológico. Actualmente se consideran dentro de esta entidad: las malformaciones congénitas pulmonares de la vía

aérea (MCPVA), secuestro pulmonar (SP), quiste broncogénico (QB), enfisema lobar congénito (ELC) y atresia bronquial (AB). No se cuenta actualmente con datos epidemiológicos locales.

Métodos: Se revisaron las bases de datos ecográficas de pacientes con diagnóstico de MPC que fueron evaluadas en el Hospital Clínico UC en el período 2009-2018. Se analizaron características clínico-ecográficas y resultados perinatales.

Resultados: Se identificaron un total de 18 pacientes. La mayoría de los recién nacidos fueron hombres (72%). La incidencia de MCPVA fue de un 66,7% (12/18), SP un 22,2% (4/18) y QB un 11,1% (2/18). La mediana de la edad materna fue de 31 años (18-41) y de la EG al diagnóstico fue de 22 semanas (18-27). En un 33,3% (6/18) hubo malformaciones asociadas. 3 pacientes evolucionaron con hidrops fetal y 2 con polihidramnios. La mediana de EG al nacer fue de 37 semanas, la mayoría por parto vaginal (75%) con un peso promedio de 3.073 gramos. La sobrevida global fue de un 88,9% (16/18).

Conclusiones: Las MPC son alteraciones del desarrollo pulmonar poco frecuentes. La mayoría corresponden a MCPVA. Nuestra incidencia concuerda con lo reportado en la literatura internacional. Son patologías que tienen tratamiento por lo que es importante el diagnóstico antenatal oportuno.



ESTUDIO DEL LÍQUIDO AMNIÓTICO EN LA PREDICCIÓN DE PARTO INMINENTE EN PACIENTES CON AMENAZA DE PARTO PREMATURO

Alarcón C, Vera H, Guíñez R, Tobar H, Juárez G, Valdés E, Parral-Cordero M, Sepúlveda-Martínez A. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Introducción: El estudio del líquido amniótico es parte fundamental del manejo de pacientes con amenaza de parto prematuro (APP). El análisis citológico y físico-químico ha permitido identificar pacientes con riesgo de infección intra-amniótica. El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad de parámetros clínicos, y de líquido amniótico (LA) en pacientes con amenaza de parto prematuro (APP) para la predicción de parto < 24 y 48 horas.

Método: análisis retrospectivo de pacientes ingresadas al Hospital Clínico Universidad de Chile, por APP y/o RPM, entre los años 2014 y 2018. Las variables incluidas fueron: edad, paridad, edad gestacional (EG) al ingreso, temperatura, PCR y leucocitos maternos al ingreso, LDH, glucosa y leucocitos en LA, y resultados perinatales. Los parámetros de LA se dicotomizan según criterios clásicos (glucosa < 14mg/dl, LDH > 600 mg/dl y leucocitos 50 x mm³). Por medio de una regresión logística univariada se evalúan los parámetros clínicos y de laboratorio para la predicción de parto < 24 y 48 horas. Posteriormente, por medio de una regresión multivariada, se determinan los mejores predictores de parto inminente.

Resultados: de 208 pacientes ingresadas, se obtiene el resultado perinatal de 167 (80,3%). La EG al ingreso fue 32,0 (29,3 – 33,6) semanas. Los parámetros con asociación significativa a parto < 24 y < 48 horas fueron la EG al ingreso > 28 semanas (OR=3,0 [1,1 – 8,4]; 2,7 [1,1 – 6,4]) y glucosa en LA < 14 (OR= 5,9 [2,2 – 15,6]; 11,1 [3,1 – 39,2]). LDH >600 y leucocitos 50 en LA no se asociaron con el momento del parto. El uso de glucosa <12, LDH >1000 y leucocitos >100 se asoció a mejor predicción de parto < 24 horas (OR= 6,3 [1,9 – 21,1]; 3,4 [1,6 – 7,2]; 5,6 [1,4 – 22,6] para glucosa, LDH y leucocitos, respectivamente). El análisis multivariado excluyó los leucocitos en LA para predicción de parto <24 horas.



Conclusión: el uso de marcadores de LA es de utilidad en la predicción de parto inminente. Sin embargo, nuevos valores de corte son necesarios para mejorar la predicción de parto <24 horas.



DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA COMO PREDICTOR DE PERCENTIL DE PESO AL NACER

Socias P,¹ Cortés N,² de los Santos D,² Cruz A,² Sandoval M,¹ Flores O,¹ Valdés E,¹ Silva MC,¹ Parra-Cordero M,¹ Sepúlveda-Martínez A.¹

¹ Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ² Internos de Medicina Universidad de Chile.

Objetivo: El índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (IP-UtA) ha sido demostrado como un marcador de mal resultado perinatal en pacientes con preeclampsia (PE), siendo más elevado en aquellas con asociación de restricción de crecimiento fetal. El objetivo del presente estudio es evaluar el rol del IP-UtA al diagnóstico de PE como predictor del percentil de peso al nacer.

Metodología: Se evalúan pacientes ingresadas a la UMMF del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, para diagnóstico de PE entre enero de 2004 y septiembre de 2019. Se

excluyen pacientes con embarazo múltiple, sin evaluación de IP-UtA previo o inmediatamente posterior al diagnóstico de PE, presencia de malformaciones al nacer y con PE puerperal. Al ingreso son evaluadas con biometría fetal y medición de IP-UtA, los cuales son expresados como z-score según edad gestacional. La correlación entre z-score de IP-UtA y z-score de peso al nacer se evalúa con regresión lineal univariada y con coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, una regresión lineal multivariada incluyendo parámetros ecográficos y antecedentes maternos es realizada para obtener el mejor modelo predictor de percentil de peso al parto.

Resultados: De 187 pacientes con PE evaluadas en la Unidad de Medicina fetal, 141 pacientes fueron evaluadas con IP-UtA al diagnóstico de PE y tuvieron su parto en nuestra institución. El intervalo eco-parto fue de 2 (0 - 10) días. El z-score de IP-UtA presentó una correlación inversamente proporcional con el z-score de peso al nacer ($r = -0,40$; $p < 0,0001$) y con la edad gestacional al parto ($r = -0,40$; $p < 0,0001$). La mejor predicción del z-score de peso al nacer es obtenida por la combinación del z-score de IP-UtA, antecedente de diabetes pregestacional, sexo fetal y z-score de peso estimado fetal en ecografía al diagnóstico de PE ($y = -0,490485 - [0,0985788 * z\text{-score IP-UtA}] + [0,7299375 * z\text{-score EPF}] + [0,8042109 \text{ si DM2}(+)] + [0,359754 \text{ si sexo fetal femenino}]$; Pearson $r = 0,90$; $p < 0,0001$).



Conclusión: En pacientes con diagnóstico de PE, el IP-UtA en combinación con el antecedente de diabetes mellitus, la biometría y sexo fetal logran predecir de manera óptima el percentil de peso al nacer.



RENDIMIENTO DEL PICO SISTÓLICO DE ARTERIA CEREBRAL MEDIA SEGÚN EL NÚMERO DE TRANSFUSIÓN EN LA PREDICCIÓN DE ANEMIA MODERADA Y SEVERA EN EMBARAZOS CON ISOINMUNIZACIÓN RH

Aravena L, Sepúlveda-Martínez A, Herrera L, Silva MC, Valdés E, Rencoret G, Tobar H, Guíñez R, Figueroa J, Muñoz H, Parra-Cordero M. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Santiago de Chile. Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago de Chile.

Introducción: la evaluación del pico sistólico de arteria cerebral media (PS-ACM) en fetos con anemia moderada-severa ha sido de gran impacto en el manejo de la isoinmunización RH. El objetivo del presente estudio es evaluar la utilidad del PS-ACM en la predicción de anemia fetal previo a una transfusión intrauterina

(TIU), y su rendimiento según el número de transfusión.

Método: serie de casos de pacientes controladas por isoinmunización Rh en la Unidad de Medicina Materno-Fetal de los Hospitales Clínico de la Universidad de Chile y San Borja Arriarán, entre los años 2004 y 2017. Pacientes con anticuerpos anti-Rh $>1/64$ fueron evaluadas con PS-ACM, expresado en múltiplos de la mediana (MoM) según normograma publicado. En pacientes con un valor >1.50 MoM se realiza cordocentesis para determinación de hemoglobina fetal y posterior TIU. La correlación entre el MoM de PS-ACM y MoM de hemoglobina fetal se realiza con coeficiente de correlación de Spearman. La predicción de anemia es evaluada con una regresión lineal. La sensibilidad de MoM PS-ACM se determina con una curva ROC previo a la primera, segunda / tercera y cuarta o más TIU.

Resultados: de 23 pacientes con isoinmunización Rh, se realizó un total de 74 TIU. La edad gestacional a la primera TIU fue de $27,8 \pm 4,4$ semanas, con un MoM PS-ACM de $1,70 \pm 0,17$. La correlación del MoM PS-ACM y MoM Hb fetal previo a la 1º, 2º-3º y 4º y más TIU fue de $-0,71$ ($p < 0,001$), $-0,47$ ($p = 0,058$) y $-0,32$ ($p = 0,34$), respectivamente. Previo a la primera TIU, el PS-ACM presenta una sensibilidad de 94,1% (falsos (+) = 16,7%; ABC = $0,95 [0,87 - 1,00]$). La mejor predicción de MoM Hb fetal previo a la primera TIU es dada por el modelo: $y = 1,883708 - (0,7640531 * \text{MoM PS-ACM})$;



Spearman $r = 0,71$ ($p=0.0002$).

Conclusión: el uso del PS-ACM es una herramienta útil en la predicción de anemia fetal que requiere TIU. Sin embargo, su utilidad disminuye de manera progresiva desde la segunda TIU.



DOPPLER DE ARTERIAS UTERINAS AL DIAGNÓSTICO DE PREECLAMPSIA COMO PREDICTOR DE PERCENTIL DE PESO AL NACER

Socias P,¹ Cortés N,² de los Santos D,² Cruz A,² Sandoval M,¹ Flores O,¹ Valdés E,¹ Silva MC,¹ Parra-Cordero M,¹ Sepúlveda-Martínez A.¹

¹ Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ² Internos de Medicina Universidad de Chile.

Objetivo: El índice de pulsatilidad de las arterias uterinas (IP-UtA) ha sido demostrado como un marcador de mal resultado perinatal en pacientes con preeclampsia (PE), siendo más elevado en aquellas con asociación de restricción de crecimiento fetal. El objetivo del presente estudio es evaluar el rol del IP-UtA al diagnóstico de PE como predictor del percentil de peso al nacer.

Metodología: Se evalúan pacientes ingresadas a la UMMF del Hospital Clínico de la Universidad de Chile, para diagnóstico de PE entre enero de 2004 y septiembre de 2019. Se

excluyen pacientes con embarazo múltiple, sin evaluación de IP-UtA previo o inmediatamente posterior al diagnóstico de PE, presencia de malformaciones al nacer y con PE puerperal. Al ingreso son evaluadas con biometría fetal y medición de IP-UtA, los cuales son expresados como z-score según edad gestacional. La correlación entre z-score de IP-UtA y z-score de peso al nacer se evalúa con regresión lineal univariada y con coeficiente de correlación de Spearman. Posteriormente, una regresión lineal multivariada incluyendo parámetros ecográficos y antecedentes maternos es realizada para obtener el mejor modelo predictor de percentil de peso al parto.

Resultados: De 187 pacientes con PE evaluadas en la Unidad de Medicina fetal, 141 pacientes fueron evaluadas con IP-UtA al diagnóstico de PE y tuvieron su parto en nuestra institución. El intervalo eco-parto fue de 2 (0 - 10) días. El z-score de IP-UtA presentó una correlación inversamente proporcional con el z-score de peso al nacer ($r = -0,40$; $p < 0,0001$) y con la edad gestacional al parto ($r = -0,40$; $p < 0,0001$). La mejor predicción del z-score de peso al nacer es obtenida por la combinación del z-score de IP-UtA, antecedente de diabetes pregestacional, sexo fetal y z-score de peso estimado fetal en ecografía al diagnóstico de PE ($y = -0,490485 - [0,0985788 * z\text{-score IP-UtA}] + [0,7299375 * z\text{-score EPF}] + [0,8042109 \text{ si DM2}(+)] + [0,359754 \text{ si sexo fetal femenino}]$; Pearson $r = 0,90$; $p < 0,0001$).



Conclusión: En pacientes con diagnóstico de PE, el IP-UtA en combinación con el antecedente de diabetes mellitus, la biometría y sexo fetal logran predecir de manera óptima el percentil de peso al nacer.



RANGO DE REFERENCIA DEL HUESO NASAL Y SU ROL EN EL CRIBADO DE ANEUPLOIDÍAS A LAS 11+0 - 13+6 SEMANAS EN POBLACIÓN CHILENA

Peña y Lillo C,¹ Vergara P,¹ Riquelme N, Guíñez R,¹ Muñoz H,¹ Rencoret G,² Sepúlveda-Martínez A,¹ Parra-Cordero M.^{1,2}

¹ Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Clínico Universidad de Chile. ² Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: El cribado de aneuploidías de primer trimestre considera la combinación de edad materna y marcadores fetales como la translucidez nucal, la presencia o ausencia de hueso nasal (HN), el índice de pulsatilidad del ductus venoso y la presencia o ausencia de regurgitación tricúspidea. Sin embargo, en los modelos actuales no se ha considerado el HN como una variable continua. El objetivo del presente estudio es determinar rangos de referencia de la longitud del HN

(LHN) en el primer trimestre de embarazo y su rol en el cribado de aneuploidías.

Métodos: para determinar los rangos de referencia de LHN, se evalúa a las 11+0 to 13+6 semanas el perfil fetal de 4.860 embarazos únicos euploides o fenotípicamente normales al parto, entre los años 2005 y 2017. Los valores fueron transformados en logaritmo neperiano para lograr una distribución normal, y ajustados mediante una regresión lineal. Para determinar el rol de la LHN en el cribado de aneuploidías, otra cohorte de 6.004 gestantes fue evaluada con el mismo protocolo a las 11+0 a 13+6 semanas. La tasa de detección y falsos positivos, y razón de verosimilitud positiva (LHR+) para HN hipoplásico (< percentil 2,5) y para HN ausente fueron estimadas.

Resultados: se observa una correlación lineal positiva entre LHN y la edad gestacional ($r=0,45$; $p<0,001$). Normogramas con percentiles 2,5, 5, 50 y 95 fueron creados. LHN incrementa desde 1,3mm a las 11+0 semanas, hasta 2,1mm a las 13+6 semanas. Se observan 36 aneuploidías (13 T21, 12 T13/18 y 6 XO). Hipoplasia de HN se observa en 1,1% de los fetos euploides y 27,7% de los aneuploides, con un LHR+ de 25. De los fetos con hipoplasia de HN, 9 de 10 tenían HN ausente. Por lo tanto, la sensibilidad, falsos (+) y LHR+ para HN ausente fue 25%, 0,6% y 41,7, respectivamente.

Conclusión: LHN varía en diferentes etnias. Por lo tanto, los rangos de referencia son



importantes para el cribado de aneuploidías en diferentes poblaciones. El HN ausente tuvo un mejor desempeño que el HN hipoplásico en el cribado de aneuploidías de primer trimestre.



RESULTADOS PERINATALES DE PACIENTES CON FERTILIZACIÓN IN-VITRO EVALUADAS EN ECOGRAFÍA DE CRIBADO A LAS 11+0 - 13+6 SEMANAS

Martínez D,¹ Sepúlveda-Martínez A,¹ Muñoz H,^{1,2} Valdés E,¹ Juárez G,¹ Guíñez R,¹ Parra-Cordero M.^{1,2}

¹ Unidad de Medicina Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología Hospital Clínico Universidad de Chile. ² Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Las Condes.

Introducción: los embarazos por técnicas de reproducción asistida (TRA), principalmente fertilización in-vitro (FIV) se asocian a un riesgo elevado de complicaciones maternas y perinatales secundarias a insuficiencia placentaria. Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es comparar los resultados maternos y perinatales de embarazos únicos por FIV y espontáneos evaluados a las 11+0 - 13+6 semanas de gestación.

Métodos: estudio de caso control como parte de la ecografía de cribado a las 11+0 - 13+6 semanas. En caso de FIV, la técnica usada fue identificada. La edad gestacional fue ajustada por LCN, y el Doppler de arterias uterinas (AUt) fue obtenido para la predicción de patologías por insuficiencia placentaria. Los resultados perinatales fueron obtenidos por revisión de la ficha clínica o por contacto telefónico con las pacientes. Los odds ratios (OR) se obtienen por análisis de regresión logística univariada y ajustadas por edad materna y paridad. Se realiza un sub-análisis considerando estimulación ovárica/inseminación intrauterina (EO/IIU) o FIV/ICSI.

Resultados: durante el período estudiado, 6.611 embarazos únicos con resultado perinatal conocido fueron evaluados. De éstos, 104 pacientes (1,6%) fueron concebidos por TRA (41 EO/IIU y 63 FIV/ICSI). Como se esperaba, las pacientes con TRA fueron mayores (34,2 vs 29,6 años, $p < 0,001$) y con tasas mayores de nuliparidad (72% vs 53%, $p < 0,001$) comparados con embarazos espontáneos. No hubo diferencias en IMC, tabaquismo o hipertensión crónica. Pacientes con TRA demostraron un riesgo dos veces mayor de parto prematuro (PP) < 37 y 34 semanas, respectivamente (1,90 [1,10 - 3,30] y 2,51 [0,99 - 6,38], respectivamente). En el grupo EO/IIU estos riesgos fueron mayores que en el grupo FIV/ICSI (OR= 2,7 [1,27 - 5,64] vs 1,38 [0,62 - 3,09], y 3,7 [1,13 - 12,29] vs 1,67 [0,39 - 7,04]) para PP < 37 y < 34 semanas, respectivamente.



Incluso, el grupo EO/IIU demostró un riesgo casi tres veces mayor para recién nacido PEG < percentil 10 (OR=2,66 [1,03 - 6,86]). El grupo FIV/ICSI fue solamente asociado con un riesgo tres veces mayor de cesárea (OR=3,02 [1,58 - 5,78]), con peso al parto normal y tasas menores, pero no significativas de preeclampsia que el grupo control (1,8% vs 3,7%).

Conclusión: embarazos por TRA, y particularmente EO/IIU, se asocian con un riesgo incrementado de parto prematuro espontáneo y bajo percentil de peso al parto.



RENDIMIENTO DEL RATIO DIÁMETRO BIPARIETAL/HUESO NASAL COMO MARCADOR DE TRISOMÍA 21 A LAS 20 - 24 SEMANAS DE EMBARAZO

Elicer B,¹ Guíñez J,² Sepúlveda MJ,¹ Guíñez R,¹ Tobar H,¹ Valdés E,¹ Sepúlveda-Martínez A,¹ Parra-Cordero M.^{1,3}

¹ Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico de la Universidad de Chile. ² Alumna de medicina Universidad de Chile. ³ Unidad de Medicina Materno-Fetal, Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Introducción: el cribado de trisomía 21 (T21) de segundo trimestre se basa en la evaluación de diversos marcadores fetales. La incorporación de nuevos marcadores busca mejorar la predicción de esta condición y disminuir los falsos positivos. El objetivo del presente estudio es evaluar el rendimiento del ratio diámetro biparietal / hueso nasal (DBP/ HN) en el cribado de T21 durante el segundo trimestre de embarazo.

Métodos: pacientes con embarazo único controlado en la Unidad de Medicina fetal HCUCH, con resultado neonatal conocido durante los años

2005 a 2017. Se descartan embarazos múltiples, abortos de segundo trimestre sin estudio genético y muerte fetal al momento de la ecografía. El diámetro biparietal es medido en un corte trans-hemisférico con técnica externo-externo y el hueso nasal es medido en un corte medio sagital visualizando el perfil fetal. Se compara el ratio entre fetos euploides y con T21 con test de Mann-Whitney. Se explora la sensibilidad, falsos+ y razón de verosimilitud + (RV+) con el uso de curva ROC.

Resultados: durante el período evaluado se identifican 3899 pacientes que cumplen con criterios de inclusión y que fueron evaluadas con medición de DBP y hueso nasal. De éstos, 7 poseen diagnóstico confirmado de T21. La edad materna fue mayor en los casos con T21, en comparación con fetos euploides (37,1 [31,6 - 38,1] años vs 29,8 [24,5 - 34,3] años; $p=0,03$). No hubo diferencias en IMC ni en edad gestacional a la ecografía. El ratio DBP/HN fue significativamente mayor en fetos con T21 en comparación con fetos euploides (12,1 [8,0 - 23,6] vs 9,2 [8,3 - 10,4]; $p=0,035$). La sensibilidad, falsos (+) y RV+ fueron de 71,4%, 17% y 4,2 para un ratio >11; 57,1%, 7,9% y 7,3 para un ratio > 12; 42,9%, 4,1% y 10,4 para un ratio de 13 y 42,9%, 2,5% y 17,4 para un ratio > 14.

Conclusión: El ratio DBP/HN > 14 identifica un alto porcentaje de fetos con trisomía 21, con bajas tasas de falsos +, por lo que se plantea como un marcador que pudiera incorporarse en el cribado de aneuploidías del segundo trimestre.



GLOMERULOPATÍA MEMBRANOSA ANTICUERPO- ANTITROMBOSPONDINA POSITIVO, SINDROME NEFROTICO DEL EMBARAZO: CASO CLÍNICO

**Belmar. F1; Marquez. X2;
Moreno. J5**

1) Becada de Obstetricia y Ginecología. Universidad de Chile. Campus centro 2) Gineco-obstetra. Servicio de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Clínico San Borja Arriarán. 3) Interno de Medicina. Universidad de Chile

Introducción: Cuando se detecta proteinuria luego de las 20 semanas de gestación, además de preeclampsia, debe considerarse la presencia de una enfermedad renal primaria o secundaria. La glomerulonefritis membranosa (GM) es la principal causa de síndrome nefrótico en el adulto, siendo raro su diagnóstico en la embarazada. La GM se caracteriza por el depósito de inmunocomplejos a nivel subepitelial, encontrándose en 70-80% de los casos anticuerpos contra el receptor de fosfolipasa A2 (anti-PLA2R) y en el 5-10% anticuerpos anti trombospodina (THSD7A). Estos anticuerpos tienen valor diagnóstico para la GM primaria, y se correlacionan con la actividad clínica y la respuesta al tratamiento.

Se ha reportado que del 5 al 9% de las pacientes embarazadas con GM membranosa evolucionan con insuficiencia renal y 24 a 35% pueden presentar pérdida fetal, de ahí la importancia de su diagnóstico y manejo oportuno.

Caso clínico: Paciente LSR de 32 años, primigesta, cursando embarazo de 32 semanas, sin antecedentes médicos, es derivada al servicio de urgencia por pesquisa de proteinuria de 24h de 4695 mgr/24h y edema en extremidades inferiores de una semana de evolución. En la evaluación inicial destaca estar asintomática, normotensa y presentar edema moderado en ambas extremidades. Dentro del estudio inicial destacan: Hb 11.6, plaquetas de 294.000, ácido úrico de 2.5mg/dl, bilirrubina total normal, crea de 0.37, GOT 18, GPT 11, LDH 134. Virus hepatitis B, C y VIH negativo. Inicialmente se plantea el diagnóstico de preeclampsia atípica versus un síndrome nefrótico. Evaluada por el equipo de nefrología, se decide estudiar con anti-PLA2R y anti THSD7A. Por estabilidad clínica y de laboratorio se da de alta para control ambulatorio. A las 35+6 semanas, presenta alza de proteinuria hasta 10800mg/24 por lo que se hospitaliza. A su ingreso, asintomática, destaca albumina 2.6 y eco renal normal. Se rescata anti-PLA2R negativo y anti THSD7A positivo. Se plantea glomerulopatía membranosa como primera hipótesis diagnóstica y se maneja con anticoagulantes. Se decide interrupción a las 38 con eventual uso de IECA y biopsia renal al alta. Se realiza una cesárea a las 38 semanas



por sospecha de desproporción céfalo pélvica. Dando resultado a un recién nacido de 3,570 mg APGAR 8-9. Es evaluada por nefrología a las dos semanas de resuelto el embarazo, donde destaca albumina de 3.0, proteinuria 24h 10.500mg/24h (previa 17.500mg/24h). Por el descenso de la se desestima la necesidad de biopsia renal o el uso eventual de IECA.

Conclusiones: La glomerulopatía membranosa es un cuadro infrecuente en el embarazo, sin embargo es fundamental tenerlo en cuenta como diagnóstico diferencial de una preeclampsia atípica. Este caso muestra como el estudio ampliado de síndrome nefrótico permitió un diagnóstico más preciso, permitiendo un manejo diferente al que se hubiese realizado con el diagnóstico de preeclampsia.



REPORTE DE CASO CLINICO: HIGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO, PRESENTACIÓN ATÍPICA EN EL 2DO TRIMESTRE DEL EMBARAZO

Jiménez C1, Geissbühler S1, Altamirano G1, Marín M2, Torres F3, Urzúa F2, Moore P 2, Ibañez C2, Niemann F2

(1) Interno de Medicina, Facultad de Medicina y Ciencia, Universidad San Sebastián Sede de la Patagonia. (2) Médico especialista en Obstetricia y Ginecología, Unidad Alto Riesgo de Obstétrico, Hospital Puerto Montt. (3) Médico internista, especialista en gastroenterología en Unidad de Medicina Interna, Hospital Puerto Montt.

Introducción: El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una emergencia obstétrica infrecuente. Se presenta con disfunción hepática materna y complicaciones materno-fetales, incluida la muerte. Su presentación habitual es después de las 30 semanas, y casos más precoces son aún menos frecuentes.

Presentación del caso: Paciente de 31 años, G6P4A1, cursando embarazo de 21+4 semanas, sin antecedentes. Presenta cuadro de

1 día de evolución de astenia, vómitos y dolor abdominal difuso. Ingresa confusa, hipotensa, taquicárdica, con hipoglicemia e ictericia. Ecografía de urgencia sin alteraciones en unidad feto-placentaria. Destaca alteración de pruebas hepáticas con patrón hepatítico y trombocitopenia severa. Estudio etiológico de descarta origen autoinmune, viral y farmacológico. Progresa con encefalopatía y franco deterioro de función hepática. Ecografía obstétrica sin edema subcutáneo fetal ni acumulación de líquido en cavidades, con peak sistólico de ACM 51cm/seg, 1.85 MoM, compatible con anemia fetal severa. Se sospecha HGAE y se traslada a centro con capacidad de trasplante, ingresando con falla hepática aguda. Bajo el amparo de la ley N° 21.030, se interrumpe embarazo por cesárea, observándose feto hidrópico con RCIU severo (300 gr). Paciente evoluciona con mejoría clínica y de laboratorio, confirmando compromiso hepático secundario a patología obstétrica. Por evolución favorable se desestima trasplante y biopsia.

Discusión: El HGAE se presenta típicamente durante el tercer trimestre, sin embargo existen casos de presentación temprana. Los síntomas iniciales son inespecíficos, pudiendo evolucionar con hipertensión, con o sin proteinuria, con grados variables de afectación hepática, desde leve deterioro hasta casos con rápido deterioro clínico y falla hepática aguda severa, encefalopatía, CID e hipoglicemia, asociado a falla orgánica múltiple y a MFIU.



El diagnóstico es de exclusión y se realiza en base a la presencia de síntomas secundarios a disfunción hepática durante la segunda mitad del embarazo. La toma de biopsia no siempre es necesaria para el diagnóstico, reservándose en caso de duda. El presentar 6 o más Criterios Swansea, desestima la necesidad de biopsia (VPP 85% para esteatosis microvesicular). Dentro de los diagnósticos diferenciales más importantes está la preeclampsia severa (PES) o síndrome de HELLP, siendo la insuficiencia hepática asociado a hipoglicemia, así como una mayor elevación de transaminasas y bilirrubina más consistentes con el HGAE. La estabilización materna y el parto expedito son la prioridad del manejo, independiente de la edad gestacional (EG). En general, existe resolución completa de la función hepática entre 7-10 días post parto.

Conclusión: pese a su presentación temprana, el caso expuesto demuestra que es necesario un alto grado de sospecha clínica del HGAE, no sólo en el tercer trimestre, dado que se trata de una patología con alta morbilidad materna y fetal.



CORRECCIÓN FETOSCÓPICA DE MIELOMENINGOCELE (MMC) EN CHILE

Yamamoto, M1; Moyano, F1; Figueroa, H1; Biancardi, S1; Acacio, G2; Goncalves, R3; Lapa, D3.

1. Departamento de Medicina Materno-Fetal, Clínica Universidad de los Andes, Santiago, Chile.
2. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Universidad de Taubate, Sao Paulo, Brazil.
3. Centro de Terapia Fetal, Hospital Israelita Albert Einstein, Sao Pablo, Brazil.

Introducción: La cirugía intrauterina de corrección de MMC puede mejorar los resultados postnatales en los niños, tanto en marcha como en uso de válvula ventrículo peritoneal. En un procedimiento endoscópico, es adecuado reportar los resultados en forma continua.

Métodos: En este reporte se han incluido cuatro casos seleccionados con estrictos criterios del estudio MOMS. La cirugía fetal se realizó siguiendo la técnica SAFER, sin modificación. El acceso es percutáneo por medio de cuatro trocares y se utiliza un parche de biocelulosa para cubrir el defecto. No se han operado casos que estén fuera de los criterios quirúrgicos mencionados previamente.

Resultados: Se presentan cuatro casos con resultado neonatal, todos fueron operados

a las 27 semanas de edad gestacional. Se reportan dos casos de placenta anterior. Se logró completar todas las cirugías, con una duración promedio del procedimiento de 172 minutos (150-230 minutos). Todos presentaron rotura de membranas dos semanas post-fetoscopía. El parto se produjo a las 33, 36, 29 y 29 semanas de edad gestacional, uno de ellos por vía vaginal. 1 de los 4 casos (25%) requirió válvula de derivación ventrículo-peritoneal y dos de ellos revertieron la malformación de Arnold Chiari en útero. Un caso necesitó cirugía postnatal de cierre cutáneo, por un periodo de latencia desde la cirugía al parto corta (dos semanas). No se realizaron otras cirugías. Todos los niños se mantienen en control, residen con sus familias en casa. El primer caso tuvo un embarazo posterior, por vía vaginal.

Conclusiones: La reparación fetoscópica de MMC ha sido factible en nuestro medio. El procedimiento es idéntico en orden a la técnica nombrada para disminuir complicaciones. Cuatro casos ha sido tratados hasta ahora. La principal preocupación es la prematuridad, y se logra poner en equilibrio con la seguridad materna.



COMPONENTE SISTÓLICO Y DIASTÓLICO DEL ISTMO AÓRTICO (IAO)

Yamamoto, M1; Manoli, JC2;
Massoc, P2; Ojeda, A2; Marfull,
C1; Figueroa, H1

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes, Santiago, Chile. 2. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Clínica Universitaria de Concepción, Santiago, Chile.

Introducción: El IAO es complejo en su fisiología y en la técnica de medición. Anatómicamente es importante ya que se ubica entre la circulación cerebral y placentaria. Es necesario realizar una observación detallada de su morfología y de su relación con otros territorios vasculares.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de bases de datos de mediciones ecográficas. Se incluyeron casos con imágenes con medición de velocidad de flujo de IAO, IP de arteria umbilical (AUmb), IP de arteria cerebral media (ACM). Las velocidades de IAO se midieron de la siguiente manera: v1. Peak sistólico; v2. Notch sistólico, (positivo o negativo si está invertido); v3. Peak diastólico, como la velocidad más alta en diástole; v4. Fin de diástole: velocidad más

baja durante la diástole. Todo estos fueron estudiados y correlacionados con AUmb, ACM, índice cerebro-placentario (ICP), peso fetal en Z-score y edad gestacional (EG).

Resultados: Se consideró 197 casos de gestaciones únicas de EG promedio de 32 semanas (22 a 42 semanas), incluyendo AEG y bajo p10. v1 (peak sistólico) se relacionó con mayor EG ($R=0.25, p<0.001$). v2 (notch sistólico) disminuyó progresivamente durante la gestación ($R=-0.44 p<0.001$). Las velocidades diastólicas (v3 y v4) no se correlacionaron con la EG. v4 no se correlacionó con IP AUmb, IP ACM ni con ICP. En fetos ≥ 30 semanas ($n=124$), v3 se correlacionó positivamente con ICP (Spearman $R=0.18 p<0.05$) e IP ACM ($R=0.18 p<0.05$).

Conclusiones: Los hallazgos reportados respaldan que cada vez que el diástole de la ACM es normal (IP alto), el flujo diastólico de IAO es más alto hacia la placenta en fetos ≥ 30 semanas. Esto implica que existe una regulación de la resistencia cerebral y el flujo aórtico que podría detectarse en fetos en crecimiento adecuado y normales.



MEDICIÓN DOPPLER DE LA ARTERIA UTERINA EN EL PRIMER Y SEGUNDO TRIMESTRE

Yamamoto, M; Marfull, C;
Figueroa, H.

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

Introducción: La medición Doppler de la arteria uterina (AUt) es utilizada en el estudio de patologías asociadas a placentación anormal. Ésta tiene una tasa de detección moderada de preeclampsia, siendo ésta mayor antes de las 34 semanas de gestación. Los cambios en el Doppler uterino ocurridos entre el primer y segundo trimestre no son bien conocidos.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de casos de gestaciones únicas con mediciones Doppler en primer y segundo trimestre que tuvieron su parto en nuestra institución entre 2017 y 2018. Se revisó el flujo de cada AUt y sus exploraciones medias de IP a las 12 y 22 semanas de gestación. Al momento del parto, se revisó la existencia de preeclampsia, muerte fetal y RCIU. Se consideró patológico un IP medio mayor a 2,5 en primer trimestre y 1,45 en el segundo trimestre.

Resultados: Se encontraron 161 mujeres en nuestra base de datos que cumplieron con las tres condiciones descritas previamente. La media del IP de AUt fue de $1,34 \pm 0,5$ y $0,84 \pm 0,28$ en el primer y segundo trimestre respectivamente (T-test pareado $p < 0,001$). No se evidencia diferencia significativa del IP de AUt derecha e izquierda en el primer trimestre, pero sí la hubo en el segundo trimestre (IP AUt izquierda = $0,88$ IP / AUt derecha = $0,79$ $p < 0,001$). La diferencia de IP entre la AUt izquierda e izquierdo se correlacionó en ambos trimestres ($R = 0,31$ $p < 0,001$).

Cuando la AUt se evaluó cualitativamente (normal $< 2,5$ y $< 1,45$ en el primer y segundo trimestre respectivamente), tres mujeres presentan anormalidad en ambas evaluaciones, 152 casos presentan valores normales en ambas arterias, un caso cambio de anormal a normal y cinco casos evolucionan de normal a anormal. Se constataron tres casos de preeclampsia, dos casos de muerte intrauterina y dos casos de RCIU. RCIU ocurrió en 2 de 3 mujeres con AUt anormal en primer y segundo trimestre. De las cinco mujeres que se evidenció deterioro al segundo trimestre, una de ellas presentó RCIU y otra un óbito fetal.

Conclusiones: Se evidenció una correlación del lado predominante de la AUt en el primer y segundo trimestre. La mayoría de los casos con AUt anormal en el primer trimestre de la gestación permanecieron anormales más



tarde en el segundo trimestre. Los casos con AUt normal en primer trimestre que presentaron deterioro desarrollaron complicaciones durante el embarazo. Nuestra recomendación es que ambas mediciones son importantes.



RELACIÓN ENTRE EL IP DE LA ARTERIA UMBILICAL (AU) E HIPOVOLEMIA EN FETOS DONANTES

Yamamoto, M1; Figueroa, H1; Marfull, C1; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Ville, Y3.

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. 3. Université Paris Descartes-Sorbonne Paris Cité, Institut Imagine, Paris, Francia.

Introducción: En el síndrome de transfusión feto-fetal (STFF), el volumen de sanguíneo esta aumentado en los receptores (R) y disminuido en los donantes (D). Hemos evaluado la relación entre el Doppler de la AU y el flujo de volumen de la vena umbilical (FVVU).

Métodos: Se realizó una revisión de mediciones Doppler en STFF. Los Z-score obtenidos del FVVU de casos consecutivos se correlacionaron con el IP de la AU, en donantes como receptores.

Resultados: Se obtuvo mediciones completas en 66 de los 78 casos operados. El promedio de medición del IP en la AU fue más alto y el FVVU fue menor en donantes que en receptores. (1.42 y 1.19 con prueba T pareada de Wilcoxon $p < 0.001$), FVVU Z-scores (0.68 \pm 0.25 y 1.00 \pm 0.5 prueba de T-student para datos pareados $p < 0.001$). Valores mayores de FVVU se correlacionaron con menores valores de IP Aumb tanto en donantes como en receptores ($p < 0.01$, Pearson $R = -0.3$). IP de ductus venoso no se correlacionó con FVVU en ningún caso de gemelos.

Se constató el fallecimiento 2 días después de realizada la fetoscopia láser en 13 fetos donantes y 4 receptores. Estos eventos fueron mejor pronosticados por la evaluación cualitativa del flujo diastólico del extremo umbilical que por el IP de AU o FVVU. La presencia de flujo diastólico final ausente o reverso se asocia a 3.45 RR (1.4-8.3) de muerte intrauterina.

Conclusiones: El flujo venoso está inversamente relacionado con el IP de AU, lo que respalda que el estado hipovolémico se asocia con un bajo gasto cardiaco, y flujo diastólico bajo. El FVVU no fue predictivo muerte fetal, sin embargo, si lo fueron las anomalías cualitativas como el flujo diastólico final ausente o invertido. El DV no se asoció con cambios de FVVU, incluso en fetos receptores. Esto implica una nueva visión sobre el flujo diastólico de la arteria umbilical.



TAMAÑO PULMONAR, ECMO Y SUPERVIVENCIA DE FETOS CON HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA (HDC) - EL REGISTRO PRENATAL DE CDH CHILENO

Valenzuela, I1; Figueroa, H1; Marfull, C1; Diaz, R2; Jimenez, J2; Pedraza, D2; Astudillo, J2; Deprest, J3; Yamamoto, M1.

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. 3. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario KU Leuven, Bélgica.

Introducción: La HDC se asocia a un desarrollo anormal del pulmón. Ecográficamente se puede calcular el cociente pulmonar-cefálico (LHR), esencial en el pronóstico de supervivencia post-natal, el que se expresa como un porcentaje entre el LHR observado y el esperado (O/E LHR).

Nuestro objetivo es comparar la relación O/E LHR, la posición del hígado con la supervivencia y el uso de ECMO en un posible registro prenatal chileno que se revalidó con el registro prenatal de HDC belga.

Métodos: Se realizó un análisis prospectivo de un registro de todos los casos de CDH diagnosticados desde 2009 y nacidos vivos después de 30 semanas de gestación. Las mediciones estandarizadas fueron realizadas sólo por un observador (MY) y confirmadas por un centro experto para garantizar la calidad de la imagen analizada.

Resultados: Hasta ahora se han incluido 69 fetos en el registro, de ellos 10 se perdieron del seguimiento y 1 caso con aborto espontáneo, dejando 58 casos para el análisis. La EG media en la medición ecográfica fue de 27 (20-36) semanas. El rango intercuartílico para la evaluación fue de 25-30 semanas de EG. Se evidencia una correlación significativa entre O/E LHR y la supervivencia en la CDH izquierda y derecha (Pearson $p < 0.05$). En algunas categorías hubo pocos casos, lo que podría explicar las diferencias evidenciadas con Bélgica. 12 recibieron tratamiento con ECMO, 11 de ellos tenían un O/E LHR entre 25-55%. No hubo diferencias en supervivencia en esta categoría ($n=42$) entre los bebés que requirieron ECMO (8/11, 72%) y los que no (21/31, 67%; Fisher $p=0.28$). Tres fueron sometidos a oclusión traqueal endoluminal, dos en nuestra institución (O/E LHR $< 25\%$) y uno en otra (O/E LHR 26-35%). De estos tres casos, los



severos no sobrevivieron y no recibieron ECMO, el caso moderado sobrevivió y requirió ECMO.

