90 SOCHOG ANIVERSARIO DESDE 1935

Top 10 Artículos que Redefinen la Ginecología (2023–2025)

Dr. Mauricio Cuello Fredes
Profesor Titular, Depto. Ginecología
Pontificia Universidad Católica de Chile

Viña del Mar, 2025

TRABANDO **JUNTOS** POR
EL **BIENESTAR** DE LA MUJER

Conflictos de Interés

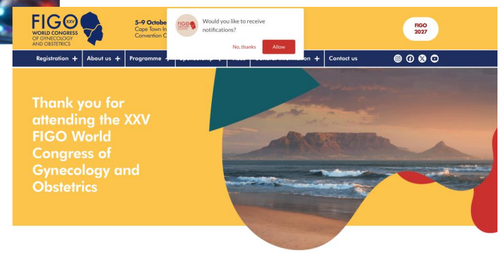
- Speaker/Consultant MSD, Astrazeneca, Roche, Alatheia, GSK
- Advisor MINSAL
- ANID/Fondecyt grants/Ley del Cáncer

Estrategia

*Revisión rápida tipo **PRISMA** basada en evidencia de **alto impacto** y aplicabilidad clínica*

- Revisiones sistemáticas, Estudios Clínicos, temáticas representativas
- Revistas: NEJM, Lancet, JAMA, AJOG, Green Journal, Fertility & Sterility, Nat Med
- Congresos: FIGO, IGCS, SGO, ESHRE, ISUOG, ASRM, AAGL
- Periodo revisado: enero 2023 – octubre 2025

JAMA | JAMA Network



IGCS 2025
Annual Global Meeting
CAPE TOWN
November 5 - 7

THE LANCET

The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

Los 10 seleccionados combinan rigor, innovación y aplicabilidad local: evidencia global con impacto en LATAM.

🧠 **Evidencia fuerte**

⚖️ **Impacto clínico**

🌍 **Aplicabilidad local**

🧬 **Innovación científica**

👩‍⚕️ **Relevancia para ginecología general**

Top 10 artículos que están cambiando nuestra práctica

*De más de **300 publicaciones** revisadas, estos **10 estudios** resumen la innovación, el impacto y la aplicabilidad que marcarán la próxima década.*

Área temática	Estudio / Artículo	Revista (año)	Comentario / Relevancia clínica
Oncología quirúrgica	🥇 **1. SHAPE Trial** – *Simple vs Radical Hysterectomy for Low-Risk Early Cervical Cancer*	*NEJM 2024*	Cirugía simple = misma seguridad oncológica + menor morbilidad; cambio de guías MINSAL inminente.
Oncología inmuno-RT	🥈 **2. KEYNOTE-A18 / ENGOT-cx11 (GOG-3047)** – *Pembrolizumab + quimiorradioterapia en cérvix localmente avanzado*	*Lancet 2024*	Primer beneficio de inmunoterapia en escenario curativo; nuevo estándar global.
Oncología médica	🥉 **3. RUBY Trial** – *Dostarlimab + QT en cáncer endometrial avanzado / recidivante*	*NEJM 2023*	Introduce inmunoterapia en primera línea para tumores MMR-deficientes; impulsa testeo molecular universal.
Menopausia / Endocrino	**4. Elinzanetant – Programas OASIS-1/2/3/4** (*antagonista NK1/NK3 para sofocos vasomotores*)	*JAMA 2024/JAMA Int Med 2025/ NEJM 2025*	Fármaco no hormonal eficaz en menopausia natural y sofocos por terapia endocrina; perfil seguro y prometedor.
Salud sexual	**5. Disfunción sexual femenina** – *Revisión clínica y manejo basado en evidencia*	*NEJM 2024*	Define nuevo enfoque multidimensional; visibiliza la sexualidad como parte de la salud ginecológica integral.
Salud pública / Prevención	**6. Vacuna VPH una dosis (DoRIS / KEN SHE)** – *Eficacia e inmunogenicidad sostenida*	*Lancet Glob Health 2024*	Una dosis suficiente; facilita coberturas > 90 % y reduce brechas en países de bajo recurso.
Imagen / Diagnóstico	**7. IOTA ADNEX Validation** – *Meta-analysis multicéntrico*	*AJOG 2025*	Modelo validado para riesgo anexial; implementable con capacitación mínima en red pública.
APS / Anticoncepción	**8. Contracepción y riesgo de TEV** – *Formulaciones modernas y riesgo trombótico*	*JAMA 2025*	Guía consejería segura; favorece progestinas de bajo riesgo (levonorgestrel, desogestrel).
Reproducción / Tecnología	**9. IA en FIV (RCT)** – *Deep learning vs morfología en selección embrionaria*	*Nat Med 2024*	IA optimiza eficiencia sin reemplazar embriólogos; primer ECA con resultado clínico.
Salud reproductiva / Equidad	**10. LARC posparto (cluster RCT)** – *Integración en sistema materno-infantil de China*	*JAMA Netw Open 2024*	Estrategia replicable en Chile; aumenta uso LARC y reduce embarazos no planificados.

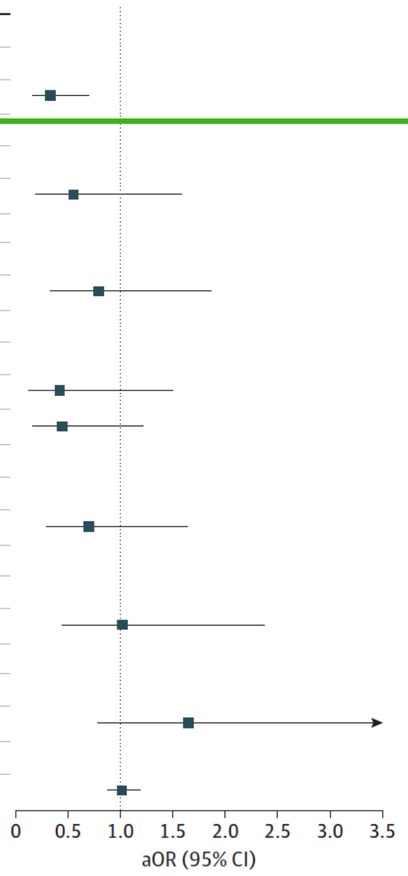
#10 Integración de consejería anticonceptiva posparto en el sistema materno-infantil