Conclusiones: En esta cohorte chilena, la supervivencia se relaciona con el tamaño pulmonar obtenido en la evaluación ecográfica. El O/E LHR podría predecir la supervivencia como evidencia el registro prenatal. El uso de ECMO no afectó la supervivencia de los fetos en nuestra serie, sin embargo, no se aplicó en casos con O/E bajo 25%. El pronóstico es fundamental para poder comparar niños con diferente probabilidad de sobrevivir, y poder evaluar las terapias.



SEGUIMIENTO POSTNATAL DE FETOS CON CRECIMIENTO INTRAUTERINO RESTRINGIDO SELECTIVO (CIRS) TIPO III SIN CIRUGÍA FETAL

Yamamoto, M1; Figueroa, H1; Marfull, C1; Pedraza, D2; Astudillo, J2.

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.

Introducción: CIRSs se define como la presencia de restricción del crecimiento en un feto de una gestación monocorial en la que no hay evidencia de transfusión feto-fetal (TFF). Se clasifica en tres grupos (I, II y III). El CIRS de tipo III es la existencia de flujo intermitente del Doppler umbilical en el gemelo pequeño. Estos casos pueden presentar una mortalidad general de 15% y un 20% de los casos puede presentar daño cerebral en el gemelo más grande; lo que ha llevado a manejar estos casos con la oclusión del cordón umbilical del feto pequeño en otros

países. Es desconocido el seguimiento a largo plazo de los casos sin intervención.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo en la base de datos ecográfica. Ninguno de los casos presentó criterio diagnóstico de TFF. Las pacientes recibieron llamadas telefónicas para evaluar el estado del niño y no hubo una evaluación neurológica estandarizada para este informe.

Resultados: De los 12 casos diagnosticados desde 2008, se perdió el control de dos de ellos y dos se sometieron a coagulación láser de la anastomosis placentaria por medio de fetoscopia estándar. Sólo se incluyeron ocho casos en este reporte.

En los ocho casos, se diagnosticó con CIRSs a las 22.5 semanas de edad gestacional (rango entre 18 a 30 semanas), tres casos fueron diagnosticados después de las 24 semanas (26, 28 y 30 semanas). La discordancia media fue del 33% (25-49%). Sólo un caso tuvo muerte fetal gemelar a las 26 semanas, sin alteración del ducto venoso. En los casos restantes, el parto se indicó por el diagnóstico, al tercer trimestre precozmente en todos los casos. Esto ocurrió en promedio a las 30 semanas (28-32 semanas). Hubo dos muertes neonatales, en total hubo 12 niños vivos al alta desde neonatología (75% de supervivencia). El seguimiento promedio es de 4,5 años. No se reportan casos con parálisis cerebral, sino algunas discapacidades neurológicas o del lenguaje menores. Todos están en escuelas



normales asistiendo al nivel adecuado a su edad o uno menor (un caso).

Conclusiones: En estos escasos casos manejados conservadoramente, el seguimiento a largo plazo parece ser mejor que lo descrito en la literatura. Es necesario contar con series con un número mayor de casos y un seguimiento estricto para confirmar los hallazgos descritos.



TRAZADO DEL ÁREA INTRATORÁCICA POR ECOGRAFÍA (TAIT): GENERANDO UNA CURVA NORMAL

Oyarce H1, Barros A1, Fernandez C2, Figueroa H3, Yamamoto M3.

1Becada de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2Interna de Medicina, Universidad de los Andes. 3Unidad de Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes

Introducción: La hipoplasia pulmonar ha sido diagnosticada por la medición torácica disminuida. La sensibilidad y especificidad ha sido de reportada hasta un 80%. Con el advenimiento de la ecografía de alta resolución, una imagen mucho más detallada del tórax es posible y un rango de referencia normal, necesario.

Materiales y método: Se recolectaron de forma retrospectiva, imágenes torácicas de una base de datos ecográfica (ViewPoint®). Las imágenes incluídas eran constituidas por una imagen del tórax completo con visión de las cuatro cámaras cardíacas. El tórax fue medido con las herramientas: elipse, diámetros mayores y el trazado interior, que constaba de un trazado

alzado por el interior de las estructuras óseas: costillas y vértebras. Las áreas medidas fueron comparadas.

Resultados: 83 imágenes fueron recolectadas y consideradas adecuadas para el estándar. Todos los fetos eran únicos, dentro del p10 al p90. Se excluyeron todo tipo de malformaciones.

El área intratorácica trazada (TAIT) se correlacionó con la edad gestacional, como era esperado. TAIT fue 54% y la elipse 85% del área medida por diámetros anteroposterior x transversal ($p < 0.01$). La diferencia entre el área total pulmonar medida por TAIT y por elipse fue constante a través de todas las edades gestacionales, apoyando la idea de que la diferencia es puramente metodológica más que dependiente de la edad gestacional. (Bland y Altman Plot media - 44%).

Conclusión: El área pulmonar medida por TAIT es una forma precisa de medir el tamaño pulmonar, excluyendo las estructuras óseas.



LAS CONCENTRACIONES DE METALOPROTEINASAS DE MATRIZ -8 Y -9 EN EL FLUIDO GINGIVO CREVICULAR DURANTE EL PRIMER TRIMESTER DE EMBARAZO SE ASOCIAN CON LA GRAVEDAD DE LA PERIODONTITIS DURANTE EL EMBARAZO Y EN EL POSTERIOR DESARROLLO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

Chaparro A1, Realini O1, Albers D4, Weber L1, Ramírez V1, Param F1, Kusanovic JP3, Barros A2, Correa P2, Illanes SE 2

1. Unidad Periodontología, Facultad Odontología UANDES 2. Departamento de Gineco-Obstetricia, Facultad de Medicina UANDES 3. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile. 4. Departamento de Estadística, Facultad de Odontología, Universidad Mayor,

Santiago, Chile.

Objetivo: Explorar la asociación entre las concentraciones de metaloproteinasas de matriz (MMP) -8 y -9 en el fluido gingivo crevicular (FGC) en primer trimestre del embarazo con el diagnóstico periodontal y el desarrollo de diabetes gestacional (DMG).

Materiales y métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectivo, que incluyó a 314 mujeres, reclutadas en el primer trimestre del embarazo. Se realizó un examen completo materno / obstétrico y periodontal y se obtuvieron muestras de FGC para la determinación de MMP-8 y MMP-9 mediante el ensayo Luminex®. Las pruebas de Mann-Whitney; correlación de Spearman y los modelos logísticos de regresión múltiple se utilizan para estimar la asociación entre MMP, diagnóstico periodontal y DMG.

Resultados: 45 mujeres embarazadas desarrollaron DMG (14%). Se observaron aumentos significativos de las concentraciones de MMP-8 y MMP-9 en la periodontitis grado IV en comparación con el grado I de periodontitis ($p = 0.0000$; $p = 0.0016$, respectivamente). Los niveles de MMP-8 en el primer trimestre se asociaron con el diagnóstico de periodontitis (O.R: 1.000016 ; $p < 0.00001$, IC: $1.000007-1.000025$). Se encontraron mayores concentraciones de MMP-8 y MMP-9 en pacientes que posteriormente desarrollaron DMG ($p = 0.038$; $p = 0.030$, respectivamente) y también se observó una asociación significativa entre



MMP-8 y el desarrollo de DMG (OR: 1.0045; p = 0.039, CI: 1.0002-1.0088).

Conclusiones: Las concentraciones de MMP-8 y MMP-9 en el FGC durante el primer trimestre se encuentran elevadas en mujeres embarazadas con periodontitis y en pacientes con riesgo de desarrollar DMG.



EFECTOS DEL ESTRÉS MATERNO PRENATAL ASOCIADO AL TERREMOTO (2010) EN LA ALFABETIZACIÓN INFANTIL A LOS CINCO AÑOS DE EDAD: UN ESTUDIO MULTINIVEL

Palmeiro YK¹, Orellana P³, Batiz F², Muñoz C¹, Bawarshi V¹, Monckeberg M¹, Illanes SE^{1,2}

1. Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
2. Centro de Investigaciones Biomédicas, Laboratorio Biología de la Reproducción, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes
3. Facultad de Educación, Universidad de Los Andes

Introducción: El estrés prenatal (PS) se ha asociado con problemas cognitivos, de comportamiento, físicos, emocionales y psicológicos en los niños. Se realizó estudio a gran escala para evaluar este fenómeno en relación al PS provocado por el terremoto del 2010.

Material y métodos: Se realizó estudio multinivel en niños de 5-6 años,

evaluando alfabetización desde 2014 a 2018. Los nacidos antes del 27/2/2010 o después del 10/12/2010 se consideraron no expuestos a estrés prenatal debido a terremoto 2010. El resto se consideró expuesto a este PS. Se estudiaron 16 escuelas subvencionadas en Santiago. Se evaluó alfabetización al inicio de cada año académico para cada grupo de estudiantes, utilizando la plataforma DIALECT®, que es una evaluación de diagnóstico de lectura en línea válida que examina las fortalezas y debilidades de los estudiantes en habilidades de lectura.

Resultados: Se examinaron 6,460 niños (5,173 niños no expuestos y 1,287 expuestos al terremoto de 2010). Los análisis multinivel mostraron que los niños expuestos tenían un 27,48% menos de comprensión auditiva ($p = 0,001$); 7,65% menos en conocimiento de impresión ($p = 0,001$); 30,92% menos de logros en el reconocimiento de las letras ($p = 0,001$) y 11,89% menos de reconocimiento de sonido inicial ($p = 0,001$). En la combinación de fonemas, los niños expuestos alcanzaron un 4,3% más que los niños no expuestos ($p = 0,001$).

Conclusiones: Estos resultados muestran que el desarrollo neuro cognoscitivo de niños expuestos in útero a un estresor materno como un terremoto, puede estar alterado.



DIAGNÓSTICO PRENATAL DE CIERRE PREMATURO DEL DUCTUS ARTERIOSO: REPORTE DE UN CASO

Jofré M, Muñoz A, Vargas P.
CIMAF Hospital Sótero del
Río-Universidad Católica de
Chile.

Introducción: El cierre precoz del ductus arterioso (DA) es una patología poco frecuente que consiste en el cierre parcial o total de este en el periodo fetal. La estimación de su incidencia es desconocida, ya que la mayoría de los casos son subclínicos. El DA permite la comunicación entre las dos circulaciones fetales, permitiendo que la sangre del ventrículo derecho (VD) llegue a la circulación sistémica y evada el sistema vascular pulmonar. El DA se mantiene permeable en el periodo prenatal debido a la interacción de prostaglandinas y la baja saturación de oxígeno a través de este. La etiología puede ser idiopática o secundario al uso de drogas, tales como el uso de AINEs.

Caso clínico: Paciente de 28 años, múltipara de 2, embarazo de 36+6 semanas. Ecografía obstétrica CIMAF: Válvula tricúspide

con movilidad limitada con flujo restrictivo anterógrado e insuficiencia severa. Arteria pulmonar con mínimo flujo anterógrado. Conclusión: Cardiopatía fetal: enfermedad tricuspídea, flujos de corazón derecho límite, sin obstrucción postventricular. Se realiza ecocardiografía por equipo de Cardiología Infantil: Cuatro cámaras con dilatación global de predominio derecho. Válvula tricuspídea: flujo de entrada normal e insuficiencia central severa. Cayado Aórtico amplio. Cayado ductal sin flujo. Función derecha disminuida, derrame pericardico leve y ascitis. Conclusión: Corazón estructuralmente sin defectos anatómicos, globalmente dilatado. Insuficiencia tricuspídea severa. Sospecha de cierre precoz ductal. Dado hallazgos ecográficos, se indica cesárea de urgencia, se obtiene recién nacido masculino, peso 3.490 gr, talla 49 cm, Apgar 5-8, con esfuerzo respiratorio, requiriendo reanimación avanzada, intubación y ventilación mecánica invasiva. Evoluciono con hipertensión pulmonar persistente, por lo que se inicia oxido nítrico, con buena respuesta terapéutica y suspensión a las 48 hrs de iniciado. En control seriado con ecocardiograma, se pesquiza al 5to día de vida imagen sugerente de aneurisma del DA que comprime la arteria pulmonar izquierda con escaso flujo a través de esta. Se traslada a Hospital Clínico UC para AngioTAC y eventual resolución quirúrgica.

Discusión: La principal causa del cierre precoz del DA es secundaria a la ingesta de AINES en el embarazo, sin embargo, no siempre



se cuenta con este antecedente, por lo que es importante tener una sospecha diagnóstica sólo en base a los hallazgos ecográficos. El cierre precoz del DA produce un aumento en la postcarga del VD, lo que resulta en una disfunción sistólica progresiva del VD, hipertrofia de cavidades derechas e isquemia de los músculos papilares. Además, la presión incrementada en la arteria pulmonar, puede provocar que el flujo sanguíneo se dirija hacia el territorio pulmonar. Esto puede ocasionar hipertensión pulmonar persistente en el neonato. Estas alteraciones se traducen en hallazgos ecográficos que pueden ser útiles en la sospecha y diagnóstico prenatal, tales como: dilatación de la arteria pulmonar, regurgitación de la válvula tricúspide y pulmonar, hipertrofia ventricular derecha, ausencia de flujo detectable en el DA, oligohidroamnios, derrame pericárdico, cardiomegalia e hidrops fetal. En este caso se sospecha un cierre precoz total del DA, ya que en la ecocardiografía se describe ausencia de flujo en el cayado ductal, además de una insuficiencia tricuspídea severa.

Conclusión: Ante la falta del antecedente clínico de consumo de AINEs en el periodo prenatal, es importante tener en cuenta los hallazgos ecográficos clínicos del cierre precoz del DA, ya que al sospecharlo precozmente se puede disminuir de forma importante la morbi-mortalidad asociado a esta patología, y así mejorar el pronóstico perinatal.



ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS ENTRE LAS 34 Y 37 SEMANAS: PREVALENCIA DE INFECCIÓN INTRA- AMNIÓTICA Y CORIOAMNIONITIS HISTOLÓGICA

Kusanovic JP^{1,2}, Vargas P^{1,2},
Nilo ME¹, Silva K¹, Ferrer F^{1,2},
Córdova V¹, Martinovic C¹,
Valdés R¹, Rosas A¹, Luna D^{1,2},
Silva P^{1,2}, Prieto JF^{1,2}

¹Centro de Investigación e Innovación en Medicina Materno-Fetal (CIMAF), Departamento de Obstetricia y Ginecología, Hospital Dr. Sótero del Río, Santiago, Chile
²División de Obstetricia y Ginecología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Objetivo: La rotura prematura de membranas (RPM) es responsable del 30% de los partos prematuros tardíos, y su manejo habitual es la interrupción inmediata del embarazo. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de infección intra-amniótica y corioamnionitis histológica en pacientes con RPM entre las 34 y 37 semanas de embarazo.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en pacientes con RPM que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: 1) embarazo único; 2) edad gestacional entre 34-36.9 semanas; y 3) amniocentesis con estudio microbiológico (cultivos para aerobios, anaerobios, y mycoplasmas genitales). Se excluyeron pacientes cuyos fetos tenían malformaciones congénitas mayores o cromosomopatías. Todas las pacientes firmaron un consentimiento informado previo a la amniocentesis. El estudio fue aprobado por el comité de ética de nuestra institución.

Resultados: Un total de 30 pacientes fueron incluidas en el estudio. Un 23% (7/30) de las mujeres eran primigestas, y sólo 6% (2/30) tenían historia de un parto prematuro previo. La mediana de la edad gestacional al diagnóstico de RPM fue de 34.4 semanas (34.0-36.1). La prevalencia de infección intra-amniótica fue de 27% (8/30), y las bacterias identificadas fueron *Ureaplasma urealyticum* (n=6), *Ureaplasma spp* (n=1), *Mycoplasma hominis* (n=1) y *Propionibacterium spp* (n=1) (una paciente presentó una infección por *Ureaplasma urealyticum* y *Mycoplasma hominis*). La mediana de la edad gestacional al parto y del peso al nacer fue de 34.7 semanas (34.1-36.7) y 2360 grs (2,020-2,980), respectivamente. El diagnóstico histológico placentario estuvo disponible en 21 pacientes. Un 29% (6/21) presentó corioamnionitis y un 14% (3/21) funisitis. Interesantemente, un 77% (23/30) de los recién nacidos fueron ingresados a Neonatología.



Conclusiones: En esta cohorte de pacientes con RPM tardía, la tasa de infección intra-amniótica es de un 27%, y un 77% de los recién nacidos fueron ingresados a Neonatología. Estudios recientes no han demostrado diferencias en la morbilidad neonatal de pacientes con RPM entre las 34 y 37 semanas de embarazo randomizadas a manejo expectante vs. interrupción inmediata del embarazo. Sin embargo, no incluyen la evaluación del estado microbiológico de la cavidad amniótica. Esta información debe ser considerada al diseñar y conducir estudios para definir qué pacientes con RPM entre las 34 y 37 semanas de embarazo pueden ser randomizadas a manejo expectante.



CARACTERIZACIÓN OBSTÉTRICA DEL EMBARAZO MÚLTIPLE EN UN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE

Mena, C.1; Valenzuela, L.2; Miranda, F.2; Silva, L.2; Zapata, N.1; Vivaldi, E.3

(1) Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. (2) Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Chile. (3) Médico Ginecólogo, Hospital Las Higueras Talcahuano, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción.

Introducción: Los embarazos múltiples son considerados embarazos de alto riesgo obstétrico dado que conllevan un elevado riesgo de morbilidad y mortalidad perinatal. La vía ideal del parto es vía vaginal, lo que no siempre se logra debido a la presentación de los fetos y patologías obstétricas concomitantes. El objetivo del siguiente trabajo es describir características obstétricas de gestantes con embarazo múltiple en el Hospital Las Higueras de Talcahuano, en periodo noviembre 2014 a junio 2019.

Metodología: Estudio observacional descriptivo, transversal. Se incluyeron todas

las mujeres con embarazo múltiple atendidas en el Hospital Las Higueras de Talcahuano en periodo noviembre 2014 a junio 2019. Se accedió a base de datos de la Unidad de Partos. Se obtuvo datos sociodemográficos, propios del embarazo, parto y neonatales. Se realizó análisis univariado mediante el software Stata v.14. No existiendo criterios de exclusión.

Resultados: Se registraron un total de 152 mujeres con embarazo múltiple durante el periodo estudiado, el promedio de edad de las pacientes fue $30,3 \pm 6,1$ años, con mediana 1 de paridad y un rango entre 0 y 5 partos. De ellas, 17,8% (n=27) no contaban con antecedentes mórbidos personales ni propios del embarazo. Las patologías más prevalentes fueron trabajo de parto prematuro 29,6% (n=45), presencia de una o más cesárea anterior 17,1% (n=26), restricción de crecimiento intrauterino 13,8% (n=21), rotura prematura de membranas ovulares 13,16% (n=20), preeclampsia 6,58% (n=10), diabetes gestacional 7,9% (n=12), entre otros. El tipo de parto más frecuente fue cesárea en 82,24% (n=125), luego 15,79% (n=24) parto vaginal; mientras que un 1,97% (n=3) correspondió a primer feto vía vaginal y el segundo vía cesárea. Un 46% (n=59) de las cesáreas fueron por distocia de presentación. Con respecto al tipo de presentación, un 18,68% (n=56) correspondía a cefálica-cefálica y 16,07% (n=46) cefálica-podálica, siendo éstas las más frecuentes. Del total de partos, el promedio de edad gestacional fue de $34,8 \pm 3,3$ semanas, resultando 62,5% (n=95) partos prematuros.



Se obtuvo 305 nacimientos, donde el 45,9% (n=140) corresponden a recién nacidos de sexo femenino y el 53,7% (n=164) masculinos, con 1 recién nacido no identificado; con un peso de nacimiento promedio de 2280,47 gramos. Según vía de parto, se obtuvo que peso promedio en parto vaginal $2165 \pm 627,8$ gramos y $2258,6 \pm 679,3$ gramos en cesárea.

Conclusiones: Los datos obtenidos sugieren que el embarazo múltiple en nuestro medio está asociado a complicaciones maternas, fetales, y neonatales, similar a lo reportado en la literatura. Se hace de real importancia el cuidado prenatal, durante el nacimiento y postnatal, con el fin de mejorar los resultados tanto maternos como perinatales.

Palabras clave: Embarazo múltiple, Embarazo gemelar



JELLY-LIKE PLACENTA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aldana C1, Galaz J1, Mutizabal M2, Díaz F3.

1 Estudiante de séptimo año de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile 2 Residente de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile 3 Perinatólogo Hospital de la Florida Dra. Eloísa Díaz

Introducción: “Jelly-like placenta” (JLP) corresponde a la imagen ecográfica de una placenta engrosada, con zonas hipodensas irregulares, que se mueve similar a una gelatina a la compresión del abdomen. Está asociada a un mayor riesgo de resultado adverso durante el embarazo, sin embargo, es una entidad poco conocida y estudiada.

Métodos: Análisis de un caso clínico y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente primigesta de 26 años, sana, cursando gestación de 23+5 semanas con ecografía precoz, es hospitalizada por restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) severo tipo III, EPF 360 gr, biometría promedio para 20 semanas, sin anomalías anatómicas evidentes. Dentro del estudio destaca: IP promedio Doppler de arteria uterina aumentado, Doppler arteria umbilical (DAU) con flujo diastólico ausente

(FDA) y ductus venoso (DV) p95 con onda A presente. Placenta de 5.2 cm (>p95) izquierda posterior, con patrón “jelly-like”, con parénquima homogéneo, que con compresión intermitente se disgrega. Cara fetal con signos de “hump”, no se alcanza a capturar color en doppler líquido amniótico (LA) normal. Se realiza estudio de TORCH negativo, SAAF negativo, proteinuria (-), BHCG 43.208, cariotipo en LA 46 XX. Es dada de alta con control de doppler bisemanal semanal. Se mantiene aspirina y calcio y se inicia L-Arginina. En controles destaca normalización de DV, con persistencia de DAU con FDA y flujo diastólico reverso (FDR) intermitente. A las 30 semanas presenta DV p>95 y DAU con FDA persistentes por lo que se decide interrupción por vía alta. Se obtiene recién nacido de sexo femenino de 800 g, APGAR 3-7. Se realiza cariotipo de fibroblastos de vellosidades coriales que resulta normal. Biopsia de placenta informa áreas de desaceleración del desarrollo, hematoma intraplacentario, infarto hemorrágico focal y congestión vascular.

Discusión: Se desconoce el mecanismo fisiopatológico exacto de la etiología de la JLP, sin embargo algunos autores plantean que es consecuencia de una falla temprana en el desarrollo de la circulación uteroplacentaria. La invasión endovascular del citotrofoblasto en las arterias espirales sería insuficiente, causando un desarrollo inadecuado de la placenta. El engrosamiento de la placenta sería una hiperplasia compensatoria de las zonas menos



afectadas por la circulación defectuosa. Se asocia a complicaciones maternas y fetales. Dentro de las complicaciones maternas destaca el síndrome hipertensivo del embarazo. Dentro de las complicaciones fetales se encuentran: parto prematuro, RCIU y mortalidad perinatal.

Conclusiones: La JLP es un signo ecográfico relevante dado que se asocia a un pronóstico materno-fetal ominoso. La literatura disponible es escasa, por lo que resulta necesario ampliar el estudio sobre esta condición. Hay falta de consenso sobre el manejo clínico de estas pacientes, sin embargo es mandatorio el seguimiento estrecho para la detección precoz de deterioro materno o fetal.



DIAGNÓSTICO PRENATAL DEL SÍNDROME DE GOLDENHAR, REPORTE DE UN CASO

Mejías M., Vargas P., Martinovic C., Córdova V., Kusanovic JP.

Centro de Investigación Materno Fetal (CIMAF)
Hospital Sótero del Río. División de Obstetricia
y Ginecología, Pontificia Universidad Católica
de Chile.

Introducción: El síndrome de Goldenhar, también conocido como microsomía hemifacial o displasia óculo-aurículo-vertebral, es una enfermedad genética, caracterizada por malformaciones cráneo-faciales derivadas del primer y segundo arco branquial, que se asocian a malformaciones vertebrales, cardíacas, esofágicas y del sistema nervioso central. Tiene una incidencia de entre 1/3000 a 1/26500 recién nacidos vivos, con afectación unilateral en un 85-90% de los casos. La mayoría de los casos son esporádicos, pero se han documentado algunos con agregación familiar, con patrón de herencia autosómica dominante (1-2%) y, en un menor porcentaje, con herencia autosómica recesiva. Se han descrito diversos factores causales, como cocaína, tamoxifeno, talidomida, ácido retinoico, insecticidas, diabetes pregestacional y gestacional, rubeola e influenza. El objetivo de este

trabajo es describir el caso de un paciente con sospecha prenatal de Síndrome de Goldenhar, por hallazgo de dismorfias faciales asociadas a cardiopatía congénita.

Métodos: Se realizó una revisión de imágenes ultrasonográficas, datos y ficha clínica del paciente en el CIMAF (Centro de Investigación Materno Fetal) del Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile.

Resultados: Se describe el caso de una paciente de 32 años de edad, derivada a nuestro centro a las 28 semanas de embarazo, por sospecha de cardiopatía congénita. Los hallazgos ecográficos fueron: hueso nasal hipoplásico, edema prenatal, micrognatia, orejas de implantación baja y anomalías bilaterales en ambos oídos externos. La evaluación cardíaca mostró un defecto septal interventricular (IVSD) y un tronco arterioso tipo 1. Como estudio prenatal se realiza amniocentesis para cariotipo fetal (resultado: 46, XY). En seguimiento seriado, feto se mantiene con crecimiento normal (percentil 25 para curvas de crecimiento local). El nacimiento fue por cesárea (debido a cesárea previa) a las 39 + 6 semanas. Resultado neonatal: peso 3160 gramos, 49 cm, puntaje Apgar 6-9, hipotónico, insuficiencia respiratoria, por lo que requiere ventilación mecánica durante los primeros días de vida. La evaluación postnatal, realizada por un genetista, confirma el diagnóstico como Síndrome de Goldenhar. La cirugía cardíaca se realiza a los 10 días, donde se corrige el tronco arterioso y el IVSD. Debido al difícil manejo



de la vía aérea, se realiza posteriormente una traqueotomía. El recién nacido permanece hospitalizado al momento de este reporte. Array CGH (hibridación genómica comparativa) está pendiente.

Conclusión: El Síndrome de Goldenhar es un síndrome genético raro, que incluye malformaciones faciales y cardíacas. El diagnóstico prenatal toma importancia por la necesidad de un manejo adecuado de la vía aérea y la necesidad de cirugía cardíaca. Por lo tanto, es ideal un nacimiento planificado en un centro terciario, con la disponibilidad de un equipo multidisciplinario, para el manejo del recién nacido.



EXPERIENCIA DE LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO DENTRO DE LAS 3 CAUSALES POR LA LEY 21.030, EN HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

Azevedo M, Ayala Carolina, Cornejo M, Sobarzo M.

Hospital El Carmen de Maipú, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile. Becada de Ginecología y Obstetricia, Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae, Santiago, Chile.

Introducción: Tras la regularización e implementación de la ley 21.030, que regula la despenalización de la interrupción voluntaria del embarazo en tres causales y regula la interrupción voluntaria del embarazo (IVE). La Causal 1, peligro para la vida de la mujer; Causal 2, embrión o feto que padezca una patología incompatible con la vida fuera del útero; y Causal 3, embarazo que sea resultado de violación. En nuestro hospital, Hospital del Carmen de Maipú, se han realizado intervenciones según las 3 causales, constituyéndose un desafío tanto de salud como emocional, sobre todo en las interrupciones

por la causal 2, suponiendo desafíos como el tiempo de demora del Cariograma fetal y la falta de exámenes como Cordocentesis, Biopsia de vellosidades coriónicas y PCR, lo que desarrolla inducciones de parto en el segundo trimestre del embarazo, aumentando la morbilidad materna. En esta publicación, demostraremos la experiencia llevada a cabo en nuestro hospital desde el 2017, el flujograma que se utiliza para protocolizar el manejo y sus limitaciones para llevar a cabo.

Métodos: Se realizaron flujogramas de las distintas causales, para diagnosticar y protocolizar el manejo, en donde todos los casos fueron acompañados por la dupla psicosocial. Dentro de la causal 1, el flujograma consistía en que la paciente ingresaba desde la Urgencia o el CAE, se evaluaba el eventual riesgo vital inminente por un Médico cirujano-Ginecobstetra quien configura la causal y programa la interrupción del embarazo. En la causal 2, que ingresaban desde APS, urgencia o CAE, se realizaron exámenes de estudio y evaluación médica ante sospecha de IVE, derivación Unidad Materno Fetal configurando la Causal 2 confirmar IVE por dos Gineco obstetras se informa sobre la opción, si la paciente deseaba interrupción se programaba. Y por último el manejo de la causal 3, paciente ingresaba desde Urgencia en donde se evalúa clínicamente y se realiza cálculo de edad gestacional, dupla psicosocial toma relato y elabora informe. Si configuraba para causal 3 se realizaba la interrupción en



conjunto con coordinación con fiscalía para cadena de custodia.

Resultados: Desde el 2017 hasta la fecha, en el Hospital el Carmen de Maipo se realizaron 6 interrupciones voluntarias del embarazo por la causal 1 (29% de los casos). Por la causal 2, se realizaron 17 intervenciones (61%). Y por la causal 3, se realizaron 3 interrupciones (11%).

Conclusiones: Si bien la implementación de la Ley 21.030 no se realiza de forma frecuente en nuestro hospital, si podemos concluir que se está realizando de forma íntegra y protocolizada, protegiendo y resguardando los derechos de las mujeres, ofreciendo protección para decidir sobre su vida, salud sexual y reproductiva, atendiendo a las necesidades, expectativas y derechos de las mujeres de hoy. En relación a la complejidad y dificultad que implica la realización de los diagnósticos relacionados a la causal 2 y la determinación de su pronóstico vital, la implementación de esta nueva ley, ha sido fundamental y particularmente relevante en la consejería e información que se entrega a la paciente, la reevaluación y seguimiento ecográfico en comité de médicos especialistas de forma multidisciplinar, el acceso a los exámenes complementarios, el acompañamiento y apoyo psicosocial ofrecido, constituyendo un enorme desafío para el grupo de trabajo.



MIRROR SYNDROME, EN CONTEXTO DE SÍNDROME DE KLIPPEL - TRENAUNAY - WEBER, APROÓSITO DE UN CASO

Viveros G 1., Silva C.2, Muñoz H2, Parra M 2-3.

1 Becada Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínico Universidad de Chile. 2 Unidad de Medicina Materno - Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile. 3 Jefe Unidad de Medicina Fetal, Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: El Síndrome de Espejo o también referido como Ballantyne, fue descrito por primera vez en 1982, y se define como la presencia de edema materno en contexto de hidrops fetal. Tiene una baja incidencia, con escasos casos publicados. Se describe un reporte de caso evaluado en la Unidad de Medicina Fetal del Hospital Clínico de la Universidad de Chile (HCUCH), de asociación de Hidrops fetal no Inmune, en contexto de Síndrome de Klippel - Trenaunay - Weber (SKTW), Preeclampsia y edema materno generalizado.

Caso clínico: Paciente de 26 años, cursando embarazo de 28+6 semanas, es derivada

debido a la presencia de Hidrops fetal no inmune. En la evaluación ultrasonográfica, se identifica la linfohemangioma extenso que afecta pelvis y ambas extremidades inferiores del feto, asociado a ascitis, cardiomegalia, derrame pericárdico y pulmonar leves, además de placentomegalia. En la evaluación Doppler destaca aumento de Velocidad Sistólica de ACM y Ductus Venoso normal. Debido a estos hallazgos, se inicia manejo con inótropos transplacentarios (Digoxina 0.25 mg cada 12 hrs) y se realiza amniocentesis genética que posteriormente informa Cariotipo 46 XX. Se certifica diagnóstico de SKTW con Resonancia Nuclear Magnética Fetal en la ubicación descrita. Se realiza evaluación multidisciplinaria, indicando interrupción a las 39 semanas, la cual se realiza vía cesárea, obteniendo recién nacido de 3095 gr. Examen físico post natal certifica hallazgos ecográficos de SKTW. En Puerperio inmediato, la paciente presenta crisis hipertensiva asociado a oliguria y edema de extremidades. Se sospecha Síndrome Hipertensivo del embarazo, y se solicitan exámenes de laboratorio que confirman Preeclampsia severa asociado a HELLP incompleto y trastorno hidroelectrolítico, por lo que se inicia manejo estándar en Unidad de Paciente Crítico.

Al evaluar los antecedentes clínicos de la paciente en conjunto, desde el punto de vista fetal hidrops no inmune, insuficiencia cardiaca, ascitis, derrame pleural y edema placentario, asociado a la clínica materna, que cursa con edema de extremidades inferiores, oliguria,



hiponatremia, hiperkalemia, hipoalbuminemia, anemia dilucional, elevación de Pro - BNP, Insuficiencia Mitral y Tricuspídea leves, se sospecha Síndrome de Ballantyne y se realiza manejo expectante, con mejoría clínica y de laboratorio significativa al 12º día post operatorio.

Conclusiones: En este caso, la asociación de SKTW y Mirror Syndrome demuestra cómo los signos de falla cardíaca, hidrops fetal y edema pueden presentarse en la madre. La hemodilución y edema materno son elementos claves que deben alertar al clínico debido a la asociación de la patología con elevada morbilidad materna – fetal. A pesar de su gravedad clínica, solo existen algunos casos reportados, por lo que la experiencia de manejo es limitada y no se ha identificado el rol de los distintos mediadores inflamatorios en la afección placentaria que explicaría la fisiopatología del compromiso materno.



CARACTERIZACIÓN DE LAS PACIENTES EMBARAZADAS CON DIAGNÓSTICO DE VIH Y SUS RESULTADOS PERINATALES EN EL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO (CABL) DESDE ENERO 2015 A AGOSTO DE 2019

Galaz E (1), Urra K (1), Campo-verde P (2), Cruz D (5), Piñera C (4), Caro G (2)

(1) Médico en formación de especialista Ginecología Obstetricia U. Chile Sede Sur. (2) Gineco-Obstetra Unidad de Medicina materno Fetal Complejo Asistencial Barros Luco. (3) Gineco-Obstetra Unidad de Ginecología Complejo Asistencial Barros Luco. (4) Pediatra e Infectóloga Unidad de Infectología Hospital Exequiel González Cortés.

Introducción: El manejo adecuado de las embarazadas con VIH, según la evidencia científica disponible, es la intervención más costo efectiva para evitar su transmisión a los recién nacidos (RN). El Hospital Barros Luco Trudeau, junto al Hospital de Enfermedades Infecciosas

Lucio Córdova, acogen a las embarazadas con serología VIH (+), existiendo coordinación entre las diferentes instancias de atención, en miras del bienestar del binomio. El objetivo de esta investigación es realizar una caracterización retrospectiva de las gestantes con diagnóstico de VIH que tuvieron su parto en el CABL desde enero de 2015 hasta agosto de 2019.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo. Revisión de registros de auditorías y fichas clínicas de pacientes gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP que tuvieron su parto en el CABL durante el período comprendido entre 01/01/2015 al 31/08/2019. Se extrajeron datos demográficos, uso de TARV, carga viral y CD4, vía del parto, cumplimiento del protocolo de AZT, suspensión de lactancia, resultados perinatales y transmisión vertical.

Resultados: Se identificó un total de 104 partos de mujeres con diagnóstico de VIH (+). Se obtuvo registros de 96 pacientes. La distribución temporal de las pacientes estudiadas correspondió a 10 (10,4%), 20 (20,8%), 14 (14,5%), 47 (49%) y 13 (13,5%) los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, respectivamente. La edad promedio de las pacientes correspondió a 29 años. El 53% (51/96) de las pacientes fueron extranjeras con una distribución temporal de 10% (1/10), 20% (4/20), 64,2% (9/14), 64% (25/39) y 92,3% (12/13) durante los años 2015, 2016, 2017, 2018 y 2019, respectivamente. Del 53% de extranjeras analizadas a lo largo de estos años, el 86,2% correspondió a mujeres haitianas. Un 35,4%



tiene estudios básicos o media incompleta, sólo el 37% completó su educación media y un 12,5% tiene estudios superiores. Un 27% de las pacientes inició el embarazo con diagnóstico conocido de VIH y en un 63% el diagnóstico se realizó durante el embarazo. A las 34 semanas, el 74% presentaba niveles de carga viral menor a 1000 copias/ml. La cesárea electiva fue la vía de parto más frecuente (93,7%). Todos los partos ocurrieron sobre las 35 semanas, con RN vivos con Apgar sobre 7 a los 5 minutos. El protocolo de AZT fue cumplido en un 88,5% (85/96). Se registraron tres casos de RN infectados por TV (3,12%). Un caso el 2017 y dos, el 2018. En el primero se identificó inicio tardío de TARV, con carga viral a término de 8.989 copias/ml. El segundo fue diagnosticado durante el trabajo de parto. En el tercer caso hubo mala adherencia a la TARV.

Conclusiones: En la revisión se observa un aumento progresivo de gestantes portadoras del VIH, semejante a los reportes de prevalencia nacional. El desafío del cambio del perfil epidemiológico de la paciente VIH embarazada hace necesario implementar estrategias que optimicen la adherencia a los controles y tratamientos propios de esta patología



VALIDACIÓN DEL ÍNDICE PROTEINURIA/ CREATININURIA EN MUESTRA AISLADA DE ORINA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE COMPROMISO RENAL EN PATOLOGÍAS DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO EN EL HOSPITAL PADRE HURTADO

Ríos .M.II, Álvarez. J2, Tagle.M.I3, Gomá.I4, Latorre.R5

1 Becado Ginecología y Obstetricia, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. 2,3 Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Alemana-Universidad del Desarrollo. 4 Interno medicina, Facultad de Medicina Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo. 5 Jefe Departamento de Obstetricia, Hospital Padre Hurtado y Facultad de Medicina Alemana-Universidad del Desarrollo.

Introducción: La afectación renal constituye uno de los hallazgos más relevantes en pacientes de alto riesgo obstétrico (ARO), donde

la presencia de proteinuria significativa indicaría enfermedad avanzada lo que se asocia a peor pronóstico perinatal. La prueba de Gold Standard para la detección de proteinuria es la excreción de proteína en orina de 24 horas (P24). Dada la dificultad en la toma de muestra de orina en 24 horas se plantea el uso del índice proteinuria/ creatininuria (IPC), sin embargo existe gran heterogeneidad en la precisión diagnóstica del IPC por lo que es necesario validar esta técnica de forma local. El uso de una prueba más eficiente significaría un rápido diagnóstico para un pronto tratamiento, disminuyendo así la tasa de complicaciones perinatales.

Métodos: Estudio prospectivo observacional, donde se consideró la muestra de orina de 60 embarazadas hospitalizadas en el ARO del Hospital Padre Hurtado entre los meses de Mayo del 2019 y Agosto del 2019 para la determinación de P24 e IPC de cada una de ellas. Se realizó el análisis de área bajo la curva, utilizando las curvas de ROC, para los valores de sensibilidad (S) y especificidad (E) de cada punto de corte del IPC y de este modo determinar su valor de exactitud.

Resultados: Se comparó el IPC calculado en muestra aislada de orina con el Gold Standard encontrando un punto de corte que es 0,3019 con una S 77,78% y E 100%. Los valores predictivos en el punto de corte corresponden a un VPP de 85% y un VPN 96%.



Conclusiones: Nuestro estudio demuestra la exactitud de la prueba (IPC) para el diagnóstico de proteinuria significativa debido a que se obtuvo un área bajo la curva de 0,954, lo que significa que una paciente elegida al azar del grupo de gestantes seleccionadas tendrá un 95.4% de probabilidad de estar asociada con la enfermedad.

El IPC calculado en muestra única de orina es eficaz y puede ser utilizado como alternativa rápida a la P24 disminuyendo así los errores en la recolección de muestra y el intervalo de tiempo entre sospecha y diagnóstico de complicaciones.



PARTO VAGINAL EN EMBARAZO GEMELAR: ¿HAY MÁS RIESGOS?

Hartmann M.1, von Bischhoffshausen S.1, Verdugo M. 4, Honorato M. 2, Tagle I. 3 Latorre R.3

1Becada de Obstetricia y Ginecología, Hospital Padre Hurtado - Clínica Alemana de Santiago, Universidad del Desarrollo. 2Becada Materno Fetal, Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad Alto Riesgo Obstetrico, Hospital Padre Hurtado. 3Departamento de Obstetricia y Ginecología, Unidad Alto Riesgo Obstetrico, Hospital Padre Hurtado. 4Interna de Medicina, Universidad del Desarrollo.

Introducción: A pesar de las investigaciones aún no se ha logrado establecer a cabalidad la vía ideal de nacimiento de los fetos gemelares, falta evidencia de calidad respecto a los estudios publicados hasta el momento (1). Los datos epidemiológicos sugieren que un embarazo gemelar tiene un aumento en la morbilidad y la mortalidad cuatro a seis veces mayor que un embarazo único (2). Lo anterior lleva a una mayor dificultad en la elección de la vía. El objetivo de este estudio fue determinar la seguridad del nacimiento vaginal en embarazos gemelares a través de datos objetivos obtenidos en el posparto inmediato.

Material y método: Realizamos una búsqueda en las bases de datos la maternidad del Hospital Padre Hurtado entre los años 2013 al 2019, evaluando el número de embarazos gemelares, vía del parto y complicaciones asociadas al parto vaginal.

Resultados: El total de embarazos gemelares en el periodo estudiado fue de 284. Se evaluó la vía del parto individualmente por cada recién nacido. El número de partos vaginales durante el periodo fue de 128 recién nacidos, que corresponde a 23.44% de los partos de cada recién nacido proveniente de embarazos gemelares concluidos por esta vía. Se encontró que 10.9% de los segundos gemelos nacidos por vía vaginal tuvieron calificación de Apgar al primer minuto por debajo de 7, comparado con 9,9% de los segundos gemelos nacidos por cesárea. Se encontró que 3.12% de los segundos gemelos nacidos por vía vaginal tuvieron calificación de Apgar a los cinco minutos por debajo de 7, comparado con 4% de los segundos gemelos nacidos por cesárea. Sólo en 3 casos que representan el 2.3% de la muestra el segundo gemelo tuvo que nacer por cesárea de emergencias.

Conclusiones: El parto por vía vaginal del embarazo gemelar no se asocia con una diferencia en los resultados perinatales cuando se realiza con una adecuada evaluación obstétrica previa. El porcentaje de gemelos con puntuación de Apgar tanto al primer minuto menor a 7



como al minuto cinco, no demostró diferencias significativas.

Referencias:

1. Quesnel C., Martínez O., Mendoza D. Parto gemelar ¿es una opción segura? Ginecol Obstet Mex 2011.
2. Barrett J, Ritchie W. Twin Delivery. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2002;16(1):43-56.



Ginecología Oncológica



ENFERMEDAD RESIDUAL POST CONO EN CANCER CERVICO UTERINO MICROINVASOR: IMPORTANCIA DEL MARGEN QUIRURGICO

Cervantes P., Nazzal O., Altamirano R., Suarez E., Acuña M., Rojas J., Solari M. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital San Borja Arriaran., Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: Enfermedades microinvasivas del cuello uterino (insitu, FIGO etapa IA1 y IA2) son tratadas convencionalmente con histerectomía vaginal o abdominal radical después de la confirmación de la profundidad de invasión e invasión linfovascular en biopsia escisional. Aunque en algunos casos la conización podría ser el tratamiento definitivo en pacientes que deseen preservar fertilidad, es fundamental conocer el estado de los márgenes de sección. El objetivo de esta presentación es demostrar el riesgo de enfermedad residual cuando la lesión se encuentra en contacto directo con los bordes del cono.

Métodos: Revisión retrospectiva con análisis de base de datos estadísticos utilizando: fichas clínicas, biopsias y registros de comité Gineco-Oncológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer cervicouterino microinvasor entre diciembre 2014 y agosto 2019. Se tomó como margen positivo el contacto de la lesión directamente con el borde del cono, comparamos resultados de biopsias de conos e histerectomías, fueron excluidos del estudio 4 pacientes: 2 por tratamiento conservador, 1 por diagnóstico incidental y 1 por amputación cervical previa.

Resultados: Se incluyeron 43 pacientes entre 25 y 62 años de edad, con una mediana de edad de 42,6 años, de la unidad de Ginecología-Oncológica del Hospital Clínico San Borja Arriaran, con diagnósticos de cáncer cervicouterino microinvasor: adenocarcinoma insitu, y estadios FIGO IA1 y IA2, tipos histológicos adenocarcinoma y escamoso. 39 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión (biopsia de cono y de histerectomía). 28 (71,7%) pacientes con cáncer escamoso y 11 (28,2%) pacientes con adenocarcinoma. Se encontró que: en el tipo escamoso 75 % tenían enfermedad residual cuando los márgenes del cono eran positivos y 6,25% cuando eran negativos; en el tipo adenocarcinoma 71,42 % tenían enfermedad residual cuando los márgenes del cono eran positivos y 75 % cuando los márgenes eran negativos.



Conclusiones: Los pacientes con márgenes positivos independientemente del tipo histológico tienen mayor riesgo de tener enfermedad residual. Sin embargo, esta situación es claramente más riesgosa en los adenocarcinomas por la multifocalidad e incluso en forma independiente del compromiso de márgenes.



TENDENCIA DE MORTALIDAD POR CÁNCERES GINECOLÓGICOS EN CHILE

Jensen R1, Vera C.2, Donoso E.2, Brañes J.2

1. Residente Programa de Ginecología Oncológica, PUC 2. División de Ginecología y Obstetricia, PUC.

Correo: rafael.jensen.e@gmail.com, jbranes@med.puc.cl

Introducción: Los cánceres ginecológicos se asocian a una alta tasa de mortalidad en nuestro país. Múltiples esfuerzos se realizan para mejorar los tratamientos y disminuir su impacto.

Objetivo: Evaluar la evolución de la mortalidad por cáncer ginecológicos en Chile en los últimos 20 años.

Métodos: Utilizando los datos publicados por el INE para los años 1996 a 2016, se calcularon las tasas de mortalidad ajustadas por edad tomando como referencia la población chilena censada en 2017. Luego, se analizó con un modelo de regresión logística para calcular la tendencia, intervalos de confianza y cambios de tendencia en este período.

Resultados: En cáncer de mama se identificó un descenso progresivo en la tasa de mortalidad de un 0,71% anual (IC -0,9 a -0,5), para el cáncer de ovario de -0,91% anual (IC -1,4 a -0,4) y para los cánceres uterinos un -2,2% (IC -3,3 a -1,0). En cáncer cervicouterino se observa una disminución global de la mortalidad de 3,6% anual (IC -4,6 a -2,7). La mortalidad por cáncer cervicouterino muestra una disminución de 4,28% anual (IC -4,6 a -4,0) hasta el año 2014, pero en los últimos dos años se observa un cambio en la tendencia con un alza de 2,32% anual que no es estadísticamente significativa (IC -7,5 a 13,2).

Conclusión: En todos los tipos de cánceres estudiados se identifica un descenso de las tasas de mortalidad en el período evaluado. La mortalidad por cáncer cervicouterino es la que presenta un mayor descenso, sin embargo, en los últimos años se evidencia un cambio de la tendencia, lo que plantea un signo de alarma para la salud pública nacional.



PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA EN PACIENTE CON NEOPLASIA DE ORIGEN GINECOLÓGICO

Puebla V. (1), Soto J. (3), Altamirano R. (2), Ibacache J. (1), Acuña M. (2), Cervantes P. (2), Nazzal O (2), Solari M. (2), Pincheira E. (2), Suárez E. (2).

(1) Programa Especialidad Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. (2) Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital San Borja Arriarán. (3) Programa Pregrado Medicina, Universidad de Chile.

Introducción: Los pacientes con neoplasias ginecológicas tienen elevado riesgo de presentar eventos tromboembólicos, fisiopatológicamente se encuentra relacionado con los factores descritos por Virchow, como hipercoagulabilidad, daño vascular y estasis venosa. El perfil epidemiológico como la edad avanzada, tabaquismo u obesidad suman riesgo para dichos eventos.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de la prevalencia de la enfermedad tromboembólica en pacientes con neoplasias ginecológicas del Hospital Clínico San

Borja Arriarán, en el período comprendido entre enero 2015 a agosto 2019. Mediante la revisión de la historia clínica de las pacientes descritas en los comités oncológicos ginecológicos de la unidad.

Resultados: Se incluyeron las pacientes con diagnóstico de tromboembolismo desde un año previo al diagnóstico oncológico hasta el momento del diagnóstico o tratamiento. En total se analizaron 30 pacientes. La edad promedio fue de 60 años. El 36,6% presentó trombosis venosa profunda, el 16,6% presentó tromboembolismo pulmonar, el 26,6% presentó trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar concomitantes. Con menor frecuencia, presentaron trombosis en vena porta (6,6%), en vena cava inferior (3,3%) en vena renal (3,3%) y en aorta abdominal (3,3%). En relación al diagnóstico oncológico, el 40% fue por cáncer de ovario, el 26,6% por cáncer de endometrio, el 20% por cáncer cervicouterino, el 6,6% por cáncer de cuerpo del útero, el 3,3% por cáncer de vulva, el 3,3% por cáncer de ovario y endometrio concomitante y el 3,3% por carcinomatosis peritoneal. El porcentaje de pacientes operadas fue de 73,3%, de ellas el 12,9% se realizó linfadenectomía. El 50% de las pacientes recibieron Quimioterapia y 40% Radioterapia.

Conclusión: Del siguiente trabajo se desprende que un porcentaje considerable de pacientes con neoplasia ginecológica presenta enfermedad tromboembólica durante el curso



natural de la enfermedad. Destaca además que en relación al diagnóstico oncológico la mayor proporción se ubica en el cáncer de ovario. Es importante mencionar la importancia de la profilaxis contra la enfermedad tromboembólica, según las recomendaciones de las guías NICE y ERAS. La implementación de las medidas propuestas logra disminuir los eventos tromboembólicos, lo que conlleva a contribuir en una mejor calidad de vida para las pacientes.



TRATAMIENTO Y SOBREVIDA DEL CÁNCER DE CUELLO UTERINO ETAPA IVA, INSTITUTO NACIONAL DEL CÁNCER DE CHILE, AÑOS 2005 - 2015

Berrios M 1, Retamal J 2, Miranda JP 1, Núñez A 3, Torres R 1, Gayan P 3.

1 Oncólogo Medico, 2 Radioterapeuta, 3 Ginecólogo Oncólogo. Instituto Nacional del Cáncer Chile.

Introducción: En Chile, el cáncer cervicouterino ocupa el sexto lugar en las tasas de mortalidad por cáncer en mujeres. El estadio IVA corresponde alrededor del 3% de los casos, se define por la invasión tumoral directa de la mucosa rectal o vesical. El tratamiento es curativo con radio-quimioterapia (QRT). La sobrevida a 3 años es de alrededor de 30% y a 5 años 15%. El objetivo de este estudio fue describir los tratamientos utilizados en cáncer cervicouterino etapa IVA y la sobrevida, en el Instituto Nacional del Cáncer de Chile (INC), entre los años 2005-2015.

Metodología: Estudio descriptivo, pacientes con cáncer cervicouterino etapa IVA que fueron evaluados en INC entre 2005-2015. Se revisaron los registros del comité oncológico y fichas clínicas obteniendo los datos demográficos, clínicos y de tratamiento. Se realizó análisis descriptivo y análisis de sobrevida mediante curva de Kaplan Meier y modelos de riesgo proporcionales de Cox, se recolectaron las observaciones en programa Excel y análisis estadístico con STATA 15.0.

Resultados: Se encontraron 87 pacientes, descartándose 13 por presentar otro diagnóstico, por lo que se analizaron finalmente 74 pacientes. Promedio de edad de 55.2 años IC95%: 51.8 a 58.5, rango 24 a 89 años. 56 (75.6%) histología escamosa. Se encontraron 62 (83.7%) pacientes con compromiso vesical, 8 (10.8%) rectal y 4 (5.5%) ambos. 29 (39,7%) se realizó biopsia para diagnóstico del compromiso rectal o vesical. Se propusieron como tratamiento: 48 (64.9%) radioterapia paliativa, 13 (17.5%) QRT, 9 (12,2%) cuidados paliativos exclusivos, 4 (5.4%) radioterapia exclusiva y. Un total de 49 (66.2%) pacientes recibió el tratamiento propuesto. La sobrevida a 3 años fue de 11.1% (IC95%: 5.2-19.5) y a 5 años de 6.9% (IC95%: 2.3-14.3). En el grupo con compromiso vesical, la sobrevida a 3 años fue de 13.1% (IC95%: 6.1 - 22.8) y a 5 años de 8.2% (IC95%: 3.0-16.7). A 3 años, en el grupo con compromiso rectal no hubo pacientes vivas.



Conclusiones: En pacientes con Cáncer cervico-uterino etapa IVA se debe considerar tratamiento con intención curativa. Los tratamientos propuestos con mayor frecuencia en INC fueron RT paliativa y QRT. La sobrevida encontrada fue inferior a la reportada por la literatura y el compromiso rectal en este grupo es de peor pronóstico.



ESTRATEGIA “VER Y TRATAR”: ALTERNATIVA EFICAZ PARA OPTIMIZAR RECURSOS EN UNA UNIDAD DE PATOLOGÍA CERVICAL

Acuna MJ 1, Ibacache J 2 ,
Cervantes P 3, Solari M 4, Suárez
E 4, Nazzari O 4, Altamirano R 4,
Rojas L 4, Pincheira E 4 , Rojas J
5, Acuña C 6.

1. Ginecoobstetra Hospital Regional de Arica-
Residente Ginecología Oncológica Universidad
de Chile. 2 Residente Ginecología HSBA. 3
Ginecoobstetra Hospital Copiapó- Residente
Ginecología Oncológica Universidad de Chile.
4 Ginecólogo Oncólogo HCSBA. 5 Matrona
UPC HCSBA. 6 Alumna Medicina Universidad
Nacional Andrés Bello

Introducción: El Cáncer Cervicouterino continúa siendo la 4ta neoplasia más común en la mujer. Según datos de GLOBOCAN 2018, a nivel mundial hubo 528.000 casos nuevos. En nuestro país la incidencia estimada es de 12,2 casos x 100.000 mujeres, con una mortalidad de 6,8 X 100.000 mujeres. Estas tasas no son homogéneas a lo largo de todo el territorio

nacional, es así como en la región de Arica y Parinacota observamos las tasas más altas de mortalidad. Un pilar fundamental en el programa Nacional de Cáncer Cervicouterino es el manejo correcto de la citología alterada. El manejo de la Citología de Alto grado consiste en derivar para Colposcopia – Biopsia y luego Conización Cervical según los hallazgos. Esta estrategia denominada de “3 pasos” Tiene tasas de sobretratamiento entre 11 y 35%, definido sobretratamiento como biopsia final en pieza de conización como LIE de bajo grado o menos. Es así como en la década del 80 surge la estrategia “Ver y tratar” (VyT) en donde se realiza diagnóstico y tratamiento en una sola visita. Tratamiento basado en los hallazgos colposcópicos, sin necesidad de estudio histológico previo. Las tasas de sobretratamiento reportadas para esta estrategia varían según los criterios de inclusión, pero cuando se incluyen solo pacientes con citología e impresión colposcópica de alto grado, estas tasas rondan el 11,6%. Similar a las tasas reportadas con la estrategia habitual de 3 pasos.

Materiales y métodos: Se incluyeron todas las pacientes derivadas por citología alterada de Alto Grado entre noviembre de 2018 a julio 2019. Se excluyeron todas aquellas pacientes cuya colposcopia no era concluyente, insatisfactoria o no compatible con lesión de Alto Grado. A aquellas pacientes que tuvieron diagnóstico colposcópico de LIE alto grado, se les ofreció estrategia VyT o estrategia regular, según decisión del médico tratante. Todas las



pacientes firmaron un consentimiento informado especialmente diseñado.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 259 conos, de ellos 198 fueron realizados con la estrategia de 3 pasos y 61 con estrategia VyT. El Porcentaje de concordancia entre colposcopia y resultado histológico final fue de 79% para la estrategia clásica y 93% para la estrategia VyT. Con respecto a sobretratamiento en estrategia 3 pasos fue de un 9%, mientras que para la estrategia VyT fue de 5% (NS $P=0.0635$). No hubo complicaciones en ninguna de las dos estrategias. Subjetivamente las pacientes de la rama “Ver y tratar” se mostraron mas satisfechas.

Conclusiones: Nuestra experiencia arrojó tasas de sobretratamiento similares a las reportadas en la literatura internacional, siendo estas muy bajas y no siendo inferior la estrategia VyT en comparación con la técnica clásica. Esto nos da una ventaja en términos de acortar tiempos entre diagnóstico y tratamiento. Así también tenemos que destacar que al acortar lo tiempos de espera, se puede mejorar la adherencia a tratamiento, dado que cifras internacionales, muestran que hasta un 16% de las pacientes con citología alterada de alto grado no reciben tratamiento dentro de un año. Esta nueva estrategia podría considerarse como una alternativa de tratamiento en poblaciones de alto riesgo de pérdida de seguimiento, tales como población migrante o población con difícil acceso a tratamiento que viven en zonas extremas de nuestro país.



PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL CÁNCER DE OVARIO EN MENORES DE 30 AÑOS EN HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Acosta P. (1), Altamirano R. (2),
Rumante K. (3), Suárez E (4),
Nazzari O.(5)

(3) Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile (1), (2), (4), (5) Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital San Borja Arriarán

Introducción: El cáncer de ovario es la novena causa de mortalidad por cáncer en las mujeres chilenas y está dentro de los tres cánceres ginecológicos más frecuentes. Su importancia radica en que no existe método de screening ni prevención y que su detección se realiza en etapas tardías, por lo que el pronóstico no se ha modificado en el tiempo. Cuando el diagnóstico se realiza en etapas precoces y a menor edad, su pronóstico es mejor. El objetivo es caracterizar los casos de cáncer de ovario en menores de 30 años en Hospital San Borja Arriarán, en cuanto a perfil epidemiológico, anatomopatológico, pronóstico y seguimiento de este grupo de pacientes.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, donde se analizaron un total de 57 cánceres de ovario entre los años 1980 a 2018. Se analizó edad de presentación, tipo histológico, etapa de presentación, tratamiento, pronóstico y seguimiento.

Resultados: Hubo un total de 57 casos de cáncer menor a 30 años, edad promedio de presentación fue de 22,3 años. Los tumores más frecuentes fueron los borderline, 46% (n= 26), de ellos 54% serosos (n=14) y 46% mucinosos (n=12). Del resto de los tumores 54% (n=31), las histologías más frecuentes fueron germinales con un 55% (n=17), epiteliales 36% (n=11) y estromales 9% (n=3). De los germinales, un 59% (n=10) fueron disgerminomas y el resto 41% (n=7) no disgerminomas. De los epiteliales, la mayoría fueron serosos 46% (n= 5), mucinosos 27% (n= 3), células claras 18% (n=2) y mixtos 9% (n=1). De los estromales, el 100% (n=3) fueron del tipo células de sertoli - Leydig.

Con respecto a la etapa de presentación según FIGO, la mayoría se diagnosticó en etapas precoces, 75% (n=43) y sólo un 25% (n= 14) en estadios avanzados. De ellos un 74% (n=32) en estadio IA, 2% (n=1) en estadio IB, 24% (n=10) en estadio IC. No hubo casos en estadio II. En estadio III un 23% (n=13), estadio IIIA 15% (n= 2), estadio IIIB 23% (n=3) y estadio IIIC 62% (n=8). Finalmente en estadio IV un 2% (n=1). Del tratamiento, un 77% (n=44) tuvo tratamiento quirúrgico con posibilidad de preservar fertilidad.



Un 39% (n=22) requirió tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Una paciente falleció, el diagnóstico se realizó en estadio IIIC. El resto de las pacientes tuvieron seguimiento promedio de 82 meses y todos sin evidencia de recidiva hasta la fecha de revisión. Se registró embarazo en un 21% de las pacientes (n=12).

Conclusión: El cáncer de ovario en mujeres jóvenes, se presenta más frecuentemente con histologías menos agresivas y de mejor pronóstico, tal como se describe en la literatura. El diagnóstico se realizó en estadios más precoces de la enfermedad. La tasa de mortalidad es baja y el tratamiento primario fue quirúrgico en este grupo de pacientes, la mayoría con alta probabilidad de preservar fertilidad.



PREVALENCIA DE CÁNCERES SINCRONICOS DE ENDOMETRIO Y OVARIO EN LA UNIDAD DE GINECOLOGIA ONCOLOGICA DEL HOSPITAL SAN BORJA ARRIARAN DEL 2016 AL 2019

Cervantes P., Nazzal O., Altamirano R., Suarez E., Solari M., Acuña M., Ibacache J., Puebla V., Rojas J. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital San Borja Arriaran. Facultad de Medicina Campus Centro Universidad de Chile.

Introducción: El cáncer sincrónico de endometrio y ovario son relativamente poco frecuentes en la población general. Ocurre en 3.1% -10.0% de pacientes con cáncer de endometrio y 10% de pacientes con cáncer de ovario.

Métodos: Revisión retrospectiva con análisis de base de datos estadísticos utilizando: fichas clínicas, protocolos, biopsias y registros de comité Gineco-Oncológicos de pacientes con diagnóstico de cáncer de ovario y endometrio entre febrero 2016 y junio 2019. Solo se

incluyeron pacientes con cáncer sincrónicos de endometrio y ovario sin importar tipo histológico, excluyendo 2 pacientes que presentaban sincronía de cánceres de estructuras anatómicas diferentes en la pelvis.

Resultados: Se analizaron un total de 250 pacientes, 144 con diagnóstico de cáncer de endometrio y 106 pacientes con cáncer de ovario, 10 pacientes con diagnóstico de cáncer sincrónico de endometrio y ovario entre 40 y 81 años de edad con una mediana de 58.1 años. Los síntomas más comunes fueron sangrado genital (80%), dolor con tumor pélvico (10%), incidental (10%). Los carcinomas endometriales se encontraron en etapa FIGO IA 80%, IB 10%, IIIA 10%. Tipo histológico 90% endometriode y 10% mixto (endometriode y células claras). El grado de diferenciación: 80% bien diferenciado, 10% moderadamente diferenciado y 10% poco diferenciado. En cuanto a los carcinomas de ovarios el 80% fueron de origen epitelial (endometriode 30%, seroso 20%, mucinoso 10%, mixtos 20%) y 20% tumores de los cordones sexuales y del estroma (tumor de células de la granulosa). Etapa FIGO IA 50%, IC 10%, IIA 40%. El grado de diferenciación fue 30% bien diferenciados, 30% moderadamente diferenciados, 10% poco diferenciados, 30% no tenían grado de diferenciación. Se encontró una prevalencia de 6.9% de las pacientes de cáncer de endometrio y en 9.4% de las pacientes con cáncer de ovario.

Conclusiones: Al igual que la literatura internacional se encontró que los cánceres



sincrónicos de endometrio y ovario incluidos en este estudio se presentaron en etapa temprana, son bien diferenciados y su prevalencia fue similar. Aunque son poco frecuentes es necesario tener en consideración su existencia.



DERMATOFIBRO-SARCOMA PROTUBERANS VULVAR: REPORTE DE UN CASO CLINICO

Pertossi, E.*; Barriga, MI.; García, K.; Mayerson, D.; Coronado, P.**; Gonzalez, S.; Cuadra, A. División Obstetricia y Ginecología, Anatomía Patológica y Cirugía plástica Pontificia Universidad Católica de Chile

*Residente Ginecología Oncológica Pontificia Universidad Católica de Chile **Residente Obstetricia y Ginecología Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: El dermatofibrosarcoma (DFS) es un sarcoma poco común de tejidos blandos cutáneos. El 85-90% son de bajo grado. En general al diagnóstico no comprometen planos profundos ni presentan metástasis. Es más frecuente en hombres y los reportes en vulva son escasos. El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una paciente con un dermatofibrosarcoma vulvar.

Método: Revisión ficha clínica y revisión de la literatura.

Resultados / Caso Clínico:

Paciente 50 años, nuligesta, sin antecedentes médicos de relevancia, post menopausica sin uso de terapia hormonal. Acude a urgencias por lesión vulvar de rápido crecimiento y genitorragia. Refiere lesión desde hace 1 año, inicialmente de 1 cm. Evaluada por equipo de oncología ginecológica, se observa tumor vulvar de aprox. 20 cm protruyendo desde monte de venus izquierdo, con áreas de hasta 9 cm de solución de continuidad y necrosis, sangrado superficial escaso a moderado y mal olor. Consistencia firme, no se palpan adenopatías inguinales. Tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen y pelvis informa masa sólida vulvar de 12,5 cm. Lateralizada a izquierda de aspecto neoplásico, sin signos de infiltración profunda. TAC de tórax complementario: nódulos pulmonares inespecíficos. Resonancia magnética (RM) describe extensa masa con componente hemorrágico en región vulvar izquierda, sin infiltración de estructuras profundas. Examen bajo anestesia evidencia mayores dimensiones respecto a día anterior, aprox. 25 cm, con áreas de necrosis. Se toma biopsia que informa sarcoma fusocelular de grado intermedio con características de DFS protuberans de la vulva, de variante mixoide. Evaluada en comité oncológico, inicia radioterapia (RT) logrando disminución del tamaño tumoral a 20x15 cm. Se realiza vulvectomía radical con resección amplia de márgenes y resección de ganglio inguinal izquierdo sospechoso. Se utiliza la técnica de Biopsia ultrarápida, dejando herida cubierta con moltopren por 24 hrs en espera



de resultado de márgenes. La biopsia informa margen solo a 5 mm en el borde profundo a las 18 , por lo que se completa cirugía ampliando dicho margen y realizando colgajo de recto abdominal en conjunto con cirugía plástica. A la fecha paciente sin complicaciones mayores ni evidencia de enfermedad.

Discusión: El DFS protuberans de localización vulvar representa <1% de los casos. Tienen crecimiento indolente, es raro el compromiso de linfonodos regionales y metástasis. Tienden a la recurrencia local. En la microscopía se observan células monomórficas de bajo potencial maligno o spindle cells. El 10-20 % puede tener componente sarcomatoso de alto riesgo. La tinción CD34 positiva es la principal herramienta para diferenciar de un dermatofibroma. El 90% tienen translocación T(17;22) en el gen de fusión PDGFB/COL1A1. El tratamiento de la enfermedad local es la exicisión amplia con márgenes o la técnica de Mohs. El mayor predictor de recurrencia son los márgenes de la lesión. Al menos 3 cm. confieren riesgo bajo de recurrencia, el cual es de 50% en cirugía conservadora o excisión simple. RT no se usa como primera línea. Excepciones son los márgenes positivos o cercanamente positivos donde se puede usar como adyuvancia para reducir la recurrencia. En el caso presentado, la ubicación y el tamaño tumoral dificultaban lograr márgenes adecuados por lo que se indicó RT con objetivo de reducir el tamaño tumoral para posteriormente realizar una cirugía de

intervalo, la que se llevó a cabo en conjunto con el equipo de cirugía plástica, logrando un adecuado resultado oncológico y estético.



EXPERIENCIA UC EN GANGLIO CENTINELA EN CÁNCERES GINECOLÓGICOS. REVISIÓN DE LOS PRIMEROS 40 CASOS

Jensen R¹, Mergudich T.², Jara A.¹, García K.³, Orlandini E.³, Majerson D.³, Cuello M.³, Brañes J.³

1. Residente Programa de Ginecología Oncológica, PUC 2. Interna de Medicina, PUC 3. División de Ginecología y Obstetricia, PUC

Correo: rafael.jensen.e@gmail.com, jbranes@med.puc.cl

Introducción: La linfadenectomía pélvica y/o lumboaórtica son procedimientos habituales en oncología ginecológica para la estadificación de cáncer cervicouterino y endometrial. No están exentas de complicaciones a corto y largo plazo. La tendencia en oncología es realizar procedimientos mínimamente invasivos que no comprometan el pronóstico oncológico. La técnica del ganglio centinela (GC) cumple estos objetivos para estos casos.

Objetivo: Revisar la experiencia el Hospital Clínico UC en la detección y capacidad diagnóstica de GC en los primeros 40 casos.

Métodos: Revisión retrospectiva de la ficha clínica, protocolos operatorios e informe de biopsias de los primeros 40 casos operados con GC complementada con linfadenectomía sistemática.

Resultados: De las 40 pacientes evaluadas, 31 pacientes presentaron el diagnóstico de cáncer cervicouterino y 9 cáncer de endometrio. Como método de detección, en 32 pacientes (80%) fue utilizado azul patente, solo tecnecio⁹⁹ en 2 pacientes (5%) y ambas técnicas en 6 (15%). Se operaron 28 pacientes (70%) por vía laparoscópica. En 37 pacientes (92,5%) se identificó ganglio centinela pélvico, en 34 (85%) casos al lado izquierdo, en 33 (82,5%) el derecho y 29 (72,5%) bilateral. En la mayoría de los casos los GC fueron identificados en relación con la arteria iliaca externa, entre arterias iliacas y en fosa obturatriz. En las 67 muestras identificadas como GC, se encontraron linfonodos en las biopsias en 64 (95,5%). En promedio, se extrajeron 1,79 ganglios por muestra (1-7). En ninguna de las pacientes con cáncer cervicouterino se encontraron ganglios positivos. Dos pacientes con cáncer de endometrio presentaron metástasis ganglionares. No hubo casos de falsos negativos en esta serie. No hubo complicaciones quirúrgicas derivadas de la técnica utilizada.

Conclusión: La técnica del ganglio centinela en ginecología oncológica es realizable en el medio nacional, con buena tasa de detección para



evaluar el estado ganglionar y tomar decisiones clínicas. Con la implementación de técnica de ultrastaging se podrá mejorar la sensibilidad.



HISTERECTOMIA RADICAL ABDOMINAL VERSUS MINIMAMENTE INVASIVA EN CANCER CERVICOUTERINO EN EL HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARAN

Ibacache J. 1, Cervantes P. 2,
Rivera C. 3, Puebla V. 1, Acuña.
M 2, Altamirano R. 4, Nazzal O.
4, Suárez E. 4, Solari M. 4, Rojas
L. 4.

1. Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Chile HCSBA. 2. 1. Residente Ginecología Oncológica Universidad de Chile HCSBA. 3. Magister en Inmunología Universidad de Chile 4. Unidad de Ginecología Oncológica HCSBA.

A partir de la publicación del estudio LACC, se produjo un cambio radical en el abordaje quirúrgico del cáncer de cuello, abandonando la técnica minimamente invasiva; Pero a pesar de la calidad metodológica del LACC, se desconocen los resultados locales en la cirugía del cáncer de cuello. El objetivo es conocer y comparar los casos de cáncer de cuello sometidos a cirugía

mediante técnica abierta versus mínimamente invasiva en el Hospital clínico San Borja Arriarán.

Métodos: Estudio retrospectivo; incluidas pacientes con cáncer cervicouterino candidatas a histerectomía radical (IA1 con Invasión linfovascular a IB), tanto abierta como mínimamente invasiva desde entre 2015 y 2018. Datos obtenidos del registro del comité oncológico y ficha clínica. Tabuladas variables demográficas, histológicas y quirúrgicas, así como también el seguimiento a Septiembre de 2019. Datos analizados mediante Test Chi2, T Student y Fischer Test con un intervalo de confianza de 95% y Valor $P < 0,05$.

Resultados: De un total de 37 pacientes, 4 no cumplieron con inclusión debido a data incompleta. 33 pacientes, 9 en el grupo de cirugía abierta y 24 mínimamente invasiva. La media de edad entre grupos fue comparable ($44,7 \pm 3,07$ v/s $47,2 \pm 2,29$; $P = 0,57$), Al igual que la media de estadía hospitalaria ($5,1 \pm 0,5$ v/s $5,0 \pm 0,3$; $P = 0,8$). La cantidad de ganglios obtenidos en la cirugía abierta fue significativamente mayor que en la técnica mínimamente invasiva ($30,8 \pm 3,82$ v/s $19,2 \pm 2,04$; $P = 0,009$), sin diferencias en N° de Ganglios positivos, compromiso de bordes o parametrios. Tampoco hubo diferencias en tamaño tumoral ($24,89 \pm 7,8$ v/s $17,84 \pm 3,11$) ni en Invasión Linfovascular (1 v/s 11; $P = 0,06$). Respecto al resultado posterior, no existió diferencia significativa en adyuvancia ni en recidiva durante el periodo de seguimiento (2 v/s 1; $P = 0,1$).



Conclusión: Este estudio muestra la dominancia de la cirugía mínimamente invasiva previo al lanzamiento del estudio LACC. Demostrando a pesar del pequeño tamaño muestral, diferencia significativa en variables conocidas del resultado oncológico, como el número de ganglios obtenidos. De esta forma se obtuvo un primer acercamiento respecto al resultado oncológico local. El análisis de supervivencia no ha sido posible debido al escaso período de seguimiento, el cual será evaluado en futuros análisis.



RESULTADOS DE BIOPSIAS DE PIPELLE EN PRE Y POSTMENOPAUSICAS EN HOSPITAL CLINICO SAN BORJA ARRIARÁN ENTRE ENERO 2018 Y JUNIO 2019

Oyaneder M., Gutiérrez D., Altamirano R., Solar F. Universidad de Chile, Hospital San Borja Arriarán.

Introducción: El endometrio puede presentar patología focal o difusa, maligna o benigna, y suele manifestarse como sangrado uterino anormal o alteración estructural en la ecotomografía transvaginal. Cualquiera sea el caso, el estudio histológico resulta fundamental si se pretende descartar cáncer de endometrio. La evidencia nacional e internacional disponible señala que la biopsia endometrial ambulatoria es tan sensible y específica (81-88% y 98-100% respectivamente) como la obtenida por la histeroscopia pero de menor costo, simple de efectuar, práctico y con menor frecuencia de complicaciones, por lo que debe ser la primera elección en el estudio histológico del endometrio, cuando se sospecha una lesión difusa.

Métodos: Se revisó la base de datos del hospital donde se incluyeron 361 biopsias

de endometrio que se realizaron en forma ambulatoria en el Hospital Clínico San Borja Arriarán durante Enero 2018 y Junio 2019, se revisó la hipótesis diagnóstica y el resultado de la biopsia aspirativa endometrial (se utilizó cureta Pipelle), dividiendo a la población en premenopáusicas y postmenopáusicas según la edad promedio en Chile (50 años). Se tomaron biopsias a las premenopáusicas con falla de tratamiento de primera línea o con factores de riesgo. Se excluyeron a dos pacientes, una preparación endometrial previa a tratamiento in vitro y un estudio de síndrome paraneoplásico.

Resultados: De un total de 361 pacientes, 177 eran premenopáusicas (49%) y 184 (51%) correspondían a postmenopáusicas. Las causas por las que se realizó biopsia en las premenopausicas fue principalmente por SUA en un 80%, engrosamiento endometrial 18%, mioma 13,5% y pólipo endometrial en un 6,2%. La muestra fue insuficiente en el 5%, normal (endometrio secretor o proliferativo) en el 29,3%, atrofia endometrial 11,8%, metaplasia tubaria 7,3%, pólipo endometrial 27,1%, hiperplasia sin atipias 12,4%, endometritis crónica 4% y cáncer endometrial 2,8%. En las postmenopáusicas, los principales diagnósticos fueron: sangrado anormal (71%), engrosamiento endometrial (35%), sospecha de mioma (3,8%) y sospecha de pólipo endometrial (6,5%) y los resultados de la biopsia Pipelle fueron: insuficiente en el 13% de las muestras, normal 11,4%, atrofia endometrial 21,7%, endometrio con metaplasia tubaria 16,3%,



pólipo endometrial 16,8%, hiperplasia simple sin atipias 10,3%, endometritis crónica 3,2%, cáncer endometrial 6,5% y un caso de metástasis de un cáncer de mama.

Conclusiones: La biopsia aspirativa de endometrio es una herramienta útil en el estudio de las pacientes con sangrado uterino anormal, ya sea en premenopausicas seleccionadas o postmenopausicas, permitiéndonos aumentar la precocidad y la cobertura diagnóstica del cáncer de endometrio, constituyendo un excelente método de pesquisa o descarte de patología endometrial difusa.



TUMOR DE OVARIO BORDERLINE. CONCORDANCIA ENTRE BIOPSIA CONTEMPORÁNEA Y BIOPSIA DEFINITIVA

Undurraga R, Torres P, Blanco S, Loader D, Nuñez M, Rivera P, Sanhueza D. Hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile

Introducción: Los tumores del ovario Borderline (BOT) son un grupo de lesiones neoplásicas de origen epitelial del ovario que presentan características de tumores malignos pero sin invasión del estroma y se caracterizan por tener un sorprendente buen pronóstico. Representa el 10 al 15% de los tumores epiteliales del Ovario y se clasifican histológicamente en 6 subtipos. La biopsia contemporánea o “rápida”, durante la cirugía, muchas veces los identifica incorrectamente. Diferentes estudios que evaluaron la concordancia diagnóstica entre la biopsia contemporánea y la biopsia definitiva postulan una concordancia diagnóstica general de 67,1%. La biopsia contemporánea, a pesar de ser un método diagnóstico deficiente, sigue determinando la conducta quirúrgica. El objetivo del estudio es evaluar la concordancia diagnóstica en nuestro centro hospitalario. Este estudio se basa en el mayor número de BOT descritos en Chile hasta la fecha.

Material y métodos: Se realizó un estudio analítico observacional, retrospectivo de corte transversal de las biopsias rápidas y definitivas de tumores anexiales contenidas en la base de datos de anatomía patológica del Hospital Padre Hurtado con diagnóstico de BOT durante los años 2010 y 2018. El análisis estadístico y de concordancia se realizó mediante la tabla de contingencia con Test de Kappa utilizando software Stata/IC 15.0 (StataCorp LP, USA) con una significancia de $p < 0,05$.

Resultados: Se revisaron 4.546 informes de biopsias durante los años 2010 y 2018. El número total de BOT son de 69, correspondientes al 42,33% (69/163) de los tumores malignos de ovarios. El promedio de edad de las pacientes con BOT fue de 48 años (17 a los 72 años), un 27% fueron menores de 40 años y un 73% sobre los 40 años. De los BOT, el tipo Seroso correspondió al 56,52%, el Mucinoso al 40,57% y el Endometroide, al 2,8%. No se observaron otros subtipos. El estudio de concordancia entre la biopsia contemporánea y definitiva para BOT identificó una concordancia diagnóstica “aceptable” de 51,43% con un índice de Kappa de 0,2715 ($p < 0,0001$). Se evaluó específicamente la concordancia para BOT Seroso resultando un 75,71% con un índice de kappa de 0,5143 ($p < 0,000$) concordancia “moderada” y una concordancia para BOT Mucinoso de 65,71% con un índice de Kappa de 0,2398 ($p < 0,0222$) concordancia aceptable.



Conclusiones: Los tumores Borderline corresponden a un gran porcentaje dentro de los tumores malignos del ovario, siendo el subtipo Seroso el más común. La concordancia entre biopsia contemporánea y definitiva va entre aceptable y moderada por lo que se recomienda siempre esperar el diagnóstico definitivo de BOT con su tipo y variantes histológicas. Finalmente, se concluye la necesidad de mejorar el diagnóstico preoperatorio de BOT utilizando nuevas tecnologías en imágenes y programas estadísticos en la predicción de riesgo de BOT, y de esta forma contar con la mayor información para el análisis por patólogo en la biopsia contemporánea.