*Una intervención comunitaria que **reduce 60 %** los embarazos no planificados*

- Ensayo clínico aleatorizado por conglomerados (13 centros, n = 1279).
- Embarazos no planificados: 3.9 % → 1.5 % 📉 (aOR 0.33; IC 95 % 0.16–0.70).
- Alta aplicabilidad en Chile: puede implementarse en APS y maternidades GES
- Requiere capacitación breve de matronas/es.
- ***Consejería y oferta de LARC en el posparto inmediato: simple, eficaz y costo-efectiva.***

Figure 2. Generalized Linear Mixed Model for Unintended Pregnancy

Variable	aOR (95% CI)	*P* value
Postpartum contraception intervention		
Control group	1 [Reference]	NA
Intervention group	0.33 (0.16-0.70)	.004
Age, y		
≤30	1 [Reference]	NA
>30	0.55 (0.19-1.59)	.28
Permanent residence registration		
Nonlocal residence	1 [Reference]	NA
Local residence	0.79 (0.33-1.87)	.59
Education level		
Junior school and below	1 [Reference]	NA
Senior high school/vocational school	0.42 (0.12-1.50)	.18
College and above	0.45 (0.17-1.21)	.12
Parity		
Primiparous	1 [Reference]	NA
Multiparous	0.70 (0.30-1.64)	.41
History of miscarriage		
No	1 [Reference]	NA
Yes	1.02 (0.44-2.37)	.96
History of unintended pregnancy		
No	1 [Reference]	NA
Yes	1.65 (0.77-3.54)	.20
Baseline contraceptive knowledge level		
Score	1.02 (0.88-1.19)	.77

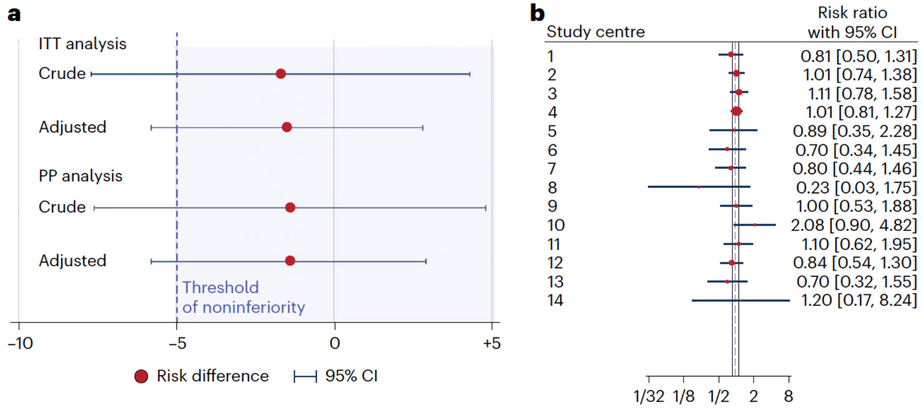


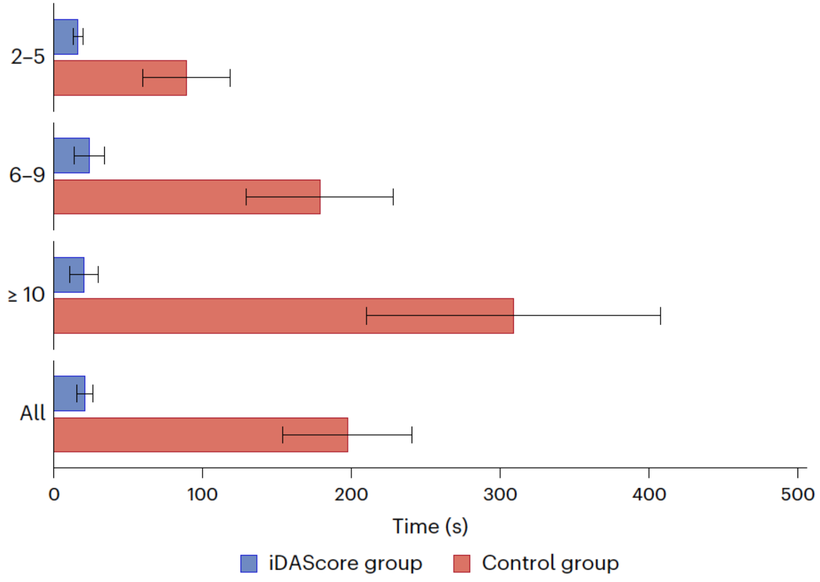
Yin A et al, JAMA Netw Open. 2024;7(12):e2450635

#9 Deep learning vs. morfología tradicional en selección embrionaria

Primer RCT multicéntrico que evalúa la IA en FIV

- Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, de **no inferioridad** (14 centros, n = 1 066).
- Tasa de embarazo clínico: 46.5 % (IA) vs 48.2 % (morfología) → **no se demostró no inferioridad** (p = 0.62).
- Evaluación embrionaria 10× más rápida: 21 s vs 208 s.
- ***La IA iguala a la experiencia humana… en segundos.***





Illingworth PJ et al, Nat Med. 2024; 30(11): 3114-3120

#8 Formulaciones modernas y riesgo trombótico: evidencia poblacional danesa

Más de 1.3 millones de mujeres seguidas por 10 años redefinen el perfil de riesgo según tipo de anticonceptivo

- Cohorte nacional danesa (2011–2021): 1 397 235 mujeres, 8.46 millones de persona-años.
- Riesgo de TEV frente a no usuarias:
  - Píldoras combinadas → RR 4.6 (95 % CI 4.2–5.0).
  - Progestina sola → RR 1.8 (1.4–2.3).
  - DIU levonorgestrel → RR ≈ 1.0 (0.8–1.1).
- Mayor riesgo con tercera generación (gestodeno, desogestrel oral) y estradiol bioidéntico.
- ***El tipo de progestina importa más que la dosis de estrógeno***

Table. Venous Thromboembolism Rate Ratios and Rate Differences According to Hormonal Contraceptive Use

	Main analysis					Sensitivity analysis	Subcohort analyses	
Exposure	No. of person-years	No. of events (confirmed)	Standardized IR, No. of events/10 000 person-years (95% CI)[a]	Adjusted IRR (95% CI)[b]	Standardized IR difference, No. of events/10 000 person-years (95% CI)[a]	Adjusted IRR, confirmed events (95% CI)[b]	Body mass index- and smoking-adjusted IRR (95% CI)[c]	Family history-adjusted IRR (95% CI)[d]
No use of hormonal contraception	5 271 437	1098 (696)	2.0 (1.9 to 2.1)	Reference	Reference	Reference	Reference	Reference
Combined hormonal contraception								
Oral								
Ethinyl estradiol, 30 to 40 µg								
Norgestimate	109 445	79 (60)	13.2 (8.4 to 19.7)	5.4 (4.3 to 6.9)	11.2 (5.9 to 16.5)	7.4 (5.7 to 9.7)	5.2 (3.4 to 7.9)	4.6 (3.6 to 5.8)
Levonorgestrel	1 298 214	579 (461)	7.6 (6.6 to 8.6)	3.6 (3.2 to 4.0)	5.5 (4.6 to 6.5)	4.9 (4.3 to 5.6)	2.6 (2.1 to 3.3)	3.0 (2.7 to 3.3)
Desogestrel	38 325	57 (47)	16.2 (11.6 to 22.2)	7.9 (6.0 to 10.3)	14.2 (9.2 to 19.3)	11.2 (8.3 to 15.1)	7.1 (4.2 to 11.9)	6.5 (5.0 to 8.5)
Gestodene	134 208	157 (123)	14.7 (11.6 to 18.3)	6.7 (5.6 to 7.9)	12.6 (9.4 to 15.9)	9.3 (7.6 to 11.3)	4.1 (2.8 to 6.0)	5.5 (4.6 to 6.5)
Drospirenone	52 102	46 (32)	13.6 (9.0 to 19.7)	5.8 (4.3 to 7.8)	11.6 (6.5 to 16.7)	7.2 (5.0 to 10.3)	6.3 (3.5 to 11.2)	5.1 (3.9 to 6.7)
Cyproterone acetate	71 852	55 (46)	11.6 (7.0 to 17.9)	5.9 (4.5 to 7.7)	9.5 (4.4 to 14.7)	8.8 (6.5 to 11.9)	7.9 (4.7 to 13.3)	5.1 (3.9 to 6.7)
Dienogest	1584	<3 (<3)						
Norethisterone	549	<3 (<3)						
Ethinyl estradiol, 20 µg								
Levonorgestrel	37 519	10 (8)	5.0 (1.4 to 12.5)	2.5 (1.3 to 4.6)	3.0 (−1.8 to 7.7)	3.4 (1.7 to 6.8)	<3 Events	2.2 (1.2 to 4.1)
Desogestrel	139 722	125 (99)	12.8 (9.6 to 16.9)	6.3 (5.2 to 7.6)	10.8 (7.3 to 14.3)	9.2 (7.4 to 11.5)	4.1 (2.7 to 6.4)	5.4 (4.4 to 6.5)
Gestodene	169 076	129 (102)	15.4 (11.2 to 20.6)	5.8 (4.8 to 7.0)	13.4 (8.9 to 17.9)	8.6 (6.9 to 10.7)	5.4 (3.7 to 7.9)	5.0 (4.2 to 6.1)
Drospirenone	40 153	24 (15)	6.7 (3.5 to 11.7)	4.9 (3.2 to 7.3)	4.7 (0.9 to 8.5)	5.6 (3.4 to 9.4)	<3 Events	3.9 (2.5 to 6.0)
Estradiol	14 135	10 (7)	5.0 (2.3 to 9.7)	3.6 (1.9 to 6.7)	3.0 (−0.3 to 6.4)	4.2 (2.0 to 8.9)	4.5 (1.7 to 12.1)	3.3 (1.8 to 6.1)
Vaginal ring	42 540	28 (24)	8.0 (4.6 to 12.8)	4.5 (3.1 to 6.5)	6.0 (2.1 to 9.8)	6.8 (4.5 to 10.3)	4.1 (2.1 to 8.0)	3.5 (2.3 to 5.2)
Patch	6903	5 (4)	8.1 (1.5 to 25.1)	5.0 (2.1 to 12.0)	6.1 (−3.6 to 15.8)	7.0 (2.6 to 18.8)	<3 Events	3.8 (1.4 to 10.1)
Progestin-only contraception								
Oral								
Desogestrel	166 338	56 (30)	3.7 (2.6 to 5.0)	1.8 (1.3 to 2.3)	1.7 (0.5 to 2.8)	1.5 (1.0 to 2.1)	1.4 (0.9 to 2.2)	1.5 (1.1 to 1.9)
Drospirenone	18	<3 (<3)						
Norethisterone	54 683	20 (9)	4.3 (2.3 to 7.3)	2.0 (1.3 to 3.0)	2.2 (−0.1 to 4.5)	1.4 (0.7 to 2.8)	1.4 (0.7 to 3.0)	1.7 (1.1 to 2.6)
Intrauterine device	745 132	180 (97)	2.1 (1.7 to 2.6)	1.0 (0.8 to 1.1)	0.1 (−0.3 to 0.6)	0.8 (0.7 to 1.0)	0.9 (0.7 to 1.1)	0.8 (0.7 to 0.9)
52-mg Levonorgestrel	585 931	146 (78)	2.0 (1.6 to 2.5)	0.9 (0.8 to 1.1)	0.0 (−0.5 to 0.5)	0.8 (0.6 to 1.0)	0.9 (0.7 to 1.1)	0.8 (0.6 to 0.9)
19.5-mg Levonorgestrel	73 383	9 (3)	1.7 (0.6 to 3.9)	0.7 (0.4 to 1.4)	−0.3 (−1.8 to 1.2)	0.4 (0.1 to 1.2)	<3 Events	0.7 (0.4 to 1.3)
13.5-mg Levonorgestrel	45 222	8 (4)	1.3 (0.2 to 4.0)	1.4 (0.7 to 2.9)	−0.8 (−2.3 to 0.8)	1.2 (0.5 to 3.2)	<3 Events	1.3 (0.6 to 2.5)
Implant	45 118	15 (9)	3.4 (1.7 to 6.3)	2.4 (1.4 to 4.0)	1.4 (−0.7 to 3.5)	2.5 (1.3 to 4.8)	2.0 (0.8 to 5.0)	2.0 (1.2 to 3.3)
Injection	16 548	16 (11)	11.9 (4.4 to 25.6)	5.7 (3.5 to 9.3)	9.9 (0.5 to 19.3)	6.6 (3.6 to 12.0)	3.7 (1.5 to 9.1)	3.9 (2.4 to 6.6)

Abbreviations: IR, incidence rate; IRR, incidence rate ratio.