DETECCION DE VIRUS PAPILOMA HUMANO DE ALTO RIESGO EN POBLACION CON PAP ATIPICO DEL AREA NORTE DE SANTIAGO Y SU CORRELACION HISTOLOGICA

Figuroa, F.2; Núñez, A.1,2; Agurto, L.2; Muñoz, O.2; González, F.1; Gayan, P.2; Tevah, T.1

1 Ginecología, CDT Hospital San José.

2 Ginecología oncológica, CR cirugía, Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: La detección de virus papiloma humano en cuello uterino existe desde hace más de 1 década y su desarrollo y aprobación la han puesto dentro de los algoritmos de trabajo para la pesquisa precoz del cáncer de cuello uterino en múltiples guías clínicas. Su utilidad en el sub grupo de pacientes con citología cervical alterado de tipo ASC-US (atípico) ha sido validada y su objetivo es diferenciar a aquellas pacientes que presentan mayor riesgo de tener lesiones intraepiteliales de alto grado.

Objetivo: Determinar la presencia de virus papiloma humano de alto riesgo en pacientes

derivadas desde atención primaria a la unidad de patología cervical del Hospital San José por presentar consecutivamente dos PAP alterado de tipo atípico y correlacionar este resultado con el diagnóstico histológico guiado por colposcopia.

Pacientes y métodos: Se reclutaron pacientes derivadas a la unidad de patología cervical del hospital San José las cuales presentaban dos PAP atípico consecutivos en atención primaria. Junto al manejo habitual de Colposcopia y biopsia se realizó genotipificación VPH COBAS 4800®. consistente en un análisis de PCR viral, que informa presencia de VPH 16, presencia de VPH 18, presencia de otros VPH (31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68) o negativo para infección por VPH de alto riesgo. Las pacientes fueron manejadas según norma y protocolos ministeriales. Resultados: Se incluyeron 119 pacientes. El 77% (92) de las pacientes evaluadas dio positivo para detección de virus papiloma humano de alto riesgo, dentro de las cuales 40 son positivas para VPH 16; 8 son positivas para VPH 18 y 44 son positivas para otros VPH de alto riesgo (no 16, no 18). De las pacientes positivas para VPH de alto riesgo, al ser biopsiadas, un 40% presentó lesiones intraepiteliales de alto grado, un 48% presentó lesiones intraepiteliales de bajo grado y una paciente presentó un cáncer de cuello uterino. De las 27 pacientes negativas para infección por virus papiloma humano de alto riesgo solo 3 (11%) al ser biopsiadas presentaron lesiones intraepiteliales de alto grado.



Conclusiones: La prevalencia de virus papiloma humano de alto riesgo en pacientes con PAP atípico es mayor a la descrita en la literatura, pero su correlación con lesiones preneoplásicas de alto grado se mantiene similar a lo descrito, encontrando solo 2 pacientes (11%) con NIE 2. Esto permite la utilización de este examen para estratificar pacientes por riesgo e implementar algoritmos de manejo seguros y costo efectivos en la prevención del cáncer de cuello uterino.



CORRELACION CLÍNICO PATOLÓGICA DE LAS PACIENTES SOMETIDAS A CONIZACION CON ASA ELECTROQUIRURGICA EN UN HOSPITAL DE CONCEPCIÓN. ANÁLISIS DEL PERIODO 2017-2018

(1)Malpica .S(2)Venegas F.C(3) Silva.L

1.Médico Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción 2.Interno de Medicina Universidad de Concepción 3.Interno de Medicina Universidad de Concepción

Introducción: La Conización del Cuello Uterino, es un procedimiento que se practica para extirpar una porción del Exocervix y Endocervix, su amplitud dependerá de la anatomía cervical, extensión de la lesión, penetración en el canal cervical, sospecha de invasión y grado de la lesión. Hoy en día tiene un lugar importante como método diagnóstico y terapéutico superando tratamientos destructivos (Láser y Criocirugía) por el rescate del tejido para confirmación del diagnóstico. El cáncer cervicouterino, es una alteración celular que se manifiesta en sus

inicios con lesiones precursoras de lenta y progresiva evolución. Se estima que el cáncer cérvico uterino causa alrededor de 500 000 muertes al año en el mundo. Esta enfermedad es, después del cáncer de mama, la que afecta con mayor frecuencia a la mujer; su evolución depende del diagnóstico precoz. En Chile la incidencia es de 14,6 por 100000 habitantes; y cada año se diagnostican 1279 casos nuevos.

Objetivo: Analizar los resultados histológicos obtenidos de la conización en mujeres con lesiones cervicales. Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva con 384 pacientes que fueron sometidas a conización cervical en un Hospital de Concepción, entre el 2017 y abril de 2019. Las variables evaluadas fueron: diagnóstico citológico, o colposcópico; diagnóstico histológico y edad de las pacientes.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo, se evaluó la frecuencia absoluta y relativa porcentual. Análisis de base de datos de pacientes sometidas a Conización entre los años 2017- 2018.

Resultados: Del total de pacientes a quienes se les realizó Conización cervical (n=875); el 3,77%(n=33) ingresaron con diagnóstico colposcópico de Nie I, de los cuales el 51,5% (n=17) tuvieron confirmación histológica del NIE I, y el 33,3% (n=11) tuvieron resultado histológico NIE II, el 18,1% n=6 tuvieron resultado histológico NIE III; 26,6%(n=233) ingresaron con diagnóstico NIE II de los cuales el 54% se confirmó el



diagnóstico histológico de NIE II (n=126); el 38%(n=333) ingresaron con diagnóstico Nie III de los cuales en el 82%(n=276) se confirmó el diagnóstico y el I, 4,5%(n=40) con disrelación colpocitohistológica de las cuales el 30% tenían NIE I. El resto se repartían entre pap atípico, pap adenocarcinoma, y pap carcinoma escamoso.

Conclusión: Se concluye que el pap en su mayoría tiene concordancia con el resultado histológico del Cono D, también se observa en nuestra población de pacientes una alta prevalencia de lesiones de Alto grado Nie II, Y Nie III.: Se obtuvo una relación significativa entre las displasias como diagnóstico citológico y el nie III, así como entre las lesiones del cuello por colposcopia y las displasias; Se concluyó que la conización del cérvix es una técnica quirúrgica efectiva para el diagnóstico y la terapéutica de las afecciones del cuello uterino.



MANEJO QUIRURGICO DE CANCER CERVICO UTERINO, COMPARACION ENTRE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA VERSUS CIRUGIA ABIERTA

Drs Puga O, Pérez MV, Urzúa M, Pertossi E, Retamales J. Unidad de Ginecología Oncológica Hospital Dr Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile

El tratamiento del cáncer de cuello uterino en etapas iniciales es quirúrgico, siendo la histerectomía radical con linfadenectomía pelviana bilateral la recomendación habitual. En los últimos años, hemos implementado la cirugía laparoscópica para el tratamiento de las pacientes. En esta publicación presentamos nuestra experiencia inicial.

Objetivos: Comparar la eficacia, seguridad y resultados oncológicos entre cirugía radical de cuello uterino por vía laparoscópica y abierta.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y análisis estadístico de fichas clínicas y reportes de anatomía de patológica, de pacientes

con indicación quirúrgica de cáncer cérvico uterino entre 2012 y 2018 en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Dr Sótero de Río.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se indicaron 118 cirugía radicales de cuello uterino, en 4 pacientes embarazadas se realizó cesárea seguida de histerectomía radical, 4 traquelectomías radicales laparoscópicas, en 7 pacientes por hallazgo de ganglios positivos pelvianos se realizó linfadenectomía para aórtica y se abandonó la histerectomía y en 4 pacientes no se encontraron registros. Se analizaron 99 casos clínicos, 50 cirugía abierta y 49 laparoscópicas. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, patología asociada, tipo histológico y estadio clínico. En dos pacientes se requirió conversión a laparotomía. No hubo diferencias estadísticas al analizar la sobrevida global, los índices de masa corporal, el número de ganglios resecaados (17 vs 16) y el tiempo operatorio. La indicación de terapia adyuvante fue similar 36 vs 42%. Las complicaciones debidas a la cirugía fueron similares, 2 lesiones de vía urinaria, una de intestino y un hematoma infectado para el grupo de laparoscopía. Tres lesiones de vía urinaria, 3 infecciones de herida operatoria, dos dehiscencias de herida operatoria y una lesión de nervio obturador para el grupo de laparotomía. Las pacientes operadas por vía mínimamente invasiva recibieron menos analgésicos opioides y la recuperación fue más rápida. Hubo diferencias significativas en la estimación de pérdida



sanguínea al comparar cirugía laparoscópica y abierta 136 vs 326 ml ($p = 0.001$) y el tiempo de estadía post operatoria 90 vs 127 horas ($p = 0,001$)

Conclusiones: Como tratamiento quirúrgico para las pacientes de cáncer de cuello uterino la cirugía radical por vía mínimamente invasiva presenta igual eficacia terapéutica que la cirugía radical por vía abierta, sin embargo, la cirugía laparoscópica presenta algunos beneficios comparativos como menos pérdidas sanguíneas operatorias, menor estadía hospitalaria y recuperación más rápida. Se necesita mayor tiempo de seguimiento para evaluar y comparar sobrevida.



CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA EN LA UNIDAD DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN

Puebla V. (1), Espinoza C. (1),
Altamirano R. (2), Ibacache J.
(1), Acuña M. (2), Cervantes P.
(2), Nazzal O (2), Solari M. (2),
Pincheira E. (2), Suárez E. (2).

(1) Programa Especialidad Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. (2) Servicio de Ginecología Oncológica, Hospital San Borja Arriarán

Introducción: La cirugía laparoscópica constituye una herramienta útil en cuanto a una mejor visualización quirúrgica, recuperación postoperatoria más rápida, menos complicaciones y mejores resultados cosméticos. El objetivo de esta revisión es presentar la experiencia quirúrgica en el manejo laparoscópico de las neoplasias ginecológicas de nuestra unidad.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las cirugías laparoscópicas realizadas en la unidad de Ginecología oncológica del Hospital clínico

San Borja Arriarán, en el período comprendido entre el 17 de julio 2012 al 25 de julio 2019. Mediante la revisión de protocolos operatorios y clasificación de información de las pacientes sometidas a los procedimientos quirúrgicos.

Resultados: Se analizaron en total 231 cirugías laparoscópicas durante el período de revisión. La edad promedio fue 51 años. De las intervenciones quirúrgicas, el 39,8% fue por patología anexial, el 33,3% por patología endometrial, el 21,2% por patología del cuello o cuerpo uterino y el 6% por carcinomatosis peritoneal. La técnica de entrada más utilizada fue por técnica de Palmer en un 74,4%, en segundo lugar por técnica abierta de Hasson en un 14,7%, y menos frecuente en región umbilical en un 7,7%.

Los procedimientos quirúrgicos fueron clasificadas según el Sistema de clasificación de la Sociedad Europea de Endoscopia Ginecológica (ESGE). Se operaron 25 cirugías de nivel 1, 64 de nivel 2, 90 de nivel 3 y 51 de nivel 4. De este último nivel, hubo 48 procedimientos oncológicos (Histerectomía radical hasta septiembre 2018, linfadenectomía, suspensiones ováricas). En total, hubo 68 procedimientos oncológicos (lo anterior más Histerectomía total con anexectomía bilateral, ganglio centinela, Omentectomía, Anexectomía, Biopsia implantes peritoneales y muestreo peritoneal.

La conversión a laparotomía se produjo en 20 casos (8,6%), debido a síndrome adherencial



severo (9 casos), sangrado (4 casos), técnica laboriosa (4 casos), rexis vesical (2 casos), sospecha de lesión uréter (1 caso). En 8 casos fue necesario agregar una minilaparotomía para extracción de pieza operatoria.

Hubo un 4,3% de complicaciones. En orden de frecuencia: 4 rexis vesicales, 3 sangrados que requirieron conversión a laparotomía para hemostasia, 2 desgarro de serosa de colon.

Conclusión: El papel de la cirugía mínimamente invasiva en nuestro centro genera una ventaja para las pacientes. Se demuestra una baja tasa de complicaciones y conversión, disminuyendo la morbilidad que conlleva una cirugía oncológica ginecológica, constituyendo una buena opción terapéutica.



COMPARACIÓN ENTRE CIRUGIA MINIMAMENTE INVASIVA Y ABIERTA EN EL MANEJO DEL CÁNCER DE ENDOMETRIO

Drs Puga O, Pérez MV, Urzúa M, Pertossi E, Retamales J. Unidad de Ginecología Oncológica, Hospital Dr Sotero del Rio, Pontificia Universidad Católica de Chile

Historicamente, el tratamiento para el cáncer de endometrio en nuestro hospital se ha realizado por cirugía abierta. Ante la evidencia actual del beneficio de la cirugía mínimamente invasiva en estas pacientes, iniciamos en nuestra unidad el desarrollo de la cirugía laparoscópica como tratamiento, independiente de la histología y estadio.

Objetivos: Comparar la eficacia, seguridad y resultado oncológico entre cirugía abierta y laparoscópica en pacientes con cáncer de endometrio.

Metodos: Se realizó un estudio retrospectivo de las pacientes operadas por cáncer de endometrio entre el año 2015 y 2018 en la Unidad de Ginecología Oncológica del Hospital Dr Sotero del Rio. Se analizaron fichas clínicas,

reportes de anatomía patológica y se realizaron estudios estadísticos.

Resultados: Durante el periodo de análisis fueron operadas 145 pacientes, de las cuales 61 (42%) fueron por laparotomía y 84 (58%) por laparoscopia. Ambos grupos fueron similares al comparar edad, motivo de consulta, menopausia, uso de terapia de reemplazo hormonal, patología asociada, histología y estadio quirúrgico. Seis pacientes del grupo de laparoscopia requirieron conversión a laparotomía por síndrome adhesional severo y en siete pacientes se realizó reestadiaje laparoscópico. En 25 pacientes del grupo de laparotomía se realizó estadiaje completo (linfadenectomía pelviana bilateral, para aórtica y/o omentectomía) y en 37 del grupo laparoscópico. No hubo diferencias al analizar el índice de masa corporal promedio de las pacientes 30 vs 32, el número de ganglios resecaados pelvianos 16 (3-36) vs 18 (6-47) y para aórticos 9 (2-22) vs 8 (1-15). El tiempo operatorio fue similar 179 vs 192 minutos. Veinte y siete pacientes requirieron terapia complementaria en el grupo de cirugía abierta vs 25 en laparoscopia. Las pérdidas sanguíneas estimadas fueron significativamente menores al comparar vía laparoscópica 106 ml vs abierta 265 ml ($p < 0,005$). Los días de hospitalización también fueron significativamente menores para el grupo de cirugía mínimamente invasiva ($p < 0,005$). Las pacientes operadas por laparoscopia recibieron menos analgésicos, opioides y su recuperación fue más rápida.



Complicaciones: para el grupo de laparotomía hubo 2 pacientes con infección y dehiscencia de herida operatoria y una muerte por tromboembolismo pulmonar al cuarto día post operatorio. En el grupo de laparoscopia hubo 3 lesiones de vía urinaria, un paro cardio-respiratorio recuperado al finalizar la anestesia, una hernia incisional y una dehiscencia de cúpula vaginal.

Conclusiones: El cáncer de endometrio operado por vía mínimamente invasiva es eficiente y seguro independiente del estadio quirúrgico y tipo histológico. La cirugía laparoscópica es comparable a la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer de endometrio, teniendo como ventajas menos pérdidas sanguíneas, recuperación más rápida y alta precoz. Importante será evaluar calidad de vida post cirugía y sobrevida a largo plazo.



RELACIÓN ENTRE BIOPSIA ASPIRATIVA DE ENDOMETRIO Y DE PIEZA QUIRÚRGICA EN 14 CASOS DE CÁNCER DE ENDOMETRIO EN HCSBA

Gutiérrez D., Oyaneder M.J,
Altamirano R., Solar F. Univer-
sidad de Chile, Hospital Clínico
San Borja Arriarán (HCSBA).

Introducción: El cáncer de endometrio es el tercer cáncer ginecológico en frecuencia en Chile. Se presenta en un 70-80% en pacientes postmenopáusicas y 20% en pacientes menores de 50 años. El síntoma cardinal es el sangrado uterino que se presenta hasta en el 90% de las pacientes y, por otra parte, el 10% de las pacientes con sangrado uterino en la postmenopausa será por cáncer. El diagnóstico histológico se puede realizar en forma ambulatoria con la biopsia aspirativa de endometrio, que tiene una sensibilidad de un 80-88% con especificidad 98-100%, de menor costo y con mejor accesibilidad que la histeroscopia.

Métodos: Estudio retrospectivo que utilizó la base de datos del Hospital San Borja Arriarán

de Enero 2018 a Julio 2019 con 361 biopsias aspirativas de endometrio. Se incluyeron 14 biopsias aspirativas de endometrio (con cureta de Pipelle) informadas como cáncer endometrial. Se revisó posteriormente la biopsia de la pieza quirúrgica y se compararon ambos resultados. Se excluyeron los casos en donde no se obtuvo la biopsia definitiva (3 casos).

Resultados: De las 361 biopsias aspirativas de endometrio realizadas durante ese periodo, 17 muestras correspondían a cáncer (4,7%), de las cuales 14 cumplieron criterios de inclusión. Edad promedio fue de 59 años (entre 30 y 78 años). Los catorce casos fueron luego confirmados con la biopsia definitiva de la pieza operatoria (valor predictivo positivo 100%). Diez casos correspondieron a adenocarcinoma endometrioide bien diferenciado G1, de los cuales solo el 50% fue informado como G1 en la biopsia definitiva y el otro 50% correspondió a moderadamente diferenciado G2. En tres casos el resultado de la biopsia aspirativa correspondió a adenocarcinoma endometrioide G2, los que se confirmaron posteriormente con la biopsia definitiva. Un caso fue inicialmente informado como sugerente de neoplasia por la biopsia aspirativa, correspondiendo a un carcinoma seroso de alto grado.

Conclusiones: Este estudio corrobora la alta sensibilidad y especificidad de la biopsia aspirativa (descrita internacionalmente) para el diagnóstico de cáncer de endometrio en nuestra población de riesgo.



RESULTADO ANATOMOPATOLÓGICO DE PAPANICOLAU SUGERENTE DE ATIPÍA GLANDULAR, DERIVADOS A LA UNIDAD PATOLOGÍA CERVICAL DEL HOSPITAL LAS HIGUERAS

Zapata N.1; Romo J.2; Sáez F.2;
Samur G.2; Valenzuela I.2

1 Médico Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de Concepción, Hospital Las Higueras. 2 Interna/o de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Introducción: En Chile, el Cáncer Cervicouterino (CaCu) es la sexta causa de muerte por cáncer en mujeres, y la primera entre 30-50 años. El método de screening es el Papanicolaou (PAP). En los resultados atípicos, el tipo glandular reporta la menor sensibilidad. Por ello, parece adecuado conocer cuántos PAP sugerentes de atipía glandular ingresan a Unidad de Patología Cervical (UPC) del Hospital Las Higueras de Talcahuano (HHT), y sus resultados histopatológicos. El objetivo de este trabajo es conocer el resultado del estudio de pacientes con PAP atípicos glandulares derivadas a UPC del HHT, en período 2007-2017.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de corte transversal. Se utilizó la base de datos del programa UPC del HHT, la población objetivo son las pacientes derivadas por PAP glandulares atípicos (H3-H4), en periodo 2007-2017, a las cuales se les realizó biopsia dirigida por colposcopia y luego se comparó el resultado.

Resultados: De un total de 3650 citologías ingresadas, un 11,6% (422) correspondía a PAP atípico glandular; de ellas, un 89,6% (378) correspondían a H3 y 10,4% (44) a H4. Del total de los PAP con atipía glandular, un 20,1% resultó sano; de los patológicos un 39,2% (132) resultó positivo para displasia o malignidad, siendo de éstos un 18,2% (24) una neoplasia invasora. De los H3 un 21,4% (81) resultó sano; de los patológicos un 36% (107) resultó positivo para displasia o malignidad, siendo de éstos un 15,9% (17) una neoplasia invasora. De los H4 un 9,1% (4) resultó sano; de los patológicos un 62,5% (25) resultó positivo para displasia malignidad, siendo de éstos un 28,0% (7) una neoplasia invasora. El valor predictivo positivo (VPP) para displasia o malignidad del PAP H3 fue de 28,3% y el del H4 un 56,8%.

Conclusiones: De todos los PAP, el H4 mostró un VPP para patología sospechosa o maligna del doble que el H3, por lo que debe tener mayor sospecha; pese a lo cual, sigue siendo alto el de H3, por lo que toda paciente requiere un estudio anatomopatológico posterior, para disminuir así la progresión y lograr un



tratamiento y curación precoz.

Palabras clave: Papanicolaou, Atipia glandular, Cáncer Cervicouterino.



ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTI NMDA-R ASOCIADA A TERATOMA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Collao E1, Bravo M2, Bravo P3

1. Interno de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile 2. Residente de Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios 3. Ginecología, Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San Juan de Dios

Introducción: Las encefalitis corresponden a un conjunto heterogéneo de enfermedades producidas por una inflamación del encéfalo. Dentro de sus causas no infecciosas (las menos frecuentes), destacan la paraneoplásica, por RAM y autoinmune. La encefalitis por anticuerpos anti NMDA-R (N-Methyl-D-Aspartate Receptor) constituye un síndrome clínico característico que incluye síntomas psiquiátricos, disfunción autonómica, EEG anormal y LCR alterado. Si bien el 50% de los casos su etiología es idiopática, en numerosos estudios internacionales se ha descrito asociación de esta encefalitis con la presencia de teratomas.

Desarrollo del caso: Paciente de sexo femenino de 19 años de edad, sin antecedentes mórbidos, previamente autovalente, inicia cuadro en noviembre del 2018 caracterizado por compromiso de conciencia con recuperación ad integrum. Consulta en servicio de urgencia del HSJD, donde se descarta compromiso neurológico con TAC de cerebro sin hallazgos, dándose de alta. Posteriormente reconsulta a urgencias en diciembre 2018 por insomnio, desorientación temporoespacial y disartria. AngioTAC de cerebro sin hallazgos. Por lo anterior se hospitaliza. Evoluciona tórpidamente, con tendencia a taquicardia e hipertensión. Se realiza PL: Líquido claro, GB: 10, predominio mononuclear, proteínas normales. PCR VHS 1 y 2 (-), VDRL en LCR (-), VIH y VDRL no reactivos. Se sospecha encefalitis infecciosa, iniciando tratamiento con Ceftriaxona, ampicilina y aciclovir, sin mejoría. RNM cerebro: Sin hallazgos patológicos. EEG: ritmo de base de predominio beta, actividad paroxística bilateral asimétrica. Dado deterioro clínico y exclusión de infección, se inician bolos de metilprednisolona e Ig EV por sospecha de origen autoinmune. Se traslada a UCI, donde se realiza TAC T-A-P en búsqueda de neoplasia que muestra lesiones ováricas bilaterales, ambos con características de teratomas. Se realiza Tumorectomía bilateral precoz. Biopsia diferida confirma teratomas ováricos bilaterales maduros. Anticuerpos anti-NMDAR (+) en suero y LCR. Se inicia tratamiento con Inmunoglobulinas EV. Por lenta evolución neurológica se inicia de



Inmunoterapia de segunda línea (Rituximab).
Tras 3 meses de evolución con recuperación lenta pero franca en UCI, se da de alta en Marzo del 2019.

Discusión: La encefalitis autoinmune por Ac anti-NMDA-R es una enfermedad recientemente descrita en la literatura internacional. Destaca asociación a teratomas (+90% ováricos), la mayoría maduros. No se cuenta con evidencia de buena calidad para establecer un manejo estandarizado. La mayoría de los trabajos considera 3 alternativas terapéuticas: cirugía aislada, inmunoterapia aislada, o ambos. Esta última opción figura como aquella con mejor resultado funcional y menor mortalidad a largo plazo, aunque con mejoría clínica en plazo de 6 meses a 2 años post tratamiento. Como predictores de buen pronóstico, se han establecido: el tratamiento precoz (incluyendo resección tumoral), los síntomas menos severos (ausencia de ingreso a UCI) y el uso de inmunoterapia de 2da línea.



LESIONES NEOPLÁSICAS INTRAEPITELIALES CERVICALES EN PACIENTES MENORES A 19 AÑOS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL BARROS LUCO

Castro I. (1), Donoso D. (1),
Caro G.(2)

(1)Médico en formación de especialista Ginecología-Obstetricia Universidad de Chile, Sede Sur (2)Ginecología-Obstetricia Complejo Asistencial Barros Luco (CABL)

Introducción: Durante la adolescencia existen factores sociales y biológicos que condicionan un mayor riesgo de adquirir infecciones por HPV. En la mayoría de los casos esta infección es transitoria, y el sistema inmune se encarga de eliminarla. Sin embargo, en un pequeño porcentaje, estas infecciones se hacen persistentes y se manifiestan como lesiones asociadas al HPV. El objetivo de este trabajo es caracterizar a la población de menores de 19 años con Neoplasias intraepiteliales evaluadas en la Unidad de Patología cervical del CABL.

Materiales y métodos: Revisión de base de datos de Unidad de Patología Cervical (UPC) del Complejo Asistencial Barros Luco (CABL) (1993-2013) con identificación de casos de neoplasia intraepitelial cervical en menores de 19 años y revisión de fichas correspondientes. Se realizó una caracterización demográfica y de factores de riesgo: edad de inicio actividad sexual, tabaquismo y número de parejas sexuales; síntomas de consulta, grado de neoplasia intraepitelial, número de controles, adherencia a seguimiento y tratamiento.

Resultados: Se identificó 17 pacientes menores de 19 años con diagnóstico de neoplasia intraepitelial cervical controladas en UPC CABL, analizando en total 13 fichas. El promedio de edad de las pacientes evaluadas correspondió a 16 años (14-18), con un índice de masa corporal promedio de 23,7 (21-25). Se describe como edad de inicio de actividad sexual promedio 14,2 años (10-16), un 61,5% declara tabaquismo y un número de parejas sexuales en promedio 2,5 (1-7). Los síntomas de consulta se describen como: dispareunia: 4/13 (30,77%), flujo vaginal: 4/13 (30,77%), sinusorragia: 3/13 (23,08%), genitorragia: 2/13 (15,38%), dolor pélvico: 2/13 (15,38%) y baja de peso: 2/13 (15,38%). La distribución en la clasificación de las lesiones intraepiteliales (NIE) correspondió a NIE I: 7/13 (53,85%), NIE II: 2/13 (15,38%), NIE III: 1/13 (7,69%). Otros: 4/13 (30,77%). El número de controles promedio en la UPC fue de 6 y hubo un 54% de abandono de los controles (7/13). Se dio de alta al 46% (6/13)



de las pacientes. Un 39% (5/13) correspondió a pacientes embarazadas al momento de la derivación. El tratamiento en las pacientes se distribuyó en la siguiente forma: cono: 5/13 (38,46%), cono y legrado: 2/13 (15,38%), recono: 1/13 (7,69%) y crioterapia: 3/13 (23,08%).

Conclusiones: Las neoplasias intraepiteliales cervicales en la adolescencia son de baja prevalencia, siendo la realidad de la población descrita coincidente con las características expuestas en la literatura. La implementación del programa nacional de vacunación HPV está dirigido a terminar, entre otras, con la población descrita en este estudio.



ADENOCARCINOMA DE DESVIACIÓN MÍNIMA, UNA ETIOLOGÍA POCO COMÚN DE CÁNCER CERVICOUTERINO, A PROPÓSITO DE UN CASO

Lambert A1, Yalcich J2,
Ramdohr M3, Jensen R4

1: Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2: Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 3: Interna 7mo año, Universidad de los Andes. 4: Oncología Ginecológica, Universidad Católica de Chile.

Introducción: El Adenocarcinoma de Desviación Mínima (ADM) corresponde a una neoplasia maligna del cuello uterino. También denominada “Adenoma Malignum”, corresponde a una etiología infrecuente de CaCu de histología aparentemente benigna, pero con un comportamiento clínico agresivo y pronóstico ominoso

Métodos: Presentación de caso clínico y breve revisión de la literatura al respecto.

Presentación del caso: Paciente de 40 años, con antecedente de cáncer papilar de tiroides. PAP periódico al día, siempre negativos. Consulta al Hospital Parroquial de San Bernardo

por cuadro de 5 meses de evolución de SUA, caracterizado por spotting pre y postmenstrual. Al examen el cuello impresiona de aspecto normal, con flujo fisiológico. Al tacto destaca un cuello firme, duro. Se solicita ECO TV, en la que destaca un útero en anterersión, con endometrio de 7mm y colección líquida intracavitaria compatible con hematometra. Además imagen polipoídea a nivel endocervical de 25x16x14mm. Se programa histeroscopia para la resección del pólipo. En pabellón se visualiza salida de secreción cerebroídea por OCE. Se intenta dilatación con bujías de Hegar sin éxito debido a lesión sólida que bloquea el canal. Se realiza curetaje y se complementa evaluación con TAC TAP. En TAC se descarta presencia de neoplasia o diseminación a distancia. La biopsia describe presencia de pólipo endocervical acen tuadamente inflamado. Se decide hysterectomía simple. Resultado de biopsia definitiva: En cara lateral del endocervix se extiende un polipo blanquecino de consistencia firme, en partes lobulado, cuya base de inserción se extiende al istmo, estenosando la cavidad endometrial. Infiltra hasta la mitad externa del estroma cervical, a una profundidad de 10mm. Permeaciones vasculares (++) . Histológicamente corresponde a un adenocarcinoma de desviación mínima. Se estima que este tumor corresponde al 3% de los adenocarcinomas de cuello uterino, es decir, al 0.15 al 0.45% de todos los CaCu. A diferencia de la gran mayoría de ellos, no está asociado a la presencia de VPH. Su forma de presentación suele ser con cuello tumoral en forma de barril,



y su diagnóstico histológico es complejo, por su semejanza histológica con el tejido glandular normal. Suele penetrar profundamente en el estroma cervical. Se estima que la sobrevida global es de 38 meses en etapa I, y 5.4 meses en etapa IV. La paciente fue derivada para radioquimioterapia.

Conclusión: El ADM es una etiología poco frecuente de CaCu. Supone un desafío diagnóstico y clínico por sus características histológicas y evolución agresiva.



LINFOMA PRIMARIO DE CUELLO UTERINO, A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

Lambert A1, Yakeich J2, Ramdohr M3, Jensen R4

1: Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 2: Ginecología y Obstetricia, Universidad de los Andes. 3: Interna 7mo año, Universidad de los Andes. 4: Oncología Ginecológica, Universidad Católica de Chile.

Introducción: El Linfoma primario de cuello uterino corresponde a una infrecuente neoplasia maligna del cuello uterino. Representa el 2% de todos los linfomas extranodales en mujeres, y el 0.008% de los tumores de cuello uterino. Su diagnóstico representa un verdadero desafío, y su principal etiología es el linfoma B de células grandes.

Métodos: Presentación de caso clínico y breve revisión de la literatura al respecto.

Presentación del caso: Paciente de 59 años, con antecedente de hipotiroidismo e HTA. En estudio por síndrome linfoproliferativo desde 8 meses. PAP al día, siempre negativos, hasta último PAP con resultado ASC-H. Derivada

a UPC del Hospital Parroquial de San Bernardo. Al interrogatorio, cuadro de 7 meses de evolución de genitorragia y adenopatías. En especuloscopia se observa un cuello tumoral. Al tacto el cuello es duro, de 4 cm de diámetro, con compromiso de la pared vaginal anterior en sus 2/3 proximales. Tacto rectovaginal con compromiso del parametrio izquierdo hasta la tabla ósea. Se toma biopsia y se complementa evaluación con TAC TAP. Destaca la presencia de masas y conglomerados adenopáticos supra e infradiaphragmáticos con características de síndrome linfoproliferativo con posible compromiso de glándula parótida y submandibular. Además, múltiples adenopatías lumboaórticas, ilíacas y mesentéricas. La biopsia informa un tumor maligno de células azules, negativo para pancitoqueratina, CD3, CD5, Ciclina D1, CD30 y CD138. Positivo para CD20, CD79A, CD10, BCL2, BCL6. Ki67 positivo en el 95% de las células estudiadas. En definitiva, el diagnóstico histológico e inmunohistoquímico apoya el diagnóstico de Linfoma no Hodgkin de células grandes B de alto grado, patrón difuso y alto índice de proliferación.

La etapificación al diagnóstico parece ser el principal factor pronóstico. Suele utilizarse la clasificación de Ann Arbor por sobre la clasificación FIGO de CaCu. Una vez descartados diagnósticos diferenciales como las linfoma like lesions, se deriva paciente para quimioterapia con antineoplásicos como Cilofosfamida, Adriamicina, Vincristina y Predisona dado que es el único tratamiento que ha demostrado ser



eficaz en este tipo de lesiones, alcanzando una sobrevida global a 5 años que oscila entre el 73 y el 77%.

Conclusión: El Linfoma extranodal es una forma de presentación atípica de neoplasia hematológica. Más aún, su presentación como neoplasia primaria maligna de cuello uterino es un hallazgo excepcionalmente infrecuente. Nuevas terapias antineoplásicas parecen prometedoras en el pronóstico a largo plazo.



PERCEPCIÓN DEL EXAMEN DE PAPANICOLAU EN MUJERES MÉDICOS DE DIFERENTES ESPECIALIDADES

(1)Malpica .S(2)Castro.H(3)

1.Médico Residente Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción 2.Médico Residente de Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción

Introducción: El cáncer cérvicouterino es uno de los cánceres con la más alta mortalidad en el mundo

En Chile el CC ha sido la causa principal de años de vida potencialmente perdidos.Si bien la vacunación contra el virus Papiloma Humano (VPH) es un recurso disponible, no es accesible a toda la población y por otro lado no reemplaza las estrategias de tamizaje . Por lo anterior, es necesario conocer aquellos aspectos que impiden que las mujeres adhieran al tamizaje, y entre esos aspectos se encuentran las creencias que la población tiene acerca del Papanicolaou (Pap) y del Cáncer Cervicouterino.A nivel internacional, son variadas las descripciones en relación a las creencias y como estas se relacionan con las conductas preventivas en Cáncer cervicouterino. En Chile la aproximación ha sido realizada como

falta de conocimientos , formas de prevención adoptadas por la población , y barreras para adherir al Pap , sin embargo, ningún estudio ha abordado la problemática desde la perspectiva de un modelo teórico, abarcando los diferentes componente sobre la percepción que tienen y como están relacionadas entre sí.

El modelo de creencias en salud señala que la forma de conocer y comportarse está influenciada por las creencias y emociones de las personas, las que a su vez determinan las decisiones en salud

Este modelo fue desarrollado para explicar el porqué las personas no adhieren a conductas preventivas relacionadas con la detección temprana de una enfermedad (13,15,16).El objetivo de este estudio es describir las percepciones que tienen un grupo de mujeres profesionales médicos dentro del territorio chileno acerca del Papanicolaou.

Pacientes y método: Estudio analítico de corte transversal realizado en un grupo de mujeres chilenas. La muestra de está constituida por 112 mujeres contactadas a través de redes sociales (Facebook -Gupo Dra Mamá) ,Whatsupp y Correo electrónico; con edades entre los 25 y los 65años. Se excluyeron aquellas mujeres que trabajaban en el extranjero .Las variables incluidas en este estudio fueron variables socio-demográficas, antecedentes personales sobre el cancer cervicouterino, factores de riesgo y percepciones sobre el Pap.



Resultados: El promedio de edad de las mujeres fue de 33, años, con un rango entre 25 y 65 años de edad. Dentro de las especialidades se encontraba que el 11,6% son médicos Generales, el 9,82% Ginecólogas, 1,7% Anestesiólogas; Pediatras 3,57%; Patólogas 0,89%, Psiquiatras 5,35%; Endocrinólogas infantiles 0,89%; Fisiatras 1,78%; Médicos Familiares 2,67%; Internistas 0,89%; Radiólogas 1,78%; Neonatólogas 0,89%; Nutriólogas 1,78%; Oftalmólogas 1,78%; Urólogas 0,89%. El 60,7% de la muestra declara estar casada, 8,9% Unión libre, 25% solteras. El 86,6% de las encuestadas eran chilenas, 1,78% venezolanas, 1,78% colombianas y 1,78% ecuatorianas, 0,9% argentina. El 77,7% de las mujeres señala tener hijos, y el 22,3% no tiene hijos. El 67% cree que tiene factores de riesgo para Cáncer cervicouterino a diferencia del 33% que cree que no. El 65% conoce los factores de riesgo para Cáncer cervicouterino el resto no. Sólo el 72,3% tiene al día su papanicolau, mientras que un 27,7% no lo tiene al día; el 58,1% de las encuestadas que no tenían al día su papanicolau consideran que no han podido realizarse por falta de tiempo, 29% por descuido, 9,7% no sabía con que frecuencia se hacía. El 59,8% de las encuestadas se realizaría Papanicolau si hicieran una campaña en su lugar de trabajo, el 24% no, y el 16% tal vez. El 98,2% se ha realizado alguna vez en su vida el examen, el 10,7% de las encuestadas alguna vez ha tenido un resultado anormal. El 80,4% tiene la intención de hacerse el examen próximamente, mientras que el 19,6% no; y al 12% de las encuestadas reconoce que

le da miedo hacerse el examen.

En relación a las barreras para adherir al tamizaje, el principal fue la falta de tiempo, seguido por el reconocimiento de descuido con su propia salud, seguido por la falta de conocimiento en cuanto a la frecuencia que debe tomarse el Pap.).



TUMOR NEUROENDOCRINO (CARCINOIDE) PRIMARIO DEL OVARIO. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Gayán, P. (*); Figueroa, F;
Gonzalez, P; Aldunate, J; Cunill,
E; Chavez, I; Mayerson, D;
Gonzalez, M; Roman, E; Puga,
M. Departamento Ginecología y
obstetricia. Facultad de Medicina
Universidad del Desarrollo – Clí-
nica Alemana de Santiago.

(*). Instituto Nacional del Cáncer.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos son neoplasias originadas en células del tejido embrionario neuroectodérmico, típicamente localizados en el tracto gastrointestinal, páncreas y pulmones. La localización ovárica es muy poco frecuente, dando cuenta de menos del 5% de todos los tumores neuroendocrinos y alrededor de 0,1% de todos los tumores ováricos. En cerca del 50% de los casos se presenta en concomitancia con teratomas maduros y puede llegar a producir un síndrome carcinoide por acción endocrina directa.

Pacientes y métodos: Se presenta

el caso de una paciente de 58 años con antecedentes de un cáncer de mama tratado el año 2014, actualmente en tratamiento con tamoxifeno. En control ginecológico habitual se encuentra como hallazgo en ecografía ginecológica, un tumor sólido de 4 cm en el ovario derecho.

Resultados: La paciente continúa estudio con marcadores tumorales que resultan normales, tomografía de tórax, abdomen y pelvis que concuerda con la ecografía y no muestra signos de neoplasia en otros órganos. Se realiza cirugía de etapificación, realizando histerectomía total abdominal más anexectomía bilateral con biopsia rápida (informa sospecha tumor estromal). Biopsia definitiva informa tumor carcinoide ovárico bien diferenciado con patrón insular y trabecular.

Conclusión: Los tumores neuroendocrinos del ovario son neoplasias muy poco frecuentes, con menos de 500 casos descritos en la literatura internacional. Habitualmente son de bajo grado histológico y de lenta evolución. Se han estudiado diferencias entre los tipos aislados y los asociados a teratomas, siendo los primeros los de peor pronóstico ya que tienden a diagnosticarse más tardíamente, de mayor tamaño y con mayor frecuencia de metástasis (8% v/s 22%). Con respecto al tratamiento se describe manejo inicial similar al cáncer de ovario, con cirugía de citorreducción completa si es posible; no se describe quimioterapia o radioterapia adyuvante en la literatura, solo el uso de somatostatina y octreotida.



SINDROME DE MEIGS COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CÁNCER OVÁRICO AVANZADO: REPORTE DE CASO

Belmar F (1); Garrido D (2);
Fuentes C (2); Pino T (5).