[a] Standardized according to the distribution of age, calendar time, education, hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, systemic connective disorders, inflammatory polyarthropathies, inflammatory bowel disease, and multiple sclerosis in the entire cohort.

[b] Adjusted for age, calendar time, education, hypertension, diabetes, hypercholesterolemia, atrial fibrillation/flutter, systemic connective disorders, inflammatory polyarthropathies, inflammatory bowel disease, and multiple sclerosis.

[c] Further adjusted for body mass index and smoking in a subcohort of parous females.

[d] Further adjusted for family history for a subcohort with parents in Denmark at middle age.

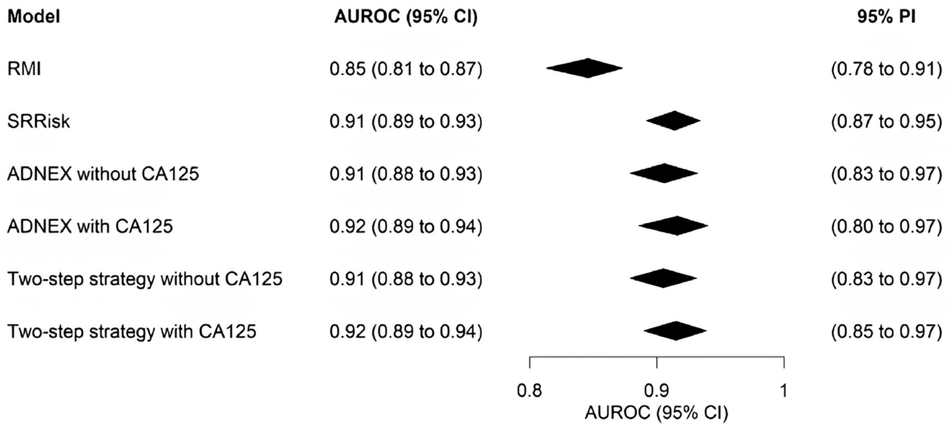
Yonis HGH et al, JAMA. 2025;333(15):1358-1361

#7 Validación multicéntrica de los modelos IOTA (ADNEX y SRRisk)

La ecografía estructurada supera al RMI y es aplicable con entrenamiento breve

- Estudio prospectivo multicéntrico (21 centros, n = 1 431) — IOTA Phase 6, AJOG 2025.
- ADNEX y SRRisk obtuvieron AUC > 0.90, superiores al RMI (0.85) incluso en examinadores no expertos.
- SRRisk estima probabilidad de malignidad global (%) → requiere entrenamiento dirigido corto (1–2 días).
- ADNEX diferencia tipo de neoplasia → mayor complejidad pero mayor información.

FIGURE 2
Summary forest plot of area under the receiver operating characteristic curve (AUROC) based on meta-analysis of data from 21 centers



CI, confidence interval; *PI*, prediction interval.

Modelo	Propósito principal	Salida	Variables clave	Nivel de entrenamiento necesario
ADNEX	Distingue tipo de neoplasia (benigna, borderline, invasiva, metastásica)	% de probabilidad por categoría	Edad, CA125, componentes sólidos, loculaciones, papilas	🧠 Requiere mayor experiencia ecográfica y familiaridad con IOTA completo
SRRisk	Predice riesgo de malignidad global (%)	% de malignidad	Edad + 5 descriptores ecográficos simples	⚡ Aplicable tras entrenamiento corto y uso sistemático de terminología IOTA

Con formación breve y estandarización IOTA, cualquier centro puede lograr precisión oncológica.

Moro F et al, Am J Obstet Gynecol. 2025; S0002-9378(25)00477-6.

#6 Vacuna VPH: una dosis sería suficiente

*Evidencia robusta y consistente que respalda el esquema de dosis única en **niñas de 9–14 años***

- Dos ensayos clínicos controlados, realizados en Tanzania y Kenia con más de 5 000 adolescentes.
- Protección ≥ 97 % frente a infección persistente por HPV-16/18 con una sola dosis.
- Respuesta inmune mantenida hasta 3 años, con títulos estables y memoria inmunológica demostrada
- Respaldo de la OMS (2022–2023) para esquema de dosis única entre 9 y 20 años.
- Impacto alto y costo-efectivo para programas escolares y atención primaria en Chile.