(1) Residente Ginecología, Universidad de la Frontera (UFRO). (2) Interna de Medicina, UFRO (3) Ginecólogo - Oncólogo, Hospital Hernán Henríquez Aravena (HHA), Temuco.

Introducción: El síndrome de Meigs es la rara tríada de tumor ovárico benigno, ascitis y derrame pleural que resuelve después de la resección tumoral. Los fibromas ováricos son los tumores más frecuentes y es un raro diagnóstico de exclusión de cáncer ovárico.

Presentación de caso: Paciente de 67 años, con 3 meses de algia pélvica y ortopnea. Al examen físico, disminución del murmullo pulmonar en base derecha y tumor pélvico supraumbilical. Exámenes mostraron Ca-125 de 868 UI/ml. Ecografía abdominal muestra masa sólida ovárica derecha y líquido libre. TAC de abdomen y Pelvis con leve derrame pleural derecho, masa neoplásica pelviana derecha,

moderada ascitis, y carcinomatosis peritoneal. Se realizó laparotomía exploradora, mostrando abundante ascitis, una masa anexial solida derecha de 17 cm y cavidad peritoneal sin signos de carcinomatosis. Se realizó hysterectomía y salpingooforectomía bilateral. Biopsia rápida informo fibroma ovárico. La paciente evolucionó favorablemente y asintomática. Biopsia definitiva confirmo fibroma ovárico derecho, y los niveles de Ca 125 fueron negativos al control post operatorio.

Discusión y conclusión: Los fibromas ováricos representan aproximadamente 2 al 5% de los tumores ováricos, y el síndrome de Meigs ocurre en 1-2% de estos, por lo tanto, es una condición rara. La ascitis está presente en el 10-15% de las mujeres con fibroma ovárico, y el hidrotórax solo en el 1%, dando la importancia de reportar este caso.



TUMOR NEUROENDOCRINO DE CERVIX: A PROPOSITO DE 3 CASOS. INSTITUTO NACIONAL DEL CANCER

Agurto Neira L, Núñez Soto A,
Figueroa Bruce F, Garrido Bianco
J, Prado Noguera S, Gayan Pérez
P, Jiménez Gutiérrez C.

Resumen: Los tumores neuroendocrinos son derivados de células del tejido embrionario neuroectodérmico, típicamente localizados en el tracto gastrointestinal, páncreas y pulmones. El carcinoma neuroendocrino de cérvix (NECC) es una variante histológica agresiva del cáncer cervical y comprende el 1% de los casos, siendo el carcinoma de células pequeñas el subtipo más común. Se caracteriza por temprana diseminación y pobre pronóstico. El diagnóstico diferencial incluye descartar metástasis de carcinoma neuroendocrino extracervical. Debido a la rareza del tumor y falta de estudio clínicos, no hay esquema de tratamiento individualizado para NECC, éstos se basan en el manejo del cáncer de cérvix general y del tratamiento de cáncer de pulmón de células pequeñas. En etapas precoces histerectomía radical seguida de quimioterapia adyuvante y para etapas localmente avanzada y

mestastásica, quimiorradioterapia, quimioterapia neoadyuvante seguida de cirugía o quimioterapia sola. Se realiza revisión de fichas clínicas en Instituto Nacional del Cáncer entre enero 2015 y enero 2019 encontrando 3 casos clínicos tratados en nuestro centro.

Caso 1: Paciente 33 años, M2, sin antecedentes. Consulta por genitorragia. Al examen tumor exofítico de 6 cm y compromiso biparametrial hasta hueso. Biopsia: Carcinoma de células grandes con diferenciación neuroendocrina, confirmado por Inmunohistoquímica (IHQ). Paciente discontinúa estudio y reaparece 4 meses después con lesión que compromete toda la vagina y múltiples implantes pélvicos al PET-CT. Se indica quimioterapia.

Caso 2: Paciente 27 años, Go, sin patologías. Consulta por genitorragia, pesquisándose lesión friable cervical que se biopsia. Esta informa, carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, confirmado por IHQ. Al examen: Tumor 6 cm, compromiso 1/3 superior de vagina, y ambos parametrios sin llegar a hueso. PET-CT muestra múltiples adenopatías pélvicas, aórticas y esofágicas. Presenta TVP y deterioro función renal, siendo manejadas. Se decide realizar quimioterapia con etopósido y cisplatino, y radioterapia paliativa.

Caso 3: Paciente 75 años, consulta por genitorragia, presentando tumor cervical que se biopsia, informando: carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. TC-TAP presenta múltiples



adenopatías pélvicas, paraaórticas y mediastínicas. Se realiza quimioterapia con etopósido y cisplatino, con respuesta completa. A los 8 meses presenta progresión de enfermedad, indicándose cisplatino e Irinotecán. De las 3 pacientes, hay 2 vivas hasta la fecha (sobrevivida 14 y 10 meses) y una fallecida a los 24 meses de seguimiento. Se concluye que el NECC es una forma rara de cáncer cervical, agresivo y con pobre pronóstico. Debido al escaso número de casos, y por ello, la dificultad de realizar estudios prospectivos, su manejo individualizado es difícil. Es por esto, que el tratamiento multimodal con cirugía radical y quimioterapia adyuvante o neoadyuvante con etopósido y cisplatino, para etapas iniciales, así como la radioquimioterapia y la quimioterapia sola, para enfermedad localmente avanzada o recurrente, es lo más utilizado actualmente.



Piso Pélvico & Urginecología



CISTOMETRIA SIMPLE PARA LA EVALUACIÓN DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO: EXPERIENCIA DE 1 AÑO EN HOSPITAL REGIONAL DE ANTOFAGASTA

1- Díaz F, 2-Mardones G,
3- Lisperger J, 4- Clavijo P

1- Ginecólogo Hospital Clínico Regional de Antofagasta y Docente Universidad de Antofagasta. 2- Becado Obstetricia y Ginecología Universidad de Antofagasta. 3-4 Internos de Medicina Universidad de Antofagasta.

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo debe demostrarse objetivamente antes de realizar cualquier cirugía anti-incontinencia. La cistometría simple (CS) nos permite conocer la función de llenado y almacenamiento vesical, el volumen residual post miccional (RPM) y poder realizar un test de estrés a volumen conocido. En muchos casos de IUE genuina no complicadas es posible reemplazar las pruebas urodinámicas complejas por una

cistometría simple, ya que ambas reconocen adecuadamente los distintos tipos de incontinencia urinaria y no afectan el resultado del tratamiento, particularmente si el tratamiento propuesto para la afección conlleva un bajo nivel de riesgo.

Material y métodos: Estudio descriptivo que incluye 61 pacientes con indicación de cirugía para IUE, en el periodo comprendido entre el 1 de julio de 2018 y el 3 de Septiembre del 2019, evaluadas en la unidad de piso pélvico del servicio de ginecología del Hospital Regional de Antofagasta. Estas pacientes corresponden al 54% de las pacientes operadas ya que el porcentaje restante fue operada considerando solo el escape de orina visualizado en el examen de policlínico. Todas las pacientes incluidas en el trabajo, fueron reevaluadas con urocultivo, cistometría simple y test de estrés con 240 cc. En pacientes con prolapso genital, se realizó el test de estrés con reducción del prolapso.

Resultados: La edad promedio de las pacientes fue 53 años, con una paridad promedio de 3 y un 23% de prolapso genital asociado. Los resultados encontrados en nuestra población demuestran que es un examen que permite clarificar el diagnóstico y evitar cirugías innecesarias (un 30% resultaron normales) y por otro lado certificamos IU en algunos de sus variantes en un 35% de los casos. Llama la atención que 1 de cada 4 presenta vejiga hiposensitiva con mal vaciamiento.



Conclusión: El tratamiento quirúrgico con cintas mediouretrales libres de tensión tienen una tasa de eficacia alta pero con morbilidad asociada, lo que nos obliga a realizar un diagnóstico lo más preciso posible. La cistometría simple es un examen fácil de realizar y de bajo costo, que puede ayudar a seleccionar a aquellas pacientes que efectivamente se beneficiarán de un procedimiento quirúrgico y, también, a reducir las listas de espera.



BURCH LAPAROSCOPICO EN ANTOFAGASTA: SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

1- Diaz F , 2-Carvajal JC,
3- Rodriguez J, 4- Araneda R,
5- Sepulveda V, 6-Urrutia

N. 2-3-4 Ginecologo Clinica Antofagasta 1-Do-
cente Universidad de Antofagasta. 5-6 Internas
de Medicina Universidad de Antofagasta.

Introducción: En USA como en el resto del mundo, ocurrió un incremento dramático en el uso de cintas suburetrales en paralelo con una disminución de la operación de Burch desde el año 2000 en adelante. En trabajos actuales de seguimiento de los resultados de la cinta suburetral tipo TVT para la incontinencia urinaria de esfuerzo en mujeres, se mantiene su eficacia a largo plazo, con una tasa de curación objetiva del 83.9% y una tasa de curación subjetiva del 78.6% a los 17 años de seguimiento, con complicaciones muy bajas.

Algunos trabajos han comparado la eficacia a largo plazo de la colposuspensión laparoscópica de Burch con cinta vaginal sin tensión (TVT) para el tratamiento de la incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) con una duración promedio de 68 meses, llegando a un máximo de 8 años;

por medio de encuestas que median severidad de la incontinencia y calidad de vida mostrando una eficacia a largo plazo similar entre ambas técnicas, mostrando persistencia de la incontinencia a largo plazo molesta para la paciente solo en un 10% .

En los ensayos que evaluaron la eficacia durante períodos de tiempo más largos, la eficacia del TVT fue comparable a la colposuspensión abierta en un ensayo aleatorizado (63 versus 70 por ciento a los cinco años de seguimiento) y a la colposuspensión laparoscópica en otro ensayo aleatorizado (92 versus 89 por ciento a las cuatro a ocho años de seguimiento .

Material y método: Considerando los beneficios del abordaje laparoscópico de la IUE se decidió realizar hace 2 décadas, en el área privada de nuestra ciudad (Clínica Antofagasta), una experiencia con la técnica de Burch laparoscópico, operando un total de 29 mujeres con Incontinencia Urinaria de Esfuerzo Genuina, en el período entre Abril de 1994 a Julio de 1999. La edad promedio de estas pacientes fue de 48 años y una paridad media de 3,2. El año 2013 publicamos el seguimiento de 11 de estas pacientes después de haber transcurrido un promedio de 15 años, utilizando la encuesta ICIQ-SF en forma retrospectiva. Nuevamente este año 2019 repetimos la experiencia pudiendo entrevistar a 8 pacientes del grupo original después de 21 años de su cirugía.



Resultado: En la primera publicación del 2013, 10 de las 11 pacientes se mantenían continentales.

En esta ocasión logramos realizar correctamente la encuesta a 8 pacientes logrando un seguimiento de 21 años. De este grupo de pacientes 1 se mantenía continente, 4 con incontinencia leve, 1 moderada, 1 severa y 1 presentaba incontinencia grave.

Conclusiones: Los seguimientos a tan largo plazo son difíciles de realizar fundamentalmente por la pérdida de información que por diversas razones ocurre. Sin embargo se logró seguir esta cohorte de un tercio de las pacientes operadas y lograr su estado actual de continencia urinaria. El resultado de nuestro trabajo está influenciado por la comorbilidad asociada en pacientes que en la actualidad tienen un promedio de 70 años. Es necesario un trabajo colaborativo nacional para poder obtener conclusiones más robustas.



MANEJO DE PROLAPSO APICAL EN PACIENTES DE HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN, ENTRE ENERO 2013 A DICIEMBRE 2018, COMPARACIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS DE REPARACIÓN QUIRÚRGICA

Rumante K. (1), Torres O. (2),
Ramos M. (3), Ravello I. (4)

(1) Programa Especialidad, Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile (2), (3), (4) Servicio de Piso Pélvico, Hospital San Borja Arriarán

Introducción: El prolapso de órganos pélvicos en la mujer es una condición frecuente, que puede llegar hasta el 40% en multíparas. Existen múltiples técnicas quirúrgicas documentadas en la literatura para el manejo del prolapso, particularmente apical. Existen pocos estudios randomizados que comparen efectividad de las diferentes técnicas quirúrgicas para el abordaje del prolapso apical, sin embargo, hay evidencia que todas las fijaciones son seguras para dar soporte al útero o cúpula vaginal. El objetivo es comparar diferentes técnicas de reparación quirúrgica de prolapso apical,

en cuanto a características clínicas, técnica quirúrgica (fijación a sacroespinal versus fijación a úterosacro), tasa de éxito, tiempo operatorio y seguimiento.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo, donde se analizaron un total de 87 pacientes con prolapso apical entre enero de 2013 a diciembre de 2018.

Resultados: Hubo un total de 87 casos de prolapso apical, 67,8% (n=59) reparación con fijación a sacroespinal y fijación a úterosacro 32,2% (n=28). En el primer grupo, el promedio de edad fue 61,7 años, 75% (n=44) fue al menos multípara de dos partos vaginales, un 64% (n=38) tenía al menos una comorbilidad (HTA, DM2, Obesidad, enfermedades autoinmunes), 27% (n=16) fueron previamente hysterectomizadas. De las pacientes que se realizó fijación a úterosacro, el promedio de edad fue de 62 años, un 85% (n=24) tuvieron al menos dos partos, un 64% (n=18) tenía comorbilidades y ninguna fue hysterectomizada.

Con respecto a los diagnósticos preoperatorios, de las pacientes sometidas a fijación a sacroespinal, un 47,5% (n=28) tuvo prolapso apical, 12,4% (n=21) tuvo prolapso apical y anterior y el resto otros diagnósticos. Las pacientes sometidas a fijación a úterosacro, los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron, prolapso apical un 35% (n=9), prolapso anterior y apical 39% (n=11) y el resto otros diagnósticos.



Al comparar ambas técnicas, el tiempo operatorio fue de 103 minutos para sacroespinoso y 140 min para úterosacro. La tasa de éxito, definida como ausencia de prolapso sintomático al año de seguimiento, para fijación a sacroespinoso fue de 87%, y de 79% para la fijación a úterosacro. Al realizar análisis de subgrupos con test de Fisher, no hubo diferencias significativas en la tasa de éxito ($p=0,45$). En cuanto a complicaciones, hubo 9% ($n=4$) en el grupo de sacroespinoso y 14% ($n=4$) en el grupo de úterosacro. La dificultad técnica al realizar el abordaje quirúrgico, no hubo casos documentados en pacientes con fijación a sacroespinoso y hubo 14% ($n=4$) pacientes con dificultad técnica en fijación a úterosacro.

Conclusión: No existen diferencias significativas en la tasa de éxito entre ambas técnicas para la reparación del prolapso apical. Hay tendencia a mejores resultados con fijación a sacroespinoso, pero el tamaño muestral es pequeño y existen diferencias entre los grupos de comparación. En síntesis, es posible considerar la alternativa terapéutica de mejor expertiz para el ginecólogo tratante y con mejores probabilidades de éxito para cada caso particular.



CORRECCION DE PROLAPSO APICAL CON HISTEROPEXIA BILATERAL A LIGAMENTO SACRO ESPINOSO. EFECTIVIDAD DE LA TÉCNICA A UN AÑO DE SEGUIMIENTO EN HOSPITAL SANTIAGO ORIENTE

Gonzalez. M. / Maluenda. A. /
Castro. F. / Aedo. S.

Residente Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile. / Ginecóloga Fellow Piso Pélvico, Hospital Dr. Luis Tisne Brousse. / Ginecólogo Piso Pélvico, Hospital Dr. Luis Tisne Brousse. / Ginecólogo, Hospital Dr. Luis Tisne Brousse, Santiago.

Introducción: El prolapso de órganos pélvico (POP) es una patología frecuente en el ciclo de vida de la mujer, se estima que afecta al 40% de las multíparas sobre 45 años, con un alto impacto en calidad de vida física, psicológica y sexual. En América una de cada nueve pacientes requiere al menos una cirugía de corrección.

Dentro de las técnicas descritas de reparación de prolapso apical vía vaginal, la de conservación uterina ha demostrado disminuir el tiempo operatorio, pérdidas sanguíneas y riesgo de exposición de malla, con resultados anatómicos similares en relación con las técnicas con histerectomía. La técnica quirúrgica seleccionada considera acceso por pared vaginal anterior al ligamento sacro espinoso bilateral, paso de punto de Prolen o con Capiro TM sobre cada ligamento, y fijación de éstos a los extremos de una porción de malla TVT de 8cm unida al itsmo cervical por puntos de Prolen o.

Objetivo: Establecer la efectividad de la histeropexia al ligamento sacroespinoso bilateral en la reducción del prolapso apical valorado por la posición del cuello uterino, punto C en escala POP-Q.

Material y método: Se invita a mujeres con histeropexia al sacroespinoso efectuada entre abril 2017 y agosto de 2018 en la unidad de piso pélvico del Hospital Dr. Luis Tisne Brousse; registrando en cada una de ellas edad, índice de masa corporal (IMC) y los puntos C en preoperatorio, postoperatorio inmediato y postoperatorio un año. Los puntos C son comparados por contraste de hipótesis de Kruskal- Wallis.

Resultados: De un total de 46 mujeres invitadas se incluyen en estudio 41 mujeres cuya edad e IMC evidencian una media \pm desviación estándar (DS) respectivamente de $63,9 \pm 10,03$ y



28,55±3,95. La media ± DS de los puntos C POP Q son para preoperatorio 0,07±2,72 postoperatorio inmediato -6,12±1,14 y postoperatorio al año: -5,63± 2,05 (P valor 0,008; valor P <0,01 para comparación: preoperatorio versus postoperatorio inmediato y preoperatorio versus postoperatorio al año). Se evidenciaron 2 recidivas anatómicas (4,88%; IC95%: 0 a 11,47%) y una lesión vesical intraoperatoria que fue reparada, como única complicación.

Conclusión: La histeropexia al ligamento sacroespinoso bilateral es efectiva en la corrección del prolapso apical, con todas las ventajas de la cirugía conservadora por vía vaginal.



CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA PISO PÉLVICO EN HOSPITAL DEL SUR DE CHILE

Zapata, N.;¹ Romo, J.²; Sáez, F.²; Valenzuela, I.²; Talma, M. ¹

¹ Médico residente de Obstetricia y Ginecología, Departamento Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. ² Interno de Medicina, Universidad de Concepción, Chile.

Introducción: El piso pélvico está conformado por estructuras musculares y ligamentosas, cumpliendo una función mecánica y de continencia urinaria y fecal. Las disfunciones se relacionan principalmente con prolapso de órganos pélvicos e incontinencia. La etiología es multifactorial y los principales factores de riesgo incluyen embarazo, parto vaginal, anomalías congénitas y/o adquiridas del tejido conectivo, denervación, envejecimiento, antecedente de histerectomía, menopausia y factores asociados a presión intraabdominal crónicamente elevada. El objetivo de este trabajo es describir características clínicas de pacientes sometidas a cirugía de piso pélvico durante 2013 al 2019, en el Hospital Las Higueras de Talcahuano (HHT).

Métodos: Estudio observacional descriptivo, transversal. Se accedió a base de datos de la Unidad de Piso Pélvico del HHT y se obtuvo el total de pacientes operadas entre el 10 de abril del 2013 y 10 de mayo del 2019. No se usaron criterios de exclusión. Se analizaron los datos mediante estadística básica, con Microsoft Excel.

Resultados: De un total de 855 pacientes, se obtuvo edad promedio de $57 \pm 11,9$ años e índice de masa corporal promedio de $30,4 \pm 4,6$ m/kg², siendo obesidad la categoría más prevalente (50,8%, n=434). El 16,3% (n=139) de las pacientes asumen consumo de tabaco. El 1,1% eran nulíparas, con mediana 3 de paridad y rango entre 0 y 11 partos. De aquellas que contaban con antecedentes quirúrgicos, 14,5% (n=124) se habían realizado una histerectomía, 10,2% (n=87) cirugía de prolapso y 6,0% (n=51) cirugía de incontinencia de orina (IO), mientras que el 25,1% (n=215) eran intervenciones no ginecológicas. Del total de pacientes, el 59,1% (n=505) presentó algún tipo de IO asociado a prolapso genital; un 21,3% (n=182) únicamente presentó prolapso, mientras que el 19,7% (n=168) solamente IO. De esta manera, el 40,9% (n=350) de la población estudiada presentó IO de esfuerzo, 35,4% (n=303) IO mixta y el 2,3% (n=20) urgencia miccional. Según clasificación POPQ, el 80,3% (n=687) de las pacientes presentó algún grado de prolapso, siendo el grado II el más prevalente con 41,2% (n=288) de ellas.



Conclusiones: De la serie estudiada, se observa que la mayoría de las pacientes presentó más de una patología de piso pélvico, siendo la asociación más frecuente IO con prolapso genital. Además, la multiparidad y obesidad sobresalen como características prevalentes en esta población.

Palabras clave: Incontinencia de orina, Prolapso genital, Piso pélvico



ASOCIACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS ULTRASONOGRÁFICOS A LA ECOGRAFÍA DE PISO PÉLVICO Y LA CUANTIFICACIÓN CLÍNICA DE PROLAPSO DE ÓRGANOS PÉLVICOS (POP-Q)

Gennero G1, Guzmán R1,2, Alarcón C1

1. Hospital Clínico Universidad de Chile, Santiago. 2. Clínica Alemana de Santiago

El prolapso de órganos pélvicos (POP) tiene una prevalencia de 43 - 76% en la población femenina general, impactando significativamente en la calidad de vida. Actualmente la clasificación más aceptada para definir los estadios del POP se basa en un sistema de cuantificación llamado "Pelvic organ prolapse Quantification system" (POP-Q). La ecografía 2D-3D permite objetivar el grado de descenso de los órganos pélvicos, detectar la coactivación del músculo elevador del ano y evaluar el traumatismo del piso pelviano. Hasta la fecha, se cuenta con limitada información que compare los hallazgos de la valoración clínica mediante POP-Q con la ecografía de piso pélvico.

Hipótesis: La ecografía de piso pélvico tiene una buena correlación al comparar con

el sistema de cuantificación POP-Q para el diagnóstico de POP.

Objetivos: Comparar las mediciones del POP-Q con los hallazgos imagenológicos equivalentes en la ultrasonografía translabial de piso pélvico en la evaluación del prolapso de órganos pélvicos, e identificar el método que posea una asociación más fuerte con la sintomatología de prolapso.

Metodología de trabajo:

Estudio retrospectivo de pacientes derivadas a la unidad de ecografía de piso del Hospital Clínico Universidad de Chile o de la Clínica Alemana de Santiago, desde Abril 2014 a Octubre 2018. Se rescataron los informes de 335 informes ecográficos, excluyendo aquellas pacientes sin disponibilidad de ficha clínica para correlación con la sintomatología de prolapso y POP-Q, quedando 283 pacientes a incluir.

Análisis estadístico:

Se utilizó el Software Stata v14 (Statacorp LLC). Para la correlación entre el los valores del POP-Q y el ultrasonido se aplicó el índice de correlación de Pearson (R); y el coeficiente de Kappa (k) para la correlación entre un prolapso significativo ecográfico vs estadio de POP-Q ≥ 2 , y vs puntos de corte específicos para prolapso sintomático. Con un modelo de regresión logística multivariable se determinó la asociación de diferentes variables clínicas e imagenológicas, con los de los síntomas de POP.



Resultados: La correlación entre ecografía y el examen físico por medio del POP-Q fue de $-0,857$, $-0,611$ y $-0,726$ ($p < 0,0001$) para el compartimiento anterior, apical y posterior respectivamente, lo que indica una buena concordancia. Los hallazgos ecográficos del descenso de los distintos compartimentos vaginales se correlacionaron mejor con puntos de corte previamente establecidos para prolapso significativo que con el estadio II de la escala POP-Q. El análisis de regresión logística multivariado evidenció una buena correlación de los síntomas de prolapso genital POP con la ecografía y examen físico, siendo mejor para los puntos del POP-Q Ba y Bp.

Conclusión: La evaluación por ultrasonido del POP prolapso genital femenino tiene una buena correlación fuerte con el POP-Q. La correlación y concordancia el POP significativo evaluado por ecografía y clínica, fue fuerte para el compartimiento anterior y posterior, y moderada para el compartimiento apical. A pesar de la buena correlación entre ultrasonido y examen físico, el POP-Q con la determinación del punto Ba y Bp se correlaciona de mejor manera con los síntomas de prolapso de órganos pélvico.



CALIDAD DE VIDA Y SÍNTOMAS UROGENITALES EN USUARIAS DE PESARIO PARA EL MANEJO DEL PROLAPSO GENITAL

Araya Tapia M (1), Saens Navarrete P (2), Cepeda Soto N (1), Manríquez Vidal C (3), Castro Arias H (3).

(1) Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, (2) Hospital Carlos Van Buren, (3) Universidad de Concepción.

La disfunción del piso pélvico es una condición que altera la calidad de vida de la mujer. Como una alternativa al manejo quirúrgico del prolapso (POP), ciertos grupos de pacientes han demostrado mejoría con el tratamiento conservador con pesario. El propósito de este trabajo es determinar la calidad de vida y sintomatología urogenital en usuarias de pesario, para el manejo conservador del prolapso genital, en el Hospital Claudio Vicuña de San Antonio (HCV).

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo, transversal, observacional. Se conformó un grupo de 30 pacientes por muestreo aleatorio por conveniencia quienes son usuarias de pesario como manejo principal de POP. Estudio aprobado

por el comité de ética del Servicio de Salud Valparaíso San Antonio. Todas las mujeres firmaron un consentimiento informado por escrito. Se midieron variables sociodemográficas, calidad de vida del prolapso (Prolapse Quality of Life: P-QOL) y percepción subjetiva de la mejoría de la sensación de cuerpo extraño vaginal mediante escala visual analógica. Análisis de resultados mediante determinación de frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La edad promedio del grupo encuestado fue 72,33 \pm 7,54 años, 93,33% multíparas, 17% mantenía actividad sexual, 87% sin cirugía previa por prolapso. 100% tenía comorbilidades. El tiempo promedio de uso del pesario fue 24,57 meses (rango 1-180). Los pesarios más usados fueron el Gelhorn (46,67%) y Ring (33,33%). Un 67% tenía estadios III y IV de POP-Q previo al uso de pesario. Los valores promedios del P-QOL obtenidos, fluctuaron en rangos moderados a bajos, tanto para los dominios específicos de calidad de vida; Salud general 83,5 DE 22,3, impacto del POP 75,5 DE 28,5, limitaciones del rol 55,3 DE 38, limitaciones físicas 55,5 DE 37,1, relación personal 51,2 DE 37, emociones 56,9 DE 34,3, sueño/energía 51,4 DE 32,6, acciones para afrontar síntomas severos 47,1 DE 25,9 y también en relación a síntomas urogenitales 27,36 DE 21,64, gastrointestinales 25,64 DE 25,92 y sexuales 10 DE 30,5. Reportaron complicaciones 10 pacientes (33,3%), siendo las más frecuentes úlceras (5/10) y flujo genital persistente



(4/10). Un 70% reportó mejoría de su bulto genital con pesario y un 17% se considera curada.

Conclusiones: Los pesarios son una terapia conservadora para el manejo del prolapso, amigable para la paciente y sin complicaciones severas. Concordante con la literatura un 70% de nuestras usuarias reportaron sentirse mejor en relación a síntoma de sensación de cuerpo extraño vaginal usando el pesario. La aplicación del cuestionario P-QOL nos proporcionó una herramienta objetiva para evaluar tanto la sintomatología como la calidad de vida de las pacientes. Es necesario ahora aplicar estas herramientas previo al inicio del tratamiento y durante el seguimiento para determinar el impacto del manejo conservador en el POP.



NEUROMODULACIÓN TIBIAL POSTERIOR TRANSCUTÁNEA EN PERSONAS MAYORES CON VEJIGA HIPERACTIVA

Manríquez V1, Naser M1, Castro D1, Gutiérrez D3, Castro A2.

1Unidad de Piso Pélvico Femenino. Hospital Clínico Universidad de Chile. 2Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica (OaIC) Hospital Clínico Universidad de Chile. 3Matrona coordinadora Investigación clínica. Dpto. Obstetricia y Ginecología. Hospital Clínico Universidad de Chile.

Introducción: La prevalencia del síndrome de vejiga hiperactiva es más del doble en población adulto mayor comparado con la población más joven. Dentro de las alternativas de tratamiento médico se menciona la neuromodulación tibial posterior transcutánea que ha demostrado ser eficaz en el control de los síntomas, sin embargo, no se han publicado datos de su efectividad en el grupo de personas mayores.

Diseño: Estudio de cohorte prospectivo.

Metodología: se reclutaron 30 pacientes mujeres mayores de 65 años portadoras de vejiga hiperactiva, se excluyeron aquellas que habían sido sometidas a una cinta suburetral,

prolapso estadio 3 o mayor no tratado, infección urinaria frecuente, sospecha de etiología neurológica de los síntomas y pacientes con deterioro cognitivo. Todas completaron al inicio y al final de la intervención un diario miccional de 3 días y encuesta de calidad de vida (oab-q). Se enseñó a cada paciente la manera de realizar la neuromodulación tibial posterior transcutánea, se verificó su correcta utilización y se facilitó una máquina de TENS con electrodos de superficie a las pacientes para realizar el tratamiento domiciliario en forma diaria por un mes para luego volver a control. Se llevó un control telefónico semanal de cada paciente para incentivar y asegurar el uso del tratamiento. Se consideró respuesta a tratamiento con al menos un 50% de reducción de los episodios de urgencia miccional. Los datos recolectados fueron analizados con el programa STATA V.12.1.

Resultados: las treinta pacientes reclutadas completaron el tratamiento. El promedio de edad fue de 77 años (66-87). No se registraron eventos adversos. Existió una mejoría significativa en todos los parámetros del diario miccional y encuesta de calidad de vida comparando el estado basal y luego de la estimulación diaria por un mes ($p < 0,05$). La respuesta global al tratamiento según el parámetro establecido fue de un 39%.

Conclusiones: La neuromodulación tibial posterior transcutánea es una herramienta de tratamiento efectiva en el control de los



síntomas en personas mayores portadoras de vejiga hiperactiva. La respuesta al tratamiento es menor a la publicada por este grupo en población más joven, pero es similar a la descrita para los fármacos antimuscarínicos en población general. La estimulación diaria por un mes logra efectos similares a la estimulación uni o bisemanal por períodos más prolongados.



INDICE DE MASA CORPORAL Y ÉXITO SUBJETIVO DE COLOCACIÓN DE MALLA SUBURETRAL RETROPÚBICA PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO

Vallejos G1,2., Boldrini P1,2., Peragallo J1,2., Castillo N1,2., Schlageter F1,2., Norambuena C1,2., Najera-De Ferrari M3., Alvarez V2., Vargas C2.

1Unidad de Piso Pélvico Femenino Hospital El Carmen Dr. Luis Valentín Ferrada, Maipú
2Universidad Finis Terrae 3Instituto Oncológico, Fundación Arturo López Pérez

Introducción: La incontinencia urinaria, definida como la queja de pérdida involuntaria de orina, afecta entre un 25 a un 75% de las mujeres a lo largo de su vida. La incontinencia urinaria de esfuerzo (IOE) es un subtipo de pérdida involuntaria de orina asociada a la valsalva, cuyo tratamiento quirúrgico se basa actualmente en la colocación de malla suburetral, donde la vía retropúbica (TVT) es considerada

el estándar de oro. Trabajos en Estados Unidos y Europa en el último tiempo han dado indicios de que la obesidad y el sobrepeso no afectan la tasa de éxito ni las complicaciones derivadas de la colocación de TVT. En Chile no existen reportes al respecto. La encuesta nacional de salud 2016-2017 da cuenta de un 73.2% de sobrepeso y obesidad en nuestro país, con mayor índice en mujeres que en hombres. Dada la alta prevalencia de malnutrición por exceso en nuestra población y que se desconoce el impacto que esto puede tener sobre la tasa de mejora de incontinencia posterior a la colocación de malla suburetral, se estudió la asociación entre sobrepeso/obesidad y éxito de la cirugía.

Método: Se analizaron retrospectivamente datos de 92 pacientes sometidas a colocación de malla suburetral retropúbica (TVT) en el Hospital El Carmen de Maipú entre los años 2016 y 2019, y se comparó el índice de Sandvik de severidad de incontinencia urinaria previo a la operación y a los 3 meses posterior a la cirugía. Se midió el peso y talla para cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC) al momento de la cirugía. Se excluyeron pacientes sometidas a cirugía de prolapso concomitante. Se analizaron otros factores de riesgo como la edad, paridad, antecedentes de parto operatorio, antecedentes de histerectomía y limitación crónica del flujo aéreo. Para la búsqueda de asociaciones entre variables se utilizaron pruebas de Chi cuadrado y ANOVA.



Resultados: Del total de pacientes sometidas a TVT, el 91.31% (N=84) correspondían a pacientes con sobrepeso u obesidad y el 8.69% (N=8) restante fueron pacientes con peso normal. El éxito global de la cirugía a los 3 meses fue de un 93.5% (N=86) y un 6.5% (N=6) de las pacientes presentó algún tipo de escape de orina. Todas las pacientes con pérdida urinaria a los 3 meses fueron sobrepeso u obesas. No se encontró asociación entre el peso al momento de la intervención con la tasa de éxito o fracaso (valor $p:0,157$).

Conclusión: En nuestra muestra, la colocación de malla suburetral vía retropúbica como tratamiento de la IOE es exitosa en el 93.5% de los casos a los 3 meses. No se encontró asociación entre la tasa de fracaso de la cirugía y sobrepeso u obesidad, lo que se ajusta a la literatura internacional. Estudios posteriores con mayor número de pacientes podría ayudar a analizar mejor la relación entre la tasa de éxito de TVT, el IMC y otros factores de riesgo.



IMPACTO DE LA DISFUNCIÓN DE PISO PÉLVICO EN MUJERES DERIVADAS A UNIDADES DE PISO PÉLVICO

Saens Navarrete P (1, 5), Araya Tapia M (2, 5), Matzler P (4)

(1) Hospital Carlos Van Buren de Valparaíso, (2) Hospital Claudio Vicuña de San Antonio, (3) Universidad de Valparaíso, (4) Universidad Católica del Maule.

Introducción: Las disfunciones del piso pélvico incluyen una variedad de síntomas, como la incontinencia urinaria, la incontinencia fecal, la sensación de bulto. La prevalencia de las disfunciones de piso pélvico en la población general de mujeres adultas se ha estimado en un 23.7%, con un 15.7% de incontinencia urinaria, 9.0% de incontinencia fecal, y 2.9% de prolapso de piso pélvico. Aunque las disfunciones del piso pélvico no conllevan riesgos vitales, pueden tener un impacto significativo en la calidad de vida de la mujer. Por ello, se han desarrollado instrumentos para evaluar la percepción de su impacto en la calidad de vida de la mujer, entre ellos la encuesta PFDI-20. El objetivo del presente estudio fue conocer el impacto percibido que la disfunción del piso pélvico tiene sobre la vida de mujeres derivadas desde la atención

primaria a las Unidades de Piso Pélvico de dos Hospitales del Servicio de Salud Valparaíso – San Antonio, y comparar los resultados con otros estudios internacionales en pacientes derivadas a centros especializados.

Materiales y métodos: Este fue un estudio transversal descriptivo de mujeres derivadas desde la atención primaria a la Unidad de Piso Pélvico entre Abril y Agosto 2019. Sesenta pacientes seleccionadas en forma aleatoria completaron la encuesta PFDI-20 durante su primera evaluación diagnóstica. Este cuestionario refleja los síntomas de disfunción del piso pélvico experimentados por la paciente en los últimos tres meses; separándose en tres subescalas: (1) Urinary Distress Inventory (UDI-6), Colorectal-Anal Distress Inventory (CRADI-8), y Pelvic Organ Prolapse Distress Inventory (POPDI-6). El rango de cada subescala se expresó de 0-100 puntos, para un puntaje total del cuestionario de 0-300 puntos. A más alto el puntaje, es mayor el impacto percibido de la disfunción del piso pélvico que tiene la paciente.

Resultados y discusión: La edad promedio de las 60 pacientes fue de 60.7 años (D.E. 12.12; rango 36-80), y el puntaje promedio de la encuesta fue de 123.01 puntos, con una desviación estándar de 62.11. Síntomas urinarias (UDI-6) fueron reportadas por 59/60 (98%) pacientes, con promedio de 58.47 (D.E. 25.18); síntomas colorrectales (CRADI-8) fueron reportadas por 53/60 (88%) pacientes, con



promedio de 29.46 (D.E. 25.39), y síntomas de prolapso (POPDI-6) fueron reportadas por 53/60 (88%) pacientes, con promedio de 35.07 (D.E. 26.86) puntos. Esto demuestra que la mayoría de las pacientes presenta múltiples síntomas del piso pélvico, destacando los síntomas urinarios. Se observa que los puntajes de las subescalas CRADI-8 y POPDI-6 son comparables con otros estudios internacionales; sin embargo, el puntaje de la subescala UDI-6 supera los parámetros esperables. Surge la hipótesis que las mujeres con predominancia de incontinencia urinaria no encuentran una adecuada respuesta en la atención primaria chilena y por ello acceden en mayor medida a unidades de piso pélvico que en los otros países estudiados.

Conclusiones: El impacto percibido que la disfunción del piso pélvico tiene sobre la vida de mujeres derivadas desde la atención primaria a las Unidades de Piso Pélvico de la región es comparable con la literatura internacional, con un cierto aumento en el puntaje de sintomatología urinaria.



INJURIA OBSTETRICA DEL ESFINTER ANAL, EXPERIENCIA 5 AÑOS HOSPITAL GUSTAVO FRICKE, VIÑA DEL MAR

Muñoz J(1), Mercado J. (2),
Molina L. (3)

1. Ginecólogo Obstetra, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio. 2. Ginecólogo Obstetra, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso. 3. Ginecólogo Obstetra, Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar

Introducción: La injuria obstétrica del esfínter anal (OASIS) está asociada con morbilidad materna significativa, su incidencia varía entre 1-10% del total de partos vaginales. Según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud: 4 - 6,6% de todos los partos vaginales. Los desgarramientos perineales se clasifican en grado 1: compromiso vaginal superficial o piel perineal, grado 2: Músculos vaginales, grado 3: compromiso del Esfínter anal externo y grado 4: Esfínter anal interno y lumen anorrectal. El peor pronóstico ocurre en aquellos desgarramientos grado >3. Múltiples variables influyen en su incidencia, tales como el tipo de episiotomía, instrumentalización, paridad, habilidades del personal de salud y raza. Este cuadro tiene un alto impacto clínico, con alteración en la calidad de vida a corto y largo plazo, con tasas de incontinencia anal luego de

reparación primaria de un 15-61%. Estos síntomas pueden iniciar inmediatamente postparto o tardar años en aparecer. Una forma de evitar estas complicaciones es asegurar un diagnóstico oportuno y certero del tipo de desgarramiento perineal, una técnica quirúrgica y manejo post operatorio óptimo. La evaluación clínica falla al momento del diagnóstico posparto dado la presencia de sangre y edema de tejido y falta de entrenamiento y debe considerarse que la apreciación clínica de un periné indemne en examen clínico no descarta daño de esfínter.

Materiales y métodos: Estudio de descriptivo, en que se incluyeron datos de registros de partos de los últimos 5 años del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, desde Enero de 2014 a diciembre de 2018. El objetivo fue describir el número de partos vaginales, desgarramiento G3-G4, tasa de episiotomía y de fórceps.

Resultados: Hubo un promedio de partos de 1573 anuales en 5 años. El número de desgarramientos grado >3 en relación al total de partos durante año 2014 fue de 4/1736 partos (0,2%), año 2015 de 4/1682 partos (0,8%), año 2016 de 6/1555 partos (0,38%), año 2017 de 6/1309 partos (0,45%) y año 2018 de 5/1534 (0,32%). La tasa de episiotomía promedio durante los 5 años fue de un 20,04% y de parto instrumental con fórceps de un 1,29% del total de partos durante los 5 años.

Conclusión: OASIS es una patología frecuente en sala de parto, de difícil diagnóstico,



por lo cual requiere personal entrenado para el reconocimiento y solución precoz. La tasa de episiotomía de nuestro centro fue de un 20% lo cual es similar a la reportada en la literatura. Se describe una incidencia de desgarro perineal de hasta un 10%, nosotros no superamos en ningún año el 0,8%, sin embargo es necesario un estudio de cohorte que evalúe complicaciones a largo plazo y probables injurias no diagnosticadas al examen clínico en sala de parto.



ROTURA DE MALLA DE SLING RETROPÚBICO DURANTE EL INTRAOPERATORIO: REPORTE DE UN CASO

Muñoz, F., Martínez, J., Muñoz, B.
Hospital Regional de Concepción
- Facultad de Medicina Universidad de Concepción.

Antecedentes: La incontinencia urinaria es definida por la Asociación Internacional de Uroginecología (IUGA) como “queja de cualquier pérdida involuntaria de orina”.

Es un problema que afecta a un gran número de mujeres de distintas edades: en estudios poblacionales y demográficos se ha cifrado un 27,6% de prevalencia media, siendo la incontinencia de esfuerzo (IOE) la más común, que abarca el 50% del total. Está definida como pérdida involuntaria de orina al esfuerzo: toser o estornudar, levantar peso, caminar, subir escaleras, coito, etcétera. Existen métodos para cuantificar la severidad de la incontinencia, por ejemplo, urodinamia (objetivo) y aplicación de cuestionarios (subjetivo).

Objetivo: presentar el caso clínico de una paciente que sufrió la rotura de la malla mediouretral retropúbica en el intraoperatorio

de la cirugía antiincontinencia programada, su manejo y los resultados postoperatorios.

Materiales y métodos: Se presenta el caso clínico de una paciente de 55 años de edad, múltipara de 3 partos vaginales, previamente hysterectomizada por miomatosis uterina, portadora de Diabetes Mellitus 2 no insulinoquiriente y obesidad mórbida, quien consultó en policlínico docente asistencial de Uroginecología del Hospital Regional de Concepción por incontinencia de orina de esfuerzo, asociado a sensación de bulto vaginal. Se decide programar para cirugía correctiva con diagnósticos de Prolapso Órgano Genital IIBa e IOE. Se plantea como opción quirúrgica TVT (Free-tension Trans Vaginal Tape) más colpoperineoplastía. En el intraoperatorio se canaliza malla (Polipropileno Monofilamento 1.2 x 40 cm, Anguila (Dolphin Medical)) hacia retropubis según técnica de Ulmsten, comprobándose indemnidad uretrovesical mediante cistoscopia de seguridad. Al retirar aguja del trayecto hacia retropubis izquierdo, se rompe malla en su extremo distal, quedando cubierta plástica de protección en trayecto. Dado lo anterior, se retira aguja contralateral y se suspende la intervención. Se efectúa TAC abdominopélvico sin contraste que informa cuerpo extraño intrapélvico izquierdo, con pequeñas burbujas aéreas asociadas. En forma diferida, se efectuó extracción del cuerpo extraño más TOT (Free-tension Trans Obturatriz Tape) más reparación del cuerpo perineal.



Resultados: La paciente es dada de alta a su domicilio al día siguiente de la segunda cirugía, en buenas condiciones generales, con dolor leve y residuo postmiccional escaso, para continuar controles en forma ambulatoria, hasta su alta definitiva de policlínico.

Conclusiones: Pese a lo infrecuente de las fallas de material de los slings mediouretales y a la escasez de bibliografía disponible al respecto, el diagnóstico oportuno y el apoyo imagenológico, impactaron en que el tratamiento efectuado resultase exitoso.



CISTOURETROSCOPIAS DIAGNÓSTICAS: DEBE ESTE EXAMEN SER REALIZADO POR UROGINECOLOGOS?

Rivera C. Diaz V. Pohlhammer S.
Valderrama R. Pizarro-Berdiche-
vsky J.

Unidad Uroginecología Hospital Sótero del Río – Departamento Ginecología, División Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile

Introducción: La cistouretroscopia (CU) es un procedimiento endoscópico que se utiliza para explorar uretra y vejiga. Tradicionalmente las competencias para realizar este examen eran exclusivas de residencias de urología. Sin embargo con el advenimiento de las subespecialidades en cirugías de piso pélvico para ginecólogos como para urólogos, ha sido necesaria la nivelación para asemejar las competencias independiente de la especialidad primaria. En este contexto, la CU, es parte del proceso diagnóstico de pacientes que consultan en la unidad de uroginecología, siendo una herramienta fundamental en la formación de un uroginecólogo integral. El objetivo de este estudio es describir las características de las pacientes que se realizan CU y sus hallazgos en la unidad de Uroginecología, realizadas por médicos con especialidad primaria en ginecología.

Métodos: Revisión tipo cross seccional de las pacientes de la unidad de Uroginecología del Hospital Dr. Sótero Del Río del 2016 a agosto 2019. Las cistouretroscopia diagnósticas se realizaron por uroginecólogos previamente entrenados con urólogos, por lo que a partir del año 2016 se instauró el uso de CU diagnósticas en la unidad de uroginecología. Se identificaron las pacientes que se realizaron CU diagnóstica por uroginecólogos, sin criterios de exclusión. Se analizaron variables socio-demográficas, presentación clínica, antecedentes mórbidos y las conclusiones de las cistoscopia, para describir sus características. Los resultados se presentan como promedio \pm desviación estándar o número entero (porcentaje).

Resultados: Se realizaron CU diagnósticas a 79 pacientes. La edad promedio fue de $59 \pm 22,4$ años. Un 82% eran post menopáusicas. La paridad promedio fue 3 hijos, 63 (80%) tuvieron un parto vaginal. Los principales motivos de consulta se encontraba que 57 (75%) consultó por IOE, mismo porcentaje que por incontinencia urinaria de urgencia (IUU), 40 (65%) por incontinencia de orina mixta (IOM), 34 (45%) por sensación de bulto o peso, 7 (9%) por vejiga hiperactiva (VH) y 6 (8%) por infección urinaria recurrente. Las principales indicaciones de cistoscopías fueron vejiga hiperactiva 17 (22%), cistitis intersticial/vejiga dolorosa 15 (20%), sospecha de perforación de uretra 14 (18%), sospecha divertículo uretral en 12 (16%), sospecha de Obstrucción 8 (10%), sospecha de



cuerpo extraño 8 (10%) principalmente en ITU recurrentes, sospecha de perforación vesical en 3 (4%), hematuria 2 (3%), y se sospecha de fístula 1 (1%), otras indicaciones 2 (3%). Entre los resultados de las cistoscopías destacan: uréteres normales 69 (87%), uretra normal 65 (82%), vejiga normal 57 (72%). 20 (25%) pacientes presentaron trabéculas vesicales, divertículo vesical 6 (8%), tanto divertículo uretral como uréteres heterotópicos 5 (6%) cada uno, tumor vesical y resalte de uretra en 4 (5%), vejiga con úlceras 2 (3%), estenosis uretra y perforación de malla 1 (1%). No se encontró perforación de vejiga.

Conclusión: El presente estudio mostró que es factible que en una unidad de Uroginecología se realicen CU diagnósticas. Los hallazgos fueron relevantes para el manejo de las pacientes, tanto para cambio de plan terapéutico o para influir en la toma de decisiones. Consideremos que debe ser incluido en la práctica uroginecológica habitual en colaboración con los servicios de urología.



ENFOQUE DE CIRUGÍA AMBULATORIA PARA INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA 2017-2018

Francisco Herrera A.1,2, Alfredo
García G.2,4, Javier Rojas V.2

1. Becado Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Maule, Talca. 2. Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Regional de Talca, Talca. 3. Interno Medicina Séptimo año, Universidad Católica del Maule, Talca.

Introducción: La incontinencia urinaria de esfuerzo (IUE) se define como la pérdida de orina involuntaria con esfuerzo físico, estornudos o la tos. Se trata de una condición común que puede llegar a afectar a la mitad de las pacientes que sufren de incontinencia de orina. La prevalencia va de un 12% a un 46%. Aquellas mujeres con sintomatología predominante de IUE y que permanece luego del manejo conservador, serán candidatas a tratamiento quirúrgico, el cual ha significado un reto histórico, que ha permitido el desarrollo de diversas técnicas quirúrgicas. En la

actualidad los procedimientos quirúrgicos más realizados como corrección de la IUE son los sling medio uretrales y la vía trans obturadora aparece como una opción costo efectiva.

Métodos: En el Hospital Regional de Talca se ha desarrollado un protocolo para la cirugía de IUE que incluye: manejo ambulatorio, anestesia abreviada, omisión del sondeo intraoperatorio y criterios flexibles del residuo post miccional. Para evaluar la experiencia en cirugía ambulatoria para la IUE, se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo con pacientes operadas por IUE durante el período comprendido entre Enero de 2017 a Diciembre de 2018, a través de la revisión de fichas clínicas.

Resultados: Un total de 85 pacientes fueron sometidas a cirugía con Sling medio uretral trans obturatriz (TOT). El tiempo quirúrgico promedio fue de 15,2 min, la totalidad de las pacientes fueron intervenidas con sedación endovenosa más anestesia local administrada por el cirujano. Las complicaciones intraoperatorias fueron menores y se presentaron en un 4,7% de las pacientes. La estancia hospitalaria promedio fue de 4,8 horas. El residuo post miccional promedio al alta fue de 170 cc sin casos de obstrucción a los 15 días postquirúrgicos.

Conclusiones: La corrección de IUE con malla transobturatriz, bajo un enfoque ambulatorio, es un método seguro, con pocas complicaciones y corta estancia hospitalaria. El criterio flexible del residuo post miccional en el



postoperatorio inmediato, parece ser adecuado y no se vió asociado a episodios de obstrucción urinaria persistente.



CISTOMETRÍA SIMPLE EN LA EVALUACIÓN DE LA INCONTINENCIA URINARIA FEMENINA Y SU RELACIÓN CON EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Calderón V., López C. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Hospital San José.

Introducción: La cistometría simple corresponde a un estudio urodinámico de bajo costo y de gran utilidad para la evaluación de la incontinencia urinaria femenina, capaz de definir el tipo de incontinencia que presenta la mujer en gran parte de los casos. Es una buena herramienta para otorgar un tratamiento y consejería adecuados en centros en que no se cuenta con urodinamia multicanal o ésta es poco disponible. En este trabajo, se plantea como objetivo primario determinar la relación entre el diagnóstico clínico de 3 tipos de IO (IOE, IOM e IOU) y los diagnósticos definitivos luego de la evaluación mediante cistometría simple. Como objetivo secundario, se evalúan los diagnósticos de IO en casos de POP y post algunas intervenciones quirúrgicas de piso pélvico (TOT, Burch, CSP y plastía anterior).

Métodos: Estudio retrospectivo, en que se analizaron 661 cistometrías simples realizadas en el Servicio de Uroginecología de Hospital San José entre febrero/2016 y agosto/2019. Todas las pacientes contaban con urocultivo negativo previo al examen. Las evaluaciones fueron realizadas por el mismo especialista: Dr. Carlos López Tapia. Se seleccionaron 476 pacientes en control por IO y algunas estudiadas por POP en busca de IOE oculta. Se excluyeron 185 por: evaluación frustra, requerimiento de estudios adicionales, diagnósticos distintos a IO o normalidad, o datos insuficientes. Rango etario: 18- 89 años (409 pacientes evaluadas por IO exclusivamente; promedio etario: 58,58 años).

Resultados: De las 409 pacientes evaluadas por IO, 140 fueron diagnosticadas clínicamente con IOE (34,22%), 221 con IOM (54,03%) y 48 con IOU (11,73%). Los diagnósticos obtenidos post realización de cistometría simple fueron: 80 pacientes con IOE (19,55%), 184 con IOM (44,98%), 129 con IOU (31,54%) y 16 con examen normal (3,91%). Al separar los diagnósticos dados por el estudio urodinámico por rangos etarios, se puede observar similitud de cada categoría entre las distintas edades. Se obtuvo: 28 pacientes entre 18- 40 años (6,84% del total), de las cuales 4 presentaron IOE (14,28%), 11 IOM (39,28%), 10 IOU (35,71%) y 3 un estudio normal (10,71%). 252 pacientes entre 41- 65 años (61,61%). De éstas, 55 presentaron IOE (21,82%), 115 IOM (45,63%), 75 IOU (29,76%) y 7 un estudio normal (2,77%). En el rango de 66-89 años, se



estudiaron 129 pacientes (31,54%), de las cuales 21 presentaron IOE (16,27%), 58 IOM (44,96%), 44 IOU (34,10%) y 6 un estudio normal (4,65%). Se compararon los resultados según especialidad que hizo el diagnóstico de derivación. Ginecología General evaluó 137 pacientes (33,49% del total). El diagnóstico clínico compatible con el realizado post cistometría simple fue 44,52% (61/137). 272 pacientes fueron evaluadas por Uroginecología (66,5%). El diagnóstico clínico coincidió en el 46,69% de los casos (127/272), lo que no muestra diferencia entre ambas especialidades. La concordancia entre diagnósticos clínico y post cistometría en cada uno de los tipos de incontinencia evaluados fue: IOE 48/140 (34,28%). En el resto de las pacientes con sospecha de IOE, el diagnóstico definitivo fue: IOM 61/140 (43,57%), IOU 24/140 (17,14%) y normal 7/140 (5,00%). En el caso de IOM, el diagnóstico fue correcto en 110/221 (49,77%). El resto correspondió a IOE 30/221 (13,57%), IOU 75/221 (33,93%) y normal 6/221 (2,71%). Por último, en el caso de IOU, fue concordante en 30/48 (62,50%). En las demás evaluaciones se otorgó el diagnóstico de IOE 2/48 (4,16%), IOM 13/48 (27,08%) y normal 3/48 (6,25%). Se evaluaron 41 pacientes con POP en búsqueda de IO oculta. Se redujo el prolapso con valva inferior de espéculo de Graves. Los diagnósticos fueron: cistometría normal en 11 casos (26,82%), IOE en 8 (19,51%), IOM en 9 (21,95%) e IOU en 13 (31,70%). Lo anterior coincide con la literatura, que indica que alrededor de 40% de los POP mayores a grado 2 presentan IOE

oculta. Se realizaron 18 exámenes por IO post TOT, en los cuales se objetivó: IOE 1/18 (5,55%), IOM 2/18 (11,11%), IOU 15/18 (83,33%) y ninguna evaluación normal. En el caso de IO post Burch, hubo un caso de IOE, otro de IOM y un último de IOU. En IO post CSP, hubo un caso de IOE y otro de IOU. Y, por último, en IO post plastía anterior, hubo un caso de IOE y otro de IOM.

Conclusiones: Existe una pobre correlación entre el diagnóstico clínico y urodinámico de incontinencia urinaria, independiente si es realizado por Ginecología General o por Unidad de Uroginecología. La cistometría simple es de gran utilidad en centros que no cuentan con amplia disponibilidad de urodinamia multi-canal para dilucidar diagnóstico y planificar tratamiento adecuado. Según los resultados de este estudio, sería razonable realizar siempre que sea posible urodinamia en evaluación de IO y POP (> grado 2) previo a definir tratamiento.



PROCESO DIAGNÓSTICO Y MANEJO QUIRÚRGICO DE DIVERTÍCULOS URETRALES: EL DESAFÍO DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

Santis-Moya^{1,2,F};
Mass-Lindenbaum, M³.; Dines
E⁴.; Dimonte-Bendov, Y⁵.;
Cohen-Vaizer, M.⁶; Valderrama,
R⁷.; Pizarro-Berdichevsky, J^{1,2}.

¹ Unidad de Uroginecología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile ² División de Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile ³ Universidad de los Andes, Santiago, Chile ⁴ Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile ⁵ Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile ⁶ Universidad de Chile, Santiago, Chile ⁷ Unidad de Urología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Introducción: El divertículo uretral es la protrusión sacular de la uretra a través de la fascia periuretral. No se conoce completamente su fisiopatología, pero se postula se debe a obstrucción y posterior infección de glándulas periuretrales. Es una condición infrecuente, con incidencia reportada de 0.6-5%. Su diagnóstico y

manejo es un desafío para el médico especialista en cirugía areconstructiva debido a la variedad de presentaciones clínicas, métodos diagnósticos y técnicas quirúrgicas. El objetivo de este estudio es presentar una serie de casos de pacientes a quienes se les realizó el diagnóstico y posterior manejo quirúrgico de divertículo uretral.

Material y métodos: Se realizó estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva de la unidad de uroginecología del Hospital Sótero del Río entre los años 2016-2019. Todas las pacientes con cirugías de divertículos uretral fueron identificadas y posteriormente analizadas.

Resultados: Trece pacientes fueron identificadas entre los años 2016 y 2019. No hubo divertículos uretrales operados por la unidad previo a septiembre de 2016. La mediana de edad fue de 51.5 años (IQ:44.2-58.7), 38.5% eran sexualmente activas, 53.8% con menopausia y la paridad mediana fue 3 partos (IQ: 1-3.5). La triada clásica de goteo post miccional (dribbling), disuria y dispareunia se presentó en 2 pacientes (15.3%) y 38.5% presentó por lo menos uno de estos síntomas. La clínica más frecuente fue incontinencia de orina en un 76.9%, de las cuales la mitad presentaba IOE pura y la presencia de masa vaginal en 53.8%. Otros síntomas menos frecuentes fueron tenesmo vesical (15.4%), ITU a repetición (7.6%) y micción en 2 tiempos (7.6%). Al examen físico se encontró aumento de volumen vaginal (69.2%), secreción purulenta a la compresión de la masa (38.5%) e IOE (38.5%).



Los exámenes de apoyo diagnóstico fueron Cistoscopia en 7 pacientes, Ecografía de piso pélvico en 8 pacientes y Resonancia Magnética en 7 pacientes. Divertículo en herradura se encontraron en 4 pacientes (30.8%). El procedimiento quirúrgico realizado fue una diverticulectomía por vía vaginal. En breve, la cirugía consistió en una incisión vaginal en U invertida, luego desarrollo plano periuretral horizontal, posteriormente disección del divertículo hasta lograr identificar el canal de comunicación con la uretra para luego reseca el divertículo. El cierre consistió en suturas separadas dobles vertical en uretral con vicryl 4-0, cierre plano horizontal en sutura continua con vicryl 3-0 y finalmente cierre vaginal con sutura continua de vicryl 2-0. Se utilizaron lupas de aumento (2.5x) y luz frontal para optimizar la visualización durante el procedimiento. Se asoció la colocación de sling fascial por IOE en 4 pacientes (30.8%). Se realizó flap de Martius en 1 paciente con diagnóstico de Adenocarcinoma de células claras en el divertículo. No hubo reportes de complicaciones intraoperatorias. La mediana de tiempo de seguimiento fue de 9.5 meses (IQ: 2.5-23.2). 1 paciente presentó un hematoma suburetral que resolvió espontáneamente con antibióticos. 2 pacientes cursaron con IO de novo, 1 IOE pura, y 1 IOM que no afectaba calidad de vida. 2 pacientes a las cuales se les colocó sling fascial cursaron con disfunción miccional, y se encuentran actualmente en estudio. No ha habido casos de recidiva, fístula o dispareunia de novo. Las pacientes reportaron

sentirse satisfechas con la cirugía, y con mejora significativa de su calidad de vida.

Conclusión: El divertículo uretral es una condición infrecuente, cuyo diagnóstico requiere una alta sospecha clínica y el cual cuenta con un tratamiento quirúrgico seguro y efectivo. En nuestra casuística la triada clásica de síntomas fue infrecuente. Es muy relevante la posibilidad de malignidad en los divertículos, cuya prevalencia puede ser tan alta como 9% de los casos de divertículos operados.



COMPARACIÓN DE LA EFICACIA ENTRE SLINGS TVT EXACT® V/S KIM® EN LA TERAPIA DE INCONTINENCIA URINARIA DE ESFUERZO FEMENINA

Schlageter F.1, Alarcón G.1,
Mass-Lindenbaum M.2,
Pizarro-Berdichevsky J.1

1 Unidad de Uroginecología, División de Obstetricia y Ginecología, Hospital Sótero del Río, Pontificia Universidad Católica de Chile
2 Universidad de los Andes, Santiago, Chile

Introducción: Hay muchos slings para tratar la incontinencia de orina de esfuerzo (IOE). Nuestro sling medio-uretral (MUS) histórico fue el TVT exact®. Consideramos el KIM® como una alternativa equivalente, reduciendo costos. El objetivo primario fue evaluar la eficacia de estos dos slings, como terapia para IOE primaria.

Método: Se hizo un análisis retrospectivo (2010-2018) de procedimientos primarios de KIM® y TVT Exact®, desde nuestra base de datos. Se analizaron además datos demográficos y tiempos de seguimiento.

La falla terapéutica se definió como queja de IOE, fuga de orina al examen físico o re-operación. También se analizaron variables de complicaciones asociadas (Infecciones del tracto urinario (ITU), síntomas urinarios obstructivos, extrusión, dolor e ITUs recurrentes) los datos se presentan como promedios +/- DS, Medianas (IQR) o n(%). Se usó un análisis por regresión logística

Resultados: 767 pacientes se tuvieron el procedimiento MUS. 226 fueron incluidas. 166 se hicieron TVT exact® y 61 KIM®. La edad promedio fue de 55±9.7, paridad 3(IQR 2-4), 151(66.5%) eran postmenopáusicas 40(19.7%) tenían un IMC>35. 101(44.7%) pacientes tuvieron una cirugía concomitante de prolapso, 4 (1.8%) se re-operaron para IOE. Hubo 10 secciones de sling, todas dentro del grupo de TVT exact® (6.1%). El tiempo de seguimiento global fue de 9.7 meses (IQR 6.2-20-1). El tiempo de seguimiento para TVT exact® fue de 13.5 meses (IQR 6.6-26) y de KIM® 7.3 meses(IQR 6.2-9.6).

El outcome primario para TVT exact® y KIM® no tuvo diferencias significativas (13.9 vs 16.4% respectivamente). Hubo recurrencia sintomática en 13.9% y 14.8%, fuga de orina al examen físico 6.7% vs 6.6% y reoperación para IOE 1.8% vs 1.6% respectivamente. 57(34.5%) en TVT exact® y 13(21.3%) en KIM® tuvieron complicaciones.

Luego de un análisis de regresión logística, la única variable significativa como factor de riesgo para el outcome compuesto, fue un IMC >35



con un OR de 2.6 (CI 95% 1.079-6). Meses de seguimiento y tipo de MUS no fueron predictores de falla terapéutica.

Conclusiones: No hubo diferencias significativas entre los dos grupos para el outcome primario. El hecho de tener un IMC > 35 aumenta el riesgo 2.6 veces de falla quirúrgica (OR 2.6 [CI 95% 1.079-6]). TVT exact® tuvo más complicaciones que KIM®. Creemos que las menores tasas de complicaciones en el grupo KIM® pueden estar relacionadas a cambios en la práctica quirúrgica y clínica a través del tiempo en nuestra unidad.



COMPLICACIONES DE CIRUGÍA DE ADECUACIÓN GENITAL EN PACIENTES TRANS Y DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA GENITOPLASTIA. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL PÚBLICO

Bernal, J1; Barros, J2; Cifuentes, M2; Arenas, J2

1Hospital Sotero del Río/Clinica Indisa, Santiago, Chile; 2Hospital Sotero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: La condición de transgénero describe a una persona que experimenta discordancia entre su identidad de género y su sexo biológico. La transición muchas veces requiere de genitoplastia. La técnica más utilizada es inversión penéana simple o modificada (injerto libre de piel escrotal). Los beneficios son mejoras en la sexualidad y bienestar psicosocial, sin embargo, las tasas de complicaciones son altas. Describiremos técnica vaginoplastia, complicaciones y sus factores de riesgo.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes transgéneras femeninas operadas de genitoplastia feminizante en Hospital Público en 2018-2019, que cumplieran requisitos de WPATH (Asociación Mundial de Profesionales para Salud Transgénero). Se describen datos epidemiológicos, complicaciones (según Grado Clavien-Dindo), predictores y dimensiones vaginales.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes transgéneras operadas de genitoplastia feminizante. La edad promedio fue 30.6 años (42-20); 50% fumadoras, 40% VIH. IMC promedio fue de 24.9 (19-28). El promedio de hormonoterapia prequirúrgica fue 3.1 años (1.03-7.9); 20% tenía implantes mamarios, 20% circuncisión y 10% orquiectomizada.

La duración promedio de cirugía fue de 6.4 horas (5.1-7.3). El sangrado estimado fue de 530 cc. El largo vaginal intraoperatorio fue de 14 cm (13-15) y ancho 32 mm (28-35).

Hubo una complicación intraoperatoria: lesión de uretra (10%). No hubo lesión rectal ni reoperación. Una paciente requirió transfusión sanguínea. El promedio de hospitalización fue 8.8 días (7-17). 7 pacientes presentaron complicaciones, la más frecuente (70%) dehiscencia de herida: 4 Clavien I y 1 resutura (Clavien IIIa), y 1 insuficiencia renal aguda por rhabdomiólisis que requirió diálisis (Clavien IVa). Durante el seguimiento que fue de 5,2 meses (1.6-9) hubo 1 TVP de pierna (Clavien



II) y una estenosis vaginal por abandono de dilataciones. No hubo estenosis de meato. Todas las encuestadas recomiendan la cirugía y se la harían nuevamente. Se realizó un análisis univariado mediante modelo de regresión logística para evaluar la asociación frente a la variable dependiente “complicaciones”. Ninguna resultó significativa, lo que podría deberse al bajo número de participantes.

Conclusión: La cirugía de adecuación genital es una técnica exigente, parcialmente estandarizada y está expuesta a múltiples posibles complicaciones. En este grupo la gran mayoría de las complicaciones fueron leves y no se logró asociación estadística con algún factor de riesgo.



RESULTADOS FUNCIONALES Y ESTÉTICOS DE VAGINOPLASTÍA EN MUJERES TRANSGENERO Y DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE NEO CLÍTORIS Y LABIOS MENORES. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL PÚBLICO

Bernal, J1; Barros, J2; Cifuentes, M2; Arenas, J2.

1Hospital Sotero del Rio/Clinica Indisa, Santiago, Chile; 2Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile.

Introducción: Algunas mujeres Trans (identidad de género femenina y genitales masculinos) durante la transición requieren genitoplastia. La estética genital y la capacidad de orgasmo son metas primordiales. Se describen resultados estéticos y funcionales.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de transexuales operadas de genitoplastia feminizante en Hospital Público en 2018-2019, que cumplieran requisitos WPATH

(Asociación Mundial de Profesionales para Salud Transgénero). Técnica para complejo clitoro-labial de Suporn/MacMillan en base al complejo dorsal nervioso-vascular del pene con segmento de glándula y mucosa prepucial. Se aplicaron cuestionarios Índice de Función Sexual Femenina FSFI (bajo 26,5 indica disfunción sexual) y Escala de Autoimagen Genital Femenina FGSIS (28 es el máximo indicando autoimagen genital positiva).

Resultados: Se identificaron 10 mujeres Trans operadas de genitoplastia feminizante; edad promedio 30,6 años(42-20). IMC promedio de 24,9(19-28). La hormonoterapia pre-quirúrgica fue 3,1 años(1,03-7,9). El largo vaginal conseguido intraoperatorio fue 14cm(13-15) y ancho 32mm(28-35). El seguimiento fue 5,2 meses(1,6-9) con ancho vaginal final 34,7mm(34-35) y largo 13,7cm(5-16). Una paciente abandonó dilataciones presentando estenosis neo-vaginal(5 cm), el resto tenía promedio 14,6cm.

En encuestas contestadas por 9 pacientes: 100% tienen sensibilidad clitoriana, 55% con orgasmo más intenso. 55% habían tenido actividad sexual neovaginal, todas y sus parejas reportaron satisfacción con la función vaginal. 88% estaban satisfechas con la lubricación propia y 66% tuvieron dolor con la penetración.

Satisfacción con ancho neovaginal 88% y con largo 66%. Las no satisfechas (33%) tienen promedio 11,3cm(5-16). Todas recomendarían la cirugía y se la harían de nuevo. FSFI promedio



general fue de 16.5 y en las sexualmente activas de 25.4. FGSIS el promedio fue de 24.5. La mayoría resultó disfuncionalmente por no ser activas sexualmente, aunque todas tenían una alta autoimagen genital. Las preguntas “mejora en la calidad de vida”, “felicidad con la cirugía” y “conformidad estética” puntuaron 9, 9 y 9 (máximo 10), respectivamente.

Conclusiones: El grupo estudiado está muy satisfecho con los resultados funcionales y estéticos indicando que cirugía de adecuación genital es beneficiosa. Se requieren cuestionarios adecuados para esta población.



SÍNTOMAS URINARIOS POST GENITOPLASTIA EN MUJERES TRANSGÉNERO Y DESCRIPCIÓN DE TÉCNICA DE NEO MEATO URETRAL: EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL PÚBLICO

Bernal, J1; Barros, J2;
Cifuentes, M2; Arenas, J2.

1Hospital Sotero del Río/Clinica Indisa, Santiago, Chile; 2Hospital Sotero del Río, Santiago, Chile.

Introducción: La condición de transgénero implica una discordancia entre la identidad de género y el sexo biológico. La transición muchas veces requiere cirugía genital que incluye penectomía, neovagina y neomeato uretral. La posición y conformación del neomeato es clave para evitar síntomas del tracto urinario y complicaciones como estenosis, que puede alcanzar hasta 40%. Se describen la técnica de colgajo uretral con meato espatulado y síntomas y complicaciones urinarias.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo de todas las mujeres Trans operadas de genitoplastia feminizante en Hospital Público entre 2018-2019, que cumplían requisitos WPATH (Asociación Mundial de Profesionales para Salud Transgénero). Se realizó encuesta de síntomas urinarios AUA-QoL, Uroflujometría, residuo postmiccional y reporte de complicaciones urinarias.

Resultados: La técnica de neomeato incluye: Liberación/movilización y apertura ventral sagital de tejido esponjoso y uretra bulbar. Resección parcial de tejido esponjoso y hemostasia de remanente con sutura bilateral a raíces seccionadas de cuerpos cavernosos. Neomeato espatulado mucocutáneo con 5 puntos tipo Donati, según lo descrito por Dr MacMillan.

Se incluyeron 10 mujeres Trans operadas de genitoplastia feminizante. La edad promedio fue 30.6 años(42-20); 50% son fumadoras, 40% tienen VIH. El promedio de hormonoterapia fue 3.1 años. La duración promedio de cirugía fue 6.4 horas. Hubo una complicación intraoperatoria: lesión de uretra membranosa.

El seguimiento promedio fue 5,2 meses(1.6-9). Nueve pacientes contestaron encuestas: promedio de síntomas AUA 6.7(leves) y de calidad de vida síntomas urinarios de 0.77(0-1) (muy satisfechas). Sólo una paciente refirió empeoramiento de la micción por urgencia de novo. Frecuencia miccional diurna/nocturna fue 5/1. Ocho pacientes se realizaron uroflujometría



con un Q_{max} 22cc/seg(15-27) y residuo post-miccional de 22cc(0-70). Síntomas referidos: chorro en regadera(2), urgencia de novo(2), tenesmo(1), incontinencia(3), enuresis(1) y de complicaciones solo una ITU baja. No hubo estenosis del neomeato.

Conclusión. A pesar del corto seguimiento, la técnica descrita logra reposicionamiento fisiológico del meato uretral con muy escasas complicaciones. Si bien hay aparición de síntomas urinarios, no afectan la calidad de vida de las pacientes.



RESULTADOS ANATÓMICOS Y SATISFACCIÓN USUARIA EN MUJERES SOMETIDAS A COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA VERSUS ABIERTA PARA PROLAPSO APICAL

Carlos Rondini¹, María José Urzúa¹, Julio Alvarez¹, María José Garate¹, Medeliz Monroy¹, Oscar Storme¹, César Descouvieres²

(1) Departamento de Uroginecología hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2) Departamento de Uroginecología Clínica Alemana, Santiago, Chile

Objetivo: Recientemente el abordaje laparoscópico ha mostrado resultados anatómicos similares a la laparotomía, pero con menos complicaciones. El objetivo de este estudio es comparar los resultados anatómicos entre la colposacropexia abierta y laparoscópica con especial interés en el compartimento posterior y la satisfacción de la paciente.

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes sometidas a una colposacropexia entre enero de 2010 y diciembre de 2018. La información demográfica de referencia, la historia clínica y la información quirúrgica se obtuvieron de las fichas clínicas. Las pacientes fueron evaluadas después de la cirugía a los 6 y 12 meses y anualmente después. Éxito se definió para la pared anterior y posterior como POP Q Ba y Bp de < -1 cm. Para el compartimento apical, el éxito fue que el punto C (POP-Q), no descendiera más de $1/3$ de la longitud vaginal total. Las tasas de éxito se compararon usando las curvas de supervivencia de Kaplan-Meir, Long-rank $p < 0.05$ se consideró significativo. En general, ambas cirugías fueron similares excepto para el compartimento posterior. En el abordaje abdominal abierto, la malla posterior fue anclada a la porción más baja alcanzable de la vagina posterior. Sin embargo, en el grupo laparoscópico, la malla posterior fue anclada al elevador del ano. La satisfacción de las pacientes fue evaluada de dos maneras. En primer lugar, preguntando a las pacientes en seguimiento si “¿recomendaría la cirugía?” y por el índice de mejora global del paciente (PGI-I). Para este estudio se analizó el porcentaje de pacientes que dijeron que estaban “iguales” o “peores”.

Resultados: 259 mujeres se sometieron a un abordaje laparoscópico (LSC) y 119 a colposacropexia abierta (ASC). La información demográfica basal y otras variables quirúrgicas, como la gravedad del prolapso (prolapso estadio



III-IV) y la histerectomía subtotal concomitante, fueron similares en ambos grupos (tabla n°1). La media de seguimiento para ambos grupos fue comparable (LSC: 16,4 meses vs. ASC: 17,4 meses, $p=0,526$). El tiempo quirúrgico fue significativamente más largo en el grupo laparoscópico (LSC: 181.0 minutos vs. 96.8 minutos $p=0,001$). Al analizar los diferentes compartimentos, el compartimento apical falló en cuatro casos en el grupo LSC vs. 9 en el grupo ASC ($p=0,003$); el compartimento anterior (LSC 11 vs. ASC 21 $p=0,001$) y el compartimento posterior (LSC 2 vs. ASC 16, $p=0,001$). La estadía hospitalaria fue similar en ambos grupos (LSC 2,9 vs. 3,1 días $p=0,275$). Las pacientes dispuestas a recomendar y satisfacción global fueron similares en ambos grupos respectivamente (LSC 95,4% vs. 96,4% $p=0,573$) y PGI-I (LSC: 4,6% vs., 3,4% ASC $p=0,573$).

Conclusiones: La vía laparoscópica ofrece mejores resultados anatómicos, sin embargo estos resultados son a expensas de cirugías significativamente más largas pero con complicaciones intraoperatorias y satisfacción usuaria similares.



TIEMPO OPERATORIO PARA COLPOSACROPEXIA LAPAROSCÓPICA EN CLÍNICA PRIVADA VS HOSPITAL DOCENTE: ¿TENER MÁS RECURSOS IMPLICA SER MÁS EFICIENTE?

Carlos Rondini¹, Julio Alvarez¹,
María José Urzúa¹, Medeliz
Monroy¹, María José Garate¹,
Oscar Storme¹, César
Descouvieres²

(1) Departamento de Uroginecología hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2) Departamento de Uroginecología Clínica Alemana, Santiago, Chile

Objetivo: El impacto de tener todos los recursos o dispositivos quirúrgicos disponibles, como morcelador eléctrico, tacker, loop bipolar, bisturí armónico y suturas autobloqueantes, así como un ayudante quirúrgico con experiencia, comparado con el escenario mínimo de seguridad generalmente disponible en un hospital público docente-asistencial, no se ha analizado en nuestro país. Este estudio examina los resultados perioperatorios de pacientes sometidas a

colposacropexia laparoscópica (CSPL), en un hospital público docente-asistencial versus una clínica privada.

Métodos: Se realizaron un análisis retrospectivo de registros clínicos y protocolos quirúrgicos de 260 pacientes sometidas a CSPL entre enero de 2013 y diciembre de 2017. En ambos centros, la cirugía fue realizada por un cirujano experimentado (con al menos 50 CSPL). En el sector privado el cirujano siempre fue asistido por otro uroginecólogo entrenado y tenía todos los recursos o dispositivos quirúrgicos disponibles. En el sector público, las cirugías eran realizadas por un cirujano experimentado asistido por un médico especialista en formación (becario) y no se disponía de los otros dispositivos quirúrgicos mencionados anteriormente. La técnica quirúrgica fue la misma en ambos centros. Se realizó una histerectomía subtotal en pacientes no histerectomizadas y se colocó una malla de polipropileno por posterior tan caudal como el elevador del ano y anteriormente tan baja como el triángulo vesical. Se añadió una plastia vaginal posterior o un sling de uretra media si era clínicamente relevante. Las variables clínicas relacionadas con resultados perioperatorios, resultados anatómicos y complicaciones fueron recolectados y comparados mediante análisis univariado y multivariado.

Resultados: 260 mujeres se sometieron a CSPL, de las cuales 126 pacientes (48%) fueron operadas en la clínica privada. En general, no hubo diferencias en las variables demográficas



entre ambos grupos. Así como ninguna diferencia significativa en morbilidad (tasa de complicación: 6,7% vs. 7,9% $p=0,706$), satisfacción de la paciente (PGI-I 98,5% vs. 96% $p=0,208$) y resultados anatómicos (POP-Q punto C: -9,1 vs. -8,4cm $p=0,907$), en el hospital público comparado con la clínica privada. Sin embargo, hubo una diferencia significativa en el tiempo operatorio. La cirugía fue significativamente más larga en el sector público (191.5 ± 51 vs. 158 ± 57 min; $p=0.001$). Dos pacientes en ambos centros fueron convertidas a vía abierta.

Conclusiones: Se observaron resultados perioperatorios comparables entre pacientes sometidas a CSPL en un hospital público o privado. Aunque el tiempo operatorio fue significativamente menor en el sector privado en 30 minutos, esto no debería ser una razón para no implementar la cirugía en un hospital público o docente. O una razón para invertir en equipos más sofisticados en lugar de cirujanos bien entrenados.



ESTIMULACIÓN TRANSCUTÁNEA DEL NERVIIO TIBIAL POSTERIOR PARA EL TRATAMIENTO DE VEJIGA HIPERACTIVA REFRACTARIA

María José Garate¹, Carlos
Rondini^{1,2}, María José Urzúa^{1,3},
Oscar Storme¹, César Descou-
vieres⁴, Medeliz Monroy¹, Julio
Alvarez^{1,2}

(1) Departamento de Uroginecología hospital Padre Hurtado, Santiago, Chile (2) Clínica Santa María, Santiago, Chile (3) Clínica Dávila, Santiago, Chile (4) Departamento de Uroginecología Clínica Alemana, Santiago, Chile

Objetivo: La vejiga hiperactiva (VHA) es una afección cada vez más frecuente que afecta aproximadamente al 17% de la población adulta. La mayoría de las directrices internacionales sugieren un enfoque escalonado que comienza con cambios en el estilo de vida e intervenciones conductuales seguidas de varias formas de farmacoterapia de segunda línea y luego se pasa a terapias más sofisticadas. En este estudio pretendemos evaluar la satisfacción del paciente con mujeres con vejiga hiperactiva, refractaria

al tratamiento de primera línea que fueron sometidas a estimulación transcutánea del nervio tibial posterior (TCNS-PT) como terapia de segunda línea.

Métodos: Se incluyeron 126 pacientes femeninas consecutivas con incontinencia urinaria de urgencia refractaria al tratamiento conservador de primera línea. El tratamiento de primera línea incluyó cambios en el estilo de vida, como evitar los irritantes vesicales y la ingesta adecuada de líquidos. Intervención conductual como entrenamiento vesical y ejercicios de Kegel.