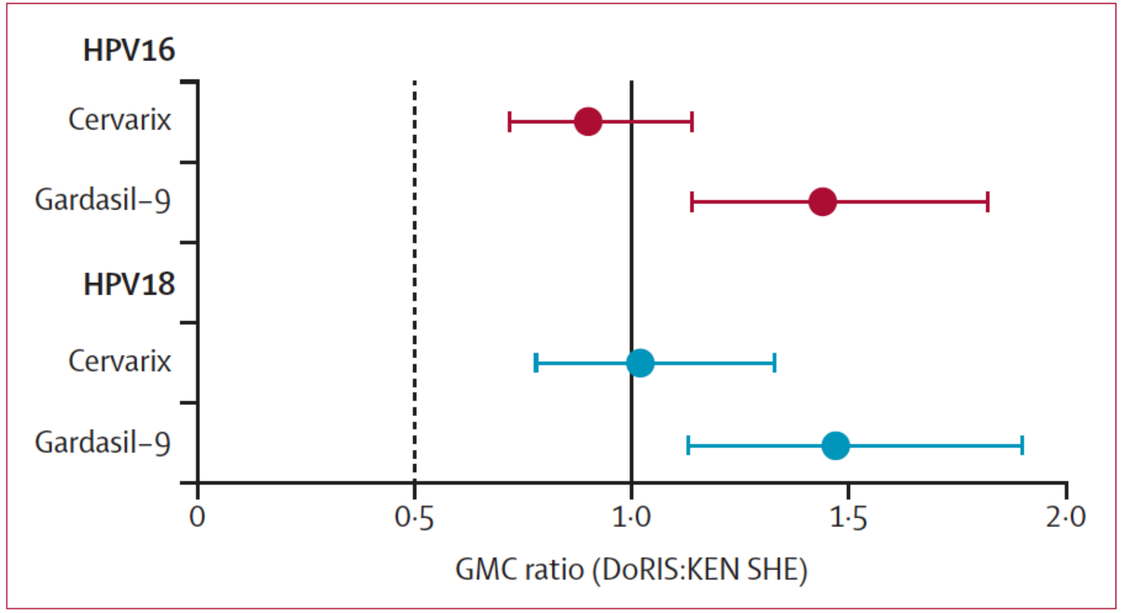


Figure 2: **Ratio of GMCs (DoRIS:KEN SHE) and 95% CIs, at 24 months after a single dose of HPV vaccine (per-protocol population)**
The black dotted line represents the non-inferiority margin. The solid black line is a GMC ratio of 1 (ie, no difference between the two groups). GMC=geometric mean concentration. HPV=human papillomavirus.

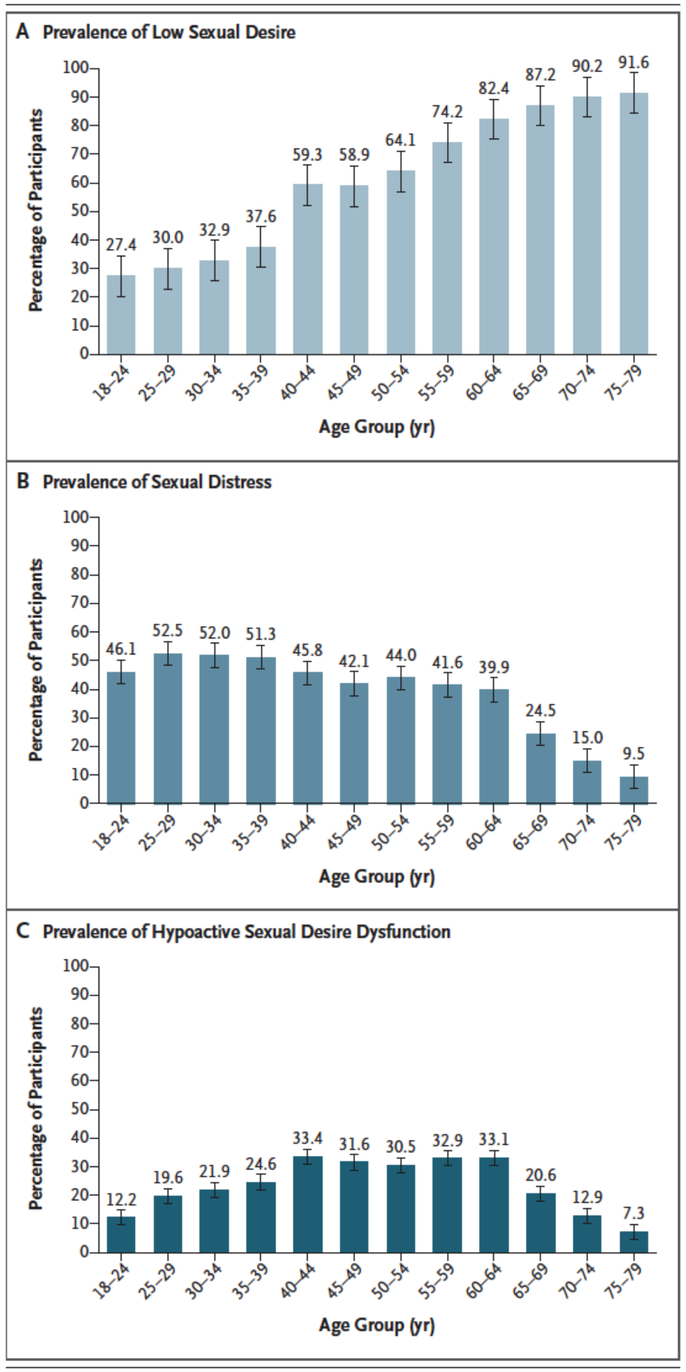
Una dosis basta: protección robusta y sostenida que acerca la eliminación del cáncer cervicouterino

Baisley K et al, Lancet Glob Health. 2024; 12:e491-e499

#5 Disfunción sexual femenina: redefinición diagnóstica y terapéutica basada en evidencia

Enfoque integral bio-psico-social y terapias basadas en evidencia para deseo hipoactivo y arousal

- Actualiza clasificación según ICD-11, integrando factores biológicos, psicológicos y sociales.
- Prevalencia alta: hasta **31% de mujeres de 45–55 años** con disfunción de deseo con malestar significativo.
- Terapias efectivas:
  - **Premenopáusicas**: **flibanserina, bremelanotida** (efecto moderado).
  - **Posmenopáusicas**: **testosterona transdérmica** (uso off-label en la mayoría de países).
- Psicoterapia y abordaje en pareja mantienen evidencia sólida de mejoría sintomática.
- Urge formación médica en salud sexual femenina; <50% de las mujeres consultan si no se les pregunta directamente.