Se obtuvo una historia clínica detallada, se realizó cistometría simple y se trataron comorbilidades tales como el hipotiroidismo no tratado o diabetes descompensada antes de someterse a TCNS-PT. El protocolo de estimulación transcutánea del nervio tibial posterior fue la misma para todas las pacientes, se utilizó un estimulador TENS 7000™ programado con 20Hz, 200 ciclos/s, una estimulación normal para una sesión de 30 minutos, bi-semanal durante 6 semanas. Sólo una pierna fue estimulada por sesión y los electrodos fueron colocados cerca del nervio tibial justo por encima del maléolo en la cara interna de la pierna. Se colocó un segundo parche de electrodo 4 traveses de dedo hacia cefálico. El índice de mejora global del paciente (PGI-I) y los cuestionarios OAB-q se utilizaron para evaluar la satisfacción de las pacientes a los 3 a 6 meses después del tratamiento. Una paciente fue considerada satisfecha cuando respondió “un poco mejor” o “mejor” en su PGI-I.



Resultados: No hubo diferencias demográficas entre pacientes satisfechos y pacientes insatisfechas. Se observó una mejoría sintomática estadísticamente significativa en los cuestionarios OAB-q entre el valor basal y el OAB-q de seguimiento (103.22 ± 44.74 vs. 139.71 ± 33.83 , $p=0.001$). El 68% de las mujeres declararon estar o “muchísimo mejor”, “mucho mejor”, o “un poco mejor”, en su PGI-I. No hubo efectos adversos durante el tratamiento.

Conclusiones: La estimulación transcutánea del nervio tibial posterior es un tratamiento eficaz y bien tolerado en pacientes con síndrome de vejiga hiperactiva y debe considerarse como un tratamiento de segunda línea en lugar de un tratamiento de tercera línea como sugieren algunas guías.



Medicina Reproductiva



VITRIFICACIÓN DE OVOCITOS PARA PRESERVACIÓN ELECTIVA DE FERTILIDAD DE CAUSA NO ONCOLÓGICA: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA EN CLINICA LAS CONDES

Geraldo J., Mackenna A., Carrillo J., Camus A. Unidad de Medicina Reproductiva Clínica las Condes

Introducción: La postergación electiva de la maternidad es una tendencia a nivel mundial y Chile no ha quedado exento a esta. Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), actualmente, el 25% de la población de mujeres Chilenas se embaraza después de los 35 años. Como la tasa de fecundidad disminuye con la edad, la vitrificación de ovocitos surge como una posibilidad de preservar el potencial reproductivo en mujeres que quieran postergar la maternidad. El objetivo de este estudio es presentar la experiencia en preservación electiva de la fertilidad a través de la vitrificación ovocitaria en mujeres no oncológicas atendidas en la Unidad de Medicina Reproductiva (UMR) de Clínica las Condes (CLC).

Material y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva todos los casos de vitrificación de ovocitos para preservación de fertilidad de causa social o médica no oncológica realizados en la UMR de CLC entre Enero 2009 y Julio 2019. Se obtuvieron datos demográficos y detalles de su ciclo de estimulación. Se realizó seguimiento a la fecha para evaluar quienes han utilizado sus ovocitos vitrificados.

Resultados: Durante el periodo descrito se realizaron 207 ciclos de vitrificación de ovocitos, con 2 casos el año 2009 y 41 casos el año 2018. La edad promedio de las mujeres fue de 35.4 (± 3.6) años, la cual se mantiene constante durante los años estudiados. La hormona Antimülleriana promedio fue de 1.9 (± 1.5) ng/ml. En todos los casos se utilizó protocolo corto de estimulación con antagonistas de la GnRH, siendo la mediana de estimulación de 9 (6-17) días. La mediana de ovocitos recuperados por ciclo fue de 10 (0-48) y, de ellos, se vitrificaron una mediana de 9 (0-41) ovocitos en metafase II, existiendo una diferencia según grupo de edad: la mediana de ovocitos vitrificados fue de 10 (0-30) y 9 (0-41) en mujeres <35 y ≥ 35 años, respectivamente. El seguimiento de las mujeres revela que solo 2 de ellas han utilizado sus ovocitos vitrificados, logrando dos embarazos, un recién nacido vivo y un aborto retenido.

Discusión: El número de casos de vitrificación ovocitaria para preservación social de la fertilidad ha aumentado progresivamente



a lo largo de los años, probablemente debido a la creciente postergación de la maternidad, ya que resulta una buena alternativa en estos casos. La edad promedio de las mujeres se ha mantenido en el tiempo, de manera que no están criopreservando a edades más tempranas, lo que sugiere que hay que educar a la población, ya que el pronóstico es mejor en mujeres más jóvenes porque ellas logran vitrificar más ovocitos. La experiencia presentada es concordante con lo reportado en la literatura y el número de ovocitos maduros vitrificados hace preveer resultados razonables de embarazo al ser utilizados. La utilización actual es de solo 1%, lo cual puede significar que las pacientes no han usado sus ovocitos para embarazarse o bien que continúan postergando la maternidad, cosa que esperamos poder publicar en el futuro luego de un adecuado seguimiento.



PREVALENCIA DE MICRODELECCIONES DEL CROMOSOMA Y EN HOMBRES CHILENOS CON DIAGNOSTICO OLIGO-AZOOSPERMIA

Geraldo J., Mackenna A., Ortega V., Carrasco J., Palma C. Unidad de Medicina Reproductiva Clínica las Condes

Introducción: Una de las causas genéticas de la infertilidad masculina es la microdelección del cromosoma Y, la cual provoca una severa falla en la espermatogénesis. Estudios muestran que se encuentra en el 5% a 10% de los pacientes con azoospermia u oligozoospermia severa. Sin embargo, su prevalencia en Chile es desconocida. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de los distintos tipos de microdelección del cromosoma Y en hombres Chilenos infértiles con azoospermia y oligozoospermia severa.

Material y métodos: Se analizaron en forma retrospectiva las microdelecciones del cromosoma Y en 496 hombres infértiles con diagnóstico de azoospermia u oligozoospermia severa, definida como la presencia de $<5 \times 10^6$ espermatozoides /ml en el eyaculado, entre

Noviembre de 2012 y Agosto de 2019. El rango etario de los pacientes fue de 19 a 56 años con una mediana de 34 años. La presencia de microdelecciones del cromosoma Y se determinó en ADN genómico extraído de sangre periférica, mediante amplificación a través de PCRs multiplex de 8 Sequence Tagged Sites (STSs) evaluando dos de cada una de las regiones de interés: AZFa, AZFb y AZFc y los genes ZFY/ZFX y SRY (Yp) como controles internos. Se amplificaron STSs adicionales para confirmar las microdelecciones de regiones específicas.

Resultados: En 457 pacientes el examen fue normal y en 39 (7.8%) se detectaron microdelecciones del cromosoma Y. La distribución de las mismas, en relación a la región comprometida, fue la siguiente: AZFc 3,8% (n=19), AZFb/c 2,6% (n=13), AZFa 0,8% (n=4) y AZFb 0,6% (n=3).

Discusión: La prevalencia de microdelecciones del cromosoma Y en Chile es similar a la descrita en la literatura, comprometiendo a un 7.8% de los hombres con azoospermia u oligozoospermia severa. Dentro de las variedades de microdelecciones la más frecuente fue AZFc, que da cuenta del 27.5% de las microdelecciones encontradas, en estos pacientes existe la posibilidad de encontrar gametos en una biopsia testicular para tratar la infertilidad con una inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI). Sin embargo, si la microdelección se encuentra en AZFa o AZFb la biopsia testicular será infructuosa ya que que el compromiso genético de la espermatogénesis impide la



obtención de espermatozoides. Aquí radica la relevancia del estudio de las microdeleciones en hombres azoospermicos, ya que se pueden evitar muchas biopsias testiculares frustras en hombres infértiles. Por otra parte, el estudio es también relevante para un adecuado consejo genético, ya que los pacientes con microdeleción AZFc que se traten mediante ICSI, transmitirán esta deleción a su descendencia de sexo masculino.



SÍNDROME DEL FOLICULO VACÍO GENUINO, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Geraldo J., Magendzo A. Unidad de Medicina Reproductiva Clínica las Condes

Introducción: El síndrome del folículo vacío (SFV) se define como la completa falla en la recuperación de ovocitos tras un ciclo de estimulación ovárica con desarrollo folicular aparentemente normal y una esteroidogénesis folicular adecuada. Se han descrito 2 tipos: el “falso” (SFVf), que se debe a errores en la administración del gatillante de la ovulación o a razones farmacocinéticas del mismo; y el “genuino” (SFVg), en el cual se corrobora una adecuada administración del gatillante a través de la medición de niveles plasmáticos de este. Su incidencia en global oscila entre 0,05% a 7%, teniendo el SFVg una incidencia menor al 1%.

Material y métodos: Presentación de un caso clínico manejado en la Unidad de Medicina Reproductiva (UMR) de Clínica las Condes (CLC) y revisión de la literatura.

Resultados: Paciente de 30 años con antecedentes de dos laparoscopias por endometriosis profunda, con posterior diagnóstico de infertilidad, la cual fue tratada en Estados Unidos con un ciclo de inyección intracitoplasmática de espermatozoides (ICSI) logrando un recién nacido vivo; posterior a esto tuvo 2 transferencias diferidas de embriones criopreservados sin lograr embarazo. Se presenta en la UMR de CLC para realizar nuevo ciclo de ICSI; se utilizó un protocolo corto de estimulación con FSH recombinante y urinaria; para suprimir la secreción endógena de LH se agregó desde el séptimo día un antagonista de GnRH (Ganirelix); se indujo la maduración final de los ovocitos mediante la administración subcutánea de hCG recombinante más hCG urinaria. A las 36 horas se puncionaron y aspiraron 18 folículos en total, realizando al menos 10 lavados en cada uno de ellos, no recolectando ningún ovocito. Tras esto se determinó la concentración sérica de hCG, que fue de 604 UI/L, comprobándose la correcta administración del gatillante, con lo que se planteó el diagnóstico de SFVg.

Discusión: La literatura publicada a la fecha describe al SFVg como una situación que puede presentarse de manera esporádica, luego de haber tenido un ciclo previo y/o sucesivo exitoso, como es el caso de nuestra paciente. Su etiología aún es poco conocida; se ha propuesto que podría existir una foliculogénesis disfuncional que provocaría una atresia temprana de los ovocitos; mas recientemente se han



descrito factores genéticos involucrados, como la mutación en el gen que codifica el receptor de LH/HCG provocando un bloqueo irreversible en la vía de transmisión de la señal de LH. Como alternativas de manejo se ha propuesto intentar nuevo ciclo de estimulación aplicando doble gatillación (HCG más GnRH-agonista), y si esto no logra un resultado óptimo, se debería considerar la ovodonación.



ROL DE LA HISTEROSALPINGOGRAFIA COMO HERRAMIENTA TERAPEUTICA EN PAREJAS INFERTILES

Autores : Muñoz JF^{1,2}, Macchivello J^{1,2}, Brevis J.², Alarcón L.², Caballero M.³

1. Universidad Católica de la Ssma. Concepción; CHILLÁN 2. Hospital Clínico Herminda Martín, CHILLÁN 3. Laboratorio andrología FERTILAB, CHILLÁN

Introducción: Desde el año 1925 que la Histerosalpingografía, es considerada una herramienta diagnóstica vital en la evaluación de las trompas de Falopio. Tanto es así que las tasas de embarazo reportadas post examen y sin otra intervención terapéutica, rondan entre 5-10% de las parejas, valores muy superiores a los atribuidos a la Sonohistersalpingografía. Este es el motivo por el cual en el estudio de la pareja infértil, nuestro centro evalúa el factor tubario con Histerosalpingografía (HSG), tal como lo recomienda la guía de manejo de pareja infértil del MINSAL. En virtud de ello, decidimos evaluar los resultados de los primeros 3 años de histerosalpingografía estandarizada.

Materiales y método: Estudio retrospectivo de casos, revisando ficha clínica de pacientes que consultaron por infertilidad y a las cuales se les realizó HSG estandarizada con un mismo operador durante todo el período evaluado. Se utilizó acceso cánula rígida tipo Jarcho, previa aseptización de cuello y con medio de contraste hidrosoluble y se realiza prueba de Cotte inmediata. Luego se efectúa encuesta telefónica una semana después para evaluar la precepción subjetiva de la paciente respecto del dolor y se pesquisan potenciales complicaciones como sangrado y fiebre. Período de estudio 2011-2013.

Resultados: Se realizaron un total de 183 HSG estandarizadas y controladas, hubo 36 pacientes (19,3%) que manifestaron en la encuesta telefónica dolor catalogado como muy intenso (escala eva 7/10); 2 casos de enfermedad inflamatoria pélvica (1,1% del total) y en 6 pacientes (3,3%) se perdió de seguimiento al cabo de 1 mes. Del total de pacientes estudiadas, 71 (38,8%) se embarazaron en un plazo máximo de observación de hasta 36 meses. En lo que respecta al resultado de la HSG, en 89 pacientes (48,3%) el examen se catalogó como NORMAL, y de este grupo de pacientes, 52 (58,4%) consiguió embarazo, en plazo promedio de observación de 36 meses. Del grupo con daño tubario manifestado por HSG, sólo 20,2% consiguió embarazo. Del grupo de pacientes con infertilidad secundaria, que tenían como antecedentes el uso de Dispositivo



tipo T de Cu, 33, tenían daño tubario (54,1%). Hubo un 17pacientes (9,3%) de pacientes que se embarazaron post HSG sin mediar ningún tratamiento en un plazo promedio de 4,6 meses de tiempo mediado entre el examen y la FUR.

Conclusión: HSG sigue siendo un examen vigente en el estudio de la pareja infértil con pocas complicaciones. Y que eventualmente puede ser, no sólo diagnóstica, sino que terapéutica en las parejas infértiles, reportándose un 9,3.% de embarazo espontáneo en nuestra población. Es importante destacar también la alta tasa de daño tubario en el grupo estudiado, donde el uso de DIU tipo T de Cu jugó un rol muy importante.



PROGRAMA DE INFERTILIDAD DEL HOSPITAL CLÍNICO HERMINDA MARTÍN, CHILLÁN: RESULTADOS PRELIMINARES DE INSEMINACIONES INTRAUTERINAS

Autores: Muñoz J.F.^{1,2},
Macchiavello J.^{1,2}, Alarcón L.²,
Caballero M.³

1. Universidad Católica de la Santísima. Concepción; CHILLÁN. 2. Hospital Clínico Herminda Martín, CHILLÁN. 3. Laboratorio andrología FERTILAB, CHILLÁN.

Introducción: La inseminación intrauterina (IIU) homóloga es un método terapéutico utilizado desde 1957 para el tratamiento de la infertilidad. Aproximadamente 15% de las parejas en edad reproductiva padecen algún grado de infertilidad. Las principales razones para indicar la IIU son factor masculino leve, factor cervical e infertilidad de causa desconocida. En la Región de Ñuble, no existen estudios sobre las tasas de embarazos por IIU, es por ello que nuestro objetivo es realizar un estudio enfocado en determinar la tasa de embarazo en pacientes del

programa de infertilidad del Hospital Clínico Herminda Martín (HCHM).

Materiales y Métodos: El estudio fue realizado entre enero de 2016 y diciembre de 2018 por el Laboratorio de Andrología Fertilab. Se registraron 155 procedimientos de capacitación espermática para IIU homóloga para el programa de infertilidad de baja complejidad del HCHM. En el análisis se incluyeron 94 parejas infértiles por diversas causas. La edad de las pacientes fluctuó entre los 23 y 44 años y en los varones fluctuó entre los 26 y los 51 años. Se realizó estimulación ovárica controlada a todas las pacientes para inducir superovulación, con Citrato de Clomifeno (CC) y/o Letrozol (50-100 mg/d desde el 3er hasta la 7º día del ciclo menstrual, VO), HMG 75® UI (IM) o Puregon® o Gonaf® 75 (IM/SC) y 10.000 UI de hCG (Gonacor®5000 IM). El día de la IIU se recibieron los eyaculados tres horas antes del procedimiento. De acuerdo a la calidad seminal se utilizaron las técnicas de capacitación espermática, Swim-up o Gradientes (Isolate®). 36 horas después de la aplicación de hCG se realizó la IIU con un catéter con guía flexible marca CCD®. Las variables estudiadas fueron: nº de ciclos de estimulación, edad de la pareja, tratamiento de estimulación ovárica, tasa total de embarazo, tasa de embarazo según edad, grosor, tipo de endometrio y calidad espermática en lo que concierne a motilidad progresiva (MP) y recuento espermático post capacitación (REM).



Resultados: A las 94 parejas estudiadas se les realizaron en promedio 1,9 ciclos de estimulación. La edad promedio de la mujer fue de 33,7 años y la del hombre de 35,3 años. Se logró embarazo en 22 pacientes (14%), de las cuales el 91 % fueron menores de 37 años y el 9% mayor de 37 años. El 100% de los embarazos se lograron en los primeros tres ciclos de estimulación. Del total de pacientes que se embarazaron, 10 (45%) tenían endometrio mayor o igual a 7 mm al momento de estimular ovulación, mientras que 3 (14%) pacientes con endometrio menor a 7 mm lograron embarazo. En el 73% de las pacientes que lograron embarazos, el tamaño folicular fue de 18 mm al indicar la ovulación. El tratamiento de estimulación que logró mayor número de embarazos fue la combinación de CC/FSH/hCG (50%) y al realizar el análisis de calidad espermática observamos que con un REM ≥ 5 mill. con MP $\geq 70\%$ la tasa de fecundación es de 91%.

Conclusiones: La tasa de embarazos en la IIU en pacientes del HCHM alcanzó un 14 %. Los factores más importantes a considerar para mejorar los resultados esperados son: edad de la mujer, características endometriales y calidad espermática. El 100% de los embarazos se lograron en los primeros tres ciclos de estimulación y el tratamiento de estimulación con mejores resultados fue Citrato de Clomifeno + FSH + Gonadotropina Coriónica Humana.



PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE ALTERACIONES DE PROLACTINA EN DOS POBLACIONES DE MUJERES CON DISFUNCIÓN OVULATORIA: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL ANALÍTICO

Del Rio Jp (1,3,4) Canahuate A (1,2); Carrillo A (1,2), Dabed F (1,2), Gutiérrez P (1,5), Vigil P (1,6)

1: Reproductive Health Research Institute; 2: Facultad de Medicina, Universidad de los Andes; 3: Psiquislab, Laboratorio de Psiquiatría Traslacional, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile; 4: Imhay, Núcleo Mile-nio para mejorar la salud mental de jóvenes y adolescentes; 5: Facultad de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile; 6: Vicerrectoría de Comunicaciones y Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La principal etiología de disfunción ovulatoria (DO) son las endocrinopatías. De éstas, la hiperprolactinemia es la segunda causa más frecuente. Se define hiperprolactinemia como elevación basal de la prolactina (PRL) plasmática >25 ng/mL. Estudios sugieren que mujeres con PRL <25 ng/mL y DO podrían presentar secreción de PRL alterada ante ciertos estímulos, como por ejemplo TRH. Esto se conoce como hiperprolactinemia reactiva (1).

Objetivos: Determinar y caracterizar la prevalencia de trastornos de PRL en dos poblaciones de mujeres en edad reproductiva en consulta por DO en un centro de ginecología en Santiago, Chile.

Métodos: Estudio de corte transversal analítico en 192 mujeres divididas en dos cohortes: una de 114 mujeres entre 12 y 21 años, con mediana de 17 años (A) y otra de 78 entre 22 y 28 años, con una mediana de 26 años (B). Como parte del proceso diagnóstico se realizó una evaluación clínica y ecográfica, junto a la medición de PRL basal y PRL en respuesta a TRH. Se consideró DO si existía: ciclos irregulares (<24 o >36 días), fase lútea menor a 9 días, progesterona sérica <5 ng/ml en el día 21 o anovulación ecográfica. Se definió hiperprolactinemia si se cumplía PRL basal >25 ng/mL o PRL basal 14-25 ng/mL y test de TRH alterado: PRL >40 ng/mL a los 15' y/o 30' post estimulación con 200ug de TRH.



Resultados: En la cohorte (A) 13.2% (15) presentó hiperprolactinemia basal. Al agregar a las pacientes con test de TRH alterado el 27.4% (31) presentó desordenes en PRL. En la población (B), 7.7% (6) presentaron hiperprolactinemia basal. Considerando test de TRH alterado 24.4% (19) presentó desordenes en PRL.

Conclusiones: Los desordenes en PRL constituyen un diagnóstico frecuente en pacientes con DO, estando presente hasta en un 27.4% de las pacientes adolescentes. Esta prevalencia disminuye en la cohorte de pacientes de mayor edad. El uso de test de TRH permite aumentar la sensibilidad diagnóstica para desordenes de PRL. Es relevante considerar los desordenes de PRL como causa de DO ya que es una alteración potencialmente tratable con agonistas dopaminérgicos.

(1): Steinberger E. et al. Prolactin response to thyrotropin-releasing hormone in normoprolactinemic patients with ovulatory dysfunction J. Endocrinol. Invest. 1990



PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE PREDICTORES PARA INSULINO RESISTENCIA EN PACIENTES ENTRE 22 Y 28 AÑOS CON DISFUNCIÓN OVULATORIA: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL ANALÍTICO

Gutiérrez P (1,5), Dabed F (1,2);
Carrillo A (1,2), Canahuate A (1,2),
Del Río Jp (1,3,4), Vigil P (1,6)

1: Reproductive Health Research Institute;
2: Facultad de Medicina, Universidad de los Andes. ; 3: Psiquislab, Laboratorio de Psiquiatría Traslacional, Clínica Psiquiátrica Universitaria, Universidad de Chile. ; 4: Imhay, Núcleo Milenio para mejorar la salud mental de jóvenes y adolescentes; 5: Facultad de Medicina, Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile; 6: Vicerrectoría de Comunicaciones y Extensión, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Introducción: La etiología más frecuente de disfunción ovulatoria (DO) son las endocrinopatías. La insulino resistencia (IR) se propone como un componente fisiopatológico, especialmente en el síndrome de ovario poliúístico. El diagnóstico de IR se basa en signos clínicos o en predictores bioquímicos. Estos predictores presentan una baja sensibilidad, por lo que frecuentemente es una condición sub-diagnosticada.

Objetivos: Caracterizar la prevalencia bioquímica de IR en pacientes entre 22 y 28 años en consulta por DO en un centro de ginecología en Santiago, Chile. Secundariamente, comparar distintos predictores de IR.

Métodos: Estudio de corte transversal analítico en 78 mujeres entre 22 y 28 años. Como parte del proceso diagnóstico se realizó una evaluación clínica y ecográfica, junto a la realización de un test de tolerancia oral a la glucosa con curva de insulina en 5 puntos (0'-30'-60'-90'-120') (TTGO-I). Se consideró DO si existía: ciclos irregulares (<24 o >36 días), fase lútea menor a 9 días, progesterona sérica <5ng/ml en el día 21 o anovulación ecográfica. Se calcularon los siguientes predictores de IR a partir del TTGO-I: ISI Comp OL, $I_o \times G_o$ y HOMA. Se definió resistencia a la insulina como $ISI \text{ Comp OL} < 4.45$; $I_o \times G_o > 110$ u $HOMA > 2.6$.



Resultados: De 78 mujeres la mediana de edad fue de 26 años. El IMC promedio fue de 24 ± 3.4 kg/m². Al considerar HOMA un 16,4% cumplía criterios para IR. Para IoxGo un 25% presentó IR. Con ISI Comp OL un 35.7% presentó IR. Al considerar cualquiera de los 3 criterios la prevalencia se mantuvo en 35.7% de IR.

Conclusiones: La IR diagnosticada mediante predictores bioquímicos es un hallazgo frecuente en pacientes con DO, incluso con IMC normal. La prevalencia del trastorno depende del predictor utilizado, siendo ISI Comp OL el que presenta mayor sensibilidad. Es importante el diagnóstico de IR en pacientes con DO ya que la condición mejora con cambios en el estilo de vida e insulino-sensibilizadores en casos seleccionados.



FERTILIDAD LUEGO DE LA REANASTOMOSIS TUBARIA: EXPERIENCIA EN HOSPITAL CARLOS VAN BUREN

Mercado J., Scarella A., Ahumada H., Oyarzo P., Encalada D., Marquez F., Ávila J

Introducción: La esterilización femenina es el segundo método anticonceptivo más utilizado en Estados Unidos y el más común en el mundo. Entre un 1.3-15% de las pacientes desean fertilidad luego de estas técnicas. Un 1-2% se someten a reanastomosis tubaria, alcanzando tasas de embarazo descritas entre el 60-91%. El objetivo es evaluar la realidad local del Hospital Carlos Van Buren sobre las tasas de embarazo y recién nacidos vivos y factores pronósticos en pacientes sometidas a reversal tubario.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, se revisaron 65 fichas de pacientes que se realizaron una recanalización tubaria en el Hospital Carlos Van Buren, durante el período Enero 2009 y Diciembre 2015.

Resultados: La tasa de embarazo post recanalización tubaria fue de un 41,38%. La tasa de recién nacidos vivos fue de un 22%. La mediana del tiempo entre la recanalización tubaria y el logro del embarazo fue de 7.5 meses. No hubo diferencias significativas en cuanto a edad, longitud tubaria, presencia de granuloma, técnica quirúrgica e intervalo entre esterilización y reversal.

Conclusión: La recanalización tubaria es una alternativa para las pacientes con infertilidad secundaria por esterilización quirúrgica y más de la mitad de estos ocurren en el primer año luego de la intervención. La mayoría de los factores pronósticos evaluados en el estudio no presentaron diferencias estadísticamente significativas en el outcome de embarazo, pero sí hubo diferencias en aquellas pacientes que lograron embarazo en se usaron las técnica de Parkland y Pomeroy.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS EN PACIENTES CON ENDOMETRIOSIS PROFUNDA Y SUPERFICIAL: REALIDAD LOCAL HOSPITAL CARLOS VAN BUREN Y CENTRO DE REPRODUCCIÓN HUMANA UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

Oyarzo P 1. ; Scarella A 2. ; Ahumada H.1 ; Mercado J.1

Introducción: Histológicamente la endometriosis se puede dividir en dos grupos: endometriosis superficial y endometriosis profunda, definida como aquella que penetra más de 5 mm el peritoneo pélvico. Esta última representa la forma más sintomática de la enfermedad con manifestaciones clínicas diferentes.

Objetivo: Describir y comparar las características epidemiológicas y clínicas en pacientes con endometriosis profunda y superficial en nuestro medio.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se revisaron 150 fichas de pacientes pertenecientes al Hospital Carlos Van Buren y Centro de Reproducción Humana de la Universidad de Valparaíso, que se realizaron una laparoscopia, durante el período de Enero 2010 y Julio 2016, por sospecha clínica de endometriosis y/o infertilidad.

Resultados: se analizaron 100 pacientes, de estas 79 presentaron endometriosis (60 profunda y 19 superficial). No hubo diferencias en características demográficas, condiciones médicas, hábitos, características menstruales ni reproductivas. Los síntomas más reportados en pacientes con diagnóstico de endometriosis fueron dismenorrea (70,8%) y dispareunia (37,9%), siendo ambos más frecuentes en el grupo de endometriosis profunda pero sin significancia estadística. Un 26,3% pacientes con endometriosis superficial tuvieron más de 3 síntomas en comparación con un 40% de las mujeres con endometriosis profunda ($p= 0,413$).

Discusión: pacientes con endometriosis profunda reportaron mayor frecuencia de síntomas y mayor número de estos al momento de la laparoscopia. Se necesitan estudios con mayor tamaño muestral para establecer la asociación previamente mencionada.



IMPACTO DE LA SALPINGECTOMÍA SOBRE LA RESERVA OVARICA EN CICLOS DE FERTILIZACIÓN IN VITRO

Rojas D (1,2), Ramos M (1,3), Godoy A (1), Luengo O (1), Pacheco V (2), Vásquez N (1), Céspedes P (1), Correa E (1), Monsalve L (1), Palomino A (1).

(1) Instituto de Investigaciones Materno Infantil IDIMI, Universidad de Chile (2) Hospital el Pino-Universidad Andrés Bello (3) Hospital Clínico San Borja Arriarán

Introducción: La salpingectomía es una cirugía frecuente, realizada en el contexto del embarazo ectópico e hidrosalpinx, cuyo impacto sobre los resultados de reproducción asistida es controversial. El objetivo de este estudio fue comparar la reserva ovárica y la respuesta a la estimulación ovárica en ciclos de reproducción asistida (IVF/ICSI) con o sin antecedente de salpingectomía bilateral.

Métodos: Estudio retrospectivo analítico. La información se obtuvo del programa de fertilización asistida, IDIMI, Universidad de Chile, durante 2017. Se incluyeron pacientes con

antecedente de salpingectomía bilateral (casos) e infertilidad por factor masculino (controles). Se excluyeron pacientes con síndrome de ovario poliquístico, endometriosis, insuficiencia ovárica primaria o antecedente de cirugía ovárica. La comparación de las variables numéricas y categóricas se realizó con test Mann Whitney o Chi cuadrado (χ^2) respectivamente considerando valor significativo $P < 0,05$ en Software SPSS 25.

Resultados: Se identificaron 191 ciclos IVF pudiendo incluirse 39 controles y 27 casos. La edad ($33,9 \pm 4,1$ vs $33,5 \pm 4,8$), índice de masa corporal ($26,5 \pm 3,4$ vs $27,5 \pm 3,9$) y los marcadores de reserva ovárica: FSH ($7,89 \pm 2,6$ vs $6,48 \pm 2,9$), AMH ($2,2 \pm 0,7$ vs $1,8 \pm 0,8$) y el número de folículos antrales (CFA) ($12,5 \pm 6,2$ vs $11,8 \pm 6,3$ $p = 0,67$) no fueron diferentes. La duración del ciclo de estimulación ovárica ($10,6 \pm 1,5$ vs $11 \pm 1,3$ $p = 0,8$) así como el número de ovocitos obtenidos ($12,1 \pm 4,8$ vs $11 \pm 6,9$ $p = 0,48$) tampoco fueron diferentes y se registraron 37,03 % (10/27) y 30,7% (12/39) embarazos en los casos y controles respectivamente; sin diferencias estadísticamente significativas (OR: 1,34 95% IC 0,4 a 3,5. $p = 0,59$)

Conclusiones: El antecedente de salpingectomía bilateral realizado en diferentes centros hospitalarios nacionales no parece afectar los parámetros de reserva ovárica ni la respuesta a la estimulación hormonal ovárica en ciclos IVF; cuando se excluyen antecedentes que comprometen la función ovárica.



TRATAMIENTO QUIRURGICO MINIMAMENTE INVASIVO DE ISTMOCELE Y SUS RESULTADOS

Muñoz J(1), Sprohnle A(2), Scarella A. (2), Mercado J. (2)

1 Ginecólogo Obstetra, Hospital Claudio Vicuña, San Antonio. 2. Ginecólogo Obstetra, Hospital Carlos van Buren, Valparaíso.

Introducción: Está descrito un aumento en la tasa de cesárea a nivel mundial. En Chile actualmente se describen cifras en el sector público del 40% y privado de hasta un 70%, superiores a lo recomendado por la OMS (15%). Es una cirugía no exenta de complicaciones a largo plazo, dentro de las cuales se debe describir el istmocele, el cual es un defecto similar a una bolsa en istmo uterino en relación a cicatriz de cesárea previa. Descrito por primera vez en 1995 por Morris y tratada por primera vez a través de VLPC por Jacobson en 2003. La prevalencia mundial de istmocele entre todas las cesáreas varía entre 19-84%, pero podría estar subestimado debido a pacientes asintomáticas y la falta de conciencia clínica. El tratamiento quirúrgico mínimamente invasivo ha demostrado según la evidencia, reducir el dolor y promover la fertilidad con la excisión quirúrgica del istmocele sintomático. Éste puede ser diagnosticado

por: Ecografía Transvaginal, histerosonografía, histerosalpingografía, resonancia magnética y videolaparoscopia/histeroscopia (Gold Standard)

Materiales y métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, donde se revisaron fichas de 8 casos de pacientes con istmocele reparado mediante videolaparoscopia e histeroscopia entre febrero del 2017 y agosto del 2018. Además se contactaron vía telefónica para conocer el seguimiento hasta la fecha. El objetivo fue analizar la evolución post operatoria en cuanto a resolución de la sintomatología, tasas de embarazo y resolución ecográfica del istmocele. La reparación de istmocele fue realizada por videolaparoscopia e histeroscopia.

Resultados: La edad promedio fue 31.8 años, del total de 8 pacientes, 6 manifestaron deseo de embarazo previo a la cirugía y 5 estaban sintomáticas (SUA, dolor, infertilidad) al momento del diagnóstico y cirugía. De las 6 pacientes que manifestaron deseos de embarazo, hasta la fecha septiembre de 2019 cinco han logrado embarazo en forma espontánea. Todas las pacientes sintomáticas refieren desaparición de la sintomatología. Al control ecográfico en todos los casos hubo ausencia de istmocele.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico del istmocele debe ser ofrecido a pacientes que deseen preservar fertilidad y pacientes sintomáticas. Las opciones incluyen: reparación transvaginal, excisión histeroscópica y excisión/reparación laparoscópica, dependiendo de grosor



endometrial, si $>3\text{mm}$ histeroscópica es efectiva en disminuir síntomas, pero no aumenta el grosor miometrial y por lo tanto se recomienda en pacientes que no desean fertilidad futura. La cirugía por vía laparoscópica descrita por Donnez en 2008 puede verse apoyada con histeroscopia si el defecto no es evidente o $<3\text{mm}$. Los síntomas generalmente muestran mejoría y el grosor miometrial aumenta. Donnez reportó una tasa de embarazo posterior de 44% y 91% de pacientes asintomáticas. Nuestros resultados son similares ya que la tasa de embarazo post reparación en el grupo de pacientes expuestas a embarazo fue de un 83%.



TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA DE BAJA COMPLEJIDAD EN PACIENTES CON RESERVA OVÁRICA DISMINUIDA, UN ANÁLISIS DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

Soto F1, Vergara A2, Soto M2, Pesse D2, Rojas N2, Rodríguez M3, Rojas V3.

(1): Médico Cirujano, Residente Obstetricia y Ginecología, Pontificia Universidad Católica de Chile. (2): Medicina Reproductiva, Obstetricia y Ginecología Universidad Católica de Chile. (3): Enfermera-Matrona, Unidad Medicina Reproductiva Universidad Católica de Chile.

Introducción: La infertilidad es un problema de salud importante, observándose un aumento progresivo de su prevalencia, por diversos factores entre los que destaca la postergación del primer embarazo. La OMS la define como la incapacidad de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más de relaciones sexuales no protegidas. Hoy en día existen múltiples técnicas de reproducción asistida (TRA), estas se dividen en alta y baja

complejidad. Se conoce como reserva ovárica (RO) a la mayor o menor dotación folicular que tienen los ovarios de una mujer en un momento dado, siendo estos capaces de ser estimulados y reclutados para emprender crecimiento y llegar a la madurez. Actualmente no existe un método de estudio 100% específico, siendo el recuento de folículos antrales (RFA) y la hormona Anti-Mülleriana (AMH) el estudio disponible. Pacientes con baja RO son candidatas a TRA de alta complejidad, lamentablemente el alto costo y baja disponibilidad en el sistema público hace difícil el acceso universal a estos tratamientos. La Unidad de Reproducción de la Red de Salud UC Christus atiende a pacientes, que por motivo económico o éticos y valóricos no están dispuestas a someterse a TRA de alta complejidad.

Metodología: Se realizó un estudio observacional retrospectivo entre los años 2017 y 2019, con el objetivo de analizar la tasa de éxito de TRA de baja complejidad en pacientes con diagnóstico de baja RO que se atendieron en la Unidad de Reproducción de la Red de Salud UC-Christus. Se incluyeron todas las pacientes registradas en la base de datos de la red, "FileMaker", que hayan completado su ciclo de TRA en la red. Se excluirán pacientes que, a pesar de tener el diagnóstico de baja RO, tengan AMH mayor a 1.0 ng/ml, o que no se haya registrado el total de datos necesarios para el estudio.



Resultados: Se analizó un total de 98 pacientes con un total de 191 ciclos de TRA de baja complejidad. Edad de pacientes entre 26 y 44 años (Media 36.78), AMH entre 0.02 y 0.96 ng/ml (Media 0,49). Se logró un ciclo concepcional en 25 oportunidades del total de ciclos y 23 oportunidades del total de pacientes, lo que implica una tasa de embarazos de 13.1% y 23.5% respectivamente. Se realizó análisis de varianza entre AMH y la posibilidad de tener un ciclo concepcional. El promedio de AMH para el grupo concepcional no tuvo diferencia significativa con grupo no concepcional (0,6 (IC -0,49, -0,72) vs 0,46 (IC -0,40, -0,52) respectivamente, $p=0.03$). El AUC para estos datos es de 0.65 (CI 0.51-0.78, $p=0.03$).

Conclusión: A través de este estudio se reporta una tasa de éxito concepcional con TRA de 23,5% con un promedio de ciclos por paciente de 2.1. Al analizar AMH como predictor de éxito concepcional, esta variable no se identifica como buen predictor de éxito entre los valores 0.02 y 0.98 ng/ml.



ABORTO RECURRENTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE PACIENTES EN CONTROL EN POLICLÍNICO DE FERTILIDAD

Acevedo F.1, Aguayo T.2, Diaz F.3, Mella P.3,
Moreno M.4, Sanhueza M.J.3

1Ginecólogo, Fellow en Medicina Reproductiva,
Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz, Reprocenter
Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile
2Matrona, Reprocenter Medicina Reproductiva,
Los Ángeles, Chile
3Matrona, Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz,
Los Ángeles, Chile
4Interna de Medicina, Universidad San Sebastián,
Concepción, Chile

Introducción: Clásicamente, Aborto Recurrente (AR) se define como la pérdida consecutiva de tres o más gestaciones antes de las 20 semanas. Se estima que entre un 1 y 3% de las parejas en edad reproductiva experimentan AR. En la mitad de los casos no se tiene certeza de la etiología, en el otro 50% se ha logrado determinar que entre las causas, en orden decreciente de frecuencia, se encuentran: aneuploidía del embrión, anomalías cromosómicas parentales, causas anatómicas, causas endocrinas, causas inmunológicas y trombofilias.

Método: Estudio de tipo descriptivo de temporalidad transversal, que incluyó 34 mujeres con diagnóstico de infertilidad y aborto recurrente en control y estudio en el policlínico de fertilidad del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz.

Resultados: La edad promedio de las pacientes consideradas es de 34 años, el 64.7% (n=22) es multípara. El 35.2% (n=12) es nulípara. El 23,5% (n=8) presentó embarazo durante el seguimiento. En la muestra, las co-morbilidades más frecuentes fueron: insulinoresistencia (41%, n=14) (de las cuales un 28,5% [n=4] presenta a su vez hipotiroidismo subclínico), mutaciones de la metiltetrahidrofolato reductasa (32,3%, n=11), hipotiroidismo subclínico (23,5%, n=8), patología endometrial (20,5%, n=7) y causas anatómicas (5,8%, n=2). En el 26.4% de la muestra (n=9) no se encontró la etiología de AR.

Conclusiones: La insulinoresistencia es la condición más frecuente dentro de esta serie; su abordaje terapéutico, tanto farmacológico como no farmacológico resulta fundamental. El antecedente de haber presentado un aborto previo constituye uno de los factores de riesgo más importante. A pesar de que la causa más frecuente de AR es la etiología genética, principalmente debido a su asociación con edad materna avanzada, su estudio no está considerado dentro de la batería de exámenes habituales para el estudio de AR en el Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz.