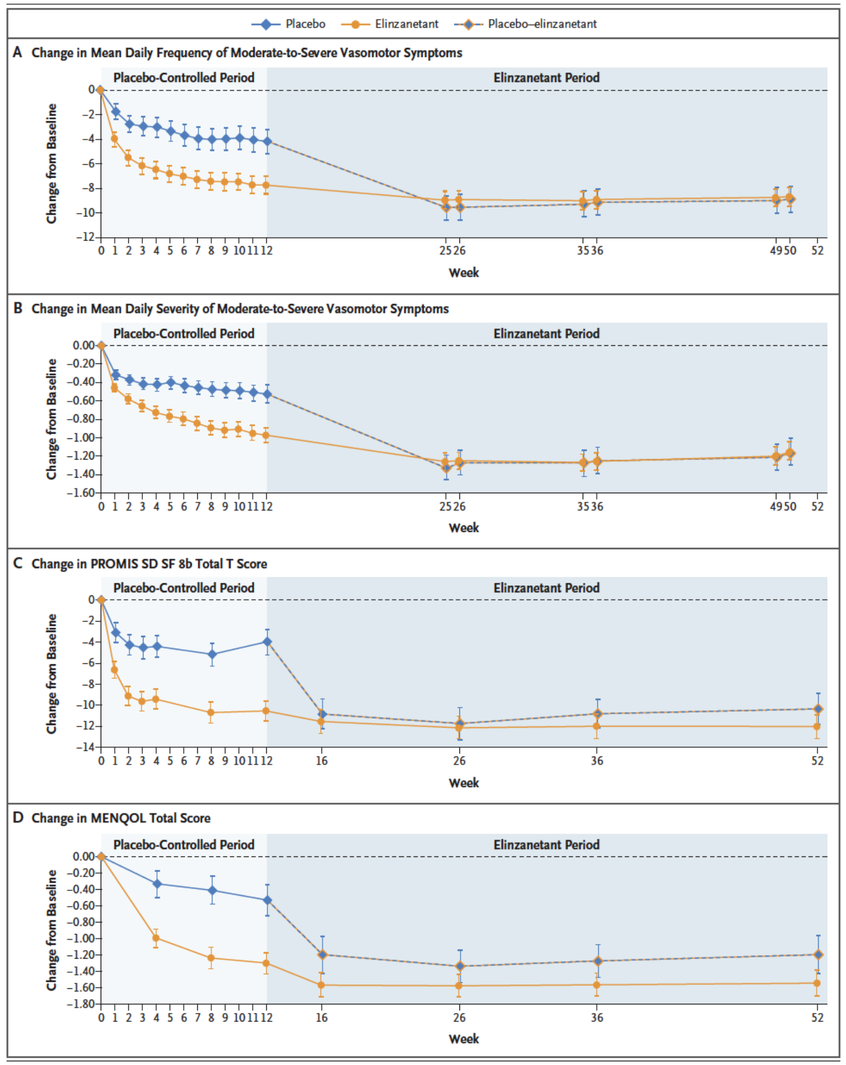


Davis SR, N Engl J Med. 2024;391(8):736–745

#4 Elinzanetant: nueva era en el manejo no hormonal de los síntomas vasomotores

Bloqueo dual neuroendocrino (NK1/NK3): eficacia sostenida en mujeres con y sin cáncer de mama

- Elinzanetant es un **antagonista dual de los receptores de neuroquinina 1 y 3 (NK1/NK3)**, que modula la termorregulación hipotalámica y restaura el equilibrio estrogénico-neuroendocrino sin usar hormonas.
- Cuatro ensayos fase 3 (OASIS 1–4, > 1 900 mujeres posmenopáusicas o en terapia endocrina).
- Reducción ≥ 60 % en frecuencia e intensidad de bochornos desde la semana 1, mantenida hasta 52 semanas.
- Mejoras significativas en sueño, ánimo y calidad de vida, sin toxicidad hepática, endometrial ni cardiovascular.
- OASIS 4 (NEJM 2025): primer estudio que demuestra **eficacia en mujeres con cáncer de mama tratadas con tamoxifeno o inhibidores de aromatasa**.

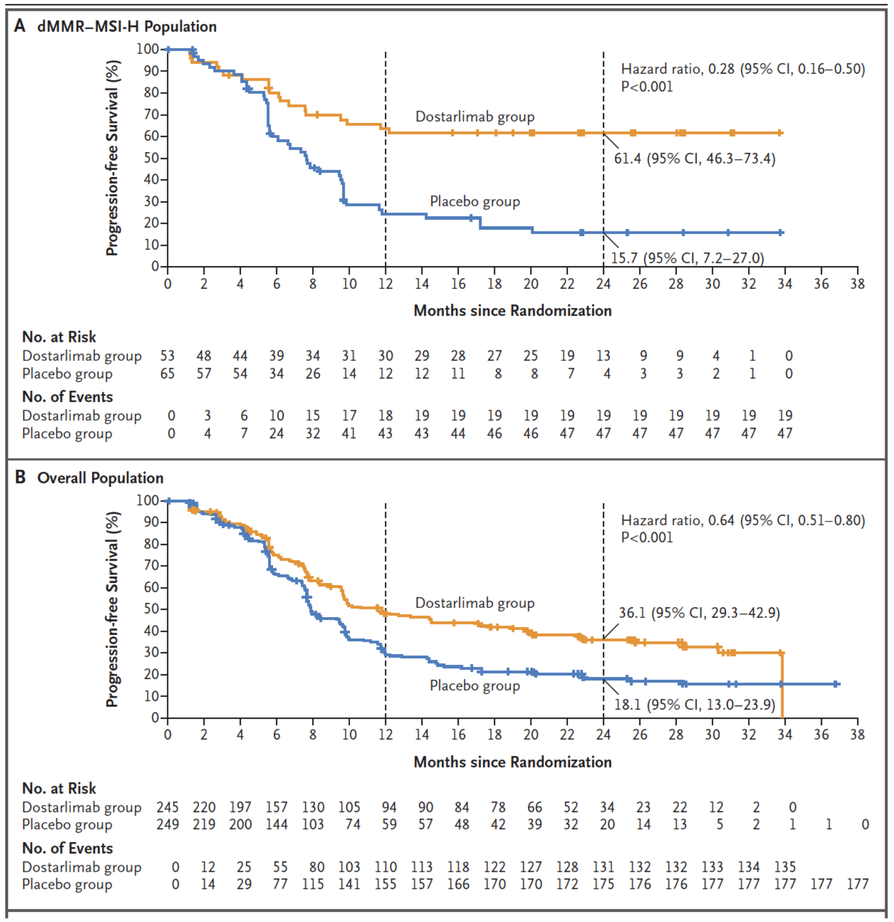


Pinkerton JV et al, JAMA. 2024;332(16):1343-1354; Panay N et al, JAMA Intern Med, 2025; Cardoso F et al, N Engl J Med 2025;393:753-63

🥉 #3 Dostarlimab + Carboplatino–Paclitaxel: nuevo estándar en cáncer de endometrio avanzado

*RUBY Trial: **beneficio significativo en PFS y OS**, especialmente en tumores dMMR–MSI-H*

- Ensayo fase 3, global, doble ciego (n = 494) en enfermedad avanzada o recurrente.
- Intervención: Dostarlimab (anti–PD-1) + Carboplatino–Paclitaxel → mantenimiento con Dostarlimab hasta 3 años.
- En tumores dMMR–MSI-H (24%):
- PFS a 24 meses: **61.4 % vs 15.7 %** (HR 0.28, p < 0.001).
- OS a 24 meses: **83.3 % vs 58.7 %** (HR 0.30).
- En población total: HR 0.64 para progresión o muerte.
- Toxicidad esperable; eventos inmunes controlables (hipotiroidismo, rash).
- **Nuevo estándar para primera línea** en dMMR/MSI-H y beneficio emergente en pMMR/MSS.



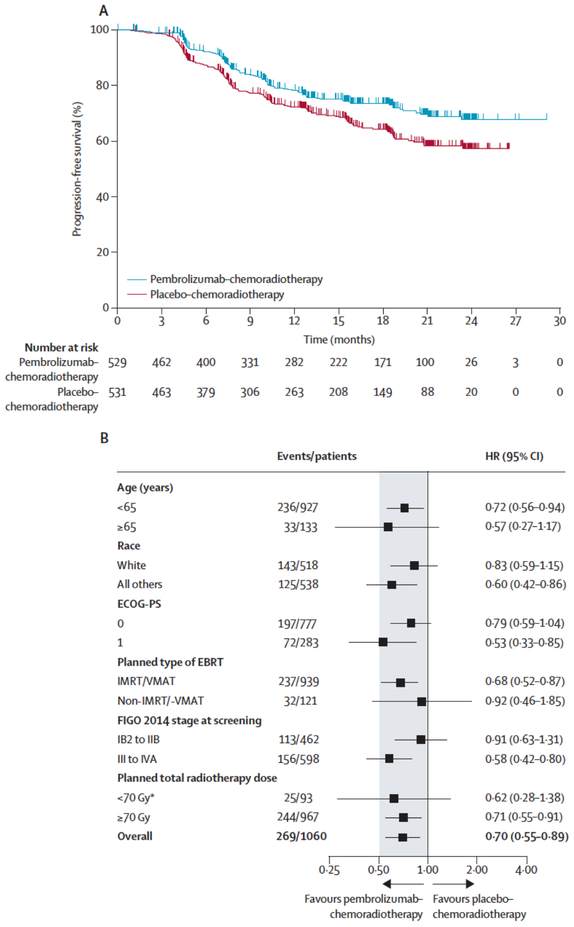
RUBY redefine la primera línea en cáncer de endometrio: inmunoterapia desde el inicio, no al final

Mirza MR et al. (RUBY Trial), N Engl J Med. 2023;388(23):2145–2158

2 #2 KEYNOTE-A18: Pembrolizumab + quimiorradioterapia redefine el estándar en cáncer cervical localmente avanzado

*Primer estudio fase 3 que demuestra **beneficio en PFS con inmunoterapia desde el tratamiento inicial***

- Ensayo fase 3, aleatorizado, doble ciego, multicéntrico (n = 1060, 30 países).
- Pacientes con **cáncer cervical IB2–IVA de alto riesgo**, no tratados previamente.
- Intervención: 5 ciclos de pembrolizumab 200 mg + CRT, seguidos de 15 ciclos de mantenimiento (400 mg c/6 sem).
- Supervivencia libre de progresión (24 meses): **68 % vs 57 % (HR 0.70, p = 0.002).**
- Tendencia favorable en OS (24 meses: 87 % vs 81 %), con seguimiento en curso.
- Toxicidad controlable; sin interferencia en la entrega de radioterapia.
- Primer RCT positivo de un PD-1 + CRT en enfermedad potencialmente curable.



Por primera vez, la inmunoterapia se integra al tratamiento curativo del cáncer cervical

Lorusso D et al, Lancet. 2024;403(10434):1341-1350

🥇 #1Ensayo SHAPE: histerectomía simple versus radical en cáncer cervical ≤2 cm

El estudio que cambió la práctica quirúrgica en cáncer de cuello uterino temprano

- Ensayo fase 3, multicéntrico, de no inferioridad (n = 700, 12 países).
- Mujeres con cáncer cervical IA2–IB1 ≤2 cm, sin compromiso ganglionar ni parametrial.
- Recurrencia pélvica a 3 años: **2,5 % (simple) vs 2,1 % (radical)** → no inferioridad demostrada.
- **Menor morbilidad urinaria y sexual**:
  - Retención urinaria: 0,6 % vs 11 %.
  - Incontinencia: 4,7 % vs 11 %.
- **Sin diferencias en sobrevida global** ni recurrencia extrapélvica.
- Mejor calidad de vida y función vesical y sexual con cirugía simple.