MUTACIÓN DE LA METILENTETRAHIDROFOLATO REDUCTASA Y SU REPERCUSIÓN EN PACIENTES CON HISTORIA DE ABORTO RECURRENTE

Acevedo F.¹, Aguayo T.², Moreno M.³, Sanhueza M.J.⁴, Díaz F.⁴

¹Ginecólogo Fellow en Medicina Reproductiva, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Reprocenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile ²Matrona Reprocenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile ³Interna de medicina, Universidad San Sebastián, sede Concepción, Chile ⁴Matrona Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles, Chile

Introducción: Clásicamente, se define aborto recurrente como la presencia de 3 o más abortos consecutivos antes de las 20 semanas de gestación. La metilentetrahidrofolato reductasa (MTHFR) es una enzima que media la reducción del 5-10-metilentetrahidrofolato en 5-metiltetrahidrofolato, forma metabólicamente activa del folato que otorga el grupo metil para la síntesis de metionina a partir de homocisteína. La mutación de la MTHFR se asocia con hiperhomocisteinemia y consecuente hipometioninemia.

La homocisteína es un producto intermedio, para metabolizarse requiere de ácido fólico y vitamina B12, además de la enzima MTHFR. El aumento de su concentración se considera tóxico, se relaciona con enfermedad tromboembólica y riesgo cardiovascular. La hiperhomocisteinemia secundaria a la mutación de la MTHFR puede asociarse a diversas patologías obstétricas como preeclampsia severa, desprendimiento prematuro de placenta, restricción del crecimiento fetal, defectos del tubo neural y muerte fetal. La mutación en MTHFR en pacientes con aborto recurrente podría tener un rol mediante su asociación con enfermedad tromboembólica.

Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo de temporalidad transversal que incluyó 34 mujeres con historia de 3 o más abortos que se encontraban en control en el policlínico de fertilidad del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz a las que se había solicitado estudio de metiltetrahidrofolato reductasa y en caso de mutación fueron derivadas a hematología.

Resultados: Del total de mujeres en estudio, 11 presentaron mutación en MTHFR (32,25%), de las que 9 presentaron mutación heterocigota (81,81%) y 2 mutación homocigota (18,18%). A la fecha de publicación este reporte, 2 han logrado embarazo (18,18%), 1 con mutación homocigota y 1 heterocigota, ambas en tratamiento anticoagulante y suplementación con ácido fólico en dosis alta.



Conclusiones: La pesquisa de mutaciones en la metiltetrahidrofolato reductasa, el seguimiento, control y tratamiento en conjunto con el equipo de hematología ha resultado ser una medida eficaz en la búsqueda de paridad de nuestras pacientes en estudio.



UTILIDAD DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN OBSTRUCCIONES TUBARIAS DISTALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INFERTILIDAD, SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Acevedo F.1, Moreno M.2,
Riffo J.2

1Ginecólogo Fellow en Medicina Reproductiva, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Re-procenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile 2Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

Introducción: El factor tubo-peritoneal representa al 14% de las causas de infertilidad. Dentro de sus etiologías se encuentran infecciones (Chlamydia trachomatis, Gonorrea, Tuberculosis genital), antecedente de uso de dispositivos anticonceptivos intrauterinos (por ascenso microbiano), endometriosis, complicaciones y adherencias post quirúrgicas.

Las infecciones del tracto genital femenino suelen ser asintomáticas, por tanto a menudo permanecen sin diagnosticar y sin tratar. Si las

infecciones no se resuelven, puede infectar las trompas uterinas provocando daños funcionales e infertilidad.

Método: Se realizó un estudio de tipo descriptivo con diseño de serie de casos clínicos, seleccionándose 94 mujeres con diagnóstico de infertilidad en control en policlínico de fertilidad del Complejo Asistencial Víctor Ríos Ruiz. Fueron incluidas aquellas que tenían al menos un factor de riesgo tubo-peritoneal y se realizaron una histerosalpingografía (HSG) entre enero de 2018 y junio 2019. A aquellas cuyo diagnóstico fue obstrucción distal de una o ambas trompas, se les indicó tratamiento antibiótico bi asociado (Doxiciclina + Metronidazol) por 10-14 días, al igual que sus parejas, y posterior HSG de control para evaluar permeabilidad tubaria.

Resultados: De las 94 pacientes, un 34% tuvo histerosalpingografía normal (n=32) y un 66% (n=62) presentó alteraciones en el examen como obstrucción tubaria uni o bilateral e hidrosálpinx. De las alteraciones observadas un 61%(n=38) correspondió a obstrucción tubaria distal sin hidrosálpinx con prueba de Cotte negativa. Un 29% (n=11) no continuó estudio. 27 pacientes se realizaron la HSG de control de las que un 63% (n=17) presentó permeabilidad de la trompa en que antes había presentado obstrucción y de ellas un 23,5% (n=4) logró embarazo a la fecha de esta publicación.



Conclusiones: En pacientes con obstrucciones tubarias distales la terapia antibiótica puede constituir a una herramienta efectiva de tratamiento, siendo útil en poblaciones con bajo acceso a terapias de reproducción asistida de alta complejidad.



AZOOESPERMIA EN PACIENTE MASCULINO CARIOTIPO 46XX REPORTE DE UN CASO

Acevedo F.1, Moreno M.2,
Riffo J.2

1Ginecólogo Fellow en Medicina Reproductiva, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Reprocenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile 2Interna de medicina, Universidad San Sebastián, Concepción, Chile

Introducción: La azoospermia se define como la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado. La confirmación diagnóstica se realiza después de 2 espermigramas y su estudio involucra examen físico, laboratorio hormonal y genético. Se clasifica en causas obstructivas y secretoras y dentro de estas últimas se encuentran la etiología genética.

Método: Reporte de caso

Resultados: Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo fenotípico masculino y genotipo femenino (46XX).

Paciente masculino, 38 años de edad, sin hijos, con antecedentes de consumo de marihuana diaria y pasta base. En control por diagnóstico de infertilidad de 8 años de evolución en policlínico

de fertilidad del Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles. En Septiembre de 2016 se realiza espermograma que muestra azoospermia y ecografía testicular en la que se ve hipotrofia testicular, quistes epididimarios pequeños y pequeño varicocele izquierdo. Al examen físico presenta pene normal, ambos testículos de tamaño pequeño, se identifican ambos conductos deferentes. Se solicita nuevo espermograma luego de 3 meses sin consumo de marihuana, resultando nuevamente azoospermia. Se realiza cariotipo el que muestra cariotipo 46, XX. Se diagnostica presuntamente presencia del gen SRY en uno de los cromosomas X. Se solicita estudio de microdeleciones del cromosoma Y, que muestra el gen SRY para confirmar diagnóstico, pero el paciente no continúa estudios diagnósticos debido a falta de cobertura pública de ellos y dificultad para realizarlos de manera privada. Se le indica tratamiento de reproducción asistida con semen donante.

Conclusiones: El cariotipo 46, XX en paciente con fenotipo masculino afecta a 1 de cada 20.000 nacidos. Se produce por una translocación del gen SRY desde el cromosoma Y hacia el cromosoma X en el padre del afectado, de quien hereda el cromosoma X con el gen traslocado. Este gen se localiza en el brazo corto de cromosoma X, es el conmutador del sexo masculino y determina el desarrollo de tejido testicular pero no es responsable de la producción espermática, cuya información genética se encuentra en el cromosoma Y.



En pacientes en estudio de infertilidad que presentan azoospermia secretora producto de una discordancia entre sexo genotípico y fenotípico, el tratamiento reproductivo indicado debe incluir donación de espermatozoides.



EMBARAZO ECTÓPICO GEMELAR DE UBICACIÓN CORNUAL Y CERVICAL REPORTE DE CASO CLÍNICO

Acevedo F.1, Aguayo T.2,
Moreno M.3, Riffo J.3

1Ginecólogo Fellow en Medicina Reproductiva, Complejo Asistencial Dr. Víctor Ríos Ruiz, Reprocenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile 2 Matrona Reprocenter Medicina Reproductiva, Los Ángeles, Chile 3Interna de Medicina, Universidad San Sebastián, Sede Concepción

Introducción: Un embarazo ectópico (EE) es aquel en que el blastocisto se implanta fuera de la cavidad uterina, el 98% de ellos se ubica en las trompas uterinas (tubaros). El resto tiene localización cervical, ovárica, abdominal, cornual o intersticial e incluso en cicatriz de cesárea. Existen también el embarazo ectópico gemelar (>1%) y el embarazo heterotópico (1-3%), en este último existe una gestación dentro de la cavidad uterina y una fuera de ella. Entre los factores de riesgo para el desarrollo de un EE está la historia de embarazo ectópico previo, enfermedad inflamatoria pélvica, anomalías congénitas, infertilidad, cirugías

intrauterinas, cirugía pélvica o abdominal, endometriosis, tabaquismo.

Método: Reporte de caso clínico

Resultados: Paciente de 34 años, G4P1A3, antecedente de cesárea por presentación podálica en 2009, infertilidad de 4 años de evolución, útero con septo desde nivel ístmico con cérvix único. Se realizó resectoscopia del septo en mayo 2017. Presenta embarazo espontáneo en junio 2019. Ecografía realizada a las 6 semanas de amenorrea muestra saco gestacional de 12 mm en el fondo uterino, penetrando hacia pared anterior del útero, cercano a cuerno izquierdo, saco vitelino de 2,5 mm y anexos normales, edad gestacional ultrasonográfica 6 semanas y 1 día. Se evaluó cada 48 horas durante 1 semana el valor de BHCG, que fue en descenso sostenido. Se realizó una segunda ecografía en que se visualizaron dos sacos gestacionales irregulares, uno de ellos a nivel ístmico-cervical y otro en cuerno izquierdo. Debido al descenso de BHCG se decide manejo mediante inducción de aborto con misoprostol que resultó frustrado, por lo que posteriormente se realizó legrado uterino. Paciente evoluciona favorablemente, asintomática, sin sangrado ni dolor.

Conclusiones: Las pacientes con cicatrices de cirugías uterinas que presentan EE tienen alto riesgo de invasión trofoblástica miometrial lo que implica una firme penetración de células embrionarias hacia la capa muscular uterina que está ricamente irrigada. El manejo recomendado



es intervencionista prefiriendo la alternativa médica con protocolos de metotrexate, ácido folínico o ambos combinados. Existe también la alternativa de inyectar cloruro de potasio directamente en el saco gestacional. Si se decide la alternativa quirúrgica, ésta se recomienda que sea mediante uso de histeroscopia o resectoscopia. El manejo con curetaje o legrado ciego es riesgoso por la posibilidad de perforación y hemorragia.



Anticoncepción



CONOCIMIENTOS EN MÉTODOS DE REGULACIÓN DE LA FERTILIDAD EN CARRERAS DE PREGRADO DE MEDICINA Y OBSTETRICIA Y PUERICULTURA

Lavín P., Araneda A., Díaz B.
Hospital Barros Luco Trudeau.
Santiago, Chile.

Introducción: La docencia de pregrado en carreras de la salud debe estar en constante actualización de métodos y procedimientos para mejorar la calidad de la consejería en salud reproductiva hacia las y los usuarios. El presente trabajo tiene como objetivo identificar conocimientos acerca de regulación de la fertilidad adquiridos durante el pregrado de la carrera de Medicina y la de Obstetricia y Puericultura de Profesionales de la salud que ejercen en el territorio Chileno.

Material y métodos: Se aplicó durante el año 2017 una encuesta autoadministrada a 257 profesionales de la Salud compuestos por matronas, médicos generales y especialistas en Ginecología y Obstetricia que ejercieron en distintas regiones del país. En ella se expresan la capacitación sobre alternativas de métodos

anticonceptivos adquiridos por medio de cursos y/o clases teóricas y prácticas específicas de anticoncepción que obtuvieron en sus estudios de pregrado. La tasa de respuesta fue 96,8% para un total de 249 encuestas válidas.

Resultados: El total de la muestra es de 249 profesionales, un 72,28% corresponde a Matronas y un 27,71% a Médicos, del total un 94,3% son egresados de universidades chilenas y un 5,6% a extranjeras. La muestra se distribuye en egresados desde el año 1963 hasta el año 2017, siendo la mayor parte de la muestra egresados entre el 2010 y 2017 (49,79%). Los resultados indican que un 54% de los encuestados informan que no recibieron un curso específico de métodos anticonceptivos, pero un 93% afirma que si recibió clases sobre el tema.

De los 14 métodos de regulación de la fertilidad presentados, los más conocidos por los profesionales en su etapa de pregrado son, en orden descendente, el DIU con cobre, orales combinados, condón masculino, orales de progestina sola, inyectables combinados y la esterilización quirúrgica. Los menos conocidos fueron los anillos vaginales de progesterona, anillos vaginales combinados, parches combinados, DIU con levonorgestrel y el condón femenino.

Al consultar por los procedimientos realizados durante el pregrado, un 82% afirmó tener experiencia en inserción de DIU siendo, matrones un 86,34% y médicos un 13,65%. Sobre la inserción de implante subdérmico, solo un 22% respondió



afirmativamente, de estos un 69,64% son matrones y un 30,35% son médicos. Además de este bajo porcentaje en experiencia, el número de implantes insertados no superó los 5 en la mayoría (57,14%).

Conclusiones: Consideramos necesario y oportuno incorporar a la malla curricular de pregrado cursos y clases específicas sobre métodos de regulación de la fertilidad, además de fortalecer la práctica clínica de éstos previo al egreso, dada la importancia de dicho conocimiento para la promoción de la salud sexual y reproductiva del país.



REPORTE DE CASOS: EXPERIENCIA ULTRASONOGRÁFICA EN INSERCIÓN DE DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS LIBERADORES DE HORMONAS (DIU)

Reyes M 1, González O 1,
Ortiz JA 1, Reyes M 2, Rojas I 1.

- 1.- Ginecología Obstetricia Clínica Santa María.
- 2.- Estudiante Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo.

Se evaluó la inserción de 1550 Dispositivos Intrauterinos con ultrasonografía transvaginal 2D previo a inserción, y ecografía transvaginal 3D post inserción. Además se evaluó tasa de expulsión, metrorragia post inserción, y tasas de embarazo.

Introducción: Los Dispositivos Intrauterinos (DIU) son fáciles de identificar si tienen filamentos de Cobre, el que produce una sombra debido al componente metálico. Sin embargo, los dispositivos liberadores de hormona (Mirena®, Jaydess®, y Kyleena®; Bayer Schering Pharma AG) son frecuentemente difíciles de observar, y visualizar su correcta posición en la cavidad endometrial, constituyendo un desafío para el ecografista. El objetivo de este estudio

fue examinar el rendimiento de la ecografía 3D transvaginal en la localización después de insertar un dispositivo liberador de hormona.

Método: Todos los exámenes fueron realizados usando ecógrafos Voluson 730 Pro, y E6 (General Electric®) con transductor transvaginal de 7 Mhz, con Software 3D. Antes de la inserción se realizó una ecografía 2D, luego de la inserción se efectuó una captura Coronal 3D, y fue almacenada para su posterior análisis. Los exámenes fueron realizados por dos operadores de vasta experiencia en ultrasonografía.

Resultados: Entre Junio de 2015 a Mayo de 2019, un total de 1550 casos de DIU fueron incluidos en este estudio 3D ecografía transvaginal.

El tiempo promedio de obtención de la imagen 3D fue de menos de un minuto. La ecografía previa a la inserción permitió determinar la posición y tamaño uterino, y en algunos casos la presencia de pólipos endometriales, miomas submucosos, restos ovulares, istmocele amplio, y malformaciones uterinas fueron criterios de exclusión del procedimiento.

La ecografía 3D post inserción confirmó la localización del dispositivo en la cavidad endometrial.

La tasa de expulsión fue de 0.2% (4/1550), de embarazos intrauterinos 0%, de embarazo ectópico 0.1% (3/1550), no hubieron Procesos inflamatorios pelvianos dentro de los primeros meses de uso. Un 60% de las pacientes



presentaron metrorragia post inserción dentro de los primeros 6 meses de uso.

Conclusión: El uso de la ecografía transvaginal 3D para controlar la inserción de DIU liberador de hormonas, es una técnica fácil de aplicar.

En nuestra evidencia, recomendamos su uso habitual en la inserción, y control de DIU inmediatamente post inserción.



CARACTERIZACION DE MENORES DE 20 AÑOS EN CONTROL EN POLICLINICO DE ANTICONCEPCION EN UN CESFAM DE LA COMUNA DE TOME ENTRE ENERO 2013 Y DICIEMBRE 2018

Quezada C.* Figueroa H.*
Manríquez C.**

*Médico residente obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción **Colaborador docente departamento obstetricia y ginecología, Universidad de Concepción

Introducción: La adolescencia es la etapa comprendida entre los 10 y los 19 años, se trata de un período crítico del desarrollo en el que se producen importantes cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. En el año 2014 según el INE en Chile había 1.346.539 personas que tenían entre 15 a 19 años, siendo 658.283 mujeres. El año 2018 se inscribieron 218.771 niños en el país, de ellos, 16.773 son hijos de mujeres de entre 15 y 19 años, mientras que otros 469 son de madres menores de ese rango. 1 de cada 4 jóvenes no tomó precauciones para evitar el embarazo o el contagio de alguna

enfermedad de transmisión sexual en su primera experiencia de relación sexual. Sin embargo, a lo largo de estos últimos 9 años, se observa que ha disminuido sostenidamente la proporción de jóvenes que no usa algún método de prevención en la primera relación sexual, pasando del 53% en el año 2006, al 47% en el año 2009, y al 27% en el año 2015. El objetivo de esta revisión es describir a las pacientes menores de 20 años en control por método anticonceptivo durante el periodo de 2013-2018 en un Cesfam de la comuna de Tomé.

Método: Estudio analítico retrospectivo. Recolección de datos obtenidos de la revisión de las planillas de todas las pacientes menores de 20 años ingresadas por matrona a policlínico de anticoncepción en el CESFAM Dr Alberto Reyes entre 2013-2018. Se analizaron las siguientes variables: edad, tipo de método anticonceptivo, solicitud de cambio y púerperas recientes. Se realizó análisis bivariado con Chi cuadrado con software Stata

Resultado: Ingresaron a control anticoncepcional 968 mujeres menores de 20 años, siendo 15 pacientes menores de 14 años. Del grupo de adolescentes en control, el 17% corresponde a púerperas recientes. Por orden de frecuencia, el anticonceptivo más utilizado es el anticonceptivo oral en un 42%, de estos un 8% corresponde a progestágenos solos, es seguido por los inyectables combinados en un 30% y el implante subdérmico en un 12%, del total de paciente en control solo un 4%



utiliza preservativo como único método. De las adolescentes en control, un 9% requirió cambio de método anticonceptivo, el que se vio asociado principalmente al uso de implanon. Un 7% de las adolescentes acude a control acompañada por un adulto, generalmente su madre.

Conclusión: El embarazo adolescente conlleva una serie de consecuencias biológicas y psicosociales negativas; la principal es la deserción escolar, que produce un efecto negativo en la formación del individuo y la superación de la pobreza. El uso de MAC corresponde a la principal forma de prevención, sin embargo, las relaciones sexuales en la adolescencia se caracterizan por ser irregulares, espaciadas y, con frecuencia, no previstas. La dificultad de acceso a los servicios sanitarios, la menor percepción del riesgo y la deficiente educación sexual, sitúan a las adolescentes en una situación de alto riesgo de embarazos no planificados y de infecciones de transmisión sexual.



CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SEXUALIDAD Y ANTICONCEPCIÓN EN ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN

Canario N(1), Alarcón C(2),
Arellano C(3), Araya J(3)

Médico Becada Obstetricia y Ginecología Universidad de Concepción Médico Gineco-obstetra Hospital Guillermo Grant Benavente Interno Medicina Universidad de Concepción

Introducción: Pocos estudios evalúan el impacto del método anticonceptivo escogido sobre la calidad de vida de las mujeres. La Sociedad Española de Contracepción creó una herramienta llamada SEC-QoL para evaluar diversos aspectos que se pueden ver alterados en la vida de la mujer. En otros países esta encuesta ha mostrado una notable diferencia a favor de los métodos hormonales versus los no hormonales a la hora de elegir un método de anticoncepción. Nuestro objetivo es conocer la realidad local junto con saber más sobre los peligros a los que se ven expuestas las mujeres universitarias según sus hábitos sexuales.

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo. Se realizó una encuesta online en la que incluye el cuestionario de la Sociedad Española de Contracepción para la evaluación de calidad de vida incluyendo el área sexual, social, mamas, menstrual y psicosocial. Entre más puntaje obtenido refleja una mejor calidad de vida. Esta fue difundida entre estudiantes de las carreras de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción, siendo aplicadas en Agosto del 2019. Se realizó un análisis univariado para variables cualitativas y cuantitativas. Se utilizó el programa Stata V.14.

Resultados: 218 mujeres fueron encuestadas de una edad de 21.95 (2.13), de las cuales 198 respondían haber iniciado su vida sexual. Un 72.5% responde estar actualmente en algún tipo de relación sentimental. El promedio de inicio de actividad sexual fue a los 17.52 (2.17) y el promedio de parejas sexuales en el último año fue 1.67 (2.17). El principal motivo por el que seleccionaron su método anticonceptivo fue la seguridad de no quedar embarazada 67.89%. Solo un 25.9% utilizan método de anticoncepción doble con preservativo. En nuestra población el puntaje global en mujeres que utilizan métodos hormonales es de 53.64 versus las que ocupan uno no hormonal o ninguno es de 54.35. El método con mejor puntaje es el parche con 68.42 puntos. Una mayor diferencia se ve en relación a las que han iniciado una vida sexual que tienen un puntaje de 63.09 puntos versus las que no con 52.93 puntos.



Conclusiones: Nos otorga información valiosa caracterizar los hábitos sexuales en población femenina universitaria para conocer los factores de riesgo a los que se exponen. Dado el gran porcentaje de mujeres con una vida sexual activa utilizando métodos de anticoncepción parece de suma importancia estudiar el efecto que tienen en diversos aspectos de su calidad de vida. Nuestra realidad no se condice con los hallazgos encontrados en otros países donde es notoriamente mejor la calidad de vida en mujeres utilizando métodos anticonceptivos hormonales, lo cual sería interesante de estudiar en mayor profundidad. El conocer el impacto de estos nos llevan a la búsqueda de mayor educación y disponibilidad de los diferentes métodos para que las mujeres puedan escoger uno que no impacte de forma negativa o incluso mejore su vida y puedan vivir una sexualidad responsable y placentera.



NOVEDADES EN EL USO DE ANILLOS VAGINALES CON FINES ANTICONCEPTIVOS

Barriga P1, von Hoveling A2,
Galán G3, López-Berros J4

[1] Clínica Hospital del Profesor, Santiago, Chile; [2] Clínica Santa María y Hospital El Carmen de Maipú, Chile; [3] Centro de Capacitación e Investigaciones Clínicas, Santiago, Chile; [4] LATAM Exeltis, Ciudad de Panamá, Panamá

Introducción: El uso de anillos vaginales anticonceptivos (AVA) es una alternativa de interés como ruta de administración de un método anticonceptivo hormonal combinado. Sus ventajas incluyen la liberación hormonal constante y estable en el tiempo y el menor impacto metabólico de primer paso hepático cuando se compara con las formulaciones orales. La liberación vaginal de esteroides permite controlar el patrón de sangrado cíclico, emplear menores dosis sistémicas de etinilestradiol y disminuir la probabilidad de efectos adversos dependientes de los estrógenos. Según los criterios Médicos de Elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, los anticonceptivos hormonales combinados comparten las mismas categorías, independientemente de su composición, dosis o vía de administración. En

el marco de sus elevados índices de eficacia y seguridad, se ha demostrado que la correcta asesoría mejora la elección de los AVA en la población latinoamericana.

Métodos: se efectuó una revisión narrativa acerca del uso de los AVA.

Resultados: Mecanismo de acción: La combinación de estrógenos y progestágenos inhibe la ovulación y altera la permeabilidad del moco cervical. El progestágeno que contienen los AVA es etonogestrel, que es liberado desde el polímero del AVA y absorbido por la mucosa vaginal. Esto permite el progresivo aumento de las concentraciones plasmáticas durante la primera semana para llegar a niveles máximos, que finalmente decrecen cuando se alcanza el periodo recomendado de utilización. El etinilestradiol (EE) alcanza su concentración plasmática máxima a las 48-72 h de la colocación, con descenso posterior. La exposición sistémica al etonogestrel es semejante para los AVA o los anticonceptivos orales (ACO), pero la exposición al EE se reduce a la mitad con su administración vaginal.

Novedades: actualmente se dispone de un nuevo AVA, con diferente composición de polímeros. Esta variación permite mayor estabilidad del dispositivo y liberación más gradual de los principios activos durante el primer día de uso. Se ha verificado la bioequivalencia entre los AVA convencionales y los de nueva generación; estos últimos, además, no requieren



una temperatura especial de conservación, a diferencia de los primeros. Asimismo, o generan cambios desfavorables en la flora vaginal habitual a lo largo del tiempo; la nueva estructura de polímeros se asocia con mayor proporción de lactobacilos con respecto al AVA convencional, sin modificar la adhesión de *C. albicans*.

Eficacia y seguridad: La elevada eficacia de los nuevos AVA (índice de Pearl: 0,96) se acompaña de altas tasas de continuidad de uso, aceptabilidad y cumplimiento terapéutico. En modelos comparativos, la incidencia de sangrado intermenstrual es de 2-6,4 %. En la mayor parte de estas mujeres, el sangrado ocurre en el período de descanso libre de hormonas (sin uso del AVA). Los estudios aleatorizados mostraron que la tromboembolia es muy rara, sin diferencias con los ACO. Las tasas de aceptabilidad fueron similares para ambos AVA, sin interferencias con la vida diaria de las pacientes.

Conclusiones: Los ACO son fármacos de elevada eficacia, pero su efectividad real se reduce, debido a utilización inadecuada o a interrupciones. En cambio, los AVA se asocian con facilidad de uso, menor probabilidad de olvidos y menor exposición sistémica al EE.



Patología Mamaria



CÁNCER DE MAMA EN HOMBRES: REVISIÓN DE CASOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE TALCA

Contreras F1, Celis P2,
Hasbún R2, Ibáñez C2.

1. Becado de Ginecología y Obstetricia, Universidad Católica del Maule, Talca. 2. Servicio de Ginecología y Obstetricia, Unidad de Patología Mamaria, Hospital Regional de Talca, Talca.

Introducción. El cáncer de mama en hombres es una patología poco común. Se ha descrito que alcanza el 1% de todos los cánceres de mama diagnosticados en ambos sexos anualmente en EEUU, y corresponde a menos del 1% de las neoplasias en el hombre. La presentación clínica más habitual es de un nódulo retroareolar palpable e indoloro. El diagnóstico diferencial se debe hacer con variadas patologías, entre ellas la más frecuente es la ginecomastia. Si bien es cierto que el cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en la mujer, y es en este contexto en donde ha habido grandes avances en cuanto a alternativas terapéuticas, en el hombre al ser una patología poco prevalente hay pocos estudios al respecto, en donde frecuentemente los ensayos de cáncer

de mama excluyen a hombres, y finalmente las recomendaciones de tratamiento en estos últimos son extrapolaciones de resultados en estudios en mujeres.

Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de cáncer de mama en hombres que han sido tratados y seguidos en la Unidad de Patología Mamaria del Hospital Regional de Talca, desde el 01 de enero de 2011 hasta el 31 de agosto de 2019.

Resultados: Hubo 9 casos de cáncer de mama en hombres. El promedio de edad al diagnóstico fue de 63 años, y todos eran pacientes de 50 o más años. El 100% de los pacientes consultó por un nódulo mamario autopalpable. El tamaño promedio en el examen físico fue de 30 mm. La histología más frecuente fue carcinoma ductal invasor (56%), seguido de carcinoma tubular invasor (22%) y carcinoma ductal in situ (11%). La inmunohistoquímica en el 89% de los casos fue luminal A. La cirugía en el 56% de los casos fue mastectomía total con disección axilar, y en el 33% fue mastectomía total sola. A 4 pacientes (44,4%) se les realizó tratamiento adyuvante con quimioterapia, y 1 (11,1%) requirió la combinación de quimioterapia y radioterapia. En el seguimiento, solo 2 pacientes (22,2%) fallecieron.

Conclusiones: El cáncer de mama en hombres es menos frecuente que en las mujeres y se presenta a mayor edad, sin embargo, la mayoría de los casos se presenta en



etapas precoces. Al igual que en las mujeres, la histología principal es el carcinoma ductal invasor, y la inmunohistoquímica predominante es el luminal A. El tratamiento quirúrgico es principalmente con mastectomía total y estudio axilar. Creemos que es fundamental contar con estudios de cáncer de mama en hombres para evitar extrapolar los tratamientos en base a los resultados de estudios en mujeres.



ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO: CÁNCER DE MAMA EN LA REGION DE VALPARAÍSO Y SAN ANTONIO DURANTE EL AÑO 2018

Acuña. P1 , Sulantay. N2.

1 Ginecología y obstetricia Hospital Carlos Van Buren 2 Interno Medicina Universidad de Valparaíso Casa Central.

Introducción: El cáncer de mama presenta una alta tasa de incidencia y mortalidad a nivel tanto mundial como nacional. Según la GLOBOCAN, solo en Chile, ocupa el segundo lugar en la cantidad de nuevos casos entre ambos sexos, siendo solo desplazado por el cáncer de próstata (10,1% y 12,3% respectivamente). Mientras que, entre el sexo femenino, ocupa el primer lugar con más de 5.000 nuevos casos solo durante el año 2018, ocupando el tercer lugar en mortalidad por patología neoplásica en el país.

Metodología: Se trabajó con una cohorte retrospectiva mediante la revisión de bases de datos de la Unidad de Patología Mamaria (UPM) del Hospital Carlos Van Buren, en conjunto con presentaciones en reuniones oncológicas de cáncer de mama (ROM). De un total de

296 presentaciones en ROM, se utilizó como criterio de exclusión aquellos pacientes que hayan presentado una confirmación diagnóstica de cáncer de mamas por biopsia core o punch fuera del rango de fechas comprendido entre el 01 de enero y el 31 de diciembre del 2018, quedando un total de 140 casos. De este grupo, 113 pacientes reunían los datos necesarios para el análisis de etapa de su cáncer según criterios patológicos post-quirúrgicos.

Resultados: Del total de casos, 139 (99,3%) correspondieron a mujeres y 1 (0,7%) hombre, con un promedio de edad de 60,9 años. El tipo histológico, 83 (59,3%) pacientes presentaron carcinoma ductal infiltrante (CDI), 31(22,2%) carcinoma lobulillar infiltrante (CLI), 15(10,7%) carcinoma ductal in situ (CDIS) , 11(7,8%) pacientes presentaron otro tipo histológico. De ellos 112 (80%) fueron sometidos a cirugía durante el periodo de análisis, de ellos; 77(68,75%) se les realizó una mastectomía parcial con técnica de ganglio centinela, 13(11,6%) solo Mastectomía parcial y 12(10,7%) Mastectomía parcial con vaciamiento axilar. 102(72,85%) pacientes fueron sometidos a radioterapia y 49 (35%) a quimioterapia, siendo 15(10,7) neoadyuvante, y 32(22,8%) adyuvante. De los 114 pacientes que pudieron ser categorizados fue: 88 (77,8%) pacientes etapas I-II, 9(7,9%) pacientes en etapa III y 7(6,1%) pacientes que al momento diagnóstico presentaban un cáncer en etapa IV. El porcentaje restante corresponde a pacientes en estadio 0.



Discusión: A pesar de los datos epidemiológicos que establecen la alta morbimortalidad asociada al cáncer de mama, la gran mayoría de los pacientes incluidos en el presente estudio presentan su diagnóstico en etapas tempranas (I y II), abriendo así una mayor sobrevida al exponerse al tratamiento oportuno en el tiempo adecuado.



CÁNCER DE MAMA Y EMBARAZO: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNICO SAN BORJA ARRIARÁN

González C. 1-3, Del Castillo C.2, Belmar A.1, Del Río M.1-3, Hidalgo D.1, Ivanova G.1-3, Letzkus J.1-3, Gamboa J.1-3

1. Unidad Patología Mamaria, Servicio Ginecología, Hospital Clínico San Borja-Arriarán.
2. Servicio de oncología, Hospital Clínico San Borja – Arriarán.
3. Departamento Ginecología, sede centro, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Introducción y objetivos: El diagnóstico de cáncer durante el embarazo es una situación compleja para pacientes y equipos de salud. Se define como el diagnóstico de cáncer durante el embarazo y hasta 1 año post parto. De estos el más frecuente es el cáncer de mama con una incidencia que se describe entorno a 1 caso por cada 3000 embarazos. El objetivo del presente estudio fue revisar la experiencia de los últimos 3 años de pacientes embarazadas que fueron diagnosticadas con cáncer de mama en el Hospital clínico San Borja Arriarán, conocer

sus características clínicas, el manejo realizado y los resultados obtenidos.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo. Se revisaron fichas clínicas electrónicas y de papel de todas las pacientes que se controlan en el Hospital clínico San Borja Arriarán diagnosticadas con cáncer de mama durante el embarazo y hasta 1 año post parto.

Resultados: Se obtuvieron 8 casos. 1 no se encuentra en seguimiento por abandonar el país. La mediana de edad al diagnóstico de cáncer de mama fue 33 años (rango 25-40 años). La mediana de edad gestacional al diagnóstico fue de 17 semanas (rango 7-34 semanas). 2 pacientes fueron diagnosticadas durante el puerperio. El estadio al diagnóstico fue en su mayoría estadio II (50%) seguido de estadio III (37,5%) y luego I (12,5%). 36% fue receptor de estrógeno positivo, 27% sobreexpresaba Her2 por FISH y 27% eran tumores triple negativos. 4 pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante. El esquema de quimioterapia utilizado fue adriamicina/ciclofosfamida a partir del segundo trimestre, seguido de paclitaxel en período post parto. De las pacientes que fueron a neoadyuvancia se observó respuesta completa en 1 caso, respuesta parcial en 2 casos y enfermedad estable en 1 caso. En el 87,5% de los casos se realizó cirugía conservadora y mastectomía total en el 12,5% de los casos. No se reportaron complicaciones maternas ni fetales. La mediana de edad gestacional al momento del



parto fue 36 semanas (rango 32 – 39 semanas). A la fecha todas las pacientes se encuentran vivas. 7 sin recidiva local ni a distancia, 1 con metástasis pulmonar. Ninguna de estas pacientes recibió radioterapia ni hormonoterapia durante el embarazo.

Discusión: Se reporta una serie de 8 casos con diagnóstico de cáncer de mama en el embarazo, sus características y resultados clínicos. En esta serie de pacientes vemos que la utilización de quimioterapia a contar del segundo trimestre no se asoció a complicaciones maternas ni fetales. El embarazo no cambia el pronóstico del cáncer, manteniéndose éste según estadio al diagnóstico. El cáncer de mama y embarazo es un desafío para los equipos y requiere un manejo multidisciplinario, siendo posible un manejo integral velando por la madre y el feto.



Climaterio



INCIDENCIA DE AMENORREA EN MUJERES POSTMENOPAUSICAS USUARIAS DE ESTRÓGENOS CONJUGADOS EQUINOS Y BAZEDOXIFENO

Bianchi Marcelo¹, Macaya Rodrigo¹, Bianchi Sebastian².

1- Departamento de Obstetricia y Ginecología Clínica Las Condes 2- Alumno de Medicina Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo

Resumen: Se realiza un análisis de la incidencia de amenorrea en mujeres posmenopáusicas con útero usuarias de terapia hormonal (TH) consistente en la combinación de estrógenos conjugados/bazedoxifeno por 12 meses consecutivos demostrando una tasa de amenorrea de 94,5%.

Introducción: La TH de la menopausia ha demostrado sus beneficios en diversas áreas. Uno de sus problemas es la continuidad del tratamiento a largo plazo siendo el sangrado uterino una de las principales causas de abandono. El uso de la combinación de estrógenos conjugados equinos/bazedoxifeno (EC/BZ) permite la sustitución hormonal de mujeres con útero en la menopausia con una teórica incidencia baja de sangrado uterino. Se realiza un

estudio para evaluar la incidencia de sangrado en usuaria de esta combinación.

Material y método: Se analiza el patrón de sangrado en 110 mujeres posmenopáusicas controladas en el Departamento de Obstetricia y Ginecología de Clínica Las Condes que recibieron por 12 meses EC/BZ en dosis de 0,3 mg y 20 mg respectivamente (Duavive R). Las pacientes fueron controladas cuando se inició el tratamiento a los 6 y 12 meses.

Resultados: La edad promedio al inicio del tratamiento fue 53,3 años (rango 42-61). El tiempo promedio desde la menopausia al inicio del tratamiento fue 4,5 años (rango 1-11). Un total de 104 pacientes no sangraron durante los 12 meses de observación (94,5%). Seis pacientes presentaron al menos un sangrado uterino dentro del periodo de 12 meses. Cuatro fueron goteo y 2 mujeres sangrado más abundante. En cinco el sangrado se presentó en una sola ocasión y la restante en 2 oportunidades. Todos los sangrados fueron auto-limitados y no requirieron tratamiento adicional ni suspensión del tratamiento. Las seis pacientes que presentaron sangrado estaban dentro de los 2 primeros años desde su menopausia cuando ingresaron al estudio.

Conclusiones: La combinación de estrógenos conjugados equinos/ bazedoxifeno como sustitución hormonal ofrece una alta tasa de amenorrea en pacientes posmenopáusicas con útero. Aquellas pacientes que sangran se encuentran dentro de los 2 primeros años de iniciada su menopausia.



DIAGNÓSTICOS DE PATOLOGÍA GINECOLÓGICA DE ADULTAS MAYORES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (APS) DURANTE EL AÑO 2018

Autores: Núñez C1., Robledo J1., Monsalve J1.

(1) Médico EDF Centro de salud familiar (CESFAM) Pudahuel Poniente.

Introducción: Según el servicio nacional del adulto mayor (SENAMA) pasados los 60 años en Chile las personas entran en la categoría de “adultos mayores”. Esta población, según el instituto nacional de estadística (INE), supera los 2 millones 800 mil personas, equivalente al 16,2% de los habitantes del país. Por lo anteriormente señalado, debemos estar preparados para una demanda de atención creciente de mujeres mayores que nos exigirán solución para aquellos problemas propios del envejecimiento, causantes de inconformidad y mala calidad de vida.

Objetivo: Saber cuáles son las patologías por las que consultan las mujeres mayores de 60 años en la atención primaria de salud.

Métodos: Mediante la utilización de la base de datos IRIS se obtuvo el número total de atenciones realizadas por matronas durante el año 2018 (enero a diciembre) en el CESFAM Pudahuel Poniente. Luego, se seleccionaron las atenciones realizadas por matronas a mujeres mayores 60 años y se agruparon por diagnóstico.

Resultados: El año 2018 se registraron 15.522 atenciones por matronas en el CESFAM Pudahuel Poniente de las cuáles 960 (6,1%) correspondieron a consultas realizadas por mujeres mayores 60 años. De este grupo etario, 413 consultas (43%) correspondieron a patologías relativas a la mama, 158 consultas (16,4%) correspondieron a toma de PAP, 111 consultas (11,5%) a consultas por examen ginecológico rutinario, 50 consultas (5,2%) por infecciones no ETS, 29 consultas (3%) por asesoría para toma de VIH, 23 consultas (2,3%) por ETS, 20 consultas (2%) por prolapso genital femenino, 16 consultas (1,6%) por incontinencia urinaria, 15 consultas (1,5%) por dolor abdominal y pélvico, 11 consultas (1%) por hiperplasia glándula de endometrio, 8 consultas (0,8%) por lesiones de vulva y vagina, y 106 consultas (11%) por otras causas.

Conclusiones: Del total de atenciones realizadas por matronas, un pequeño porcentaje (6,1%) correspondió a adultas mayores de 60 años. Los principales motivos de consulta fueron las patologías relativas a la mama y toma de PAP (59,4%). Creemos que esto se explica porque



la pesquisa de cáncer de mama está dirigida a mujeres entre los 50-74 años y la de cáncer cervico-uterino a mujeres entre los 25-64 años, lo que abarca al grupo de adultas mayores.

Es importante que en APS estemos preparados para el cuidado integral de la mujer adulta mayor, esto incluye la patología ginecológica y otras consecuencias de los estados postmenopáusicos.