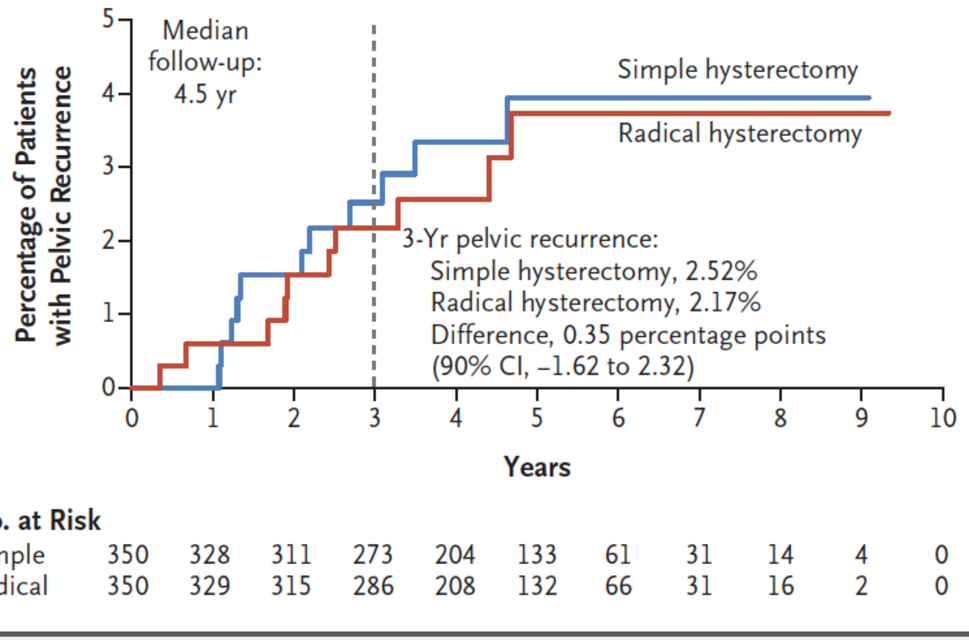


Figure 1. Kaplan–Meier Curves for Pelvic Recurrence.

Menos puede ser más: la histerectomía simple es suficiente en cáncer cervical ≤2 cm.

Plante M et al, (Ensayo SHAPE), N Engl J Med. 2024;390(9):819–829

Impacto y aplicabilidad de los 10 estudios que redefinen la ginecología moderna (2023–2025)

De la evidencia global a la implementación en Chile y Latinoamérica

Nº	Artículo	Aplicabilidad en Chile/LATAM	Horizonte estimado	Comentario / Estrategia local
1	SHAPE – Histerectomía simple vs radical en cáncer cervicouterino ≤2 cm, bajo riesgo	**Alta**	**Inmediato**	Cambia práctica en centros con comité oncológico: menor morbilidad sin pérdida oncológica. Actualizar guías MINSAL, reentrenar cirugía conservadora y ajustar rutas de derivación.
2	KEYNOTE-A18 / ENGOT-cx11/GOG-3047 – Pembrolizumab + quimiorradioterapia en cérvix localmente avanzado	**Media(acceso/costo)**	**2–4 años**	Implementación escalonada: privados y terciarios → evaluación costo-efectividad para GES. Capacitación en manejo inmune-RT y coordinación con radioterapia.
3	RUBY – Dostarlimab + carbo/paclitaxel en endometrio avanzado/recidivante	**Media-alta**	**2–4 años**	Impulsa testeo universal MMR/MSI y comités moleculares. Registro nacional de respuestas para priorización ISP/FONASA y futuras guías.
4	Elinzanetant (antagonista dual NK1/NK3 para manejo de los bochornos)	**Alta (no hormonal)**	**2–3 años**	Alternativa no hormonal eficaz para sofocos (incluye pacientes con terapia endocrina por cáncer de mama). Preparar actualización de guías de climaterio y de supervivientes oncológicas.
5	NEJM 2024 – Disfunción sexual femenina: revisión clínica integral	**Alta**	**Inmediato**	Marco práctico para APS y Gine: pesquisa activa, abordaje bio-psico-social, TCC/terapia sexual, opciones farmacológicas (premenopáusicas/posmenopáusicas). Incorporar en guías y formación.
6	Vacuna VPH dosis única – DoRIS (inmuno-puente) + KEN SHE (eficacia)	**Altísima (salud pública)**	**1–3 años**	Facilita coberturas >90 % con menor logística/costo. Coordinar con PNI/MINSAL/OPS transición a esquema 1 dosis en 9–14 años; plan de comunicación y monitoreo de cobertura.
7	Validación multicéntrica de ADNEX y SRRisk vs RMI en masas anexiales	**Alta**	**Inmediato**	AUC >0,90 incluso en no expertos. Implementar entrenamiento corto (1–2 días) en protocolo IOTA; usar calculadoras (ADNEX/SRRisk). Mejora referencia selectiva a onco-gine.
8	Anticoncepción y TEV – formulaciones contemporáneas	**Alta**	**Inmediato**	Consejería basada en riesgo: preferir DIU-LNG / progestina sola en mujeres con FR de TEV; revisar uso de combinados (progestina/estrógeno). Actualizar manuales APS.
9	IA en FIV – deep learning vs morfología en selección embrionaria	**Media (sector privado)**	**2–4 años**	No se demostró no inferioridadpara embarazo clínico, pero 10× más rápido. Útil para eficiencia/flujo; requiere validación local e integración con time-lapse.
10	Intervención posparto – consejería y oferta LARC integradas al sistema materno-infantil	**Alta**	**1–2 años**	Replicable en maternidades públicas: consejería estructurada + oferta LARC inmediata. Medir embarazo no planificado y uso LARC a 12 meses; capacitación de matronas/es.

Mensajes clave (Take Home Messages)

- **Aplicar la evidencia transforma más que descubrirla.**
  Los estudios revisados son útiles hoy: su adopción depende de liderazgo clínico y decisión institucional.

- **Menos puede ser más.**
  El de-escalamiento quirúrgico y terapéutico (SHAPE, OASIS, IOTA) demuestra que la precisión mejora resultados y reduce secuelas.

- **Del laboratorio al consultorio.**
  La integración de biomarcadores, inmunoterapia e inteligencia artificial acerca la medicina personalizada al cuidado cotidiano.

- **Cuidar a la mujer en todas sus etapas.**
  La ginecología moderna une prevención, salud sexual, fertilidad, climaterio y oncología como un continuo de bienestar.

- **La equidad es parte del tratamiento.**
  Implementar estrategias costo-efectivas y accesibles (VPH 1 dosis, LARC posparto) genera más impacto poblacional que cualquier fármaco nuevo.

"La evidencia cambia la ciencia; su aplicación cambia vidas."

90 SOCHOG ANIVERSARIO DESDE 1935

‘Siete de cada diez innovaciones identificadas pueden implementarse en Chile en los próximos tres años.’

TRABANDO **JUNTOS** POR EL **BIENESTAR** DE LA MUJER

TQRCG

Escanee y lleve la evidencia consigo — los 10 estudios que están cambiando la ginecología.